

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

DEUTSCHE CHIRURGIE
IN DEN EMIRATEN

im Fokus

NACHWUCHS IN
DER CHIRURGIE

10 | 2019

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN





TachoSil® – ruhig Blut!

Durch die Kraft der Natur.



Auch als
Pre-rolled TachoSil®

TachoSil® Versiegelungsmatrix

Zusammensetzung: 1 cm² enthält: Fibrinogen vom Menschen 5,5mg, Thrombin vom Menschen 2,0 IE. Sonstige Bestandteile: Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin [E101], Natriumchlorid, Natriumcitrat, L-Argininhydrochlorid.
Anwendunggebiete: TachoSil® wird bei Erwachsenen zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebeerweiterung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie angewendet, wenn Standardtechniken ineffizient sind, sowie zur unterstützenden Versiegelung der Dura Mater, um postoperative Liquorlecks nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegensätzliche intravasculäre Anwendung:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen kann es zu Hypersensitivität oder allergischen Reaktionen kommen (inklusive Angioödem, Brennen und Stechen an der Applikationsstelle, Bronchospasmus, Schüttelfrost, Flush, generalisierte Urtikaria, Kopfschmerz, Naselausschlag, Hypotonie, Lethargie, Übelkeit, Ruhelosigkeit, Tachykardie, Enggegefühlin der Brust, Krabbeln, Erbrechen, keuchende Atmung), die in Einzelfällen bis zu schweren Anaphylaxie führen. Denartige Reaktionen können insbesondere bei wiederholter Anwendung oder bei Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegen über einem der Bestandteile des Präparates auftreten. Antikörper gegen Komponenten von Fibrinolyseprodukten können in seltenen Fällen auftreten. Häufigkeit nicht bekannt: Anaphylaktischer Schock, Überempfindlichkeit, Thrombose, Darmverschluss (in der Bauchchirurgie), Adhäsionen. **Wichtiger Hinweis:** siehe Fachinformation. **Verreibungspflichtig. Chargedokumentationspflichtig. EU-Zulassungsinhaber:** Takeda Austria GmbH, A-4020 Linz, Österreich **Kontaktadresse d. pharm. Übernehmehers in Deutschland:** Takeda GmbH, Byk-Gulden-Str. 2, 78447 Konstanz, Tel.: 0800 8253325, medinfo@takeda.de, Stand: 03/2014



PD Dr. med. Andreas Kirschniak,
MBA

Leiter Themen-Referat
„Nachwuchsförderung“ im BDC
Leiter der Arbeitsgruppe Chirurgische
Technologie und Training
Klinik für Allgemeine, Viszeral- und
Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Tübingen
Waldhörnlestraße 22
72072 Tübingen
andreas.kirschniak@med.uni-
tuebingen.de

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

die Themen Nachwuchs, Weiterbildung sowie Work-Life-Balance in Verbindung mit den Generationen Y und Z prägen seit zehn Jahren die chirurgische Kongress- und Zeitschriftenlandschaft. Das Problem ist zwar erkannt, es scheint aber, dass alle Bemühungen für die Förderung und die Bewerbung junger ChirurgInnen keine relevanten Verbesserungen aufzeigen. So sind insbesondere die Kliniken von Nachwuchsmangel betroffen, die sich nicht in absoluten A-Lagen befinden. Aber auch in Kliniken, die sich die Bewerber aussuchen können, gelingt es gerade so, alle Stellen zu besetzen.

Schaffen wir es also nicht, die Faszination Chirurgie zu transportieren? Oder sind die alten Zöpfe immer noch nicht abgeschnitten?

Viele Studierende kommen zum ersten Mal mit den chirurgischen Disziplinen während einer Famulatur praktisch in Kontakt. Herr Dr. Kalbe betont in seinen Ausführungen in diesem Heft die Wichtigkeit der Famulatur und legt den Fokus auf Famulaturen in der chirurgischen Niederlassung.

Eine beeindruckende Initiative internationaler Medizinstudierender zeigt auf, dass Chirurgie sehr wohl begeistert, die Initiative „InCision junge Chirurgen DTC“ ist vernetzt mit internationalen Gruppen und stellt die Problematik der unzureichenden chirurgischen Versorgung weltweit in den Fokus. Frau cand. med. J. Steinle aus Münster stellt diese Initiative in dieser Nachwuchs-Ausgabe vor.

Bekanntermaßen ist eine wichtige Weichenstellung für die Entscheidung für oder gegen die Chirurgie das Praktische Jahr (PJ). Ziel des Praktischen Jahres sollte sein, die noch nicht entschlossenen Medizinstudierenden

bezüglich ihrer Fachrichtung für die chirurgischen Disziplinen zu begeistern und sie in das Team zu integrieren. Frau Faber stellt in ihrem Bericht über ihre eigenen Erfahrungen während des letzten Jahres des Studiums ein bedrückendes Szenario dar.

Das „Perspektivforum Chirurgie“ berichtet von einem möglichen Gütesiegel für das PJ und macht als Diskussionsgrundlage einen Vorschlag, wie eine solche Maßnahme ggf. die Grundvoraussetzungen im Praktischen Jahr vereinheitlichen kann.

IM FOKUS

Nachwuchs in der Chirurgie

Neben den wichtigen Bausteinen während des Studiums wird auch die Weiterbildungssituation von Herrn Jens Rolinger dargestellt. Die chirurgischen Techniken sind durch die Laparoskopie komplexer geworden, durch die Einführung strukturierter Kurse können

heute auch Jungassistenten laparoskopische Eingriffe durchführen. Nun ist die roboterassistierte Chirurgie auch in den chirurgischen Disziplinen angekommen und erfordert ein neuerliches Einarbeiten und Training. In vielen Krankenhäusern werden die Seniorchirurgen ausgebildet, die Assistenten allerdings allenfalls als „Table“-Surgeon, um Instrumente zu wechseln, Material anzureichen und zu saugen, eingesetzt. Technische Möglichkeiten eines exzellenten, frühzeitigen Einarbeitens durch die zweite Konsole sind gegeben, scheitern aber oft an der üblichen Ressourcenknappheit von Zeit und Personal. Daher müssen auch hier strukturierte Konzepte für eine entsprechende Weiterbildung erarbeitet werden.

Ich wünsche Ihnen ein informatives Lesen der bewusst diskutabel gehaltenen Artikel.
Ihr

PD Dr.med. Andreas Kirschniak, MBA

Kirschniak A: Editorial: Nachwuchs in der Chirurgie.
Passion Chirurgie. 2019 Oktober; 9(10): Artikel 01.



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

IMPRESSUM

CHIRURGIE

HERAUSGEBER

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

DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Matthias Anthuber,
Prof. Dr. med. Michael Ehrenfeld,
Herr Prof. Dr. med. Hauke Lang
Generalsekretär: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Schatzmeister: Prof. Dr. med. Jens Werner

BDC

Präsident: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
V.i.S.d.P.
Vizepräsidenten: Dr. med. Peter Kalbe,
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg

Justitiar: Dr. jur. Jörg Heberer, Berlin/München
Geschäftsführerin: Dr. med. Friederike Burgdorf

REDAKTION

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer (V.i.S.d.P.)
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg (dr.rueggeberg@t-online.de)
Dr. med. Friederike Burgdorf
Katrin Kammerer (Tel.: +49 (0) 30 28004-202 |
passion_chirurgie@bdc.de)
Julia Weibach

VERLAG

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

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

Sabine Bugla
PassionChirurgie@t-online.de
+49 (0) 5632 966147

ABBILDUNGSHINWEISE

Teaserfotos von iStock oder von den Autoren.

ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

Passion Chirurgie erscheint monatlich als elektronische Ausgabe (eMagazin via BDC|Mobile App über Apple AppStore oder GooglePlay) und quartalsweise als gedruckte Zeitschriftenausgabe (IVW-Mitgliedschaft).

Der Bezug ist im Mitgliedsbeitrag des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. enthalten und den Mitgliedern vorbehalten.

EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

© BDC-Service GmbH | Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

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



INHALT

3 EDITORIAL

3 Nachwuchs in der Chirurgie *A. Kirschniak*

6 SCHAUFENSTER

8 CHIRURGIE

8

im Fokus

BAUSTEINE DER CHIRURGISCHEN WEITERBILDUNG

A. Kirschniak, J. Rolinger

14

**FAMULATUR IN DER NIEDERLASSUNG –
STUDIERENDE IN DER CHIRURGISCHEN
PRAXIS**

P. Kalbe

20

STRUKTURIERTE GRUNDVORAUSSETZUNGEN FÜR DAS PRAKTISCHE JAHR

*B. J. Braun, J. Schmidt, P. J. Chabiera, T. Fritz,
B. Lutz, S. Drossard, S. T. Mees, S. N. Brunner,
R. Luketina, B. Blank, P. Kokemohr, A. Röth,
J.-A. Rüggeberg, H.-J. Meyer*

26 CHIRURGIE⁺

26 Will man nach dem Praktischen Jahr immer noch ChirurgIn werden? *S. Faber*

31 Chirurgische Versorgung für alle – Studentisches Engagement in der Globalen Chirurgie *J. Steinle*

35 Webinar-Termin im November 2019: S2e-Leitlinie „Schenkelhalsfrakturen“



- 36 Drei Jahre Smart Learning® in der medizinischen Fortbildung – Hygienebeauftragter Arzt *J. Ansorg*
- 41 Entscheidungen treffen – mit Erfahrung und Struktur, Mut und Empathie *J. von Rechenberg*
- 44 **Safety Clip:** Aus Zwei mach Eins – Von der monodisziplinären Notaufnahme hin zur Zentralen Notaufnahme *F. Meilwes*
- 48 **Hygiene-Tipp:** Die Anlage eines transurethralen Harnblasenkatheters im OP oder „Leg mal schnell noch einen DK“ *K.-D. Zastrow, H. Adler*
- 51 Personalia
- 52 RECHT
- 52 F+A: Einholung einer betreuungsgerichtlichen Genehmigung bei betreuten Patienten *J. Heberer*
- 53 F+A: Insekten im OP *J. Heberer*

54 GESUNDHEITSPOLITIK

- 54 Kommentar oder doch eher ein Essay zu „Pflegepersonaluntergrenzen: Ziel verfehlt“ *M. Krüger*
- 57 Reaktion auf den Referentenentwurf des „Faire-Kassenwahl-Gesetzes“ *Allianz deutscher Ärzteverbände*
- 61 Aktuelle Meldungen

62 INTERN

- 62 DGCH
- 62 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland *S. Tenckhoff*
- 65 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 69 DGCH-Präsidium ab 1. Oktober 2019
- 71 Meine Daten haben sich geändert

- 73 BDC
- 73 BDC|News
- 74 BDC|Landesverbände
- 76 BDC|Pressespiegel
- 77 Termine BDC|Akademie
- 81 Veranstaltungshinweise
- 82 Lifestyle-Angebote im Oktober 2019

84 PANORAMA

- 84 Als deutscher Chirurg in Dubai – eine ambivalente Betrachtung *G. Kieninger*

BDC unterstützt Ärzte-Appell „Mensch vor Profit!“

Die Ökonomisierung der Medizin und deren Folgen sind längst kein Geheimnis mehr, umso wichtiger ist die öffentliche Aufmerksamkeit für dieses Thema. In den letzten Wochen sorgte der Ärzte-Appell für mediales Aufsehen: stern-Reporter Bernhard Albrecht hat bei seiner Recherche zum stern-Leitartikel „Mensch vor Profit!“ (37/19) mit mehr als hundert Mediziner gesprochen und ruft zur Unterstützung des Ärzte-Appells auf.

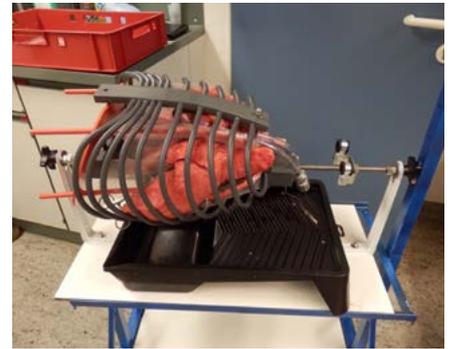
Die Mediziner fordern die Rückbesinnung auf Heilkunst statt Profit. Fachgesellschaften und Berufsverbände unterschiedlichster Fachgebiete schließen sich dem Appell an – der BDC ist ebenfalls dabei. Die Liste der Unterstützer wächst weiter. Machen Sie auch mit und schreiben Sie der stern-Redaktion: aerzteappell@stern.de.

[Mehr lesen...](#)

UNIKLINIK TÜBINGEN

VATS-Kurs am Chirurgischen Trainingszentrum

Im April 2019 fand zum vierten Mal ein Kurs für Video-assisted thoracic surgery (VATS) am Chirurgischen Trainingszentrum der Universitätsklinik Tübingen statt. Den Bedarf an einem realitätsnahen und praktikabel umsetzbaren Kursformat für die Thoraxchirurgie identifizierten Prof. Dr. med. Albert Linder (Klinikum Zentralschweiz) und PD Dr. med. Volker Steger (Universitätsklinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, Tübingen). In Ermangelung geeigneter Box-Trainer Modelle begann im Jahr 2014 die Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Chirurgische Technologie und Training an der Universitätsklinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie Tübingen im Rahmen eines ambitionierten Promotionsprojektes (Promovend Lorenz Domhan, Universität Tübingen). Die Arbeitsgruppe unter der Leitung von Priv.-Doz. Dr. Andreas Kirschniak beschäftigt sich seit vielen Jahren mit der Entwicklung und Evaluation von chirurgischen Trainingsmodellen und Zugangswegen und betreibt das chirurgische Trainingszentrum der Klinik.



[Mehr lesen...](#)

Aktuelle BDC|Umfrage

Personalbemessung in der Chirurgie

Diese kurze Umfrage dient einer Erhebung des Istzustands in Deutschland. Getriggert von den aktuellen Diskussionen um die Personaluntergrenzen in der Pflege wollen wir eine Datengrundlage auch für den ärztlichen Dienst schaffen!

Zur Umfrage: [https://www.surveymonkey.de/r/](https://www.surveymonkey.de/r/Personalbemessung)

Personalbemessung



Finanzergebnisse der Krankenkassen im 1. Halbjahr 2019

Um ihre Rücklagen abzubauen, haben die gesetzlichen Krankenkassen im ersten Halbjahr 2019 mehr ausgegeben, als sie durch Beitragszahlungen eingenommen haben. Trotzdem liegen ihre Finanzreserven immer noch bei rund 20,8 Milliarden Euro. Das zeigt die aktuelle Krankenkassen-Statistik. Im Durchschnitt entspricht dies etwa einer Monatsausgabe und damit etwa dem Vierfachen der gesetzlich vorgesehenen Mindestreserve.

Insgesamt haben die gesetzlichen Krankenkassen bei einem Ausgabenvolumen von

125 Milliarden Euro im 1. Halbjahr 2019 ein leichtes Defizit von rund 544 Millionen Euro verbucht. Die Einnahmen der Krankenkassen sind im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 3,6 Prozent und die Ausgaben um 4,7 Prozent gestiegen.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn: „Die gesetzlichen Krankenversicherungen stehen weiterhin gut da. Dabei helfen die gute Konjunktur und eine maßvolle Ausgabenpolitik. Die aktuellen Kassenzahlen zeigen in die richtige Richtung: Notwendige Leistungsverbesserungen kommen jetzt bei den Versicherten an. Und Krankenkassen mit übermäßig hohen Finanzreserven haben endlich begonnen, ihre Mitglieder über geringere Zusatzbeiträge zu entlasten.“

[Mehr lesen...](#)

LUFTRETTUNG

DRF Luftrettung fordert Verbesserung der Disponierung bei Notfällen

Das Überleben von Verletzten mit Schuss- und Explosionsverletzungen bei einer lebensbedrohlichen Einsatzlage wie einem Massenanfall von Verletzten im Terrorfall/Amoklauf (TerrorMANV) hängt maßgeblich von einer schnellen Blutungskontrolle ab. Dafür hat die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) jetzt ein Notfall-OP-Set zusammengestellt, das speziell auf lebensrettende Notfalloperationen zur Versorgung von sogenannten Höhlenblutungen ausgerichtet ist: Es enthält chirurgische Instrumente, um stark blutende Wunden im Brust-, Bauch- und Beckenraum zu versorgen.



[Mehr lesen...](#)

IM FOKUS

Nachwuchs in der Chirurgie

Bausteine der chirurgischen Weiterbildung

DIE CHIRURGISCHE WEITERBILDUNG

Eine einheitliche Weiterbildungsordnung (WBO) ist in Deutschland nicht etabliert. Vielmehr wird die ärztliche Weiterbildung durch die Landesärztekammern auf föderaler Ebene geregelt. Daraus ergibt sich, dass die Mindestanforderungen hinsichtlich Dauer, Inhalten, Zielen und Dokumentation in den WBO der einzelnen Landesärztekammern niedergelegt sind. Diese sind wiederum an die (Muster-)Weiterbildungsordnung (Muster-WBO) der Bundesärztekammer angelehnt, welche vom Deutschen Ärztetag erarbeitet und verabschiedet wird.

Das Gebiet Chirurgie umfasst laut der aktuellen Muster-WBO 2018 weiterhin acht Fachkompetenzen (Allgemeinchirurgie, Viszeralchirurgie, Thoraxchirurgie, Plastische und ästhetische Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Kinderchirurgie, Gefäßchirurgie und Herzchirurgie). Für deren Erlangung ist jeweils eine Mindestweiterbildungszeit von 72 Monaten vorgesehen. Diese gliederte sich bisher in einen gemeinsamen Basisabschnitt (Common Trunk) von 24 Monaten (inklusive je sechs Monate Notfallaufnahme und Intensivmedizin) und eine darauf aufbauende spezielle Weiterbildung im Bereich der jeweils zu erlangenden Fachkompetenz von 48 Monaten [1].





Korrespondierender Autor:

PD Dr. med. Andreas Kirschniak, MBA

Leiter Themen-Referat
„Nachwuchsförderung“ im BDC
Leiter der Arbeitsgruppe Chirurgische
Technologie und Training
Klinik für Allgemeine, Viszeral- und
Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Tübingen
Waldhörnlestraße 22
72072 Tübingen
andreas.kirschniak@med.unituebingen.de



Jens Rolinger

Klinik für Allgemeine, Viszeral- und
Transplantationschirurgie
jens.rolinger@med.uni-tuebingen.de

Rolinger J, Kirschniak A: Bausteine der chirurgischen Weiterbildung. *Passion Chirurgie*. 2019 Oktober, 9(10): Artikel 03_01.



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

In der vom 121. Deutschen Ärztetag 2018 in Erfurt beschlossenen, novellierten Muster-WBO tauchen diese Begrifflichkeiten in der Form nicht mehr auf [2]. Ein wesentlicher Kern der Neufassung ist ein kompetenzorientiertes Fort- und Weiterbildungskonzept. Dieses zielt sowohl auf die Entwicklung medizinisch-fachlicher Expertise als auch auf den Erwerb übergreifender Kompetenzen, die jeder Arzt erlangen muss, ab. Die Novelle ist nicht rechtsverbindlich, sondern muss zunächst von den zuständigen Landesärztekammern in geltendes Landesrecht umgesetzt werden.

Je nach anvisierter Fachkompetenz müssen zusätzlich verpflichtende Weiterbildungskurse (z. B. Strahlenschutzkurs) absolviert werden. Zudem können nach Abschluss – teilweise sogar bereits während – der Facharzt-ausbildung bestimmte Zusatzbezeichnungen (z. B. Notfallmedizin) erworben werden.

Die während der Weiterbildungszeit erarbeiteten Kompetenzen sowie Richtzahlen für entsprechende chirurgische Eingriffe müssen durchgehend dokumentiert und vom Weiterbildungsbefugten bestätigt werden. Mit Umsetzung der neuen Muster-WBO 2018 soll dies zukünftig in Form eines bundesweit einheitlichen, elektronischen Logbuchs (**e-Logbuch**) möglich sein.

Über den **BDC-Shop** können **Weiterbildungsbücher** in Papierform erworben werden, die als Nachweis aller erlernten Fertigkeiten und ausgeführten Operationen während der chirurgischen Weiterbildung dienen. Der Ordner dokumentiert den aktiven Teil des beruflichen Lebenslaufes. Herausgegeben von der gemeinsamen Weiterbildungskommission Chirurgie aus chirurgischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden gibt es Weiterbildungsbücher für die Basischirurgie und die 8 chirurgischen Facharztqualifikationen.

Die Facharztweiterbildung erfolgt an Universitätskliniken bzw. ärztlichen Versorgungseinrichtungen mit entsprechender

Weiterbildungsbefugnis. Zur Beantragung einer solchen Befugnis ist die Erstellung eines strukturierten Weiterbildungscurriculums verpflichtend. Jedoch zeigen Umfragen der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) [3] und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC) [4], dass solche Konzepte in der Realität eher die Ausnahme darstellen. Die Umsetzung eines strukturierten, chirurgischen Weiterbildungscurriculums stellt in jedem Fall eine große Herausforderung dar [5].

In Anbetracht dessen scheint die eigenverantwortliche Gestaltung der Fort- und Weiterbildung für jeden angehenden Facharzt und jede angehende Fachärztin von besonderer Bedeutung. Durch die Kombination inner- und außerklinischer Angebote kann sich jede/r WeiterbildungsassistentIn ein individuelles Portfolio an theoretischen und praktischen Kompetenzen zusammenstellen.

AUSSERKLINISCHE ANGEBOTE

Das traditionelle Bild der chirurgischen Ausbildung im Sinne der Ausbildungsordnung zeigt den chirurgischen Trainee, welcher unter der Aufsicht des erfahrenen Chirurgen bzw. der erfahrenen Chirurgin einen entsprechenden Eingriff am Patienten im Operationssaal durchführt. Durch die zunehmende Implementierung moderner, medizindidaktischer Konzepte wie das sogenannte „Blended-Learning“ [6] gibt es heute ein breit gestreutes Angebot an chirurgischen Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten außerhalb des klassischen, innerklinischen Settings.

Als Einstieg bieten sich zu Beginn der Facharzt-ausbildung zunächst breit gefächerte Kurskonzepte, welche mit einer ausgewogenen Mischung aus „Hands-on“-Einheiten und der Vermittlung theoretischen Hintergrundwissens aufwarten können. Neben den fachlichen Themen finden bei diesen Veranstaltungen auch immer wieder Aspekte der chirurgischen Aus- und Weiterbildung sowie unterschiedliche Karrierewege Berücksichtigung. Hier bietet insbesondere der enge Kontakt mit den Referenten unterschiedlicher Kliniken, Fachrichtungen und Ausbildungsstufen abseits des sich zunehmend



Abb. 1: Laparoskopischer Grundkurs am Chirurgischen Trainingszentrum Tübingen

verdichtenden Klinikalltags die Möglichkeit zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch.

Die gezielte Akquise von spezifischen Skills lässt sich wiederum über die Teilnahme an fokussierten Workshops und Kursen erreichen. Zum Beispiel veranstaltet die Arbeitsgruppe Chirurgische Technologie und Training (CTT) an der Universitätsklinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie in Tübingen jedes Jahr diverse laparoskopische **Trainingskurse** für die unterschiedlichen Ausbildungsniveaus (Abb. 1).

Praktische Übungen an VR- (VR: Virtual Reality), POP- (POP: pulsierende Organperfusion) oder klassischen Box-Trainern bieten die Möglichkeit, bestimmte Fertigkeiten noch vor dem direkten Einsatz am Patienten im Operationssaal in einer geschützten Umgebung zu trainieren [9]. Diese stehen jedoch häufig in der eigenen Klinik nicht zur Verfügung oder werden nur selten genutzt. Gründe hierfür können fehlende Übungscurricula oder mangelnde Freistellung während der Arbeitszeit sein [3]. **Externe Kurse**, welche entsprechende Trainingsmodelle vorhalten, können helfen diese Limitationen zu überwinden.

Die zunehmende Bedeutung chirurgischen Trainings an Simulatoren außerhalb der realen Umgebung des Operationssaals konnte bereits in mehreren Studien belegt werden [10, 11]. Dies muss insbesondere auch vor dem Hintergrund einer stetigen Steigerung der Komplexität des Arbeitsplatzes im Operationssaal betrachtet werden. Der Einzug neuer Operationsmethoden, wie der Laparoskopie, der Robotik oder auch der computergestützten Navigation, kann für junge Chirurgen zunächst auch Nachteile mit sich bringen. Überschaubare Eingriffe, die früher im konventionell-offenen Bereich selbstverständlich assistiert wurden, werden heute durch den erfahrenen Chirurgen bzw. die erfahrene Chirurgin an der Konsole roboter-assistiert operiert. WeiterbildungsassistentInnen werden zu „Erfüllungsgehilfen des Roboters“ degradiert und sind lediglich für das Austauschen der Effektoren zuständig [12, 13]. Spezielle Trainingsprogramme, welche dieses Problem adressieren, werden bisher im Wesentlichen von der Industrie angeboten. Diesbezüglich müssen mittelfristig, ähnlich wie im konventionellen oder laparoskopischen Bereich, zusätzliche Kursangebote und -konzepte durch die medizinischen Fachgesellschaften und Organisationen geschaffen werden.

Die BDC|Akademie erarbeitet gerade ein solches Kursangebot.

Als weitere spannende Möglichkeit für den Blick über den Tellerrand und die Abrundung des eigenen Profils sollten auch Hospitationen an anderen ärztlichen Einrichtungen nicht außer Acht gelassen werden. In diesem Bereich fördern die verschiedenen Fachgesellschaften über Reise- und Hospitationsstipendien jedes Jahr den fachlichen und persönlichen Austausch auf nationaler und internationaler Ebene (**Preise & Stipendien der DGCH**).

Unerlässlich, um gerade im Verlauf der Facharztausbildung auf dem aktuellen Stand zu bleiben, ist das Theoriestudium der fachspezifischen Literatur sowie der entsprechenden Leitlinien. Die einschlägigen, deutschsprachigen Journale (z. B. „Der Chirurg“ oder „Das Zentralblatt für Chirurgie“) bieten hierfür eine gute Grundlage. Hier finden sich regelmäßig Übersichtsarbeiten oder Journal Clubs zu verschiedenen, aktuellen Themen. Derweil kümmert sich die **Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.** (AWMF) als Dachverband der deutschen, medizinischen Fachgesellschaften um die Entwicklung medizinischer Leitlinien. Diesbezüglich bietet der BDC über die haus-eigene **Akademie** in regelmäßigen Abständen Webinare an, welche insbesondere vor der Facharztprüfung nochmals einen aktuellen und fundierten Einblick in spezifische Themengebiete ermöglichen.

Das somit bereits umfangreiche Angebot wird durch eLearning-Plattformen (z. B. www.ecme-center.org) und Mediatheken (z. B. www.mediathek-dgch.de/) der Fachgesellschaften sowie Veranstaltungen industrieller Partner (z. B. germany.aesculap-academy.com/) abgerundet. Auch Online-Services wie **UpToDate**, WebOP (www.webop.de/) oder **WebSurg** haben mittlerweile einen hohen Bekanntheitsgrad erlangt.

Nicht zuletzt können paramedizinische Zusatzqualifikationen, wie die Akquise von Soft Skills (z. B. Kommunikation, Rhetorik, Change Management, Personalführung) oder die Gewinnung von Einblicken in die

ökonomischen Aspekte des Gesundheitssystems bis hin zu einem MBA-Abschluss (MBA: Master of Business Administration), sinnvolle und motivierende Ergänzungen des eigenen Portfolios darstellen.

WISSENSCHAFTLICHER TRACK

Zur Sicherung und Weiterentwicklung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung sind fortwährende Generierung und Aktualisierung medizinischen Wissens unerlässlich. Das Interesse an einem wissenschaftlichen Karrierebaustein scheint jedoch nach Abschluss des Medizinstudiums aus den verschiedensten Gründen eher gering ausgeprägt zu sein [14–16].

Nicht jede/r ChirurgIn muss ein aktiver Forscher sein. Um jedoch den anvertrauten Patientinnen und Patienten die bestmöglichen Behandlungen entsprechend des aktuellen fachlichen Standards zukommen lassen zu können, ist für jeden Arzt ein grundsätzliches Verständnis für wissenschaftliche Fragestellungen und die Fähigkeit zur kritischen Auseinandersetzung mit medizinischen Publikationen unabdingbar. In Anbetracht stetig steigender Publikationszahlen kann es sich dabei schwierig gestalten den Überblick zu behalten [17].

Offiziell werden Forschungstätigkeiten in der Regel von den Landesärztekammern nicht auf die Weiterbildungszeit angerechnet. Ausnahmen können im Einzelfall und in begrenztem Umfang (bis zu sechs Monaten) bei Arbeiten mit besonderem klinischen Bezug und regelmäßigem Patientenkontakt gewährt werden. Für die Chirurgie fordert die Muster-WBO

im Gegensatz zur anderen Weiterbildungsgebieten (z. B. Anatomie, Physiologie) keine explizite Erlangung von Kompetenzen in den Bereichen Forschung oder Lehre während der Facharztausbildung.

Die Weiterbildungszeit verlängert sich somit für wissenschaftlich aktive Medizinerinnen und Mediziner teilweise deutlich. Zudem erfordern Forschungstätigkeiten meist ein erhebliches zeitliches Zusatzengagement, da sich diese vielerorts durch Arbeitszeitverdichtung und bürokratische Hürden nicht selten in die Freizeit nach Feierabend oder am Wochenende verschieben. Auch das Einwerben finanzieller Mittel für geplante Forschungsarbeiten bedeuten ein hohes Maß an Eigeninitiative.

Nichtsdestotrotz kann der wissenschaftliche Track für die persönliche ärztliche Tätigkeit – abseits der zusätzlichen zeitlichen Belastung – eine herausfordernde, kreative und intellektuell befriedigende Bereicherung bedeuten. Durch intensivierte, interdisziplinären Austausch über die Grenzen des eigenen medizinischen Fachgebiets hinweg eröffnet die wissenschaftliche Arbeit neue, spannende Perspektiven abseits des klinischen Alltags [18].

Unabhängig aller Vor- und Nachteile eröffnet die Veröffentlichung von Publikationen und Kongressbeiträgen die Chancen, auf die eigene Arbeit aufmerksam zu machen und diese zu präsentieren.

Anlaufstellen für Informationen hinsichtlich Beratung und Förderung von Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern bieten unter anderem die Forschungs- und

Fachgesellschaften. Exemplarisch seien hier die verschiedenen Förderprogramme der **Deutschen Forschungsgemeinschaft** sowie der **Deutschen Krebshilfe** genannt. Aber auch intramurale Förderlinien der Universitätskliniken (z. B. „Clinical Scientist“) können dabei helfen, finanzielle und zeitliche Freiräume für eine wissenschaftliche Tätigkeit, parallel zur Facharztausbildung, zu schaffen.

Die Sektion Chirurgische Forschung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) ermöglicht jungen, chirurgischen Forscherinnen und Forschern neben Möglichkeiten zur Beratung und forschungsorientierten Fortbildung (z. B. Summer Schools, Workshops, Kongresse etc.) ein Forum und Netzwerk zum gegenseitigen Austausch (www.forschungstage2019.de/).

FAZIT

Wie kein anderes Fachgebiet der Medizin fordert die Chirurgie eine besonders intensive Beziehung zu den ihr anvertrauten Patientinnen und Patienten. Ärztliches Handeln erfordert hier neben allem theoretischen Fachwissen eben auch die Beherrschung manueller Fertigkeiten. Diese zu erlernen erfordert intensives Mentoring sowie praktisches Üben.

Daher muss jede/r angehende ChirurgIn die ihm zustehenden Fort- und Weiterbildungsinhalte einfordern und sich gleichzeitig für deren individuelle Ausgestaltung stets eigeninitiativ verantwortlich zeichnen.

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

„Diese Hände führen 4 neurochirurgische Operationen am Tag durch. 5 Tage die Woche.“

Chefarzt Dr. med. Yasser Abdalla

Schützen Sie Ihr wertvollstes Werkzeug – auch vor Latex!

70%

aller latexbedingten Reaktionen entfallen auf Fachkräfte des Gesundheitswesens¹

1 von 50

Fachkräften im Gesundheitswesen entwickelt eine Latex-Allergie – Jahr für Jahr¹

1 zu 1

Viele Nutzer empfinden in Bezug auf Tragekomfort und Sicherheit keinen Unterschied zu Latex-OP-Handschuhen

1. Mercurio J. Creating a latex-safe perioperative environment. OR Nurse 2011;5(6): 18-25.



Jetzt Muster und weitere Serviceleistungen anfordern unter www.molnlycke.de/handschuhe

Biogel® OP-Handschuhe


Molnlycke®



Famulatur in der Niederlassung





Dr. med. Peter Kalbe
 Vizepräsident
 Berufsverband der Deutschen
 Chirurgen e.V. (BDC)
 Leiter des Themen-Referates
 „Niedergelassene“ im BDC
 Praxis am Wall in Rinteln
 Gelenkzentrum Schaumburg
 Josua-Stegmann-Wall 7
 31737 Rinteln
 Kalbe@bdc.de

Famulatur in der Niederlassung – Studierende in der chirurgischen Praxis

Allenthalben wird der fehlende ärztliche Nachwuchs beklagt. Dies betrifft neben den Krankenhäusern zunehmend auch die chirurgischen Facharztpraxen. Gemäß aktuellem Berufsmonitor 2018 [1] können sich immerhin 53,5 % der Studierenden eine Tätigkeit in einer eigenen Praxis vorstellen (2014: 60,3 %). Dabei geht der Trend eindeutig in Richtung Gemeinschaftspraxis (50,6 % vs. 39,9 % 2014) und zur Anstellung. Leider schwindet die Attraktivität des Fachs „Chirurgie“ mit der Dauer des Studiums: Während der Vorklinik können noch fast ein Drittel der Studierenden eine Tätigkeit in der Chirurgie vorstellen. Bis zum Praktischen Jahr (PJ) sinkt dieser Wert auf 18,1 % und es ist belegt, dass nach dem PJ nurmehr etwa 5 % Begeisterung für die Chirurgie aufbringen.

Bei der Frage nach Niederlassungshindernissen führen die Studierenden vor allem die Sorge vor einem hohen Maß an Bürokratie (62,3 %), vor einem hohen finanziellen Risiko (57,5 %), vor Regressen (46,7 %) und die Sorge vor geringem fachlichem Austausch (46,4 %) an.

WAS BRINGT EINE FAMULATUR IN DER CHIRURGIE?

Studierende beklagen vor allem mangelnde Einblicke in die Arbeitswirklichkeit chirurgischer Praxen. Die Ausbildung bezieht sich (bis auf die Allgemeinmedizin) fast ausschließlich auf klinisch relevante Krankheitsbilder und Krankenhausbehandlungen. Bei einem Workshop mit der Bundesvertretung der Medizinstudierenden (bvmd) beim Gemeinsamen Bundeskongress Chirurgie 2019 in Nürnberg wiesen deren Vertreter darauf

hin, dass Facharztpraxen in den Curricula des klinischen Medizinstudiums praktisch keine Berücksichtigung finden. Dies obwohl die „Chirurgie des Häufigen“ ambulant und damit meist in den Praxen der niedergelassenen Chirurgen diagnostiziert und behandelt wird. Bezeichnender Weise sind in der aktuell gültigen Approbationsordnung (App. Ord.) nur je eine einmonatige Famulatur in einer allgemeinmedizinischen Praxis und eine zweimonatige Famulatur in einem Krankenhaus oder einer Reha-Einrichtung verpflichtend vorgeschrieben (Tab. 1). Den Hausärzten ist es bekanntermaßen gelungen, den drohenden Nachwuchsmangel politisch so zu platzieren, dass gesetzliche Gegenmaßnahmen ergriffen werden.

Es bleibt den Studierenden aber immerhin die Chance, in der wahlfreien Zeit (gemäß §1 (2) 1 der App. Ord.) eine einmonatige Famulatur in einer chirurgischen Praxis (Tab. 2) abzuleisten. Diese Möglichkeit sollten wir in den medizinischen Fakultäten propagieren und entsprechende Plätze für Famulaturen in unseren Praxen anbieten. Das eröffnet uns die Chance, einen großen Teil der oben erwähnten Vorurteile der Studierenden (bis auf die Bürokratie) zu entkräften.

PERSÖNLICHES ENGAGEMENT FÜR DEN CHIRURGISCHEN NACHWUCHS

Wenn wir die jungen Medizinerinnen und Mediziner für die Chirurgie begeistern wollen werden wir nicht darum herumkommen, uns vermehrt in die Nachwuchsgewinnung aktiv einzubringen, und dies auf verschiedenen Stufen der Ausbildung:

Kalbe P: Famulatur in der Niederlassung – Studierende in der chirurgischen Praxis. *Passion Chirurgie*. 2019 Oktober, 9(10): Artikel 03_02.



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

INFORMATIONEN ÜBER DEN BERUF DES CHIRURGEN IN GYMNASIEN

Unser Vizepräsident Dr. Rüggeberg hat schon erste Erfahrungen mit einer „Hands-on“-Veranstaltung in der Oberstufe eines Gymnasiums gesammelt. Die Schüler waren hellauf begeistert vom Naht- und Knotenkurs und einem einfachen Laparoskopie-Simulator. Es gibt zwar keinerlei Evidenz, dass dies einen positiven Einfluss auf die spätere Entscheidung für die Chirurgie hat, dürfte aber zumindest einen wichtigen ersten Schritt darstellen.

Wenn Sie auch am Gymnasium in der Nachbarschaft oder der Schule Ihrer Kinder für die Chirurgie werben wollen, können Sie über die **Geschäftsstelle des BDC Unterstützung erhalten**.

CHIRURGIE IN DER NIEDERLASSUNG ALS INHALT DER HAUPTVORLESUNG CHIRURGIE

In der nächsten Stufe der Ausbildung in den klinischen Semestern müssen wir den Kontakt mit den benachbarten medizinischen Fakultäten und den chirurgischen Hochschullehrern suchen und auch ein Engagement in der Hauptvorlesung „Chirurgie“ mit Themen aus der ambulanten Chirurgie anbieten. Eine solche Kooperation ist z. B. in der inneren Medizin aus der Medizinischen Hochschule Hannover bekannt. Dies sollte auch für die

Chirurgie und regelmäßig an allen medizinischen Fakultäten angestrebt werden.

FAMULATUR IN CHIRURGISCHEN PRAXEN

In der nächsten Stufe müssen wir dann die oben erwähnten Praxis-Famulaturen anbieten und den Studierenden einen Einblick in die Arbeitstätigkeit der niedergelassenen Chirurgen bieten. Hier besteht erheblicher Nachholbedarf. Der Besorgnis der Studierenden über überbordende Bürokratie können wir mit dem Hinweis begegnen, dass sich die potenziellen Interessenten ohnehin zunächst als Angestellte und in der großen Mehrzahl in Gemeinschaftspraxen sehen. In diesen Konstrukten dürfte es ohnehin üblich sein, dass die administrative Last – zumindest vorübergehend – beim Seniorpartner verbleibt.

NUR MUT: KEIN DURCHSCHNITTSJOB: CHIRURGIN – KAMPAGNE DES BDC

Eine sehr wichtige Rolle in der Nachwuchsgewinnung spielen die regelmäßig ausgebuchten „Chirurgie zum Mitmachen“-Workshops des BDC (www.chirurg-werden.de), die nunmehr schon seit mehr als zehnten Jahren um chirurgischen Nachwuchs werben. In die gleiche Richtung wirkt der gemeinsam mit den internistischen Kollegen sehr erfolgreich aufgelegte Nachwuchs-Kongress „Staatsexamen und Karriere“ (www.staats-examen-und-karriere.de).

OPTIMIERUNG DER AUSBILDUNG IM PRAKTISCHEN JAHR/AKADEMISCHE LEHRPRAXIS CHIRURGIE

Die meisten Interessenten für unser Fach verlieren wir jedoch während des Praktischen Jahres. Dabei kritisieren die Studierenden vor allem den Einsatz als „billige Hilfskräfte im OP.“ Sie wünschen sich vor allem die Betreuung eigener Patienten unter Aufsicht und Anleitung. Hier bietet sich eine Chance auch für größere und sektorenübergreifend tätige chirurgische Praxen, sich als akademische Lehrpraxen für Chirurgie zu etablieren. Nach der Approbationsordnung (**Tab. 3**) können bis zu acht Wochen des jeweiligen Ausbildungsabschnittes (der drei Tertiale im PJ) im ambulanten Bereich erfolgen. Somit wären acht Wochen Chirurgie und acht Wochen im Wahlfach, zusammen also 16 Wochen in einer Praxis möglich. Dem BDC sind bisher keine akademischen Lehrpraxen im Fach Chirurgie bekannt. Ein Modellversuch dazu mit der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster ist in Planung.

WAS HABEN WIR DAVON?

Warum sollten wir diesen Aufwand betreiben, wodurch uns zunächst nur zusätzliche Arbeit und Kosten und u. U. auch Probleme mit der KV-Abrechnung entstehen? Auf diese berechnete Frage kann ich nur recht abstrakt antworten, dass Sie sich dadurch die

Tab. 1: § 7 der aktuell gültigen Approbationsordnung für Ärzte

§ 7 Famulatur
(1) Die Famulatur hat den Zweck, die Studierenden mit der ärztlichen Patientenversorgung in Einrichtungen der ambulanten und stationären Krankenversorgung vertraut zu machen.
(2) Die Famulatur wird abgeleistet <ol style="list-style-type: none"> 1. für die Dauer eines Monats in einer Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung, die ärztlich geleitet wird, oder einer geeigneten ärztlichen Praxis, 2. für die Dauer von zwei Monaten in einem Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und 3. für die Dauer eines Monats in einer Einrichtung der hausärztlichen Versorgung. Satz 1 Nummer 3 ist auf Studierende, die bis zum 10. Juni 2015 erstmals den Antrag auf Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung gestellt haben, in der am 30. September 2013 geltenden Fassung anzuwenden. Wurde das Studium wegen Krankheit, Schwangerschaft, der Betreuung minderjähriger Kinder oder pflegebedürftiger Angehöriger unterbrochen, verlängert sich die in Satz 2 genannte Frist um ein Jahr.
(3) Eine im Ausland in einer Einrichtung der ambulanten ärztlichen Krankenversorgung oder in einem Krankenhaus abgeleistete Famulatur kann angerechnet werden.
(4) Die viermonatige Famulatur (§ 1 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4) ist während der unterrichtsfreien Zeiten zwischen dem Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung und dem Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung abzuleisten. Sie ist bei der Meldung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung in den Fällen des Absatzes 2 durch Bescheinigungen nach dem Muster der Anlage 6 zu dieser Verordnung nachzuweisen.

Tab. 2: Bescheinigung über Famulatur gemäß Anlage 6 der Approbationsordnung

Der/Die Studierende der Medizin
 geboren am in ist nach Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung vom bis zum in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famulus tätig gewesen. Während dieser Zeit ist der/die Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem Gebiet beschäftigt worden.

Die Ausbildung ist
 unterbrochen worden vom bis zum
 nicht unterbrochen worden

....., den

..... (Bezeichnung der Einrichtung, bei öffentlicher Stelle/Siegel) (Unterschrift des/des ausbildenden Arztes/Ärzte)
--	---

Tab. 3: Beteiligung akademischer Lehrpraxen am praktischen Jahr (§ 3 Abs. 2a der Approbationsordnung zum Praktischen Jahr)

Die Universitäten können geeignete ärztliche Praxen (Lehrpraxen) und andere geeignete Einrichtungen der ambulanten ärztlichen Krankenversorgung im Einvernehmen mit der zuständigen Gesundheitsbehörde in die Ausbildung einbeziehen; sie treffen hierzu Vereinbarungen mit den Lehrpraxen und Einrichtungen. Die jeweilige Lehrpraxis oder Einrichtung muss gewährleisten, das Logbuch der Universität einzuhalten. Die Ausbildung nach Absatz 1 in einer Lehrpraxis oder in einer anderen geeigneten Einrichtung der ambulanten ärztlichen Krankenversorgung dauert in der Regel höchstens acht Wochen je Ausbildungsabschnitt. Im Wahlfach Allgemeinmedizin wird die Ausbildung nach Absatz 1 während des gesamten Ausbildungsabschnitts in einer allgemeinmedizinischen Lehrpraxis absolviert.

Chance eröffnen, einen Nachfolger oder besser gesagt Nachfolgerin für ihre chirurgische Praxis zu gewinnen. Eine Umfrage des BNC [2] hat gezeigt, dass das Interesse der niedergelassenen Chirurgen am Angebot einer

Famulatur bisher leider nur gering ist: Von 1.125 angeschriebenen niedergelassenen Chirurgen waren nur 34 bereit, Hospitationen bzw. Famulaturen zu ermöglichen, also nur etwa 3 %. Das ist enttäuschend.

Hier ist unbedingt ein Wandel der persönlichen Einstellung der Niedergelassenen notwendig. Wir können es nicht unseren Krankenhauskollegen allein überlassen, für chirurgischen Nachwuchs zu sorgen, sondern müssen uns ebenfalls engagieren. Dazu gehört es auch, die durchaus berechtigten Klagen über marginale Vergütungen einzelner Leistungen und die Last der Bürokratie hinten zu stellen und auch einmal öffentlich darzustellen, dass wir mit Freude und Engagement in einem faszinierenden Beruf arbeiten.

Vonseiten des Berufsverbandes wird regelmäßig der drohende Nachwuchsmangel in der Chirurgie im politischen Diskurs platziert. Immerhin hat dies dazu geführt, dass mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) die Anzahl der bundesweit finanziell geförderten fachärztlichen Weiterbildungsplätze von 1.000 auf 2.000 angehoben wurde. Unser nächstes Ziel muss es nun sein, dass die chirurgische Weiterbildung davon auch profitieren kann.

LITERATUR

[1] Jacob, R., Kopp, J., Fellingner, P.: https://www.kbv.de/media/sp/Ergebnisse_Berufsmo- nitoring_2018_KBV_30.1._2019.pdf. Zuletzt zugegriffen 17.8.2019

[2] Schüürmann, C.: BNC-Spot vom 6.8.2019

**RENOWNED SPECIALISTS
FROM ALL OVER THE WORLD
PRESENT NEW INSIGHTS INTO
DISEASES OF THE PANCREAS
AND THEIR TREATMENT AT
THE 3RD FORUM**

**REGISTER TO ATTEND
06 – 07 FEBRUARY 2020
BERN, SWITZERLAND**

WORLDPANCREASFORUM.COM



**WORLD
PANCREAS
FORUM**



Strukturierte Grundvoraussetzungen für das Praktische Jahr

Chancen für eine optimierte und zukunftsweisende Nachwuchsförderung? Eine Diskussionsvorlage des Perspektivforums Junge Chirurgie, des Nachwuchsreferates des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen und der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland

Die Nachwuchsproblematik in der Chirurgie ist Realität und gleichzeitig omnipräsent in der wissenschaftlichen, aber auch allgemeinen Literatur. Große Übersichtsarbeiten

konnten bereits zeigen, dass verschiedene Aspekte der Ausbildung im Praktischen Jahr (PJ) die Motivation der Studierenden eine chirurgische Karriere anzustreben deutlich beeinflussen können. Auch wenn die im Mai 2012 geänderte Approbationsordnung bereits einige dieser Aspekte auf den Weg gebracht hat – beispielsweise die Einführung eines Logbuches – gibt es weiterhin deutliches Verbesserungspotenzial in der immer noch stark fakultäts-, klinik-, und personenabhängigen Ausbildungsqualität im PJ. Eine denkbare Lösung kann – mit allen Nutzen und Nachteilen – eine standardisierte Einführung essenzieller Grundvoraussetzungen in Form

**Korrespondierender Autor:****Dr. med. Benedikt Braun**

Stellv. Leiter Themen-Referat
„Nachwuchs“ im BDC
Universitätsklinikum des Saarlandes
Klinik für Unfall-, Hand- u.
Wiederherstellungschirurgie
Kirrberger Straße, Gebäude 57
66421 Homburg
benedikt.braun@uks.eu

J. Schmidt**P. J. Chabiera****T. Fritz****B. Lutz****S. Drossard****S. T. Mees****S. N. Brunner****Dr. med. Rosalia Luketina**

Med. Hochschule Hannover
Klinik f. Plastische-, Hand- u.
Wiederherstellungschirurgie

B. Blank**Dr. med. Pia Kokemohr**

Diakovere Henriettenstift
Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie

Braun BJ, Schmidt J, Chabiera PJ, Fritz T, Lutz B,
Drossard S, Mees ST, Brunner SN, Luketina R, Blank
B, Kokemohr P, Röth A, Rüggeberg JA, Meyer HJ:
Strukturierte Grundvoraussetzungen für das Praktische
Jahr. *Passion Chirurgie*. 2019 Oktober, 9(10): Artikel
03_03.



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

eines PJ-Gütesiegels für die Chirurgie sein, das gemeinsam mit Interessensvertretern der Studierenden erarbeitet wird. Mit diesem Artikel wollen wir aufgrund eigener Erfahrungen, in Kooperation mit den Studierenden und anhand aktueller Literatur eine erste Diskussionsgrundlage für solche Grundvoraussetzungen aufstellen.

EINLEITUNG

Nachwuchsmangel in der Chirurgie ist berufspolitisch ein dominierendes Thema unserer Zeit [1]. Dieser betrifft sowohl Männer als auch Frauen [25] verschiedenster chirurgischer Fachdisziplinen [26, 16]. Der Mangel an fähigen Nachwuchskräften wird von den Fachgesellschaften und Berufsverbänden behandelt [2] und nicht zuletzt auch in der Populärpresse weitreichend thematisiert [20, 23]. Die Ausbildung im Praktischen Jahr und der dortige Pflichtabschnitt für alle Studierenden in der Chirurgie sollte dafür genutzt werden, dem potenziellen Nachwuchs fächerübergreifend relevante chirurgische Fertigkeiten sowie Denk- und Arbeitsweisen zu vermitteln und letztlich auch die Attraktivität unseres Faches näher zu bringen. Studien und große Literaturreviews konnten bereits zeigen, dass mit einfachen, fast selbsterklärenden Dingen die Zufriedenheit der Studierenden und letztendlich auch die Bereitschaft zur Auswahl der Chirurgie als Karriereweg signifikant gesteigert werden können [18]. So sind Freundlichkeit, Lehrangebot (insbesondere auch „Peer-to-Peer“), aktive Teilnahme am Stationsalltag und Operationen sowie ein funktionierendes Team nur einige davon [15].

Betrachtet man kleinere erfolgende PJ-Umfragen, die noch nach der letzten Änderung der Approbationsordnung erfolgt sind, so fällt auf, welche Missstände weiterhin vorliegen [8]: Wollen vor dem PJ noch 13 % der Studierenden später einmal einen chirurgischen Beruf ergreifen sind es nach dem PJ noch 8 %. Nur 26 % der PJ-Absolventen in Deutschland finden einen sehr guten Ansprechpartner, im Ausland sind es doppelt so viele. Schlusslicht ist die Chirurgie, wo fast 13 % der Studierenden gar keinen Ansprechpartner fanden. Es wundert daher nicht, dass 20 % der Studierenden den Lerneffekt des

chirurgischen PJ-Tertials als schlecht einstufen und 25 % den Eindruck haben, nur als Aushilfskraft gebraucht zu werden. Die erschreckende Bilanz ist, dass nur durch das chirurgische PJ-Tertial sogar die Motivation der Studierenden, überhaupt den Arztberuf als solchen zu ergreifen um 25 % sinkt. Die Ergebnisse dieser kleineren Umfragen werden durch aktuelle Erhebungen auf eine breitere Datenbasis von über 10.000 Studierenden gestellt [9, 13]: Darin bestätigt sich, dass das Interesse an der Chirurgie mit zunehmender Exposition gegenüber dem tatsächlichen Arbeitsalltag abnimmt. Dies trifft insbesondere auf das Praktische Jahr zu, dabei zeigen die Daten auch, dass gerade diese Zeit am prägendsten bezüglich der späteren Berufswahl ist [9]. Über alle wissenschaftlichen Erhebungen hinaus zeigen auch große Kampagnen, wie die Anfang des Jahres von der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) durchgeführte PJ-Petition auf der Plattform openpetition.de mit über 100.000 Unterstützern eindrucksvoll [6], welcher Änderungsbedarf bezüglich des Praktischen Jahres besteht, nicht nur um entsprechenden Nachwuchs für die Chirurgie zu gewinnen, sondern auch um eine adäquate Ausbildung für die Studierenden generell zu gewähren.

Da eine Änderung aus dem System heraus zu träge zu erfolgen scheint, besteht in Anbetracht der oben geschilderten studentischen Unzufriedenheit mit der Ausbildungssituation im PJ sowie des niedrigen Interesses am Fach Chirurgie ein dringender Handlungsbedarf. Eine Möglichkeit den notwendigen Änderungen Nachdruck zu verleihen, besteht in einer extrinsischen Motivation für die ausbildenden Krankenhäuser im Sinne einer Gütesiegelerstellung. Trotz aller bürokratischer Nachteile und teilweise fehlender Nachweise zur Ergebnisqualität konnten Zertifizierungen und Gütesiegel aus verschiedensten Fachgebieten doch zeigen, dass dadurch eine Optimierung der Prozess- und Strukturqualität erfolgen kann [11, 15, 24].

Ziel dieses Artikels ist es daher, die im Gespräch mit den Studierenden erhobenen Vorschläge zur Verbesserung des Praktischen Jahres zu erfassen, zusammen mit

Dr. med. Dipl. Phys. Anjali A. Röth
Uniklinik RWTH Aachen

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

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Präsident des Berufsverbandes der
Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
Generalsekretär der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie e.V.
(DGCH)
praesident@bdc.de, h-jmeyer@
dgch.de

Interessensvertretern der Studierenden und NachwuchschirurgInnen anhand der aktuellen Literatur zu bewerten und letztendlich Grundvoraussetzungen zu formulieren, die als Basis für einen guten PJ-Ablauf dienen können. Perspektivisches Ziel des gesamten Projektes ist es, mit der im Rahmen des Artikels erstellten Diskussionsgrundlage, nach weiterer Prüfung und entsprechender Anpassung der Kriterien, diese als einheitliche Basis eines PJ-Grundcurriculums zusammenzufassen. Diese Maßnahmen sollen durch strukturierte Ausbildung mit vorgegebenen Standards die Attraktivität des Faches Chirurgie steigern und eine gute Ausbildung gewährleisten.

VORSCHLÄGE DER STUDIERENDEN

In kurzen Gesprächen mit deutschen Studierenden und Vertretern der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland wurden die Antworten auf eine Frage gesammelt und anschließend analysiert: „Welche Verbesserung am PJ-Tertial Chirurgie halten Sie für notwendig, um die Zufriedenheit mit diesem zu verbessern?“. Dabei traten immer wieder folgende Leitthemen zum Vorschein:

- Die Studierenden wollen ihren PJ-Ablauf in den vorhandenen Rahmenbedingungen gerne selbst mitgestalten, sowohl hinsichtlich der Anzahl an Teildisziplinen, die besucht werden können, als auch der Auswahl dieser Teildisziplinen.
- Ebenso wichtig war den Studierenden eine gute Planung ihres Berufs- und Lebensalltags, wozu insbesondere eine namentliche Nennung auf dem OP-Plan schon im Voraus gewünscht wurde.
- Auch sind Einführungskurse, die klar die Anforderungen und Erwartungen sowohl der Ärzte an die Studierenden als auch der Studierenden an die Ärzte definieren, gewünscht.
- In diesem Rahmen erwarten die Studierenden auch eine Auffrischung bzw. Einführung in grundlegende Rahmenbedingungen des Arbeitsalltags, wie unter anderem die Erläuterung des korrekten Verhaltens im Operationssaal.
- Oft wurde auch der Wunsch nach einem klaren Ansprechpartner und Tutor formuliert, mit dem man unter anderem auch ganze Patientenverläufe von der

Aufnahme bis zum Behandlungsabschluss aktiv mitgestalten und besprechen wolle.

- Auch sollte eine regelmäßige PJ-Fortbildung abgehalten werden, in der sich die Studierenden auch gerne gegenseitig Lehrinhalte vermitteln. Wichtig ist den Studierenden hier eine Schulung praktischer Fähigkeiten wie Nähen oder sonographische Untersuchungen.
- Ansonsten wünschten sich die Studierenden eine bessere Berücksichtigung der Logbücher auf Basis von kompetenzorientierten Lernzielen und klar definierten Aufgaben und Pflichten.
- Bei Unzufriedenheit mit dem Ablauf des Praktischen Jahres würden die Studierenden gerne bereits während der betreffenden Rotation einen Ansprechpartner haben um Lösungen zu finden bzw. auch unkompliziert innerhalb der Klinik in ein anderes Fach wechseln können.

Letztlich ist in diesem Rahmen auch eine universitätsübergreifende Möglichkeit zur PJ-Bewertung, neben den bereits etablierten Portalen, denkbar. Aus allen diesen Forderungen wurden im Folgenden innerhalb des Perspektivforums Junge Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, zusammen mit Vertretern des Nachwuchsreferates des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen und der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland folgende Grundvoraussetzungen erarbeitet und kategorisiert, entsprechend der Themenbereiche „Struktur des Tertials“, „Lehre und Betreuung“ sowie „Weitere Rahmenbedingungen“. Die einzelnen Punkte werden anhand der aktuellen Literatur diskutiert:

VORSTELLUNG UND DISKUSSION DER KRITERIEN

THEMENBEREICH 1: STRUKTUR DES TERTIALS/ QUARTALS

Die Studierenden können selbst wählen, welche Fächer sie im Chirurgie-Tertial wann absolvieren möchten (keine „Zwangszuteilung“).

Das chirurgische PJ-Tertial ist ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Ausbildung, die Notwendigkeit der Absolvierung steht

außer Frage. Von dieser kurzen chirurgischen Ausbildung profitieren auch zukünftige Kollegen, die in anderen Fachbereichen oder ganz abseits von der klinischen Medizin arbeiten wollen: So konnte in einer Studie von Zundel et al. gezeigt werden, dass Kollegen anderer Fachdisziplinen insbesondere die in der Chirurgie erlangten praktischen Fähigkeiten schätzen und als nützlich für ihr späteres Berufsleben empfanden [28]. Auch wurde in dieser Studie von vielen Befragten angegeben, vom vorgelebten „chirurgischen“ Verhalten und von der herrschenden Arbeitseinstellung profitiert zu haben. In Anbetracht des oftmals auch erst spät erkannten Nutzens des Tertials scheint es also nicht sinnvoll, dieses Tertial zu streichen oder zu verkürzen, wenn ein Studierender daran nicht interessiert ist. Darüber hinaus sind relevante Fertigkeiten und Kompetenzen, die im Rahmen des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkataloges Medizin (NKLM) festgelegt sind, eindeutig in chirurgischen Fächern zu erlernen. Dies hebt die Notwendigkeit des Faches als Hauptgebiet der Medizin auch zur Wahrung eines fächerübergreifenden Absolventenprofils hervor.

Andererseits wurde in Studien auch gezeigt, dass ein Grund von Studierenden später keine Karriere in der Chirurgie zu machen, die Tatsache ist, dort ihren Alltag wie auch das Familienleben nicht gut kontrollieren zu können [4, 13]. Allein vor diesem Hintergrund sollte den Studierenden die Wahlmöglichkeiten zwischen den unterschiedlichen chirurgischen Fächern gewährt werden. Dazu gehört in unseren Augen auch, dass die Studierenden selbst diejenigen chirurgischen Fächer auswählen können, an denen sie interessiert sind. Eine Zwangszuteilung zu einem chirurgischen Fach (meist betrifft dies personalstarke Abteilungen mit hohem OP-Aufkommen), wie es mancherorts Praxis ist, lehnen viele Studierende ab. Sicherlich bleibt vor Ort zu klären, inwieweit eine Zuteilung zu sehr beliebten Fächern mit Obergrenzen belegt werden muss, um nicht eine Übersättigung mancher Stationen mit PJ-Studierenden zu verursachen. Eine denkbare Lösung für Kliniken, die Wert auf die Absolvierung einer Mindestzeit in den „großen Fächern“ der Chirurgie legen, scheint hier die Kombination

eines Aufenthaltes in einer frei gewählten, chirurgischen Subdisziplin mit einem Aufenthalt in der Allgemein-/Viszeral, oder Orthopädie-/Unfallchirurgie zu sein.

Ein Minimum an zwei chirurgischen Fächern sollte absolviert werden (allerdings sollte kein Aufenthalt kürzer als vier Wochen betragen).

Dieses Kriterium ist unmittelbar mit dem erstgenannten verbunden. Einerseits ist das Interesse der Studenten von verschiedenen Abteilungen einen Eindruck zu erhalten zu unterstützen, andererseits sollte die Aufenthaltsdauer in einer Abteilung nicht weniger als vier Wochen betragen, damit die Studierenden fundiert in die Stationsarbeit eingebunden werden können. Studien zur effektiven Aufenthaltsdauer in einer chirurgischen Abteilung während des PJs sind den Autoren nicht bekannt. Anhand einer US-Studie zeigt sich jedoch, dass die Ausbildungszeit in Clerkships bei kürzeren Aufenthalten von sechs Wochen (unterteilt in zwei- bis dreiwöchige Blöcke) zu gleicher Lern- und Prüfungsleistung ausreichen wie eine längere Aufenthaltsdauer von acht Wochen [3]. Um eine Orientierung im gewählten Fach möglich zu machen, schlagen wir vor, dass ein Minimum an zwei Fächern absolviert und keines dieser Fächer kürzer als vier Wochen belegt werden sollte. Diese Regelung wäre auch dann anwendbar, wenn das PJ künftig in Quartale unterteilt werden würde.

Bei begründeter Unzufriedenheit mit dem momentanen PJ-Ablauf wird eine rasche Problembewältigung ermöglicht und im unüberwindbaren Fall ein Wechsel in ein anderes chirurgisches Fach oder eine andere Station ermöglicht.

Dies ist aus Sicht der Studierenden naheliegend und wurde von den interviewten Studierenden wiederholt zu Wort gebracht. Leider kann es während des Praktischen Jahres zu Unzufriedenheiten mit der aktuellen Rotation kommen. Hier ist zunächst ein vermittelnder Tutor/Mentor eine Möglichkeit, etwaige Spannungen eines Studierenden mit einer Abteilung zu erkennen und abzubauen. Nach unserer Erfahrung lassen sich dadurch in den meisten Fällen, die oftmals aus Missverständnissen oder Fehlinformationen resultierende Unzufriedenheit reduzieren und eine

sinnvolle Weiterführung des aktuellen PJ-Tertials wird möglich. Ist auch nach Prüfung durch den Tutor der seltene Ausnahmefall festzustellen, dass unüberbrückbare Gründe für eine nicht sinnvolle Fortführung des PJs in der momentanen Konstellation vorliegen, sollte eine Klinik reagieren und dem Studierenden den Wechsel in eine andere chirurgische Abteilung ermöglichen. Hierdurch kann die Zufriedenheit gewahrt werden und ein weiterhin motiviertes Absolvieren des Praktischen Jahres bleibt möglich. Da für eine gut funktionierende Ausbildung sowohl der Ausbilder als auch der Auszubildende gefragt sind, muss bei dieser Forderung der Studierenden jedoch auch geprüft werden, wie mit einem Studierenden, mit dem das Ärzteteam unzufrieden ist, verfahren wird.

THEMENBEREICH 2: LEHRE UND BETREUUNG

Anbieten eines strukturierten, einheitlichen Einführungskurses in die chirurgische Tätigkeit

Dies wird von den Studierenden oftmals als sehr notwendig empfunden und scheint, nach unseren Gesprächen auch vielerorts bereits unterschiedlich detailliert etabliert zu sein. Trotzdem stellt es eine sehr effektive Maßnahme dar, die Erfahrung der Studierenden sowie der Belegschaft zu verbessern. Es wurde in Studien hinlänglich gezeigt, dass eine fehlende Möglichkeit zur Vorbereitung verunsichert und Unzufriedenheit fördert [17]. Einführungskurse, in denen das notwendige, korrekte Verhalten während der Ambulanz-, Stations- und gerade auch OP-Arbeit gezeigt werden, sollen helfen, solche Verunsicherungen abzubauen [21]. Letztgenannte Studie bot dabei Kurse sowohl im Sinne eines praktischen Unterrichts als auch virtuelle (Second Life) Kurse an. Ein signifikanter Unterschied zwischen beiden Kursformaten konnte nicht gezeigt werden, sodass davon auszugehen ist, dass auch ein „konventioneller, praktischer Kurs mit einem erfahrenen Tutor mit Darstellung der Basisregeln des chirurgischen Alltags“ ausreichend ist. In diesem Rahmen sind unter anderem auch die krankenhausspezifischen Notfall- und Reanimationspläne, eine Vorstellung des EDV-Systems, der allgemeine Arbeits- und Stationsablauf, bis hin zu Erwartungen und Pflichten sinnvolle Besprechungspunkte. Von

solchen Einführungskursen kann letztlich das gesamte Klinikteam profitieren [29].

Zuordnung eines Mentors zu jedem Studierenden

Dieser Wunsch wurde von den Studierenden wiederholt geäußert. Es ist ein klarer, individuell bestimmter Ansprechpartner gewünscht, der bei Fragen zur Verfügung steht, aber auch als aktiver Lehrender im chirurgischen PJ-Tertial generell dienen soll. Alle im Folgenden genannten Faktoren steigern Zufriedenheit, Motivation und Begeisterung für die Chirurgie nachweislich: Die Zuordnung eines Tutors mit Eingliederung des Studierenden in ein Stationsteam und die damit verbundene Identifikation mit den Teamaufgaben und Übernahme stetig wachsender Verantwortlichkeiten vermittelt eigenständiges Denken und Handeln sowie das Bewusstsein von Wertschätzung und steigert Lerneffekt sowie Zufriedenheit der Studierenden [29]. Die prinzipielle Machbarkeit und Sinnhaftigkeit der zunehmenden Verantwortungsübernahme von PJ-Studierenden zeigt sich auch in den an einigen Standorten erfolgreich eingeführten interprofessionellen Ausbildungsstationen [19]: Hierdurch kann durch die Arbeit in interprofessionellen Teams mit anderen Lernenden der Lerneffekt sowie die Motivation erheblich erhöht werden, während die Patientenversorgung auch in Notfallsituationen adäquat gesichert ist.

Durch feste Mentoren ist es auch möglich, durch eine klare Zuordnung zu Patienten deren Verläufe von prä- bis postoperativ zu erleben, was im Sinne der aufeinander aufbauenden Versorgung von Anamnese bis Entlassmanagement das Verständnis klinischer Zusammenhänge und Entscheidungsfindung deutlich erhöht. Dies ist sicherlich auch ohne klare Zuordnung zu einem Tutor und Team denkbar, aber realistisch weniger umsetzbar, da dann „der PJler auf Abruf“ für verschiedenste Stationen und Bereiche eingesetzt werden kann. So verlieren die Studierenden den Gesamtüberblick über bestimmte Patienten, werden schnell zu „Hakenhaltern“ und Lückenbüsser für Einzelaufgaben und somit unzufrieden. Es wird damit ein chirurgischer Arbeitsstil vorgelebt, der in Zusammenhang

mit klassischen Hierarchiestrukturen die Attraktivität des chirurgischen Faches, mindestens jedoch der jeweiligen Klinik vor dem Hintergrund einer geforderten ausgeglichenen „Work-Life-Balance“ negativ beeinflusst und als Kritikpunkt so auch in aktuellen Erhebungen angeführt wird. Zusammen mit einem Tutor ist auch die Begleitung im Nachtdienst gut denkbar. Hier würde der Studierende dann nicht als „Haus-PJler“ eingesetzt, der mal für die eine, mal für die andere Abteilung einspringen muss, sondern als Einheit mit dem Tutor, oder Stationsteam, um die Patientenbehandlung kontinuierlich erleben zu können. Auch dadurch wird das Erlebnis Chirurgie verbessert und die Motivation später Chirurg zu werden steigt [7].

Der PJ-Studierende wird namentlich am Vortag in den Tages- und OP-Plänen genannt

Dieser Aspekt wurde von Studierenden in ähnlichen Befragungsszenarien als wichtiger Punkt genannt [29]. Eine Namensnennung auf dem OP-Plan wird als Ausdruck von Wertschätzung empfunden. Zusätzlich ermöglicht dies bereits am Vortag den Tagesablauf planen zu können und sich ggf. auch noch über das zu behandelnde Krankheitsbild einzulesen. Die Studierenden schätzen Fächer, in denen sich der Lebensrhythmus kontrollieren lässt [4]. „Wann ist Zeit zum Essen, oder auch nur zum Toilettenbesuch und komme ich pünktlich nach Hause?“ sind Fragen, die vielen Studierenden wichtig sind.

Eine allwöchentliche PJ-Fortbildung wird angeboten

Eine allwöchentliche PJ-Fortbildung gewährleistet eine strukturierte Weiterbildung der Studierenden und ermöglicht darüber hinaus auch eine Inhaltsvermittlung in chirurgischen Disziplinen, die nicht von den Studierenden besucht werden. So sind an den meisten Universitätsklinken und Lehrkrankenhäusern Veranstaltungen dieser Art bereits etabliert. Bekannt ist jedoch auch, dass Studierende und Lehrende durchaus ein unterschiedliches Verständnis von ausreichendem Unterricht haben [14]. Hilfreich kann in diesem Rahmen daher die Vermittlung von Wissen mit neueren Lehrkonzepten wie Problemorientiertem Lernen (POL), oder studentisch geführten und ärztlich supervidierten Seminaren sein [14],

aber auch die Vermittlung von praktischen Fertigkeiten, wie Katheteranlagen oder Nahttechniken. Studentisch geführte Lehrveranstaltungen steigern zum einen die Motivation der Lehrenden und stärken deren Kenntnisstand, zum anderen motivieren und informieren sie aber auch ihre studentischen Kollegen und können so die Lehr- und PJ-Erfahrung verbessern. Wünschenswert wäre es daher, wenn eine PJ-Lehrveranstaltung einmal wöchentlich als Mindestanforderung für ein gutes PJ angeboten würde. Darüber hinaus sind auch Blended-Learning-Konzepte denkbar, die Online-Inhalte in die Lehre vor Ort einbinden [5, 12]. Damit konnten bereits gute Erfolge verzeichnet werden und eine funktionierende Lehrlandschaft kann weiter ausgebaut werden.

THEMENBEREICH 3: WEITERGEHENDE RAHMENBEDINGUNGEN

Ein PJ-Logbuch mit Aufgaben, Pflichten und Lernzielen wird erarbeitet, regelhaft geführt und überprüft

Der Wunsch nach einer strikteren Führung von PJ-Logbüchern wurde von vielen Studierenden geäußert. Das Führen von Logbüchern ist politische Pflicht für das PJ. Der positive Effekt von Logbüchern auf die Lehre und das klinische Lernen der Studierenden ist nachgewiesen [22, 27]. Oftmals sind diese Logbücher aber noch lokal höchst unterschiedlich und die Disziplin ihrer Führung von Seiten der Studierenden und Dozierenden uneinheitlich, auch wenn bereits verschiedenste Fachgesellschaften an einer Vereinheitlichung gearbeitet haben.

Ein bundesweit einheitliches Logbuch mit kompetenzorientierten Lernzielen, geteilt in fachübergreifende sowie chirurgiespezifische Inhalte, und der Definition von Aufgaben und Pflichten sowohl seitens der Ausbilder als auch der Auszubildenden ist wünschenswert. Denkbar ist dabei die von den verschiedenen chirurgischen Fachgesellschaften ausgearbeiteten Logbücher im Rahmen des Gütesiegels zu nutzen und in der Zusammenschau mit dem neuen, überarbeiteten Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) zu bearbeiten. Die Überprüfung der Logbuchführung sollte darüber hinaus ein

zentraler Punkt bei der Vergabe des Gütesiegels sein.

Studierende haben einen eigenen Zugriff auf das Klinik Informations-System (KIS) der Klinik
Diese Forderung ist bereits aus der Online-Petition der bvmd bekannt [6] und deutet auf einen entsprechend hohen Bedarf diesbezüglich hin, auch wenn dies an einigen Standorten bereits umgesetzt wird. Damit im Praktischen Jahr die Studierenden auch eigenständig Patientenverläufe erarbeiten und dokumentieren können sowie Laborwerte und Befunde einsehen und verstehen können, ist ein eigener Zugang zum System unabdingbar. Dieser benötigt zwar eine datenschutzrechtliche Aufklärung, diese erfolgt aber zum Praktischen Jahr an den Standorten ohnehin und ist indes wesentlich unproblematischer als wenn fremde, ärztliche Zugangsberechtigungen genutzt werden müssen.

Studierende bekommen Ihre Arbeitskleidung und einen sicheren Aufbewahrungsort für ihre persönlichen Gegenstände und Kleider gestellt
Studierende sollen neben der zu erfahrenden Lehre auch zunehmend eigenverantwortliche Arbeiten übernehmen. Dazu ist das Bereitstellen der notwendigen Arbeitskleidung eine Form der grundlegenden Wertschätzung und erlaubt eine sichtbare Eingliederung in das Stationsteam. Dass es darauf aufbauend einen sicheren Aufbewahrungsort für persönliche Gegenstände bedarf, ist verständlich und die logische Konsequenz einer aus hygienischen Gründen erst auf der Wirkungsstätte anzulegenden Berufskleidung.

Zum Ende des Tertials werden die Kliniken von den Studierenden anonym bewertet.

Evaluation ist eine wichtige Grundlage im Qualitätsmanagement und für Verbesserungsprozesse. Einschlägige Bewertungsportale und auch Bewertungsmöglichkeiten für das PJ existieren bereits. Allerdings ist es bei Einführung der genannten Gütekriterien für Lehrkrankenhäuser und Universitätskliniken wichtig, eine Evaluationsbasis zu schaffen,

die zum einen als unabhängige Informationsquelle für künftige Studierende dient, zum anderen aber auch zu wissenschaftlichen Zwecken eine Analyse des Einflusses der Maßnahmen auf die Ausbildungsqualität, die Zufriedenheit, Motivation und Berufswahl der Studierenden erlaubt. Dies ermöglicht eine nachhaltige und kontinuierliche Verbesserung der Ausbildungssituation im Rahmen des Qualitätsmanagements.

FAZIT

Es ist unbestreitbar, dass alle chirurgischen Disziplinen, aber vor allem auch die Patienten, von einem motivierten, standardisiert und sehr gut ausgebildeten und zahlenmäßig ausreichenden Nachwuchs profitieren. Leider liegt der Idealzustand noch in weiter Ferne. Für die meisten oben genannten Kriterien, sollten sich Effekte erzielen lassen, die bereits in der Literatur beschrieben sind. Bei standardisierter Anwendung dieser Kriterien sollte neben der Motivation der Studierenden für das chirurgische PJ auch deren Lehrsituation verbessert werden, und damit der chirurgische Kenntnisstand bei den Studierenden im Allgemeinen. Maßnahmen wie die hier vorgeschlagenen wurden teilweise an Universitäten und Lehrkrankenhäusern bereits etabliert. In München konnten in einer Ausbildungsevaluation nach Umsetzung ähnlicher Maßnahmen bereits viele der gewünschten Effekte gezeigt werden [10]. So scheint eine Einführung von Grundvoraussetzungen für eine gute PJ-Ausbildungssituation für die Ausbildungskliniken lohnenswert. Der nächste Schritt, basierend auf den hier genannten Grundvoraussetzungen, ist die weitere Ausarbeitung dieser Diskussionsgrundlage gemeinsam mit den Studierenden, um darauf aufbauend konkrete Kriterien zu extrahieren. Im Anschluss können diese an Pilotkliniken getestet werden, um so den Effekt auf die studentische Zufriedenheit messbar zu machen. Mit verbesserter Ausbildungsqualität und dem Ausbildungsziel eines zufriedenen Studierenden sollte letztendlich auch mehr qualifizierter

Nachwuchs für die Facharztweiterbildung zum Chirurgen zu gewinnen sein.

Es ist nachvollziehbar, dass ein solcher Artikel und eine Darstellung etwaiger Kriterien als Basis eines guten PJ-Ablaufs nur ein erster Schritt im Sinne einer Diskussionsbasis auf dem Weg hin zu einer umfassenden Lösung ist. An einigen einzelnen Kliniken existieren bereits sehr gute Lösungen, die ein gutes Lernklima für die später nicht-chirurgisch tätigen Studierenden ermöglichen und gleichzeitig für den Karriereweg Chirurgie begeistern. Hier sind im Besonderen die interprofessionellen Ausbildungsstationen zu nennen, die neben der Vermittlung entsprechender Fertigkeiten die Studierenden schon früh in ein realistisches, interprofessionelles Team eingliedern und so gute Kommunikation, gezielte Aufgabenteilung und gegenseitiges Verständnis im Berufsalltag fördern.

Ziel der Einführung solcher Kriterien ist es, grundlegende Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine gute Basis für weitere, individuelle, örtlich unterschiedliche Zusatzmaßnahmen erlauben. Als Perspektivforum Junge Chirurgie, Nachwuchsvertreter des BDC und Bundesvertretung der Medizinstudierenden fühlen wir uns der Aufgabe verpflichtet, durch konkrete Verbesserungen der PJ-Lehre für das Fach Chirurgie auch die teilweise beschämenden Umfrageergebnisse zum Praktischen Jahr auf lange Frist und möglichst flächendeckend zu verbessern. Die Formulierung dieser Grundvoraussetzungen als Diskussionsgrundlage ist nur der erste Schritt auf dem Weg hin zu einem breiten Maßnahmenkatalog, um die PJ-Ausbildungssituation insbesondere in der Chirurgie zu verbessern. Sie stellt die Basis für eine weitere Kooperation zwischen Studierenden und Jungen Chirurgen dar.

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





Will man nach dem Praktischen Jahr immer noch ChirurgIn werden?

ÜBER RISIKEN UND NEBENWIRKUNGEN DES PRAKTISCHEN JAHR'S FÜR DIE CHIRURGIE

Zuerst das Gute vorweg: Ich wollte vor dem Praktischen Jahr (PJ) Chirurgin werden und bin es jetzt tatsächlich auch geworden. Einige können trotz aller Anstrengungen dann doch nicht vergault werden.

ABER NUN VON VORNE

Noch während des zehnten Semesters, in dem man durch die Blockpraktika die Chance hat, in die verschiedenen Stationen

der Uniklinik für jeweils eine Woche „reinzuschnuppern“, machte ich mir Gedanken, wo ich denn meine drei PJ-Tertiale verbringen möchte. Nach einigen chaotischen Wochen auf der Gynäkologie und der Kardiologie standen wir drei Studenten bedächtig vor dem Arztzimmer der Allgemeinchirurgie. Viel Schlechtes habe ich bisher über diese Woche gehört, aber ich wollte mir selber ein Bild machen. Empfangen wurden wir nett: „Guten Morgen, gut, dass ihr da seid. Wir brauchen gleich jemanden im OP, wer hat Lust?“ Ich hatte Glück und meine Kommilitonen waren eher OP-scheu, so freute ich



Svea Faber
OCM Klinik GmbH
Steinerstr. 6
81369 München
svea.faber@ocm-muenchen.de

mich über einen sehr spannenden Tag im OP. Der endete zwar erst um 20 Uhr, aber das machte nichts, da ich einen super Tag hatte. Am nächsten Tag durfte ich dann sogar unter toller Anleitung zwei kleinere Eingriffe im ambulanten OP zu machen (ich hatte schon zwei Jahre OP-Erfahrung als studentische OP-Assistentin hinter mir).

Nach der Woche ging ich nach Hause und dachte mir: „Was haben die denn alle nur? Warum finden die ihr Chirurgie-Tertial an der Uniklinik so schlimm?“ und buchte mir über das PJ-Portal einen der vielen freien Plätze für das Chirurgie-Tertial an der Uniklinik. Für mein Inneres-Tertial buchte ich mich in ein kleines Krankenhaus ein, in dem man wohl viel Studentenunterricht hat und zum eigenständigen Arbeiten angeleitet wird.

Das Wahlfach war auch schon klar: Orthopädie sollte es werden. Und das plante ich an einem mittelgroßen Vollversorger-Krankenhaus.

ICH STARTETE MIT DEM INNERE-TERTIAL ...

... mit dem Hintergedanken „das Schlimmste zuerst“ und es graute mir vor stundenlangen

Visiten und Diskussionen über Natriumwerte. Ich wurde positiv überrascht und hatte ein tolles Tertial, in dem ich viel gelernt habe, wöchentlich drei Mal Studentenunterricht hatte und endlich lernte, EKGs perfekt zu interpretieren. Mein Ziel zu lernen, wie ich später meine orthopädischen Patienten internistisch elegant durch ihren stationären Aufenthalt führe, hatte ich erreicht.

MEIN ORTHOPÄDISCHES WAHLTERTIAL ...

... war sehr OP-lastig und nachdem ich jeden Operateur einzeln überzeugen konnte, dass ich keine faule PJlerin bin, die nicht hauptsächlich am pünktlich Gehen interessiert ist, durfte ich mit der Zeit auch mal kleinere Schritte in OPs übernehmen. Gerne hätte ich selber mehr gemacht, jedoch fingen mit mir drei neue Assistenzärzte an und so bekamen sie selbstverständlich den Vortritt. Auch hier gab es täglich Studentenunterricht, den ich jedoch so gut wie nie wahrnehmen konnte, da ich die meisten Tage im OP verbrachte. So schön die Tage im OP waren, so unterfordernd waren die Tage auf Station, die ich mit Reha-Anträgen, Arztbriefen und Blutabnahmen verbrachte. Das waren leider verlorene

Motivationslage für den Arztberuf vor und nach dem PJ

(Mittelwerte auf einer Skala von 1-10)

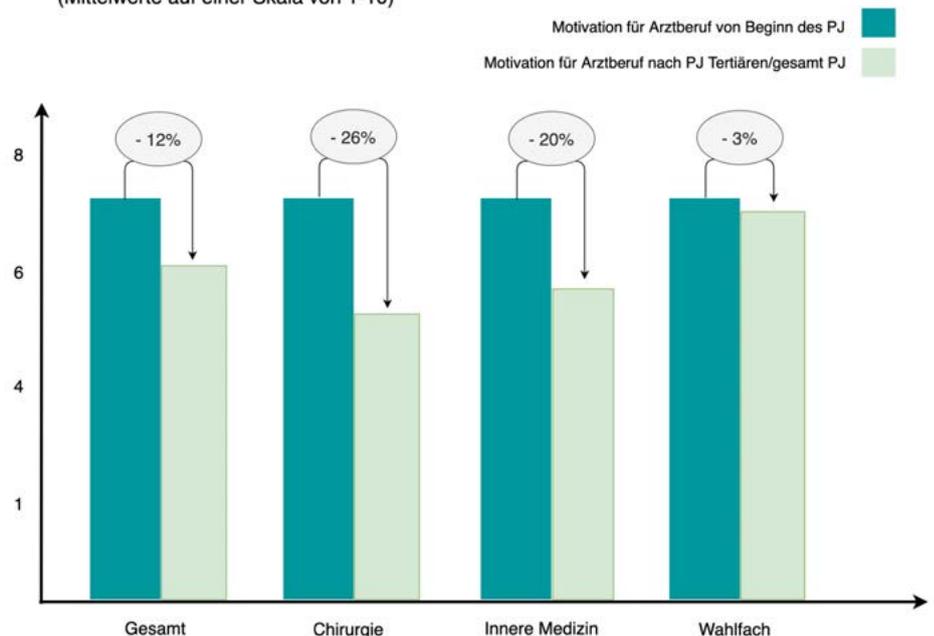


Abb. 1: Motivationslage für den Arztberuf vor und nach dem PJ aus der PJler-Umfrage 2014

Faber S: Will man nach dem Praktischen Jahr immer noch Chirurg/in werden? Passion Chirurgie. 2019 Oktober, 9(10): Artikel 04_01.



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

Tage. Aber auch aus diesem Tertial ging ich eher positiv heraus.

DAS BESTE ZUM SCHLUSS: DAS CHIRURGIE-TERTIAL ...

.... an der Uni-Klinik sollte den krönenden Abschluss bilden. Wir wurden auf der Station des oben erwähnten spannenden Blockpraktikums freundlich begrüßt. Schnell wurde jedoch klar, dass von den 15 zu belegenden PJler-Stellen nur fünf belegt waren. Das führte dazu, dass mit einer Schwangeren und im Schnitt einem fehlenden PJler pro Tag (Studientag) nur drei OP- und blutentnahmefähige PJler pro Tag anwesend waren. Bereits am ersten Tag musste man sich zwischen einem Anschiss von den Oberärzten, da wir erst die 25 Blutentnahmen auf der Station gemacht haben, bevor wir in den OP gegangen sind, oder einem Anschiss von den Stationsärzten, da wir direkt in den OP gegangen sind, ohne die Blutentnahmen zu machen, entscheiden. Meistens kam man erst nach 18:30 Uhr aus der Klinik (72 Prozent der PJler arbeiten mehr 40h/Woche [1]) und viele Tage ist man mit dem Gefühl, nichts gelernt zu haben, nach Hause gegangen. Das Schlimmste daran ist, dass man dafür nicht mal einen „Schuldigen“ ausmachen kann. Die Stationsärzte waren mit der Anzahl der zu betreuenden Patienten auf der Station voll ausgelastet (um nicht überlastet zu sagen) und entschuldigten sich regelmäßig bei uns, dass sie es zeitlich nicht schaffen, uns etwas zu zeigen. Wirklich mit einbezogen im OP wurde ich vielleicht drei bis vier Mal. Teilweise stand man einfach fünf Stunden mit der laparoskopischen Darmfasszange in der Hand am Tisch und hat den Darm (und die Klappe) gehalten. Ich hatte oft das Gefühl, dass die Operateure es bei dem großen Durchlauf an PJlern „leid“ waren, den PJlern chirurgisch-praktisch noch etwas zu zeigen. Liegt es daran, dass es vor mir zu viele chirurgisch uninteressierte PJler gab, die kein Interesse hatten etwas praktisch zu erlernen? Warum war die Woche Blockpraktikum auf derselben Station so spannend und das PJ jetzt nicht?

WARUM WÜRD MAN NICHT CHIRURGIN WERDEN WOLLEN?



Abb. 2: Warum würde man nicht ChirurgIn werden wollen?

DAS KERNPROBLEM



Abb. 3: Das „Kernproblem“

Team	Arbeitsumgebung	OP
<ul style="list-style-type: none"> • Nettes Team & gute <u>Integration</u> • Supervision und Rücksprache jederzeit möglich • Engagierter Chef/OA mit gutem Unterricht, der regelmäßig stattfindet • Anregung zum Eigenstudium 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Eigenständig</u> Arbeiten (Patienten aufnehmen & vorstellen, Wundversorgung, Reponieren, „vorschallen“, Gelenke punktieren, Gips anlegen) • Blutentnahmen und Braunülen von den Schwestern • Aufteilung „unliebsamer“ Aufgaben, nicht alles auf die PJler geschoben • Kostenloses Essen • Gute Organisation (Email mit Infos ein Monat vorher) • Mitfahren auf NEF möglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Kein „OP-Zwang“ • Viele Erklärungen im OP • Kleinere Eingriffe als erster Operateur • <u>Einbinden</u> des PJlers (Zunähen, Zugang machen, Bohren, Schrauben, etc.)

FAZIT

Am wichtigsten wurde die **Integration ins Team** und das **eigenständige Arbeiten**, dass zum **Mitdenken angeregt** hat, bewertet. Wichtig war auch, dass nicht alle nichtärztlichen Arbeiten ausschließlich auf die PJler „abgewälzt“ worden sind und sie nicht als „Hilfsarbeiter“ gesehen worden sind.

Abb. 4: Auswertung der Bewertungen der TOP 10 Krankenhäuser für das chirurgische PJ-Tertial bei www.pj-ranking.de

WARUM WILL ICH TROTZDEM CHIRURGIN WERDEN?



AKTIVES FACH – WENIG ZEIT AM COMPUTER



AKADEMISCHES „HANDWERK“



DIREKTES ERFOLGSERLEBNIS



EINFLUSS EIGENER "KREATIVITÄT" → GESTALTUNGSSPIELRAUM



SEHR KOLLEGIAL – MAN OPERIERT IM TEAM



INTERDISZIPLINÄR



SPANNENDE FÄLLE



ALLE ALTERSGRUPPEN

Warum werden diese ganzen positiven Aspekte so wenig im PJ vermittelt?

Abb. 5: Warum will ich trotzdem Chirurgin werden?

PJ- WHATSAPP-GRUPPEN-GESPRÄCHE



The screenshot shows a WhatsApp group chat with several messages and photos. The messages are:

- "Scheisse fließt halt immer von oben nach unten... aber wenn man eine gute Dusche hat, dann hält man das schon aus 😊"
- "Kriegen wir alles hin 🙌" (17:15)
- "19:22 aus dem Op heraus, Woop Woop. Die 20 Uhr schaffen wir wohl auch noch 😊" (19:23)
- "Also tolle Neuigkeiten: Wir haben jetzt einen PJ peeper 🙌 Er liegt im umkleideschrank der 48a oben auf der Ablage. Soll ab sofort von einem bei sich getragen werden." (13:24)
- "Natürlich am besten von jemandem der nicht in den Op geht 😊" (13:25)
- "Das ist ja großartig 😊" (16:08)
- "Hey, Hoffe ihr habt den Tag irgendwie überstanden. Das mit dem Pieper ist natürlich hervorragend. Flexülenpieper fürs ganze Haus 😊. Grad wenn man denkt das PJ könnte nicht noch deutlich besser werden 🙌🙌🙌"
- "Kann nicht in den op Bin alleine ohne Assistenzarzt auf Station und soll das jetzt machen 😊😊😊" (08:43)
- "Denk auch, dass das mit den IES früh am morgen aufgeteilt auf alle sowohl für die 48a+b die einzig sinnvolle Lösung für uns ist. Bis dahin: Haken halten, Klappe halten, Blutentnahmemimbo sein ;) 32 Tage Anwesenheit noch übrigens für alle im dritten Tertial mit aufgehobenen Fehtagen 🙌"
- "Feiertabend 😊" (18:29) [Photo of a hallway]
- "Schnell weg bevor sie dir noch eine be aufschwätzen" (10:44)
- "Woop woopaap 🙌" (06:59) [Photo of a surgical cart]

Abb. 6: Ausschnitte aus unserer PJler-WhatsApp-Gruppe

Wirklich etwas gelernt hat man während der Dienste, bei denen man freiwillig mitlaufen konnte. Wir PJler haben diese Eins-zu-eins-Betreuung in den Diensten sehr geschätzt und dadurch häufig Dienste mitgemacht. Aber ist das die Lösung? Ein PJ voller Dienste, weil man sonst nichts lernt?

Das Schlimmste ist doch eigentlich, dass in den vier Monaten PJ an einer Uniklinik lediglich einmal 30 Minuten Studentenunterricht stattgefunden hat. Das ist in meinen Augen ein Armutszeugnis an einer Uniklinik! Dies deckt sich jedoch mit einer Umfrage des Hartmannbundes zusammen mit der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd). Dabei wurde gezeigt, dass 60 Prozent der PJler zwei oder weniger Stunden Studentenunterricht pro Woche hatten, obwohl sich 91 Prozent mehr als zwei Stunden pro Woche wünschen würden. Warum schaffen es kleine Häuser für wesentlich weniger PJler teilweise täglich Studentenunterricht zu organisieren und eine Uniklinik nicht?

Für diesen Artikel habe ich meine Mit-PJler nach ihren schönsten und schlimmsten Erlebnissen im Chirurgie-Tertial gefragt und die erste Antwort, die ich bekam, war: „Beste Moment: Ende des Chirurgie-Tertials. Schlimmster Moment: Anfang des Chirurgie-Tertials“ und im Nachsatz: „Ist aber wirklich so: Das Lernen begann in der Sekunde, als ich aus diesem Tertial weg war“. Dies ließ mich erst einmal schlucken. Müssen wir uns über den Nachwuchsmangel wundern? Senkt deshalb das Chirurgie-Tertial die Arztmotivation am meisten? (Abb. 1)

Ich schätze, fast jeder Student hat von einem Arzt schon einmal den Satz gehört „Seid ihr sicher, dass ihr wirklich noch Ärzte werden wollt? Macht doch lieber etwas anderes. Arzt ist heutzutage kein schöner Beruf mehr.“ oder „Ich kann mich kaum noch an eine Woche erinnern, in der ich unter 60 Stunden gearbeitet habe.“ Fehlt es uns vielleicht auch an Vorbildern?

Müssen wir erst glückliche Klinikärzte „produzieren“, bevor wir PJler „glücklich“ machen können? Sind es nicht gerade die schönen Momente, die uns motivieren? So sagte eine chirurgische Altassistentin, die meine inoffizielle Mentorin war, zu mir: „Einem muss klar sein, dass man als Chirurgin viel arbeitet, aber auch wenn ich nach dem Dienst todmüde ins Bett falle, kann ich mir keinen schöneren Beruf vorstellen.“ Dieser Satz hat mich wahnsinnig motiviert. Jedoch fielen solche Sätze viel zu selten, sondern eher Sätze wie: „Ich bin froh, wenn ich alle Patienten wieder lebend von der Station herunterbekomme.“

Leider habe ich in meinem chirurgischen Tertial eher die negative Kehrseite der Chirurgie vermittelt bekommen (**Abb. 2**). Wie schaffen wir es, dass dem chirurgischen Nachwuchs die vielen positiven Seiten der Chirurgie (**Abb. 5**) vermittelt werden? Wieso funktioniert das in einigen Kliniken so gut und warum vor allem in Unikliniken so schlecht? Auf der Seite PJ-Ranking belegt die beste Uniklinik den 98. Platz für das Chirurgie-Tertial; unter den zehn am schlechtesten bewerteten Kliniken sind vier Unikliniken [**2**].

Meiner Meinung nach muss man zuerst die Situation der Klinikärzte verbessern, bevor diese dann die Situation der PJler verbessern können, denn wie soll man Motivation und Freude an der Arbeit übertragen, wenn man sie selber nicht spürt? (**Abb. 3**)

Darüber hinaus ist es wichtig, dass man sich klinikintern Gedanken macht und ein richtiges Konzept hat, wie man durch ein spannendes chirurgisches Tertial ggf. neue Chirurgen gewinnen kann. Für die Frage nach dem „Wie?“ habe ich die Bewertungen auf www.pj-ranking.de für die zehn best-bewerteten chirurgischen Häuser ausgewertet und in **Abbildung 4** dargestellt. Mit diesen „Forderungen“ kann ich mich sehr gut identifizieren. Die Umsetzung fordert jedoch auch, dass die betreuenden Ärzte Zeit zur Supervision haben. Man will als PJler nämlich auch nicht daran schuld sein, dass der Assistenzarzt noch eine Überstunde mehr macht, nur weil er mit einem die Patienten und offenen Fragen durchgesprochen hat. Womit wir wieder beim Kernproblem (**Abb. 3**) angelangen.

Mir fällt es schwer, eine umsetzbare Lösungsstrategie zu formulieren. Ich denke jedoch, dass es ein guter Start wäre, wenn sich jede chirurgische Klinik ein umsetzbares (!) PJler-Konzept erarbeitet, das die in **Abbildung 4** geforderten Punkte integriert, um künftigen Generationen von Studenten die vielen positiven Aspekte der Chirurgie (**Abb. 5**) zu vermitteln.

Die Situation der Klinikärzte und vor allem eine bessere Besetzung (lediglich 18 % der Klinikärzte schätzen die Personaldecke in ihrer Abteilung als gut oder sehr gut besetzt ein [**3**]) sollte jedoch an anderer Stelle

nochmals kritisch diskutiert und verbessert werden. Denn zufriedene Ärzte sind nicht nur der Schlüssel zum Erfolg für ein spannendes PJ, sondern auch für eine optimale Patientenversorgung.

ANMERKUNG

Ich habe mich in diesem Artikel gezielt auf die Inhalte des Chirurgie-Tertials konzentriert. Es sind jedoch auch weitere Verbesserungen an den Rahmenfaktoren des PJ notwendig. Dafür empfehle ich die Petition für ein faires PJ vom bvmd: www.bvmd.de/unsere-arbeit/projekte/praktisches-jahr/petition-fuer-ein-faires-pj/

LITERATUR

- [1] https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2018-08/marburgerbund-pj-umfrage-2018-ergebnisse_0.pdf
- [2] <https://www.pj-ranking.de/ranking/hospital/?spec=chirurgie>
- [3] https://www.hartmannbund.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Umfra-gen/HB-Assistenzarztumfrage-2018-2019.pdf
- [4] <https://m.thieme.de/viamedici/pj-pj-umfrage-1556/a/pj-umfrage-2014-21649.htm> ○



Chirurgische Versorgung für alle – Studentisches Engagement in der Globalen Chirurgie

Seit Anfang 2019 gibt es eine deutsche Gruppe des „International Student Surgical Network InciSioN“, InciSioN Germany-junge DTC, die sich zum Thema Globale Chirurgie engagiert. Doch was heißt das genau?

WAS IST GLOBALE CHIRURGIE?

Fünf von sieben Menschen weltweit haben keinen Zugang zu sicherer chirurgischer Versorgung, wenn sie diese benötigen. 18 Millionen Tode könnten jedes Jahr durch die Verfügbarkeit von chirurgischer, anästhesiologischer und geburtshilflicher Behandlung verhindert werden. Chirurgisch zu versorgende Krankheiten

machen ca. 30 Prozent des „global burden of disease“ aus.

Besonders schwerwiegend ist die mangelnde Versorgung in Ländern mit geringem und mittlerem Einkommen (LMIC). Nur 6,5 Prozent der weltweiten Operationen werden in LMIC durchgeführt, obwohl dort der Großteil der Menschen lebt, die chirurgische Versorgung benötigen. Dieser Problematik liegen unterschiedliche Umstände zugrunde. Einerseits gibt es an vielen Orten zu wenig qualifizierte ChirurgInnen und diese sind oft an wenigen Zentren konzentriert. Andererseits fehlt es vielen PatientInnen an Geld für die



Julia Steinle

Bundesvorsitzende von InciSioN
Germany-junge DTC
Medizinstudentin im 9. Semester aus
Münster
Universitätsklinikum Münster
Institut für molekulare Nephrologie
AG Brandt
Medizinische Klinik D, Albert-
Schweitzer
Campus 1
48149 Münster
julia.steinle@uni-muenster.de

Behandlung, es gibt keine Transportmöglich-
lichkeit ins Krankenhaus oder der modernen
Medizin wird nicht vollständig vertraut. All
diese Faktoren tragen dazu bei, dass viele
Menschen nicht die erforderliche chirurgi-
sche Versorgung bekommen.

Trotzdem wurde der Chirurgie für lange Zeit
nur eine kleine Rolle in der Globalen Gesund-
heit zugesprochen. Paul Farmer, eines der
Urgesteine der Globalen Chirurgie, hat diese
im Jahr 2008 als das „neglected stepchild of
global health“ bezeichnet.

2015 veröffentlichte die Lancet Commission
on Global Surgery den Report „Global Surgery
2030“, in dem die Relevanz der chirurgischen
Versorgung betont und Ziele für die Zukunft
definiert wurden. Im Jahr 2017 beschloss auch
die WHO, dass sich die chirurgische Versor-
gung auf der Welt verbessern müsse. Den-
noch gibt es noch viel zu tun.

WAS IST INCISION?

Mit diesen und weiteren Themen der Globa-
len Gesundheit setzt sich das weltweite Stu-
dierendennetzwerk „InciSioN – International
Student Surgical Network“ auseinander, das
aus ca. 5.000 Mitgliedern in über 80 Ländern
besteht.

Unsere Arbeit gründet sich auf die Säulen
„Education“, „Advocacy“ und „Research“. „Education“ beinhaltet zum Beispiel durch
Workshops, Webinare und Journal Clubs,
mit denen auf das Thema Globale Chirur-
gie aufmerksam gemacht werden soll, um
angehenden MedizinerInnen schon wäh-
rend ihrer Ausbildung die Problematik,
aber auch Möglichkeiten des Engagements,
aufzuzeigen. Mit „Advocacy“ soll das
Thema dann in die Öffentlichkeit getragen
werden, damit die politischen und gesell-
schaftlichen Weichen für eine adäquate

Steinle J: Chirurgische Versorgung für Alle –
Studentisches Engagement in der Globalen
Chirurgie. Passion Chirurgie. 2019 Oktober,
9(10): Artikel 04_02.



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



Abb. 1: Delegation aus DTC und InciSioN Germany beim Incision Global Surgery Symposium in Ruanda



Abb. 2: Teil des Organisationsteams von InciSioN Germany



Abb. 3: J. Steinle im OP mit einem malawischen Chirurgen, Aufenthalt in Malawi im Auftrag der DTC und InciSioN

chirurgische Versorgung gestellt werden können. Und schließlich möchten wir durch „Research“ unsere Argumente mit Daten untermauern. Durch das internationale Netzwerk ist es möglich, Daten aus unterschiedlichen Teilen der Welt zu vergleichen. Dabei werden besonders Studierende aus

LMIC unterstützt, da es ihnen oft an Möglichkeiten fehlt, sich an Forschungsarbeiten zu beteiligen. All diese Aktionen finden einerseits auf internationaler Ebene statt, andererseits organisieren die nationalen Arbeitsgruppen auch ihre eigenen Aktionen und Projekte.

WAS IST INCISION GERMANY – JUNGE DTC?

Die deutsche Arbeitsgruppe von InciSioN gibt es seit Januar 2019. Wir haben uns als nationale Gruppe von InciSioN und gleichzeitig als Studierendengruppe der Deutschen Gesellschaft für Tropenchirurgie (DTC) gegründet und nennen uns daher: „InciSioN Germany – junge DTC“.

Unser Ziel ist es, Studierende und AssistenzärztInnen zu vernetzen, die sich für das Thema Globale Chirurgie (inkl. Anästhesie und Geburtshilfe) interessieren, und ihnen die Möglichkeit zu geben, sich durch die Unterstützung von Projekten und Veranstaltungen für eine bessere chirurgische Versorgung zu engagieren.

Das erste halbe Jahr unseres Bestehens haben wir vor allem dem Aufbau der Gruppe gewidmet. Dazu haben wir zwei Webinare und einen Workshop angeboten, um unseren Mitgliedern das Thema Globale Chirurgie näherzubringen. Außerdem haben wir an Veranstaltungen des internationalen InciSioN Netzwerks teilgenommen: So war InciSioN Germany-junge DTC auf dem InciSioN Global Surgery Symposium in Kigali, Rwanda, und als Teil der InciSioN Delegation auf der World Health Assembly in Genf vertreten. Nun möchten wir uns konkreten Projekten aus dem Bereich Globale Chirurgie, in Zusammenarbeit mit anderen InciSioN Gruppen, annehmen. Zum Beispiel planen wir mit InciSioN Democratic Republic of Congo ein Projekt, das Studierende an die Forschung in Globaler Chirurgie anhand eines konkreten Forschungsprojektes heranzuführen soll. In Malawi haben wir gemeinsam mit der DTC und InciSioN Malawi die Grundsteine für ein kinderchirurgisches Training ins Leben gerufen. Doch für ein Engagement in Globaler Chirurgie ist der Blick in die Ferne nicht unbedingt nötig. Hier in Deutschland sind wir in die Planung des Jahrestreffens der DTC, dem „Global Surgery Symposium-Infections, Education, Technology“, involviert. Dort wird es praktische Workshops und mehrere Sessions von und für Studierende und zum Thema Ausbildung in der Chirurgie geben.

WIE KANN MAN SICH BEI INCISION GERMANY-JUNGE DTC ENGAGIEREN?

Wir freuen uns immer über neue Mitglieder!

Bei Interesse schreibt uns einfach eine E-Mail an incision.germany@gmail.com. Folgt uns gern auch unter @IncisionGER auf Twitter und Facebook.

Willkommen ist auch die Unterstützung von erfahrenen ChirurgInnen, die uns entweder

als MentorInnen zur Seite stehen möchten oder sich vorstellen können, Studierende in ihre internationalen Projekte einzubinden.

Ganz herzlich möchten wir alle Interessierten zum Global Surgery Symposium der DTC vom 25. bis 27. Oktober in Lübeck einladen. Eine spannende Gelegenheit, um Studierende und ÄrztInnen kennenzulernen, die sich zum Thema Globale Chirurgie engagieren. Mehr Informationen unter: www.tropenchirurgie.org.

LITERATUR

- [1] Meara JG, Leather AJM, Hagander L, et al. Global Surgery 2030: Evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *Lancet*. 2015;386(9993):569-624. doi:10.1016/S0140-6736(15)60160-X.
- [2] Farmer PE, Kim JY. Surgery and global health: A view from beyond the OR. *World J Surg*. 2008;32(4):533-536. doi:10.1007/s00268-008-9525-9. ○

eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

- WEBINARE
- MEDIATHEK
- eCME-CENTER

[eCME-CENTER]



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

www.ecme-center.org





Webinar-Termin im November 2019: S2e-Leitlinie „Schenkelhalsfrakturen“

**Webinar S2e-Leitlinie
„Schenkelhalsfrakturen“**
14.11.2019, 18:00 Uhr
www.bdc-webinare.de



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

Seit September 2017 gibt es die BDC|Webinare (www.bdc-webinare.de). Bisher wurden auf der Plattform insgesamt 23 Leitlinien von Experten erfolgreich vorgestellt und besprochen. Jeden Monat wird von einem 45-minütigem Webinar eine chirurgisch relevante Leitlinie in ihren Grundzügen vorgestellt. Anschließend kann mit dem Referenten und anderen Teilnehmern via Chat diskutiert werden, selbstverständlich kostenfrei für alle BDC-Mitglieder. Und jede Teilnahme

wird in der Regel mit zwei CME-Punkten zertifiziert.

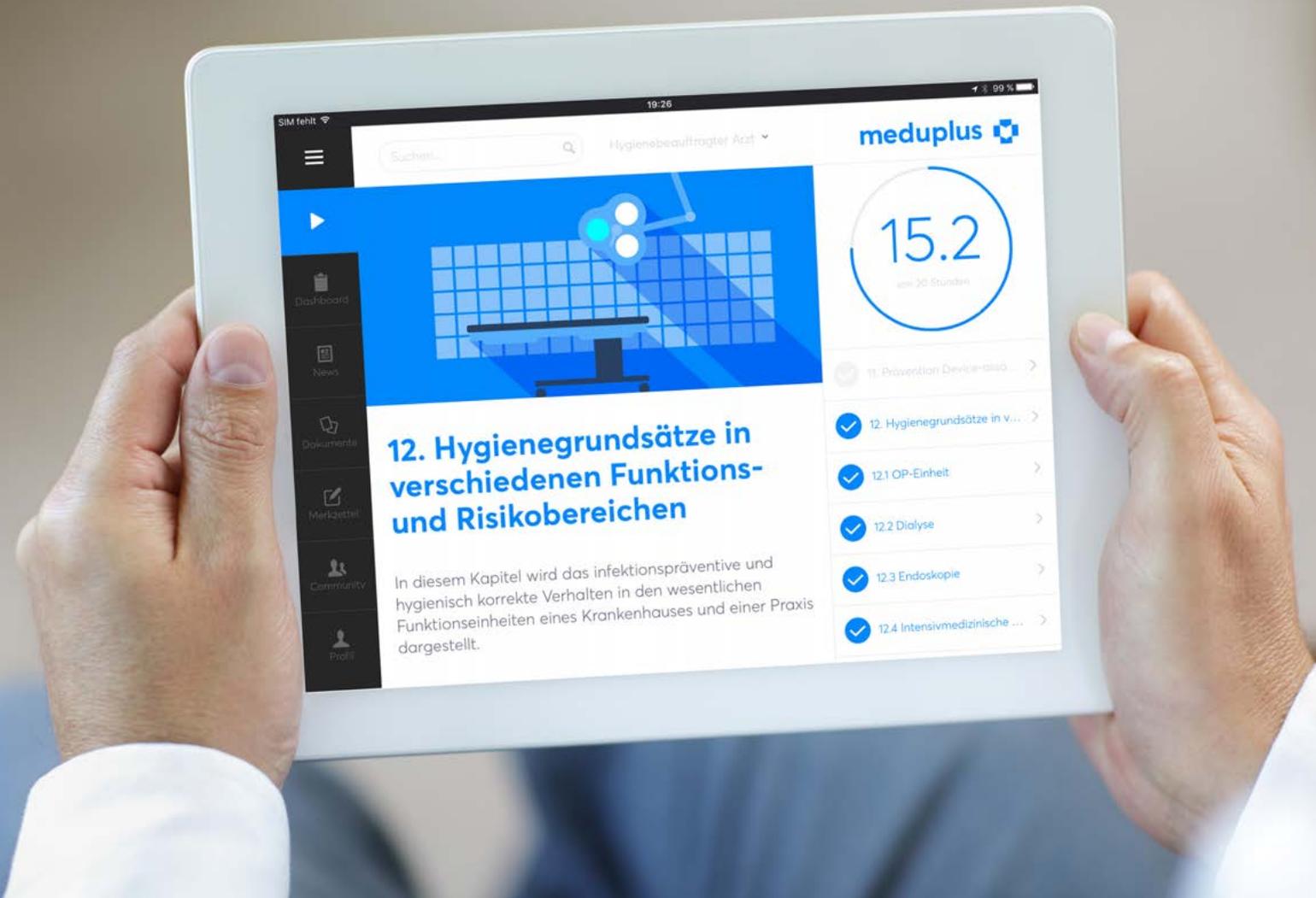
WEBINARE IM ARCHIV ABRUFEN

Auch wenn einmal ein Termin verpasst wird, ist das kein Problem, denn der aufgezeichnete Vortrag mit Diskussion kann jederzeit aus dem Webinar-Archiv abgerufen werden. Detaillierte Informationen und Termine zu diesem Lernangebot und allen Webinaren sind unter www.bdc-webinare.de zu finden.

GEPLANTE WEBINARE 2019

- S3-Leitlinie „Karpaltunnelsyndrom, Diagnostik und Therapie“, Prof. Dr. med. Margot Wüstner-Hofmann, 05.12.2019, 18:00 Uhr
- S2k-Leitlinie „Typ B Aortendissektion“, Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen, 30.01.2020, 18:00 Uhr

www.bdc-webinare.de



Drei Jahre Smart Learning® in der medizinischen Fortbildung – Hygienebeauftragter Arzt

EVALUATIONSERGEBNISSE UND AUSBLICK AM BEISPIEL DER BLENDED-LEARNING-KURSE ZUM HYGIENEBEAUFTRAGTEN ARZT

Die Digitalisierung im Gesundheitssystem spielt sich nicht nur bei der Optimierung von Prozessen und der Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten ab. Auch in der medizinischen Fortbildung kann mit Hilfe

digitaler Lernangebote die Effizienz gesteigert und der Lernerfolg optimiert werden. Die Evaluationsergebnisse der von fachärztlichen Berufsverbänden gemeinsam angebotenen Kurse zum Hygienebeauftragten Arzt (HBA) zeigen, wie sich mit Smart Learning® auch die Akzeptanz und das Nutzererlebnis bei der Vermittlung komplexer Themen steigern lässt.



Dr. med. Jörg Ansorg
Geschäftsführer
Meduplus GmbH
Kursfürstendamm 194
10707 Berlin
ansorg@meduplus.de
www.meduplus.de

HINTERGRUND

Seit 2014 bieten auf Initiative des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen eine Vielzahl fachärztlicher Berufsverbände gemeinsam Kurse zum Hygienebeauftragten Arzt an. Grundlage ist das 40-stündige Curriculum zur strukturierten ärztlichen Fortbildung der Bundesärztekammer. Die Kurse sind im Blended-Learning-Format entwickelt worden und bestehen aus einem 20-stündigen E-Learning-Teil sowie einem 20-stündigen Präsenzteil, der in einem zweitägigen Abschlusskolloquium bundesweit angeboten wird.

Vorteil dieses Angebotes ist neben der kürzeren Abwesenheit das kontinuierliche Lernen nach eigenem Lerntempo. Außerdem können die Inhalte des E-Learning-Teils zwei Jahre lang weiter genutzt werden. Die Teilnehmer erhalten alle Updates und können sich während dieser prolongierten Nutzungsphase in der Learning Community mit anderen Hygienebeauftragten austauschen.

Von 2013 bis 2015 wurde als Basis für den E-Learning-Teil ein klassisches Learning-Management-System (LMS) eingesetzt. In der kontinuierlich durchgeführten Evaluation und in Gesprächen mit den Teilnehmern während der Präsenzphase kristallisierte sich der Wunsch nach Verbesserung des E-Learnings heraus. Darauf wurde mit einer kompletten Neuentwicklung reagiert, die durch die Firma Meduplus ausgeführt wurde.

Ergebnis ist das Smart Learning®-Konzept und ein adaptives Lernsystem, das den komplexen Stoff für den HBA komplett neu aufarbeitet und vermittelt. Durch einen kontinuierlichen Wechsel zwischen Wissensvermittlung und Wissensabfrage wird dabei neu erworbenes Wissen gefestigt und Vorwissen belohnt. Kommt ein Teilnehmer mit umfangreichem Erfahrungsschatz in den Kurs, wird er sich rascher durch den E-Learning-Teil bewegen können, als ein Neuling in der Materie.

Ziel der Smart Learning®-Methode ist es, Wissen mit Spaß zu vermitteln, kontinuierliche Lernreize zu setzen und den Transfer des erworbenen Wissens in die Praxis zu vereinfachen. Dazu wurde konsequent auf die Nutzung mobiler Endgeräte gesetzt, um später

im Berufsalltag jederzeit auf die Inhalte des Kurses als Referenz zugreifen zu können.

Seit 2016 werden die Kurse zum HBA mit Hilfe der Smart Learning®-Methode vermittelt. Die Kurserstellung erfolgte in enger Abstimmung mit der Bundesärztekammer sowie den Fortbildungsabteilungen der Ärztekammer Berlin und der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Der Blended-Learning-Kurs ist als curriculare ärztliche Fortbildung mit 60 CME-Fortbildungspunkten zertifiziert. Auch die Evaluation erfolgt in enger Abstimmung mit der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Berlin.

EVALUATION DIGITALER LERNMETHODEN

Von 2014 bis Mitte 2019 haben ca. 3.000 Kolleginnen und Kollegen den Kurs zum HBA über die Angebote der Berufsverbände absolviert. Von insgesamt 2.791 Teilnehmern konnten Antworten auf die Evaluation ausgewertet werden.

Nicht jeder Teilnehmer beantwortete alle Fragen, sodass die Anzahl an vorliegenden Antworten je nach Frage schwankt. Dies machte sich insbesondere bei dem Vergleich der beiden E-Learning-Methoden bemerkbar. Über 1.000 Teilnehmer hatten die Frage, nach welcher Methode sie den E-Learning-Teil absolviert haben, nicht beantwortet. Deshalb standen uns für die vergleichende Auswertung von klassischem E-Learning und Smart Learning® „nur“ jeweils knapp 1.600 Antworten zur Verfügung.

71 Prozent der teilnehmenden Ärzte sind in Praxen und MVZ tätig, 25 Prozent in Kliniken. Sie verteilen sich vor allem auf die chirurgischen Fachgebiete, gefolgt von Kolleginnen und Kollegen aus Augenheilkunde, Innerer Medizin, Anästhesie und Dermatologie (**Abb. 1**).

Die Evaluation erfolgte dem Standard der Ärztekammern entsprechend mit einer Skala „Schulnoten von 1 bis 6“, d. h. von „sehr gut“ und „gut“ bis hin zu „genügend“ und „ungenügend“.

Dabei setzten wir intern eine Wichtung in der Hinsicht, dass alle Evaluationsbewertungen mit „sehr gut“ und „gut“ als akzeptabel galten und alle Bewertungen mit „befriedigend“ oder schlechter als Signal für vorhandenes Verbesserungspotenzial angesehen wurden.

Ansorg J: Drei Jahre Smart Learning® in der medizinischen Fortbildung – Hygienebeauftragter Arzt. *Passion Chirurgie*. 2019 Oktober, 9(10): Artikel 04_04.



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

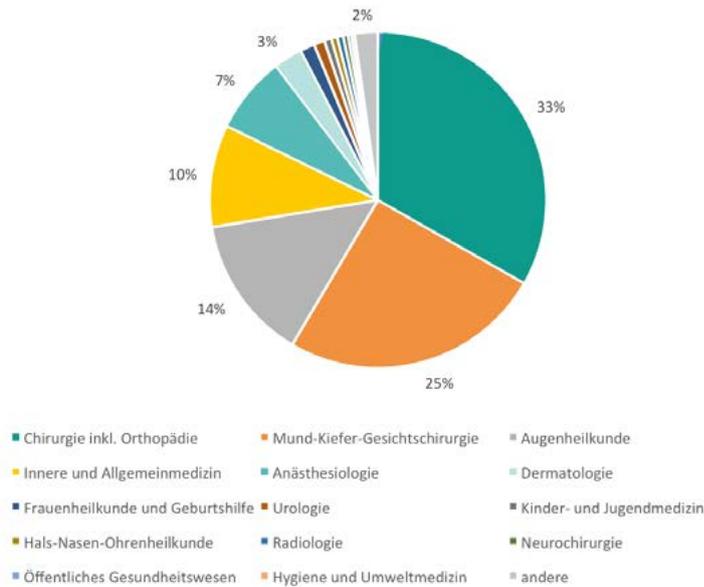
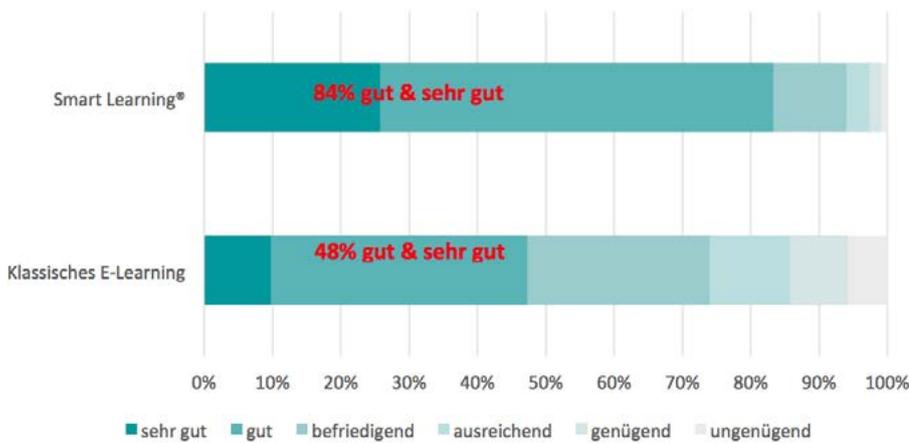


Abb. 1: Fachärztlicher Hintergrund der Teilnehmer (n=2.617)



Gesamtbewertung E-Learning HBA (n=1.582)

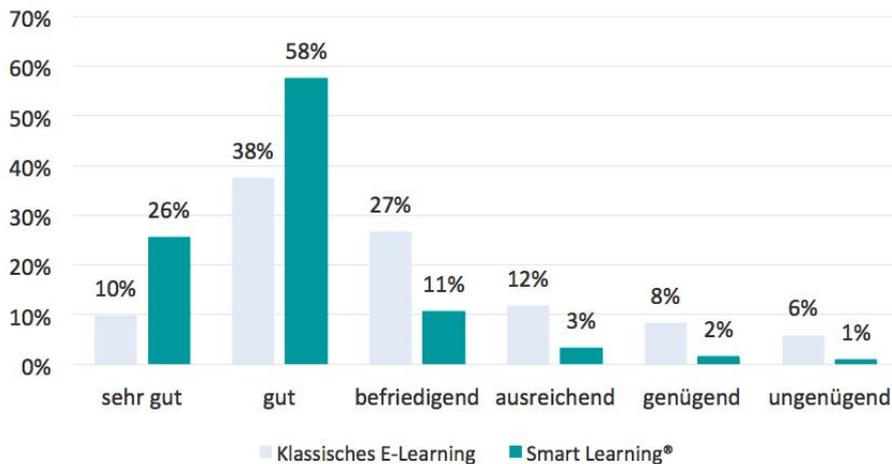


Abb. 2: Gesamtbewertung E-Learning HBA (n=1.582)

Als sich 2014 und 2015 in der Gesamtbewertung der klassischen E-Learning-Methode zeigte, dass nur knapp die Hälfte (48 %) der Teilnehmer den E-Learning-Teil mit „sehr gut“ oder „gut“ bewertet haben, war das für uns die Motivation zur Entwicklung eines völlig neuen didaktischen E-Learning-Ansatzes. Im Ergebnis wurde die Smart Learning®-Methode entwickelt und 2016 in den Markt eingeführt. Bei identisch durchgeführter Evaluation konnte die Rate an guten und sehr guten Bewertungen in der Gesamtevaluation auf 84 % gesteigert werden (Abb. 2).

Auf Anregung der Ärztekammern, die wie auch wir anhand der Kursreihe Erfahrungen mit dem Blended-Learning-Ansatz sammeln wollten, wurde die sonst übliche Fortbildungsevaluation auf deutlich mehr Einzelelemente ausgedehnt.

Die Smart Learning®-Methode hebt sich auch in der Einzelevaluation mit deutlich besseren Ergebnissen von der klassischen E-Learning-Methode ab. Insbesondere Struktur und Aufbereitung der Inhalte sowie das Erreichen der Lernziele wird von den Nutzern des Smart Learnings deutlich besser bewertet (Abb. 3).

Durch kontinuierliche Updates und ein an mobile Endgeräte angepasstes Design wurden für die Aktualität der Inhalte sowie die Flexibilität des Lernens Bestnoten für das Smart Learning® vergeben. Nahezu alle Teilnehmer bewerteten diese beiden Elemente mit „sehr gut“ oder „gut“.

Aufgrund des hohen Anteils an niedergelassenen Kollegen im Kurs fiel die Bewertung der Praxisnähe bei beiden Lernmethoden etwas ab, wurde im Smart-Learning-Arm aber immer noch von zwei Dritteln der Teilnehmer mit „gut“ und „sehr gut“ bewertet. An dieser Schraube ließ sich im Rahmen der Verbesserung aber nur bedingt drehen, da die Inhalte vom Curriculum der Bundesärztekammer vorgegeben werden und recht „klinikklastig“ sind. Hier haben wir vor allem die Präsenzphase der Kurse genutzt, um auf die speziellen Bedürfnisse der Teilnehmer einzugehen.

Auch bei den eher technischen Fragen konnte sich das Smart Learning®-Konzept im Vergleich zum klassischen E-Learning deutlich abheben. Sowohl bei der Einführung zum E-Learning, als

auch bei der technischen Umsetzung und dem Support konnte die Nutzerzufriedenheit erheblich gesteigert werden (Abb. 4). Hier hat sich die Einführung einer neuen Nutzeroberfläche sowie die Zusammenarbeit mit Spezialisten im Userinterface-Design in der Entwicklungsphase des Smart Learning® ausgezahlt.

ZUSAMMENFASSUNG

Blended-Learning ist ein geeigneter Ansatz für die Vermittlung komplexer Lerninhalte in der medizinischen Fortbildung. Die Kombination aus E-Learning und Präsenzseminar hebt Effizienzreserven, reduziert Abwesenheiten und hebt durch Harmonisierung von Vorwissen das Niveau der (verkürzten) Präsenzphase.

Im Fall der curricularen ärztlichen Fortbildung zum HBA konnte so die Präsenzzeit halbiert werden und 20 der 40 Stunden als E-Learning absolviert werden.

Aufgrund der Evaluationsergebnisse des zunächst eingesetzten klassischen E-Learning-Systems wurde ein völlig neues elektronisches Lernangebot entwickelt, das im Kern aus einem adaptiven Lernsystem besteht. Diese Smart Learning®-Methode zeichnet sich durch hohe Flexibilität und Aktualität aus, belohnt Vorwissen und vermittelt Freude am Lernen.

Der direkte Vergleich der Evaluationsergebnisse zwischen klassischem E-Learning und Smart Learning® zeigt eine erhebliche Verbesserung der Nutzerzufriedenheit von 48 auf 84 Prozent. Gleichzeitig wird durch den Methodenmix aus E-Learning, kontinuierlicher Wissensabfrage in der Lernphase sowie kontinuierlichen Updates und kurzen Lerneinheiten zur Wiederauffrischung von Teilwissen (sog. Mikro-E-Learnings) ein nachhaltiger Lernerfolg sichergestellt (Abb. 5).

Die Teilnehmer der Kurse zum HBA bleiben auch nach Erhalt des begehrten Zertifikates auf dem aktuellen Stand. Sie sind in der Lage, auf saisonale Herausforderungen ebenso rasch und tief zu reagieren, wie auf kritische Situationen in der eigenen Einrichtung.

Dabei können Teilnehmer auch ihrer Verpflichtung zur Fortbildung nachgeordneter

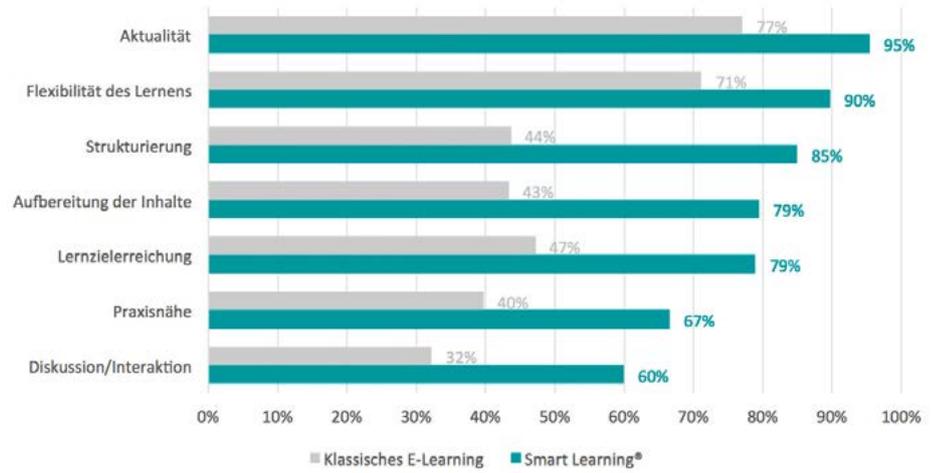


Abb. 3: Einzelbewertung mit „gut“ und „sehr gut“ (n=1.591)

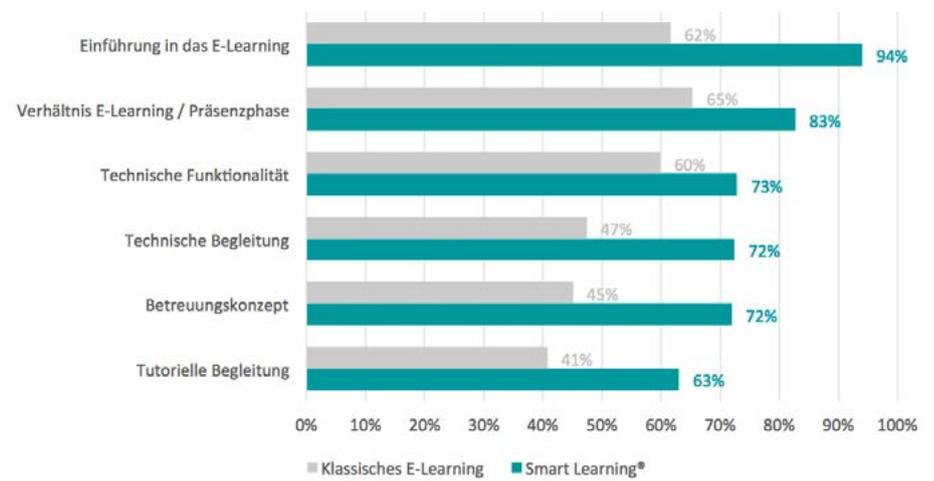


Abb. 4: Einzelbewertung mit „gut“ und „sehr gut“ (n=1.579)

Nachhaltigkeit durch Smart Learning®

µLearning: Influenza
 In nur 10 Minuten wieder fit für den hektischsten Umgang mit Influenzafällen.
 Impfung für den Kopf - kostenfrei

Saisonale Influenza

- Grippeerreg. Weltweit: Absterberisiko für 8-10 Wochen
- Infizierung von 5-20% der Bevölkerung
- 45.000 Krankheitsausbrüche 2018
- Strenge Kontaktisolierung ist zwingend erforderlich

Mikrolarnings für saisonale und regionale Herausforderungen (z.B. MRSA-Ausbruch)

Abb. 5: Nachhaltigkeit durch Smart Learning®



Abb. 6: Sechs Gründe für den Einsatz von E-Learning

Mitarbeiter nachkommen. Mit adaptierten Smart Learning®-Angeboten wie dem „Grundkurs Hygiene“ oder dem „Update Händehygiene“ können alle Mitarbeiter auf höchstem inhaltlichen und didaktischen Niveau fortgebildet werden. Das initiale E-Learning kann hier mit einer kurzen Inhouse-Fortbildung sowie Mikro-E-Learning-Einheiten je nach Situation, von der Influenza bis zum MRE-Ausbruch ergänzt werden.

AUSBLICK

Mittlerweile stehen Kurse nach der Smart Learning®-Methode auch für Hygienebeauftragte in der Pflege sowie Hygienebeauftragte Medizinische Fachangestellte zur Verfügung. In Kombination mit den Grundkursen Hygiene, die es für Ärzte, Pflegekräfte und Medizinische Fachangestellte mit adaptierten Inhalten gibt, kann mit Smart Learning® die gesamte Belegschaft von Kliniken, MVZ und Praxen auf höchstem Niveau geschult werden.

Die für diese qualitativ hochwertigen und evaluierten Hygieneschulungen der gesamten

Belegschaft eingesetzten Ressourcen an Personal, Zeit und Kosten sind dabei minimal. Die Kurse unterstützen das Hygieniefachpersonal vor Ort und decken den (Pflicht-) Schulungsbedarf mit einem attraktiven und nachhaltigen Lernangebot ab.

Die Vorteile des Einsatzes von E-Learning und Blended-Learning liegen dabei klar auf der Hand (Abb. 6). Durch den Einsatz von cloud-basierten Lösungen ist dafür in der eigenen Einrichtung nicht sehr viel mehr nötig als ein Internetzugang sowie aktuelle Browser. Auch dem Einsatz mobiler Endgeräte steht nichts im Wege, jeder Nutzer kann die Smart Learning®-Kurse auf beliebig vielen mobilen und stationären Endgeräten nutzen.

In Kombination mit regelmäßigen Updates und der Option auf Individualisierung der Inhalte entwickeln sich Smart Learning®-Kurse damit von einmal genutzten (Pflicht-) Fortbildungen zu digitalen Referenzwerken, die jederzeit verfügbar sind und Ärzte, Pflegekräfte und MFA wirksam bei der Bewältigung ihres Berufsalltages unterstützen.

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

Smart Learning®-Kurse können über die Akademien der Berufsverbände zu folgenden Themen bezogen werden:

1. Hygienebeauftragter Arzt, Pflegekraft und MFA
2. Refresherkurse für Hygienebeauftragte Ärzte, Pflegekräfte und MFA
3. Grundkurs Hygiene und Update Händehygiene für Ärzte, Pflege und MFA
4. Medizinische Dokumentation, Schweißpflicht und Datenschutz nach DSGVO für Ärzte und Praxispersonal
5. Ärztliche Aufklärung (ab drittem Quartal 2019)
6. Verhalten und Kommunikation im Schadenfall (ab drittem Quartal 2019)
7. Pflichtschulungen zu Arbeitsschutz, Brandschutz, Basic Life Support u. v. m.

Kontakt via www.ecme-center.org/hba oder www.meduplus.de



© Roland Hemstein

Entscheidungen treffen – mit Erfahrung und Struktur, Mut und Empathie



Dr. med. Jörg von Rechenberg ist Oberarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie im Klinikum Wolfsburg. Der Ansprechpartner und Entscheider für die Belange der Patienten der chirurgischen Abteilung ist zuständig für die operative Intensivstation sowie für Notfallpatienten inklusive der operativen Versorgung. Der 61-jährige Chirurg arbeitet seit über 30 Jahren im Klinikum Wolfsburg und trifft täglich Entscheidungen, bei denen es auch um Leben und Tod geht.

Würden Sie sich als besonders entscheidungsfreudigen Menschen bezeichnen?

JvR: Ich denke ja, wenn es sich auf zeitnah zu treffende Entscheidungen bezieht. Das liegt wahrscheinlich daran, dass ich mir durch meine langjährige Berufserfahrung ein strukturiertes und konstruktives Denken angeeignet habe, mit dem ich mich stark auf spezifische Problemlagen fokussieren kann. Dazu kommt eine hohe Sensibilität für besondere Situationen, in denen ich mich sehr schnell entscheiden muss.

» ZUR PERSON



**Dr. med. Jörg von
Rechenberg**

Klinikum der Stadt
Wolfsburg
Zentrum für Allge-
mein-, Viszeral- und
Gefäßchirurgie
Sauerbruchstr. 7
38440 Wolfsburg

Mit freundlicher Genehmigung der WMG Wolfsburg Wirtschaft und Marketing GmbH sowie der MAD-SACK Medien Ostniedersachsen. Dieses Interview erschien in der Sommerausgabe 2019 des Wirtschafts magazins „Wolfsburg Plus“. Das Interview führte Thomas Beyer.

dr.j.v.r@t-online.de

Was genau stellt Sie vor schwierigere Entscheidungen, und wie gehen Sie damit um?

JvR: Es wird komplizierter, wenn wir es mit spezifischen Befunden bzw. einer Vielzahl an Befunden zu tun haben, die nicht kongruent sind. Auch die Therapieentscheidungen im Rahmen der Intensivtherapie sind in der Regel schwieriger. Es gibt zwar gewisse Standards, wenn sich aber der Verlauf verschlechtert, dann erschwert das die Entscheidungslage. Ich empfinde es als vorteilhaft, dass wir viele dieser Entscheidungen im Team treffen, beispielsweise in täglichen Besprechungen. Wenn ich zeitnah Entscheidungen treffen muss, laufen bei mir im Hintergrund innere Checklisten ab, die ich gedanklich durchgehe und bestimmte Reaktionen auf mögliche Abläufe, Komplikationen, Risiken etc. durchspiele. Ich setze darauf, dass ich mich einerseits auf die Faktenlage verlassen kann und dass ich diese richtig interpretiere. Andererseits baue ich auch auf meine Erfahrung. Wenn es etwa bei einer OP zu einer sehr kritischen Situation kommt, dann versuche ich erst mal den Druck herauszunehmen, Ruhe

zu bewahren, Zeit zu gewinnen, um dann wohlüberlegte und mit dem Team abgestimmte Lösungen zu finden.

Wie gehen Sie damit um, wenn sich eine Entscheidung im Nachhinein als nicht richtig herausstellt?

JvR: Grundsätzlich geht es mir immer dann nicht gut, wenn es meinen Patienten nicht gut geht. Ich überlege, was ich hätte anders machen können: Wo hätte ich Befunde eventuell anders bewerten müssen, sodass ich möglicherweise zu einer alternativen Entscheidung gekommen wäre. Auch aus diesem Grund empfinde ich es als extrem wichtig, bereits im Vorfeld vermeintliche Fehlerquellen auszuschließen. Deshalb lege ich u. a. sehr viel Wert auf korrekte Arztbriefe und schaue mir Befunde möglichst selbst an. Darüber hinaus erläutern wir in speziellen Konferenzen prinzipiell alle Fälle, in denen Komplikationen aufgetreten sind. Jeder von uns kann aus guten wie aus schlechten Entscheidungen lernen, wenn wir diese reflektieren.

Wie unterstützen Sie Patienten und Angehörige bei deren Entscheidungsfindung?

JvR: Gerade, wenn es um Entscheidungen am Lebensende eines Menschen geht, ist besonders viel Empathie und Sensibilität gefragt. Meines Erachtens sind hier mehrere Gespräche notwendig, um Vertrauen aufzubauen. Insbesondere auf der Intensivstation haben wir sehr gute Erfahrungen damit gemacht, dass Ärzte, Patienten und Angehörige häufig und regelmäßig im Gespräch bleiben. Ich ermuntere auch junge Kollegen dazu, an diesen Gesprächen teilzunehmen, damit sie Erfahrungen sammeln können. Es ist wichtig, das Für und Wider einer Entscheidung nachvollziehbar zu kommunizieren sowie tragfähige Empfehlungen zu geben, sodass sich Patienten und Angehörige nie alleine gelassen fühlen. Erst recht dann nicht, wenn diese selbst eine schwerwiegende Entscheidung treffen müssen – etwa im Zusammenhang mit lebenserhaltenden Maßnahmen.

von Rechenberg J: Entscheidungen treffen - mit Erfahrung und Struktur, Mut und Empathie. Passion Chirurgie. 2019 Oktober, 9(10): Artikel 04_05.



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

Welche Rolle spielt für Sie Verantwortung?

JvR: Wenn ich eine Entscheidung fälle, übernehme ich dafür natürlich auch die Verantwortung und ermutige auch junge Kollegen dazu, dies gerne zu dokumentieren. Selbstverständlich erwarte ich dann auch, dass mir alle Fakten oder Befunde genannt wurden, bzw. dass meine Entscheidung auch so, wie von mir getroffen, umgesetzt wird. Ich mag es dagegen absolut nicht, wenn sich jemand seiner Verantwortung entzieht und dafür ein anderer zu Unrecht geradestehen muss. Das geht auf Kosten des gegenseitigen Vertrauens und behindert eine vertrauensvolle Zusammenarbeit. Grundsätzlich habe ich ein großes Problem damit, wenn Entscheidungsträger, die aufgrund ihrer Position bestimmte Entscheidungen fällen sollten, dies unterlassen. Gleichzeitig stehe ich dafür, dass Entscheidungen transparent und für andere nachvollziehbar sind.

Was würden Sie als eine mutige Entscheidung bezeichnen?

JvR: Es ist mutig, wenn man sich dazu entschließt, die Entscheidung einer übergeordneten Instanz, gegebenenfalls also auch die eines Oberarztes oder Chefarztes,

infrage zu stellen. Dabei finde ich es wichtig, seine Einwände bereits im Vorfeld zu kommunizieren, möglicherweise auf eine zweite Meinung zu drängen und die entsprechenden Gegenargumente offen anzusprechen. In Gesprächen mit jungen Kollegen betone ich, wie wichtig es ist, im Zweifel Befunde oder Anordnungen zum Wohle des uns anvertrauten Patienten zu hinterfragen. Die Medizin ist so komplex, dass jeder von uns einmal etwas übersehen kann.

Kann man gute Entscheidungen trainieren, und was tun Sie, um sich auch in diesem Feld noch weiterzuentwickeln?

JvR: Sicherlich kann sich jeder täglich darin üben, strukturiert zu arbeiten und sehr akribisch auch auf die Details großen Wert zu legen. Selbstverständlich bringt uns auch eine regelmäßige Fortbildung weiter, weil wir damit unseren Horizont erweitern. Auch wenn der heutige Klinikbetrieb es nicht unbedingt einfach macht, plädiere ich dafür, regelmäßig über den Tellerrand zu schauen und sich auch jenseits des eigenen Fachgebiets zu informieren. Wer gute Entscheidungen treffen will, sollte auch auf einen weitgefächerten Wissensschatz vertrauen können.

Was könnte sich aus Ihrer Sicht im Umfeld von Entscheidungen grundsätzlich noch verbessern?

JvR: Auch, wenn es bereits Ansätze gibt, würde ich mir für eine Reihe von Entscheidungen wünschen, dass schon im Vorfeld Mitarbeiter von der Basis mit einbezogen würden. Zumal diese die getroffenen Entscheidungen am Ende umsetzen müssen. Offensichtlich werden immer noch zu viele Entscheidungen von Menschen getroffen, die teilweise die Abläufe, um die es geht, kaum kennen. Auch die Frage des Respekts und der Wertschätzung gegenüber Mitarbeitern halte ich für ein wichtiges Thema. In Zeiten des Fachkräftemangels kann Wertschätzung unter anderem auch durch adäquate Bezahlung erfolgen. Generell halte ich im Zusammenhang mit Entscheidungen eine gute Kommunikation für eminent wichtig. Wir sind aufgefordert, mit unseren Patienten sehr viel zu kommunizieren, gerade auch in Bezug auf Entscheidungen. Diese Einstellung vermisse ich teilweise in der Wirtschaft. Hier fehlt es mir aus Kundensicht oft an persönlichen Ansprechpartnern. Dabei macht es Kommunikation doch erst möglich, aufgrund konkreter und individueller Informationen überhaupt eine adäquate Entscheidung treffen zu können. ○



Notaufnahme



© iStock/marvnh

Safety Clip: Aus Zwei mach Eins – Von der monodisziplinären Notaufnahme hin zur Zentralen Notaufnahme

In der Vergangenheit und zum Teil bis heute sind viele deutsche Notaufnahmen monodisziplinär organisiert. Aber das Thema „Zentrale Notaufnahme“ ist inzwischen in aller Munde, spätestens seit der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im April 2018 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern beschlossen hat. [1] Mit dem G-BA-Beschluss kommt nun jedes Krankenhaus, das weiterhin in der Notfallversorgung mitwirken möchte, nicht mehr um die Implementierung einer interdisziplinären, zentralen Notaufnahme herum. Allerdings: Eine „Zentrale Notaufnahme“ ausgewiesen zu haben, bedeutet noch lange nicht, tat-

sächlich auch eine zentrale, interdisziplinäre Notaufnahme zu führen.

Eine Bestandsaufnahme zu Theorie, gelebter Praxis und Schritten zur möglichen Umsetzung.

DIE THEORIE – BEGRIFFLICHKEITEN

Die monodisziplinäre Notaufnahme: Bei der monodisziplinären Form der Notaufnahme wird für jede medizinische Fachdisziplin eine eigene Notaufnahme vorgehalten. [2] Es gibt also einen Versorgungsbereich für die chirurgischen Notfälle, einen für die



Frederik Meilwes

Master in Health and Medical
Management (MHMM)
Risiko-Berater
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
mbH
Ecclesiastraße 1 – 4
32758 Detmold
frederik.meilwes@grb.de
www.grb.de

internistischen Notfälle und so weiter. Häufig sind diese Versorgungsbereiche in einem Krankenhaus nicht nur organisatorisch, sondern auch räumlich deutlich voneinander getrennt. So kann die internistische Notaufnahme an einem Ende des Krankenhauses sein und die chirurgische Notaufnahme am entgegengesetzten.

Die interdisziplinäre Notaufnahme: In der interdisziplinären Notaufnahme werden verschiedene medizinische Fachbereiche in einer zentral geführten und zusammengeschlossenen Einheit vorgehalten. [3] Es gibt in dieser Organisationsform eine zentrale Anlaufstelle, in der alle Patienten behandelt werden, egal zu welchem medizinischen Fachgebiet ihre Krankheit gehört. So arbeiten hier zum Beispiel die Internisten Hand in Hand mit den Chirurgen, Neurologen oder den Urologen. Die Zuordnung einer Patientin oder eines Patienten zu der entsprechenden medizinischen Fachdisziplin erfolgt ohne zeitverzögernde konsiliarische Untersuchungen. Ein weiterer Vorteil ist, dass das Krankenhaus in dieser Struktur nur einen Notaufnahmebereich vorweisen und nicht mehrere einzelne Notaufnahmen mit räumlichen, materiellen und personellen Ressourcen ausstatten muss. Das Krankenhaus kann seine technischen, personellen und materiellen Mittel optimiert in einem Bereich organisieren. Die Behandlung von multimorbiden Patienten läuft flüssiger und strukturierter ab. [4]

DIE GELEBTE PRAXIS

Betrachten wir nun die gelebte Praxis, sieht diese wie folgt aus: Aus „zwei wurde eins“ gemacht. Chirurgische und konservative Notaufnahmebereiche wurden räumlich zusammengelegt und werden formell organisatorisch als eine gemeinsame Einheit geführt. Eine tatsächliche Interdisziplinarität ist jedoch selten vorzufinden. Zwar findet die Versorgung mittlerweile in gemeinsamen Räumlichkeiten statt, jedoch leben die bisherigen räumlichen Grenzen intern, als „Schattengrenzen“, weiter. In den meisten solcher „Zentralen Notaufnahmen“ gibt es immer noch eine chirurgische und eine internistische Aufteilung beim Personal und in den genutzten Behandlungsräumen.

Dies ist auch in vielen Fällen unvermeidlich. Gerade in der Pflege werden in einer echten Zentralen Notaufnahme oft die „Allrounder“ verlangt: die Pflegekräfte, die sowohl Patienten mit konservativen als auch mit chirurgischen Krankheitsbildern versorgen können. Da jedoch die Krankheitsbilder und entsprechend die Versorgungen immer komplexer werden, ist es nicht möglich, in allen Fachbereichen eine Expertise zu bilden. Im Einzelfall kann der Einsatz eines „Allrounders“ – aufgrund der gewünschten Quantität an breitem Fachwissen – zu einer verschlechterten Qualität in der Versorgung spezifischer Krankheitsbilder führen. Wichtig ist deshalb, Behandlungsprozesse interdisziplinär und interprofessionell zu organisieren. Dies kann zum Beispiel durch gemeinsam erstellte Standard Operating Procedures (SOPs) erfolgen, die eine ganzheitliche Betrachtung des Patienten ermöglichen. SOPs müssen zwischen den einzelnen Fachabteilungen und interprofessionell abgestimmt werden, damit die einzelnen Expertisen und Behandlungsschritte wie Zahnräder ineinandergreifen. Der Patient mit nur einer Erkrankung ist mittlerweile sehr selten geworden. Immer mehr multimorbide Patienten sind zu betreuen. Das macht eine allgemeine, fachabteilungsunabhängige, ganzheitliche Betrachtung des Patientenzustandes notwendig.

DIE UMSETZUNG – PRAKTISCHE SCHRITTE

Für viele stellt sich nun die Frage: „Wie schaffen wir es, eine funktionierende Zentrale Notaufnahme zu führen?“ Dies ist – neben der räumlichen Gestaltung eines zentralen Notaufnahmebereichs – durch verschiedene organisatorische und prozessuale Schritte möglich. Zunächst müssen, am besten mithilfe eines Organigramms, die Zuständigkeiten innerhalb der Notaufnahme geklärt werden.

Die Zentrale Notaufnahme ist der Bereich des Krankenhauses mit den meisten Schnittstellen: Jede Fachabteilung hat eine Verbindung mit der Notaufnahme und dementsprechend möchte auch jeder etwas zu sagen haben. Durch festgelegte Zuständigkeiten und Kompetenzen ist es möglich, dass es hier nicht zu einem „Kompetenzgerangel“ untereinander kommt.

Meilwes F: Safety Clip: Aus Zwei mach Eins – Von der monodisziplinären Notaufnahme hin zur Zentralen Notaufnahme. *Passion Chirurgie*. 2019 Oktober, 9(10): Artikel 04_06.



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

Die Zentrale Notaufnahme benötigt eine eigenständige, fachlich unabhängige Leitung. [5] Dies ist nicht nur aufgrund der G-BA-Vorgaben wichtig, sondern stellt eine wichtige Komponente in der Interdisziplinarität dar. Bei der fachlich unabhängigen Leitung handelt es sich um eine Person, die nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis mit einer Fachabteilung steht. Hierdurch ist die Person in der Lage, die Notaufnahme nach interdisziplinärem Modell zu organisieren, ohne zum Beispiel durch den Leiter ihrer Fachabteilung beeinflusst zu werden.

Weitere Schritte zu einer interdisziplinären Notaufnahme sind die bereits erwähnten interdisziplinären und interprofessionellen SOPs sowie eine „Belegungshoheit“ der Behandlungszimmer durch die Pflege. So kann gewährleistet werden, dass Patienten entsprechend der Behandlungsdringlichkeit und nicht wegen der fachlichen Zuteilung in die Behandlungszimmer verteilt werden. Weiterhin förderlich ist eine administrative Aufnahme des jeweiligen Patienten als „Notfallpatient“ und nicht als Patient einer Fachabteilung. So wird gewährleistet, dass der Patient während der Behandlung in der Notaufnahme nicht direkt als Patient einer bestimmten Fachabteilung angesehen wird.

Das Personal der Notaufnahme ist hierdurch nicht verleitet, den Patienten nur mit dem „Tunnelblick“ einer Fachabteilung anzusehen, sondern es betrachtet den Patienten weiterhin ganzheitlich aufgrund einer fachlich ungebundenen Symptomlage. Nach der Versorgung in der Notaufnahme wird der jeweilige Patient dann der passenden Fachabteilung zugeordnet.

Dies sind nur wenige von vielen notwendigen Maßnahmen, um eine Zentrale Notaufnahme zu implementieren. Der Weg kann sich zunächst als sehr steinig erweisen. Der Benefit für die Patientenversorgung rechtfertigt jedoch diese Mühen.

FAZIT: GEFAHREN REDUZIEREN SICH

Patienten werden in dem Modell der Zentralen Notaufnahme ganzheitlich betrachtet und die Gefahr des „übersehenen“ Krankheitsbildes reduziert sich. Zusätzlich erreiche ich bei gut aufeinander abgestimmten Behandlungsprozessen eine optimierte, umfangreichere und trotzdem schnellere Patientenversorgung in der Notaufnahme. Zeitaufwändige Konsultanforderungen und unnötige Transporte der Patienten zwischen den Fachabteilungen gehören hier der

Vergangenheit an. Eine zentrale Anlaufstelle für „fußläufige“ Patienten sowie den Rettungsdienst erleichtert es zudem, denjenigen schnelle Hilfe zukommen zu lassen, die schnelle Hilfe benötigen.

Festzuhalten ist: Eine zentrale Versorgungseinheit einzurichten, um die ganzheitliche Patientenversorgung in der Notaufnahme zu optimieren und sicherzustellen, ist der richtige Weg zu einer höheren Patientensicherheit. Jedoch muss dieser Weg auch bis zum Ende gegangen werden.

LITERATUR

- [1] Beschluss vom 9. April 2018 gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).
- [2] Bonk, Siebert, Seekamp, Hoffmann, 2009, S. 445-454.
- [3] Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V., 2006, S. 5 ff.
- [4] Schellein, Ludwig-Pistor, Bremerich, 2009, S. 163-170; Bonk, Siebert, Seekamp, Hoffmann, 2009, S. 445-454.
- [5] G-BA-Beschluss zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). ○

RECHT &
VERSICHERUNG

Versicherungs- angebote des BDC



Diese Leistungen sind in Ihrem BDC-Mitgliedsbeitrag erhalten:

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

Weitere Versicherungsangebote für BDC-Mitglieder über Rahmenverträge

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

NEU Versicherungsschutz für Berufseinsteiger

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

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

BDC-VERSICHERUNGSMAKLER ECCLESIA VERSICHERUNGSDIENST GMBH

BDC-Versicherungsservice

Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold

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

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de



Hygiene-Tipp: Die Anlage eines transurethralen Harnblasenkatheters im OP oder „Leg mal schnell noch einen DK“

Harnwegsinfektionen zählen zu den häufigsten nosokomialen Infektionen. Das Infektionsrisiko, das transurethrale Dauerkatheter (DK) mit sich bringen, wird in der Regel unterschätzt, aber auch sie können Ausgangspunkt einer Sepsis sein. Transurethrale Dauerkatheter sind der bedeutendste Risikofaktor für eine aufsteigende Harnwegsinfektion. Daher ist es von erheblicher Bedeutung, die nachfolgenden Forderungen stets einzuhalten:

- Es bedarf stets einer **streng ärztlich** gut begründeten und dokumentierten Indikation.
- Vollsilikon besitzt die höchste Biokompatibilität und -stabilität. Es ist daher für die transurethrale und suprapubische Langzeitdrainage am besten geeignet. Die Möglichkeit der Vermeidung einer mukopurulenten Membran ist bei diesem Material am größten.



Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Zastrow
Chefarzt des Hygiene-Instituts der
REGIOMED-Kliniken Bayern/
Thüringen
hygiene@drzastrow.de



Dr. med. Helmut Adler
Assistenzarzt im Hygieneinstitut der
REGIOMED-KLINIKEN Bayern/
Thüringen
Facharzt für Chirurgie/Notfallmedizin
Curriculärer Krankenhaushygieniker

- Die Katheterstärke ist an die Harnröhrenöffnung anzupassen, um Schleimhautschäden zu vermeiden, denn durch Mikroläsionen der Schleimhaut können Infektionserreger in die Blutbahn eintreten. Solange noch überwiegend Latexkatheter eingesetzt wurden, war dies eine der häufigsten Ursachen für eine Urosepsis.
- Die Katheterisierung muss stets aseptisch, mit sterilen Handschuhen, sterilem Abdeckmaterial und sterilen Tupfern durchgeführt werden. Erfolgt die DK-Anlage unmittelbar präoperativ, bestimmt der Operateur in Absprache mit dem Anästhesisten die Liegedauer. Besteht keine weitere Indikation für den Dauerkatheter wird der Katheter noch im Operationssaal, vor dem Ausschleusen, beim „Entlagern“ entfernt.
- Falls eine längerfristige (>5 Tage) Drainage der Harnblase erforderlich ist, sollte zur Vermeidung der urethralen mukopurulenten Membran durch Umgehung der Harnröhre der suprapubische Harnblasenkatheter dem transurethralen Verweilkatheter vorgezogen werden, sofern keine Kontraindikation besteht.
- Haut- und Schleimhaut müssen mit Tupfern, die mit Desinfektionsmittel „klatsch-nass“ getränkt sind, vollständig benetzt werden.
- Die vom Hersteller deklarierte Einwirkzeit des Desinfektionsmittels ist zu beachten.
- Gleitmittel sind nur in steriler Form zu verwenden.
- Blocken erfolgt mit sterilem Aqua dest. oder 8- bis 10-prozentiger Glycerin-Wasserlösung.
- Es sind nur geschlossene Ableitungssysteme mit geeigneter Probenahmestelle, Rückflusssperre und Luftausgleichsventil zu verwenden.
- Der Auffangbeutel muss vor jedem Transport des Patienten geleert werden, vor allem bei Umlagerung auf eine Trage oder den OP Tisch.
- Katheter und Drainageschlauch dürfen grundsätzlich nicht diskonnektiert werden.
- Wenn dies nicht zu vermeiden ist, muss **vor der Manipulation** an der Konnektionsstelle eine Desinfektion durch **sprühen – wischen – sprühen** mit einem Präparat auf Alkoholbasis erfolgen.
- Hygienische Händedesinfektion erfolgt vor und nach jeder Manipulation am Blasenverweilkatheter oder Drainagesystem.

Der Hygiene-Tipp gibt die Meinung der Autoren wieder. ○

Zastrow KD, Adler H: Hygiene-Tipp: Die Anlage eines transurethralen Harnblasenkatheters im OP oder „Leg mal schnell noch einen DK“. Passion Chirurgie. 2019 Oktober; 9(10): Artikel 04_07.



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



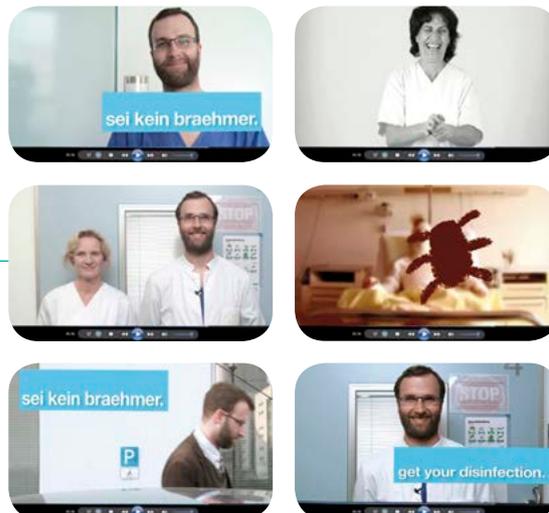
Gute Chirurgie kann durch eine Infektion gefährdet werden. Es gibt vermeidbare und unvermeidbare Infektionen. Letztere sind schicksalhaft und kaum zu beeinflussen. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und die deutschen Hygieniker betreiben seit 2008 eine bundesweite Informationskampagne, die dazu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

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

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

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

Auch wir produzieren ständig neue Video-clips und werden Ihnen diese in den kommenden Ausgaben vorstellen.



AUF YOUTUBE.DE FINDEN SIE ALLE
HYGIENEVIDEOS ÜBER DEN VIDEO-KANAL DES BDC.

PATIENTENSCHUTZ DURCH HYGIENE IST EINE
BUNDESWEITE KONZERTIERTE AKTION VON:

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



Personalia



Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie gratulieren allen Mitgliedern zu den neuen Funktionen, Ernennungen und Auszeichnungen.

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

OKTOBER 2019

Alwin M. Bulla, Facharzt für Chirurgie, Viszeralchirurgie sowie Unfallchirurgie und Orthopädie, ist seit dem 01.07.2019 Chefarzt am St. Josef-Krankenhaus in Linnich. Er leitet gemeinsam mit dem bisherigen Chefarzt Arjan Mullahi die Chirurgie des Hauses.

PD Dr. med. Mansur Duran übernahm im Juli 2019 die Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie der Asklepios Klinik Altona. Er wechselte vom Helios Klinikum Wuppertal, wo er seit Dezember 2018 als Chefarzt tätig war.

Dr. med. Michael Holch ist seit Juli 2019 Sektionsleiter der Abteilung Unfall- und Handchirurgie am Klinikum Crailsheim. Er war zuvor lange Jahre als Chefarzt am Klinikum Oberlausitzer Bergland gGmbH in Zittau tätig.

Dr. med. Holger Mattusch wurde zum 01.09.2019 Chefarzt der Klinik für Unfall- und Handchirurgie am Klinikum Oberlausitzer Bergland gGmbH in Zittau, die zur Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie wurde. Der langjährige Oberarzt ist Sportmediziner und spezialisierter Schulterchirurg.

Dr. med. Andreas Müller leitet seit Mitte des Jahres neben der Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie am Diakonie Klinikum GmbH Ev. Jung-Stilling-Krankenhaus in Siegen zusätzlich die Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie am Krankenhaus Bethesda in Freudenberg.

PD Dr. med. Markus Paschold, Facharzt für Viszeralchirurgie und Spezielle Viszeralchirurgie und ehemals Oberarzt an der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie der Universitätsmedizin Mainz, ist seit September neuer Chefarzt der Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie am Krankenhaus St. Marienwörth in Bad Kreuznach.

Jörg Retzlaff leitet seit August 2019 neben der Helios Klinik Cuxhaven und dem Helios Seehospital Sahlenburg zusätzlich die Unfallchirurgie und Orthopädie der Helios Klinik Wesermarsch. Operativ wird er vom bisherigen kommissarischen Leiter, **Jens Kathmann-Frerichs**, unterstützt.

Dr. med. Leif Schiffmann ist seit August 2019 Chefarzt der Chirurgischen Klinik am Helios Klinikum Aue. Nach einer beruflichen Zwischenstation als Oberarzt am Universitätsklinikum Marburg setzt sich der Chirurg, Proktologe und Viszeralchirurg nun das Ziel, die Chirurgie am Standort Aue auszubauen.

PD Dr. med. Hodjat Shekarriz ist Facharzt für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie und leitet seit September 2019 die Abteilung Allgemein- und Viszeralchirurgie der Sana Kliniken Ostholstein in Eutin.

Dr. med. Jan Volmerig, Facharzt für Chirurgie und (spezielle) Thoraxchirurgie, leitet seit dem 01.08.2019 die Thoraxchirurgie des Rhein-Maas Klinikum in Würselen. ○



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

Frage & Antwort



Einholung einer betreuungsgerichtlichen Genehmigung bei betreuten Patienten



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

Heberer J. F+A: Einholung einer betreuungsgerichtlichen Genehmigung bei betreuten Patienten. 2019 Oktober; 9(10): Artikel 04_09.



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

FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, ob es bei einem nicht einwilligungsfähigen Patienten, der unter gesundheitssorgerechtlicher Betreuung steht, im Falle der Amputation einer Gliedmaße in jedem Fall die Einholung einer betreuungsgerichtlichen Genehmigung erforderlich ist.

ANTWORT:

Vorauszusetzen ist zunächst, dass es auf die Einwilligung des Betreuers ankommt, d. h. dass die Betreuung die Gesundheitspflege umfasst und der Patient nicht einwilligungsfähig ist. Bei der vorliegenden Sachverhaltschilderung wird dies somit angenommen.

Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf dann der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Patient einen schweren und länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleidet oder aufgrund der Maßnahme stirbt (§ 1904 Abs. 1 BGB).

Bei einer Amputation ist nach Auffassung des Verfassers die begründete Gefahr schwerer

und länger andauernder gesundheitlicher Schäden in der Regel anzunehmen, sodass grundsätzlich von einer Genehmigungspflicht durch das Betreuungsgericht auszugehen ist (vgl. LG Darmstadt, FamRZ 09, 543).

Einer solchen Genehmigung bedarf es nach Ansicht des Verfassers allerdings im Einzelfall dann nicht, wenn zwischen dem Betreuer und dem behandelnden Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung der Einwilligung dem nach § 1901a Abs. 2 BGB festgestellten Willen des Betreuten entspricht (§ 1904 Absatz 4 BGB). Hier empfiehlt sich zwingend die Dokumentation der Tatsachen und des Ergebnisses des gemeinsamen Verständnisses von Arzt und Betreuer.

Jedoch ist der BGH der Auffassung, dass bei besonders schwerwiegenden Eingriffen die Schwelle für ein gerichtliches Einschreiten auch bei grundsätzlichem Einvernehmen nicht zu hoch angesetzt werden darf, sodass ein Genehmigungsverfahren bereits dann durchzuführen ist, wenn einer der Handelnden Zweifel an der in Betracht gezogenen Entscheidung für oder gegen die Maßnahme hat oder objektive Zweifel angebracht sind, ob das geplante Vorgehen auf der Linie des Patienten liegt und deshalb ein Antrag auf betreuungsgerichtliche Genehmigung gestellt wird (vgl. Palandt/Götz, BGB, C. H. Beck Verlag, 77. Auflage 2018, § 1904 Rdnr. 22).

Eine pauschale, allgemeingültige Auskunft kann damit leider nicht erteilt werden, da es stets auf die konkreten Umstände im Einzelfall ankommt. In Zweifelsfällen ist aus juristischer Sicht bei fehlender Notfallindikation jedenfalls stets die Einschaltung des Betreuungsgerichts als rechtssicherster Weg dringend zu empfehlen. ○

Frage & Antwort



Insekten im OP



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

Heberer J. F+A: Insekten im OP. 2019 Oktober;
9(10): Artikel 04_10.



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

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob er Fliegen, Wespen, Käfer etc., die in den ambulanten OP gelangen, ohne weiteres töten darf oder ob hier der Tierschutz mit etwaigen nicht unerheblichen Sanktionen Grenzen setzt.

ANTWORT:

Grundsätzlich ist es so, dass es sowohl gemäß § 39 Abs. 1 Nr. 1 Bundesnaturschutzgesetz als auch gemäß § 1 Satz 2 Tierschutzgesetz verboten ist, Tiere, auch wild lebende, ohne vernünftigen Grund zu fangen, Schmerzen, Leiden oder Schäden zuzufügen oder zu töten. Jegliche Arten von Insekten fallen deshalb hierunter. Verstöße gegen diese Verbote können mit erheblichen Bußgeldern geahndet werden.

Allerdings enthalten beide gesetzlichen Regelungen in ihrem Wortlaut bereits die Einschränkung, dass ein vernünftiger Grund vorliegen muss, um Insekten zu fangen bzw. zu töten. Ein vernünftiger Grund liegt nach Ansicht des Verfassers dann vor, wenn die Sicherheit von Menschen gefährdet ist, was im Falle der Nichteinhaltung der Hygienevorschriften in ambulanten OP-Räumen durchaus gegeben sein kann. Folglich wäre das Töten von Fliegen,

Wespen, Käfern oder anderen Insekten grundsätzlich gerechtfertigt und sanktionsfrei, wenn ansonsten die Hygienevorschriften für ambulante OP-Räume nicht eingehalten werden können und hierdurch eine Gefahr für die Sicherheit von Menschen gegeben sein könnte.

Die vorgenannte Einschränkung gilt aber dann nicht, wenn es sich um besonders geschützte Arten nach § 44 Bundesnaturschutzgesetz i. V. m. der Bundesartenschutzverordnung handelt. Anlage 1 der Bundesartenschutzverordnung listet diese besonders geschützten Arten auf. Die hierin genannten Arten dürfen aus Sicht des Verfassers gerade nicht ohne weiteres getötet werden. Hierzu zählen beispielsweise alle heimischen Bienen und Hummeln, Hornissen, Kreisel- und Knopfhornwespen, Libellen oder rote Waldameisen.

Die meist vorkommende Deutsche oder die Gemeine Wespe zählen damit aber nicht zu den besonders geschützten Arten, sodass für diese das oben Gesagte gilt, also deren Tötung durch einen vernünftigen Grund gerechtfertigt werden kann.

Letztendlich müsste daher nach Meinung des Verfassers, sofern man ganz auf Nummer sicher gehen möchte, von einem Sachkundigen, z. B. einem Schädlingsbekämpfer, im konkreten Einzelfall bestimmt werden, ob es sich um eine besonders geschützte Art handelt oder nicht. Sollte es sich um besonders geschützte Arten handeln, so sollte zunächst geprüft werden, ob nicht auf andere Art und Weise, z. B. durch Fliegengitter, ein Eindringen in die Räumlichkeiten verhindert werden kann. Ansonsten müsste beim Vorliegen einer besonders geschützten Art sich mit der zuständigen Naturschutzbehörde in Verbindung gesetzt werden, um dort eine entsprechende Ausnahmegenehmigung für die Entfernung zu erhalten. ○

Kommentar oder doch eher ein Essay zu „Pflegepersonaluntergrenzen: Ziel verfehlt“



Dr. med. Matthias Krüger MA
 Leiter Themen-Referat „Chirurgie, Ökonomie und Zukunftsfragen“ im BDC
 Chefarzt
 ZB spez. Viszeralchirurgie/Proktologie/ Notfallmedizin
 Gesundheitsökonom (MA HBA)
 Klinischer Risikomanager (DioCert)
 Klinik für Chirurgie Quersfurt
 Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis gGmbH
 Vor dem Nebraer Tor 11
 06268 Quersfurt
 m.krueger@klinikum-saalekreis.de

Krüger M: Kommentar oder doch eher ein Essay zu „Pflegepersonaluntergrenzen: Ziel verfehlt“. *Passion Chirurgie*. 2019 Oktober, 9(10): Artikel 05_01.



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

Zum Artikel von Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG): Baum G: Pflegepersonaluntergrenzen: Ziel verfehlt. *Passion Chirurgie*. 2019 September, 9(09): Artikel 05_01.

Zukunft gestalten, anstatt auf diese zu warten, war sicherlich neben dem Fachkräftemangel einer der Beweggründe der Politik für die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen. In der IT-Branche ist es schon so, dass die Gewinnung eines neuen Mitarbeiters vergleichbar mit der Akquise eines neuen Kunden ist. In vielen Kliniken ist es ebenso. Wobei unser gemeinsamer Patient der Kunde ist. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) führt viele Argumente an, warum das Ziel verfehlt wurde. Einige sind richtig, aber andere verschleiern nur die wirklichen Ursachen.

Richtig ist, dass sich der Fachkräftemangel in der Pflege dramatisch verschärfen wird. Die Gründe sind allen bekannt und vielfältig. Diese Untergrenzen werden den Fachkräftemangel nicht von heute auf morgen lösen können. Vielleicht werden sie diesen sogar noch verstärken. Sie haben aber zu einer längst überfälligen und wichtigen Diskussion geführt. Wie viele Pflegekräfte benötigen wir am Patienten? Hier tappen wir nach wie vor noch im Dunkeln und verlassen uns auf gefühlte Zahlen. Jeder hat seine eigenen und hält diese für richtig. Der Fachkräftemangel hat sehr viel mit der Attraktivität des Pflegeberufes, aber noch viel mehr mit der Attraktivität des Arbeitsortes Krankenhaus und Pflegeeinrichtung zu tun. Jetzt so zu tun, als sei die Politik am Fachkräftemangel schuld, ist zu einfach. Die Politik versucht nur mit

ihren Möglichkeiten darauf zu reagieren, dass die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen in den letzten Jahren mit einem dramatischen Abbau von Pflegekräften begonnen haben. Pflegekräfte wie Ärzte werden in den Kranken- und Pflegeeinrichtungen vielfach immer noch als Kostenfaktoren betrachtet. Das ist schlicht falsch!

Die Pflegekräfte sind mit ihren Arbeitsbedingungen unzufrieden. Dies bleibt natürlich dem Nachwuchs nicht verborgen. Wo Wertschätzung an Hand von Case Management (CM) und dem Case Mix Index (CMI) oder Fallzahlen honoriert werden, muss man sich nicht wundern, dass die junge Generation andere Berufsfelder attraktiver finden. In einer Analyse der Hans Böckler Stiftung aus dem Jahre 2018 kümmerte sich in Deutschland eine Pflegekraft um ca. 13 Patienten. Deutlich mehr als in den USA mit 5,3 und den Niederlanden mit 6,9 Patienten pro Pflegekraft. Natürlich ist in diesen Ländern eine andere Krankenhausstruktur vorhanden. Verstärkend wirkt, dass der durchschnittliche Jahreszuwachs an Pflegekräften in den Jahren 2000 bis 2007 in Deutschland mit durchschnittlich 1,5 Prozent ein halbes Prozent weniger als der OECD-Durchschnitt betrug. Diese Mehrbelastung der Pflegekräfte der vergangenen Jahre, um Personalkosten zu reduzieren, wird jetzt zum Bumerang für die Kliniken. Es müssen Intensivstationsbetten geschlossen und Operationen können nicht durchgeführt werden, weil Fachkräfte fehlen. Dies liegt aber nicht an den Pflegepersonaluntergrenzen. Vielfach wird nun mit „Kopfpämien“ reagiert anstatt mit Marke. Wie müssen sich die Pflegekräfte fühlen, die in diesem Krankenhaus jahrelang den „Laden am Laufen gehalten haben“ und die nun miterleben müssen, dass die neue Pflegekraft bis zu

10.000 Euro als Einmalzahlung bekommt, wo früher nicht einmal Geld für Weihnachtsgeld übrig war. Was macht dies mit der Motivation? In einer Umfrage an 5.057 Pflegekräften und 302 Pflegekräften in der Chirurgie aus dem Jahre 2016 gaben nur ca. 40 Prozent der Pflegekräfte an, gern zur Arbeit zu gehen. In der Chirurgie sogar nur 30 Prozent. 55 Prozent unter den Pflegekräften empfinden ihren Arbeitsplatz als gut. In der Chirurgie weniger als die Hälfte (40 Prozent). Weiterhin würden nur gut 54 Prozent der Pflegekräfte den Arbeitgeber weiterempfehlen. In der Chirurgie sogar nur 37 Prozent. Nur 52 Prozent bei den Pflegekräften allgemein und nur 36 Prozent rein für die Chirurgie finden, dass ehrliche und ethische Geschäftspraktiken in ihren Kliniken Verwendung finden [1]. Dies zeigt doch eine gewisse Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz Krankenhaus.

Die Politik und auch Krankenkassen sind an dieser Entwicklung nicht ganz unschuldig, da diese den steigenden Investitionsbedarf einer modernen Medizin auf die Krankenhäuser abwälzen. Diese reagierten bisher mit Personaleinsparungen und Fallzahlerweiterungen, um diese Investitionen finanzieren zu können. Wir behandeln immer mehr Patienten in immer kürzeren Zeitfenstern. Dies führt zu einer Mehrbelastung des Personals! Das DRG-System ist nicht geeignet, die Personalkosten adäquat abzudecken. Dies sollte die Politik als Auftrag verstehen, hier nachzubessern.

Richtig ist aber auch, dass man klinische Belastungen gerade in der Unfallchirurgie nicht planen kann. Gerade bei witterungsbedingter Unwegsamkeit, kann sich binnen weniger Stunden die Patientenzahl drastisch erhöhen. Man käme auch nicht auf die Idee, einen Feuerwehrstützpunkt zu schließen, nur weil es ein Jahr lang keinen Einsatz gab.

Hier sind starre Pflegepersonaluntergrenzen sinnlos, da diese eher nach oben korrigiert werden sollten. Es sei die Frage gestattet, ob ein Fachkräftemangel zu Lasten der Behandlungsqualität unserer gemeinsamen Patienten führen darf. Hier muss man eine flexible Einsatz- und Personalplanung von Seiten der Kliniken fordern. Diese sollte sich an den Untergrenzen plus x orientieren. Wer nur die Personaluntergrenzen im Fokus hat und sich daran entlanghangelt wird in Zukunft Probleme bekommen. Die Etablierung von Personalpools ermöglicht hier einen flexiblen Einsatz der Pflegekräfte. Diese Vorhaltekosten gilt es durch das Gemeinwesen zu finanzieren und auf Plausibilität zu prüfen. Jede Klinik kann ja über die Personaluntergrenzen einstellen und hat dann wieder genug Puffer für Extrembelastungen. Sich immer nur an den Untergrenzen zu orientieren, halte ich für falsch. Ja, der Arbeitsmarkt ist leergefegt. Dies ist aber nicht Folge der Personaluntergrenzen. Die Ursachen des Fachkräftemangels liegen Jahre zurück und sind zum Teil hausgemacht. Hier fehlt mir ein wenig Ehrlichkeit und Selbstkritik der DKG. Es offenbart sich eine Denkweise von scheinbar zu vielen Krankenhäusern die Mitarbeiter gerade im pflegerischen wie ärztlichen Bereich als Kostenfaktoren betrachten. Ja, die Personalkosten im Krankenhaus und in den Pflegeeinrichtungen sind der größte Kostenblock. Sie sind aber auch die Leistungserbringer am Patienten. Hieran orientiert sich die Qualität der Behandlung und Betreuung unserer gemeinsamen Patienten. Hier ist Kostenreduktion falsch. Solange man diese Mitarbeiter rein als Kostenfaktoren betrachtet, wird sich am Personalmangel in Zukunft nichts ändern. Wertschätzung der Leistung beginnt eben auch und insbesondere mit guten Arbeitsbedingungen. Viele Krankenhäuser versuchen nun panisch gegenzusteuern. Vielleicht schon zu spät.

Richtig ist zudem auch, dass ein großer Teil der täglichen Arbeitszeit mit Dokumentation verbracht wird. Hier müssen moderne Kommunikations- und Dokumentationsmedien Einzug in den klinischen Alltag (Stichwort „Digitalisierung“) finden. Man muss aber auch diesen Dokumentationswahnsinn ein wenig eindämmen. Vielfach erfolgt diese Dokumentation nur um den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder andere Anfragen zu befriedigen und haben keinen Mehrwert in der Verbesserung der Behandlungsqualität unserer Patienten.

Zur Wahrheit gehört auch, dass erst nachdem die Politik agiert hat, die DKG nun reagiert. Man muss sich schon fragen, warum erst jetzt die DKG, ver.di und der Deutsche Pflegerat ein Personalbemessungsinstrument erarbeiten. Scheinbar glaubte man warten zu können und hat die Rasanz nicht erkannt oder unterschätzt. Und man darf postulieren, dass es wieder eher um Kosten auf Seiten der DKG ging und weniger um Leistung und Wertschätzung. Die DKG hat viel wertvolle Zeit verstreichen lassen, denn die Entwicklung war lange vorher absehbar. Es wird nun wohl Jahre dauern, diese Defizite aufzuholen. Ideen sind gefragt! Kosten reduzieren bzw. ein Einsparpotenzial generieren, werden diese nicht! Das sollte allen bewusst sein.

Ja, das Ziel wurde verfehlt, dies aber nach sechs Monaten allein der Politik anzulasten ist falsch. Zukunft gestalten, anstatt auf diese zu warten, sollten wir nicht nur der Politik überlassen. Das Krankenhaus der Zukunft ist mehr als eine reine Krankenanstalt.

LITERATUR

[1] Borgelt S. / Metz A. / Langer D. Kulturwandel im Krankenhaus. *Passion Chirurgie*. 2016 März, 6(03): Artikel 02_03. 

Reaktion auf den Referentenentwurf des „Faire-Kassenwahl-Gesetzes“

Allianz deutscher Ärzteverbände
 c/o Hartmannbund, Verband der Ärzte
 Deutschlands e.V.
 Kurfürstenstraße 132
 10785 Berlin
 Pressekontakt (Hartmannbund):
 Michael Rauscher
 michael.rauscher@hartmannbund.de

RESOLUTION GEGEN EIN VERBOT VON SPEZIFISCHEN BEHANDLUNGSDIAGNOSEN ALS VORAUSSETZUNG FÜR LEISTUNGSVERGÜTUNGEN – BEGRÜNDUNG

I. STATUS QUO SEIT 2017

Im April 2017 wurde mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) eine weitreichende Regulierung von Verträgen zur (ambulanten) Versorgung beschlossen. Der Gesetzgeber untersagt insbesondere Verträge, in denen die Dokumentation spezifischer Behandlungsdiagnosen ohne entsprechenden konkreten Leistungsbezug gesondert vergütet wird. Diese gesetzgeberische Maßnahme war sinnvoll und angemessen.

Dem HHVG war eine in der Fachöffentlichkeit geführte Diskussion über nicht gerechtfertigte Diagnosen („upcoding“) vorausgegangen. Krankenkassen, so der Vorwurf, strebten mit vertraglichen Vergütungsanreizen für die gezielte Erfassung von Diagnosen nach

möglichst hohen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Gleichzeitig wurde Ärztinnen und Ärzten unterstellt, dass sie ihren Patienten aus pekuniären Erwägungen auch vorsätzlich falsche Diagnosen zuweisen würden.

Der Blick auf die „Vertragslandschaft“ im Kontext neuer Versorgungsformen (insbesondere nach § 140a SGB V) zeigt, dass die regulatorische Absicht des Gesetzgebers erreicht wurde. Nicht zuletzt als Ergebnis der Abstimmung der Aufsichtsbehörden auf Bundes- und Landesebene – mit dem Ziel einer Vereinheitlichung der Aufsichtspraxis – sind bundesweit zahlreiche Verträge beanstandet und in der Folge beendet oder rechtskonform geändert worden.

Der Referentenentwurf des GKV-FKG formuliert nunmehr aber eine Regelung, die völlig unverhältnismäßig in die Gestaltung sowohl künftiger als auch bestehender Versorgungsverträge eingreift und insbesondere innovative Versorgungskonzepte teils schlicht unmöglich machen würde.

Allianz deutscher Ärzteverbände: Reaktion auf den Referentenentwurf des „Faire-Kassenwahl-Gesetzes“. *Passion Chirurgie*. 2019 Oktober, 9(10): Artikel 05_02.



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



RESOLUTION

BEHANDLUNGSDIAGNOSEN ALS BASIS EINER BEDARFSGERECHTEN UND EVIDENZBASIERTEN VERSORGUNGSGESTALTUNG UNVERZICHTBAR – VERBOT IM REFERENTENENTWURF DES „FAIRE-KASSENWAHL-GESETZES“ (GKV-FKG) AUFGEBEN!

Der Referentenentwurf des „Faire-Kassenwahl-Gesetzes“ (GKV-FKG) sieht vor, das bestehende Verbot der „Koppelung“ ambulanter Vergütungsregelungen mit Behandlungsdiagnosen drastisch zu verschärfen. Eine Vergütung ärztlicher Leistungen, die an bestimmte Diagnosen geknüpft ist, soll generell verboten werden. **Diese Regelung verkennt den unverzichtbaren Beitrag von ICD-Diagnosen zu einer transparenten und effizienten Versorgung und zu einer bedarfsgerechten Ressourcenlenkung. Die geplante Regelung ist deshalb weder sachgerecht noch verhältnismäßig. Sie stellt vielmehr innovative Versorgungsformen und -verträge, die sich gezielt an hochrangigen Leitlinien und Versorgungspfaden orientieren, in ihrer Substanz zur Disposition.**

Ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ohne manipulative Verzerrung bildet die Voraussetzung für einen fairen Kassenwettbewerb. Dafür bedarf es jedoch keines pauschalen Verbots von Diagnosen im Kontext ambulanter Vergütungsregeln. Schon heute stehen den Aufsichtsbehörden die notwendigen Instrumente zur Verfügung, um einen rechtssicheren und manipulationsfreien Morbi-RSA zu gewährleisten. Hinzu kommen Mitte 2020 die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) beschlossenen ambulanten Kodier-Richtlinien. Leitlinienorientierung und Innovationsfähigkeit von Versorgungs- und Vertragsstrukturen ausschließlich vom Motiv

eines vermeintlichen Missbrauchs des Morbi-RSA her zu „denken“, würde einen eklatanten versorgungspolitischen Rückschritt bedeuten.

Wir appellieren an den Gesetzgeber, die notwendigen Innovationspotentiale und Gestaltungsräume für eine evidenzbasierte Versorgungs- und Vertragsgestaltung im Sinne des Patientenwohls zu erhalten und weiter zu stärken. Spezifische Krankheitsbeschreibungen nach dem internationalen Klassifikationssystem und ihre sachgerechte Verknüpfung mit leistungs- und versorgungsadäquaten Entgelten sind dafür unverzichtbar.

gezeichnet:

Prof. Dr. med. Hans Martin Hoffmeister
Berufsverband deutscher Internisten (BDI)

Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (GFB)

Dr. med. Klaus Reinhardt
Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands

Dr. med. Werner Baumgärtner
MEDI GENO Deutschland
Dr. med. Dirk Heinrich
NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands

Dr. med. Dirk Heinrich
Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpiFa)

II. DIAGNOSEN IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG UND IHRE FUNKTIONEN

1. Leistungsbeschreibung

Die (Gesamt-)Verträge der ambulanten Regelversorgung sowie die Verträge nach §§ 73b und 140a SGB V beschreiben eine Vielzahl spezifischer ärztlicher bzw. medizinischer Leistungen, die – zum Teil unter Bezugnahme auf ICD-Diagnosen – eindeutig definiert und mit möglichst aufwandsgerechten Entgelten versehen sind. Behandlungsdiagnosen erfüllen somit eine beschreibende Funktion, die

für die vertragliche Realisierung evidenzbasierter Versorgungsziele von zentraler Bedeutung ist:

1. Eine am konkreten Versorgungsbedarf orientierte Leistungserbringung, also mithin die **Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung.**
2. Die **Steuerung und Koordination der Patientenbehandlung** zwischen Leistungserbringern unterschiedlicher (ärztlicher) Fachgruppen, Versorgungsebenen und -sektoren sowie zwischen medizinischen Professionen.

3. Eine nach Art und Schwere einer Krankheit bemessene **aufwands- und leistungsgerechte Vergütung.**

2. Bedarfsorientierung und Qualitätsentwicklung

Der SVR hat sich insbesondere in seinem Sondergutachten 2012 mit Fragen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen auseinandergesetzt und eine Reihe von Empfehlungen mit Blick auf den Ordnungsrahmen, die Ziele und die Voraussetzungen von (Vertrags-)Wettbewerb formuliert. Als wesentliche Erwartungen

an einen „funktionsfähigen Wettbewerb“ werden genannt:

- die Ausrichtung des Leistungsangebotes am **objektivierten Bedarf**,
- die Berücksichtigung der Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten durch **Lenkung der Leistungen**,
- die Entlohnung nach erbrachter Leistungsqualität durch eine **leistungsbezogene Vergütung**.

In der Tat entfalten sektorenbezogene Budgets und ihre regulatorische Übertragung auf einzelne Leistungserbringer – als Pauschalentgelte, Individualbudgets oder Regelleistungsvolumina – Lenkungs- und Allokationseffekte, die nicht passgenau am tatsächlichen Versorgungsbedarf ausgerichtet sind.

Auch Einzelleistungen, als „Gegenmodell“ von Budgets, gewährleisten keineswegs eine bedarfsgerechte Lenkung von Ressourcen, sondern lösen insbesondere eine Mengendynamik mit nicht minder gravierenden Negativwirkungen aus.

Als methodischer Ausweg aus diesem Dilemma wurden in der stationären Versorgung diagnosebezogene Fallpauschalen (DRG) etabliert. Dabei wird jeder Behandlungsfall einer Fallpauschale auf der Basis von Diagnosen (ICD-10-GM) und Prozeduren (OPS) zugeordnet, die vom Krankenhaus verpflichtend zu dokumentieren sind.

Einen vergleichbaren Paradigmenwechsel hat es in der ambulanten Versorgung (mit Ausnahme des ambulanten Operierens) nicht gegeben. Allerdings finden seit der wettbewerblichen Öffnung von Vertrags- und Versorgungsformen sowie im Kontext der Umsetzung von geförderten Innovationsfondsprojekten nach § 92a SGB V Bezüge zu spezifischen Diagnosen zunehmend Eingang in die Vergütungs- und Honorarvereinbarungen – insbesondere in Verträgen nach §§ 73b, 73c (alt) und 140a SGB V:

- ICD-Diagnosen bilden ein „**Zugangskriterium**“ für spezifische Leistungen nach aktuellem Kenntnisstand.
- Der durchschnittliche Aufwand einer medizinischen Intervention kann über

möglichst spezifische Diagnosen je nach **Ausprägung, Verlauf und Schweregrad** einer Erkrankung differenziert abgebildet werden.

- Es ist möglich, über „Diagnose-Kataloge“ den **Leistungsinhalt** etwa von Pauschalentgelten abschließend zu bestimmen und von anderen Leistungen abzugrenzen.
- Diagnosen unterstützen die Akteure interdisziplinärer, interprofessioneller oder intersektoraler Behandlungsformen sowohl in der Definition als auch der Umsetzung arbeitsteiliger Prozesse und Versorgungspfade – also mithin einer **Strukturierung** der Versorgung.

Nach den Erfahrungen und Evaluationsergebnissen innovativer Vertrags- und Versorgungsformen erfüllen entsprechende Regelungen ihren Zweck und tragen dazu bei, die Versorgung – im Einklang mit der Anforderung des SVR – am „objektivierten Bedarf“ auszurichten. Dies gilt insbesondere für indikationsspezifische (und zumeist kooperative) Versorgungsprojekte, wie sie etwa der Innovationsfonds häufig fördert, sowie für Verträge, die den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) der ambulanten Regelversorgung durch ein alternatives System der Leistungsbeschreibung und -vergütung vollständig ablösen, wie etwa die Haus- und Facharztverträge in Baden-Württemberg.

Darüber hinaus schafft die Verknüpfung von Behandlungsdiagnosen, medizinischen Leistungsbeschreibungen und ihrer Vergütung eine adäquate Datenbasis für mehr Transparenz im Versorgungsgeschehen – als Voraussetzung für Evidenz- und Qualitätsorientierung sowie für Zwecke der Versorgungsforschung.

3. Vergütung

Die Funktion von Behandlungsdiagnosen und ihre Handhabung folgen im GKV-System – je nach Versorgungskontext – höchst inkonsistenten oder gar widersprüchlichen Logiken:

- Ambulant tätige Ärzte sind nach § 295 SGB V zur (endstelligen) Diagnosekodierung verpflichtet, obwohl ihre Dokumentation für die Leistungsvergütung in der Regelversorgung vielfach bedeutungslos ist.

- In der stationären Versorgung sind Behandlungsdiagnosen als zentrales Vergütungskriterium etabliert und anerkannt, während ihre entsprechende Verwendung in der ambulanten Versorgung zukünftig einem strikten gesetzlichen Verbot unterliegen soll.
- Selbst innerhalb der ambulanten Versorgung sieht der Gesetzgeber abweichende Regelungen vor: So enthält die Richtlinie zur ambulant-spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) eine Vielzahl endstelliger Diagnosen als Ausschluss- oder Erlaubniskriterium zur Erbringung von Leistungen (und damit ihrer Abrechnung), während eine entsprechende Funktion von Diagnosen ansonsten in der ambulanten Versorgung verboten werden soll.
- Diagnosen sind für die Einnahmeseite der GKV das zentrale und – im Grundsatz – bewährte und anerkannte Allokationsinstrument, während auf der Ausgabenseite – und dort allein in der ambulanten ärztlichen Versorgung – den Akteuren eine „Blindheit“ gegenüber diesem für die Verteilungsgerechtigkeit wichtigem Instrument auferlegt werden soll.

4. GKV-FKG Fehlinterpretation

Der Referentenentwurf des GKV-FKG ist offenkundig allein von der Abwehr möglicher Manipulationsversuche des Morbi-RSA geleitet. In seiner Begründung bekräftigt der Entwurf...

„(...) das bisherige Verbot der Diagnosevergütung. (...) Um sämtliche Umgehungsstrategien in den Verträgen zu eliminieren, [werden die Verträge nach §§ 73b, 73c (alt) und 140a SGB V] nun so gefasst, dass generell vertragliche Regelungen unzulässig sind, in denen bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorgesehen werden. Auf die bisher oftmals umstrittene Frage, ob Vergütungen für Diagnosen oder für ärztliche Leistungen gezahlt werden, kommt es damit nicht mehr an. (...)“

Dabei hat der Entwurf die dadurch entstehende Problematik für bestehende und künftige Versorgungsverträge vermeintlich im Blick und will augenscheinlich Bedenken gegen das rigorose Vorgehen antizipieren:

„Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten angeboten werden, sind weiterhin möglich, sofern sie an die Kapitel- oder Obergruppengliederung nach ICD-10 oder einen allgemeinen Krankheitsbegriff anknüpfen.“

Dadurch wird das Gefahrenpotenzial aber in keiner Weise adäquat adressiert. Tatsächlich ist die Bezugsebene der „ICD-Kapitel- und -Obergruppen“ für die notwendige differenzierte und praktikable Leistungsbeschreibung völlig ungeeignet. Dies illustrieren folgende Beispiele:

- Die ICD-Obergruppe „Diabetes mellitus“ (E10 bis E14) umfasst sowohl Diabetes Typ 1 als auch Typ 2 und Schwangerschaftsdiabetes.
- Die ICD-Obergruppe „Virushepatitis“ (B15 bis B19) umfasst Hepatitis A, B, C und E.

- Die ICD-Obergruppe „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (F10 bis F19) umfasst sowohl Störungen durch Alkohol als auch durch andere Substanzen wie Opioide, Cannabinoide, Kokain usw.

III. FAZIT

Leistungs- und Vergütungsverträge bilden das Instrumentarium, um Versorgungskonzepte in konkreten Prozessketten abzubilden – und damit im Versorgungsalltag verwirklichen zu können. Jede unsachgemäße Beschränkung auf der Ebene der Verträge mindert die Handlungsoptionen der Akteure im Behandlungsgeschehen. Es käme einem eklatanten versorgungspolitischen Rückschritt gleich, Leitlinienorientierung und Innovationsfähigkeit von Versorgungs- und Vertragsstrukturen ausschließlich vom Motiv eines potentiellen Missbrauchs des Morbi-RSA her zu „denken“.

Die bereits erreichten und auch weiterhin notwendigen Fortschritte in der versorgungsgerechten Behandlung von Patientinnen und Patienten dürfen nicht durch eine überzogene Regulatorik aufs Spiel gesetzt werden!

Die Allianz deutscher Ärzteverbände ist der Zusammenschluss der größten, bundesweit tätigen und fachübergreifenden Verbände und besteht aus:

- Berufsverband deutscher Internisten (BDI),
- Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (GFB),
- Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands,
- MEDI GENO Deutschland,
- NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, und
- Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpiFa). ○

eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-CENTER

MEDIATHEK



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

Von Chirurgen für Chirurgen –

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

www.mediathek-dgch.de

mediathek
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

BDC
Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

AKTUELLE MELDUNGEN



04.10.2019 Statistisches Bundesamt ORIENTIERUNGSWERT FÜR KRANKENHAUSKOSTEN 2019 BETRÄGT 2,99 %

Bei dem Orientierungswert handelt es sich um eine wichtige Kenngröße für die Selbstverwaltungspartner im deutschen Gesundheitswesen (gesetzliche Krankenkassen und Krankenhäuser)...



02.10.2019 J. HEBERER BDC⁺ TSVG: NEUE SPRECHSTUNDENZEITEN

In der Septemberausgabe der Passion Chirurgie nimmt unser Justitiar, Dr. Jörg Heberer, Stellung zum TSVG und gibt rechtliche Tipps...



30.09.2019 Bundesministerium für Gesundheit BUNDESTAG ENTSCHEIDET ÜBER IMPLANTATeregISTER

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn: „Mehr Patientensicherheit bei Implantaten und schnellere Versorgung mit neuen Therapien.“...



27.09.2019 Statistisches Bundesamt ZAHL DER HERZOPERATIONEN 2018: 410 840

Das statistische Bundesamt gibt zum Welt-Herz-Tag bekannt, dass die Zahl der Herzoperationen 2018 um 23 Prozent im Vergleich zu 2008 gestiegen ist...



26.09.2019 Kommissariat der deutschen Bischöfe POSITIONIERUNGEN ZUR ORGANSPENDEN- REGELUNG

Am Mittwoch, 25. September 2019, haben sich Experten in einer Anhörung des Gesundheitsausschusses zu den vorliegenden Gesetzesentwürfen zum Thema Organspende-Regelung positioniert. Hier finden sie die ...



25.09.2019 Christoph Lohfert Stiftung LOHFERT-Preis 2019: „VEREINFACHUNG DER STATIONÄREN PFLEGEDOKUMENTATION“

Der Stiftungsvorsitzende Prof. Dr. Dr. Kai Zacharowski überreichte am 17.09.2019, am Welttag der Patientensicherheit, feierlich den mit 20.000 Euro dotierten Lohfert-Preis 2019...

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

AUS DER
DGCH

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

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

KONTAKT

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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: AWARE₊				
Registriernummer: NCT01181206				
PD Dr. J. C. Lauscher Prof. Dr. M. E. Kreis Prof. Dr. J.-P. Ritz Prof. Dr. H. J. Buhr	Oligosymptomatische Narbenhernie (Abwesenheit des hernienbezogenen Schmerzes oder von Beschwerden, die die normalen Aktivitäten beeinträchtigen) Experimentelle Gruppe: Watchful waiting Kontrollgruppe: operative Versorgung (offene Netzverfahren, laparoskopische Netzverfahren, offene Nahtverfahren)	FPI: 14.11.2011 639 von 636 Patienten Rekrutierung beendet	DFG 610 € (zzgl. Umsatzsteuer)/ Patient	PD Dr. J. Lauscher Universitätsmedizin Berlin, Charité Campus Benjamin Franklin Chirurgische Klinik I T: 030/8445-2948 F: 030/450-522 902 E: johannes.lauscher@charite.de
Studientitel: BariSurg₊				
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 107 von 248 Patienten	– Kein Fallgeld	Prof. Dr. B.P. Müller Universitätsklinikum Heidelberg Chirurgische Klinik Sektion Minimalinvasive Chirurgie T: 06221/56-8641 F: 06221/56-8645 E: beat.mueller@med.uni-heidelberg.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: BIOLAP₃ Registrierungsnummer: DRKS00010178				
Prof. Dr. med. M. Heiss	Primäre bilaterale Leistenhernien Laparoskopische Operation bilateraler Leistenhernien unter Verwendung von synthetischen und biologischen Netzen. Die Studienteilnehmer werden keiner Gruppe zugeordnet; jeder Patient erhält auf einer Seite das biologische und auf der anderen Seite das synthetische Netz. Jeder Patient stellt somit seine eigene Kontrolle dar.	17.08.2017 300 von 496 Patienten	DFG 750 € / Patient	Dr. J. Knievel IFOM – Institut für Forschung in der Operativen Medizin Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin Universität Witten/Herdecke Ostmerheimer Str. 200, Haus 38 51109 Köln 0221 98957-24 0221 98957-30 Judith.Knievel@uni-wh.de
Studientitel: ESOPEC₄ Registrierungsnummer: NCT02509286, DRKS00008008				
Prof. Dr. Jens Höppner	Adenokarzinom des Ösophagus und des gastroösophagealen Übergangs (AEG) Experimentelle Gruppe: Perioperative Chemotherapie (FLOT) und Tumorresektion Kontrollgruppe: Neoadjuvante Radiochemotherapie (CROSS) und Tumorresektion	09.02.2016 355 von 438 Patienten	DFG 1.500 € / Patient	Prof. Dr. med. Jens Höppner Universitätsklinikum Freiburg Department Chirurgie Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie T: 0761/270-26970 F: 0761/270-90711 E: jens.hoepfner@uniklinik-freiburg.de
Studientitel: IOWISI₅ Registrierungsnummer: DRKS00012251 EudraCT 2017-000152-26				
PD Dr. med. Daniel Reim	offene abdominalchirurgische Eingriffe Experimentelle Gruppe: Spülung des subkutanen Gewebes nach Faszienschluss mit Intervention 1: 0,04%iger Polyhexanidlösung Intervention 2: 0,9%iger NaCl-Lösung Kontrollgruppe keine Wundspülung	20.09.2017 314 von 540 Patienten	DFG 400 € / Patient	PD Dr. med. D. Reim Klinik und Poliklinik für Chirurgie Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München (TUM) Ismaninger Str. 22 81675 München T: 089/4140-5019 E: daniel.reim@tum.de
Studientitel: iPEP₆ Registrierungsnummer: NCT02478996				
Prof. Dr. Ines Gockel, MBA	histologisch gesichertes Adenokarzinom des Ösophagus oder des gastroösophagealen Übergangs Typ I und II nach Siewert-Klassifikation bei männlichen Patienten im Alter von 18–75 Jahren mit geplanter abdomino-thorakaler Ösophagusresektion mit Schlauchmagenhochzug und intrathorakaler oder zervikaler Anastomose Interventionsgruppe: Web-basiertes perioperatives Trainingsprogramm 8–12 Wochen vor und bis 12 Wochen nach der OP Kontrollgruppe: Standardtherapie	07.08.2015 40 von 80 Patienten	Barrett-Initiative e.V. Kein Fallgeld	Prof. Dr. Ines Gockel, MBA Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Leipzig AöR 04103 Leipzig 0341/97-17200 0341/97-17209 chi2@medizin.uni-leipzig.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: PONI₇, 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 95 von 340 Patienten	KCI USA, Inc. 50 € / Patient	Dr. med. R. Schirren Chirurgische Klinik und Poliklinik Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München T: 089/4140-5138 E: rebekka.schirren@tum.de
Studientitel: RELY₈, Registrierungsnummer: NCT01073358				
PD Dr. N. N. Rahbari	Patienten zur geplanten RO-Resektion von kolorektalen Lebermetastasen Experimentelle Gruppe: Resektion der kolorektalen Lebermetastasen mit hilärer Lymphadenektomie Kontrollgruppe: Resektion der kolorektalen Lebermetastasen ohne hiläre Lymphadenektomie	FPI: 09.03.2010 264 von 366 Patienten	– Kein Fallgeld	PD Dr. N. N. Rahbari Chirurgische Klinik Universitätsmedizin Mannheim T: 0621/383-3591 F: 0621/383-3809 E: nuh.rahbari@umm.de
Studientitel: WOPP₉, Registrierungsnummer: NCT01855464				
Prof. Dr. T. Walles, FETCS Prof. Dr. J. Neudecker (Stellvertreter) Studienleiter	Patienten (15–40 Jahre) mit Rezidiv eines primären Spontanpneumothorax (PTX) oder therapierefraktärem PTX Erstereignis Experimentelle Gruppe: Lungenkeilresektion mit parietaler Pleurektomie Kontrollgruppe: Alleinige parietale Pleurektomie	FPI: 19.11.2013 291 von 360 Patienten	DFG 525 €/Patient	Prof. Dr. T. Walles, FETCS Abteilung Thoraxchirurgie Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R T: 0391/67-21905 E: Thorsten.Walles@med.ovgu.de Studienbüro: Esther Meyer T: 0391/67-24903 E: Esther.meyer@med.ovgu.de Stellvertretender Studienleiter: Prof. Dr. J. Neudecker Charité – Universitätsmedizin Berlin Campus Charité Mitte Campus Virchow-Klinikum Chirurgische Klinik Chirurgisches Regionalzentrum Berlin des CHIR-Net T: 030/450-622125 E: Jens.Neudecker@charite.de
<p>[1] Randomisierte, multizentrische Studie mit der primären Hypothese, dass kontrolliertes Warten (watchful waiting) dem chirurgischen Verschluss asymptomatischer sowie oligosymptomatischer Narbenhernien nicht unterlegen ist hinsichtlich Schmerzen und Beschwerden während normaler Aktivitäten</p> <p>[2] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial</p> <p>[3] Biologisches versus synthetisches Netz bei der laparoskopischen Hernienversorgung – eine randomisierte multizentrische, prospektive, selbst-kontrollierte klinische Studie</p> <p>[4] Perioperative Chemotherapie (FLOT) im Vergleich zur neoadjuvanten Radiochemotherapie (CROSS) bei Patienten mit Adenokarzinom des Ösophagus</p> <p>[5] Intraoperative wound irrigation to prevent surgical site infection after laparotomy</p> <p>[6] Internet-based Perioperative Exercise Program in Patients With Barrett's Carcinoma Scheduled for Esophagectomy</p> <p>[7] Postoperative negative pressure incision therapy following open colorectal surgery: a randomized-controlled trial</p> <p>[8] Eine randomisierte, kontrollierte Studie zur Lymphknotenentfernung bei Resektion kolorektaler Lebermetastasen</p> <p>[9] Pulmonary wedge resection plus parietal pleurectomy (WRPP) versus parietal pleurectomy (PP) for the treatment of recurrent primary pneumothorax</p> <p>* Diese Studie wird im Verbund des chirurgischen Studiennetzwerkes Deutschland CHIR-Net durchgeführt.</p>				
Stand: September 2019				

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

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

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

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



Prof. Dr. med. T. Schmitz-Rixen
Präsident
Prof. Dr. med. Dr. h.c. H.-J. Meyer
Generalsekretär
Prof. Dr. med. J. Werner
Schatzmeister

Bausteine

Langenbeck-Virchow-Haus

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

BAUSTEIN IN GOLD

Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen
Herr Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Peiper,
Göttingen
in memoriam Prof. Dr. med. Herbert
Peiper, Berlin und Mainz
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karl-Walter Jauch,
München
in memoriam Prof. Dr. med. Georg
Heberer, München
Herr Prof. Dr. med. Reiner Gradinger,
München
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.
in memoriam Prof. Dr. med. Jens Witte
AO Deutschland, Arbeitsgemeinschaft für
Osteosynthesefragen, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Axel Haverich,
Hannover
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Markus 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

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 Prof. Dr. med. Rolf Schlumpf, Zürich
- Herr Prof. Dr. med. Reinhart T. Grundmann, Burghausen
in memoriam Margarethe Grundmann, Burghausen
- Herr Prof. Dr. med. Helmut Witzigmann
von seinen Mitarbeitern der Chirurgischen Klinik Dresden-Friedrichstadt
- Herr Dr. med. Claus Müller, Dresden
- Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Hartig, Leipzig
- Herr Dr. med. Klaus Schellerer, Bamberg
in memoriam Dr. med. Heinrich Schellerer und Prof. Dr. med. Gerd Hegemann

BAUSTEIN IN BRONZE

- Herr Dr. med. Holger Barenthin, Celle
 Herr Prof. Dr. med. Gernot Feifel, Homburg
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Lamesch,
 Gotzingen/Luxemburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jakob R. Izbicki,
 Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Hans Zwipp, Dresden
 Herr Dr. med. Dusan Dragojevic, Isernhagen
 Herr Prof. Dr. med. G. Heinz Engelhardt,
 Wuppertal
 Proktologische Praxis Kiel,
 Herr Dr. med. Johannes Jongen,
 Herr Dr. med. Hans-Günter Peleikis,
 Herr Dr. med. Volker Kahlke
 Herr Dr. med. Wolfgang Hermes, Bremen
 Herr Dr. med. Wolf-Dieter Hirsch, Grimma
 Herr Dr. med. Holger Herzing, 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 Dr. med. Roland Kluge, Dresden
 in memoriam Dr. med. habil. Werner
 Kluge, Dresden
 Frau Dr. med. Ricarda E. Sieben,
 Braunschweig
 Herr Dr. med. Peter Gilsdorf, Mainz
 Herr PD Dr. med. Friedrich Thielemann,
 Villingen-Schwenningen
 Herr Dipl.-Ing. H. – F. Bär, Werl
- Herr Dr. med. Albert Schreiber, Neumarkt
 in memoriam Dr. med. Claus Wiedmann
 Frau Dr. med. Waltraud von Kothén,
 Tegernsee
 Herr Dr. med. Jürgen Friedrich, Essen
 Herr Dr. med. Arnd Siegel, Stade
 in memoriam Prof. Dr. med. Rudolf Nissen
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke,
 Plettenberg
 in memoriam Prof. Dr. med. E.H.
 Farthmann
 Saarländische Chirurgenvereinigung e.V.,
 Saarbrücken
 Herr Dr. med. Johannes Zeller, Laufenburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Manfred
 Schmolke, Düsseldorf
 Herr Prof. Tomislav Stojanovic
 Dr. med. Radovan Stojanovic, Wolfsburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Heinz Becker,
 Göttingen
 Herr Dr. med. Jürgen Benz
 in memoriam Prof. Dr. med.
 Hans-Joachim Streicher
 Frau Dr. med. Frauke Eleonore Meyer-Wigro,
 Bielefeld
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Berger,
 Deutschlandsberg
 Herr Prof. Dr. med. Roland Eisele,
 Göppingen
 Herr Dr. Joachim Casper, Überlingen

WICHTIGE INFORMATION ZU DEN SPENDENTAFELN

Sehr geehrte Damen und Herren,
 liebe Kolleginnen und Kollegen,

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

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

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

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

DGCH-PRÄSIDIUM

ab 1. Oktober 2019



KORRESPONDENZADRESSE

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V.
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
Tel.: 030/28876290
info@dgch.de
www.dgch.de

REDAKTION MITTEILUNGEN DER DGCH

Prof.Dr.med.Dr.h.c.H.-J.Meyer (V.i.S.d.P.),
info@dgch.de
Dipl.-Kffr. Canan Kilci,
referentin@dgch.de

VORSTAND

Präsident	T. Schmitz-Rixen, Frankfurt
1. Vizepräsident	M. Anthuber, Augsburg
2. Vizepräsident	M. Ehrenfeld, München
3. Vizepräsident	H. Lang, Mainz
Schatzmeister	J. Werner, München
Generalsekretär	H.-J. Meyer, Berlin

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	T. H. K. Schiedeck, Ludwigsburg
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie/Vertreter Allgemeine Chirurgie	K. Ridwelski, Magdeburg
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin	F. Adili, Darmstadt
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	P. Schmittbecher, Karlsruhe
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	J. Hoffmann, Heidelberg
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	V. Tronnier, Lübeck
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	B. Kladny, Herzogenaurach
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen	L. Prantl, Regensburg
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	J. Gummert, Bad Oeynhausen
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	H.-S. Hofmann, Regensburg
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	D. Pennig, Köln
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.	J.-A. Rüggeberg, Bremen
Perspektivforum Junge Chirurgie	T. Fritz, Homburg

WEITERE MITGLIEDER

Leitender Universitätschirurg	J. C. Kalff, Bonn
Leitender Krankenhauschirurg	H. J. C. Wenisch, Potsdam
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik	T. Histing, Homburg
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung	F. Fritze-Büttner, Berlin
Niedergelassener Arzt für Chirurgie	R. Lorenz, Berlin
Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland	R. Rosso, Comano/Schweiz
Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung	C. Bruns, Köln

FRÜHERE PRÄSIDENTEN

G. Schackert, Dresden	2016
T. Pohlemann, Homburg	2017
J. Fuchs, Tübingen	2018

SPRECHER DER SENATOREN

N. P. Haas, Berlin
J. Jähne, Hannover

SENATOREN

F. Stelzner, Bonn
H.-J. Peiper, Göttingen
H. Hamelmann, Kiel
W. Hartel, Ulm
G. Hierholzer, Duisburg
H. Bauer, Altötting
D. Rühland, Singen
A. Encke, Frankfurt
K. Schönleben, Ludwigshafen
J. R. Siewert, München
N. P. Haas, Berlin
B. Ulrich, Düsseldorf
M. Rothmund, Marburg
H. D. Saeger, Dresden
H. U. Steinau, Bochum
K. Junghanns, Ludwigsburg
R. Arbogast, Pforzheim
V. Schumpelick, Aachen
R. Gradinger, München
A. Haverich, Hannover
M. Büchler, Heidelberg
K.-W. Jauch, München
J. Jähne, Hannover
P. Vogt, Hannover



MEINE DATEN HABEN SICH GEÄNDERT

Mitgliedsnummer

Titel

Name und Vorname

Klinik/Krankenhaus/Praxis

Abteilung

Klinik-Anschrift

Telefon dienstlich

Fax dienstlich

Privat-Anschrift

Telefon privat

Fax privat

E-Mail-Adresse

Postsendungen bitte an die

Praxis-/Klinikadresse

Privatadresse

Ich bin tätig als:

Ärztlicher Direktor

Chefarzt

Niedergelassener Chirurg

Oberarzt

Assistenzarzt

Belegarzt

Student

Ich lebe im Ruhestand seit _____

Meine Bankverbindung hat sich geändert. Bitte senden Sie mir ein SEPA-Formular zu.

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE e.V., Luisenstr. 58/59, D – 10117 Berlin

Tel.: 030 28 87 62 90 | Fax: 030 28 87 62 99 | E-Mail: info@dgch.de



BDC|Mobile

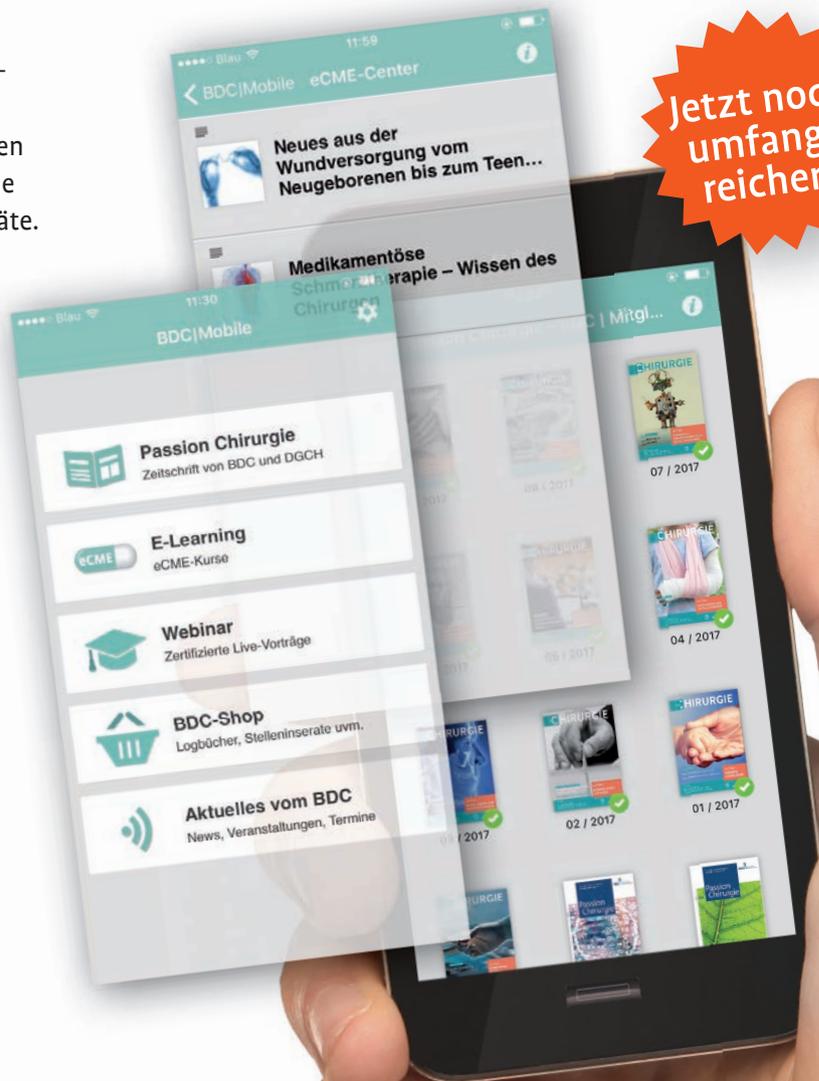
Die schnellsten Infos für Chirurgeninnen und Chirurgen

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

Jetzt noch umfangreicher!

BDC|Mobile beinhaltet:

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



Wie bekomme ich BDC|Mobile?

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



AUS DEM
BDC

WEITERBILDUNG



LOGBÜCHER FÜR ALLE FACHSÄULEN

Die Weiterbildungsbücher vom BDC dienen als Nachweis aller erlernten Fertigkeiten und ausgeführten Operationen während der chirurgischen Weiterbildung. Der Ordner dokumentiert den aktiven Teil des beruflichen Lebenslaufes. Herausgegeben von der gemeinsamen Weiterbildungskommission Chirurgie aus chirurgischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden gibt es Weiterbildungsbücher für die Basischirurgie und die acht chirurgischen Facharztqualifikationen.

[Logbücher bestellen...](#)

REPLIK



BDC ZUM BNC-LEITARTIKEL

Vor Kurzem haben viele von Ihnen die neuesten Mitteilungen des BNC (Chirurgenmagazin 93, August 2019) erhalten, in denen der Vorsitzende Dr. Schüürmann offen zum Austritt aus dem BDC aufruft. Wir wissen nicht, ob dies seine private Meinung ist, oder ob es die offizielle Verbandsausgabe darstellt. ... Die bisherige Kooperation in Sachfragen mit dem BDC soll offenbar vom BNC aufgekündigt werden. Das ist sehr bedauerlich und wenig hilfreich ...

[Zur vollständigen Replik...](#)



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

BDC | Landesverbände

BDC | Westfalen-Lippe

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Waldemar Uhl, MHSA

Stellv. Vorsitzender und Regionalvertreter NL
Jerzy Wielowiejski

BDC | Bremen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Heiner Wenk

Regionalvertreter NL
Dr. med. Björn Ackermann

BDC | Hamburg

Vorsitzender
Dr. med. Christopher Wenck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Mansfeld

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Kemnitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gerd Fass

BDC | Schleswig-Holstein

Vorsitzender
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Michael Müller

Regionalvertreter NL
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Bertram Wittrin



DER BDC IN DEN BUNDESLÄNDERN

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

Sprecher der Landesvertreter

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

www.bdc.de/bdc-landesverbände

BDC | Nordrhein

Vorsitzender
Dr. med. Jügen Klein

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Werner Boxberg

stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Sven Gregor

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Jürgen Klein

BDC | Hessen

Vorsitzender
Frank Forst

1. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph Schüürmann

2. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Alexander Buia

Regionalvertreter NL
Dr. med. Detlev Grapentin

BDC | Rheinland Pfalz

Vorsitzender/Regionalvertreter Pfalz
Dr. med. Jörg Fischböck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Stefan Studier-Fischer

Regionalvertreter Rheinland
Dr. med. Andreas Herzog

Regionalvertreter Rheinland
Dr. med. Lutz Riedel

Regionalvertreter Pfalz
Dr. med. Michael Wagner

BDC | Saarland

Vorsitzender
Dr. med. Peter Bongers

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Georgios Tosounidis

BDC | Baden-Württemberg

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Schäffer

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph W. Jaschke

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Szabo

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christoph W. Jaschke

BDC | Mecklenburg

Vorsitzender
PD Dr. med. Lutz Wilhelm

Regionalvertreter NL
Dr. med. Andreas Oling

Regionalvertreter NL
Dr. med. Thomas Nowotny

BDC | Berlin

1. Vorsitzender
Dr. med. Ralph Lorenz

2. Vorsitzende
Ira Klink

3. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Stoffels

Regionalvertreter NL
Dr. med. Frank-Joachim Peter

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. Max Freiherr von Seebach

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gunnar Peters

BDC | Brandenburg

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

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Martin Kruschewski

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christian Federlein

BDC | Sachsen-Anhalt

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski

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

2. Vorsitzender
Dr. med. Matthias Krüger

Regionalvertreter NL
Dr. med. Dirk Arbter

BDC | Sachsen

Vorsitzender
Dr. med. Ehrhardt Weiß

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Jörg Hammer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Hammer

BDC | Thüringen

Vorsitzender
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Lutz Künanz

Regionalvertreter NL
Dr. med. Arndt Voigtsberger

BDC | Niedersachsen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Guido Schumacher

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Frank Siebert

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Ulf Culemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Frank Siebert

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Ramin Barmaki Pour

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Raymond Young

BDC | Bayern

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Matthias Anthuber

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Hubert Mayer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Axel Neumann

Stellv. Regionalvertreter NL
Dirk Farghal

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Rainer Woischke



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



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

BDC-PRESSESPIEGEL

19.08.2019 Ärzteblatt

Belegärzte: Kampf für das Belegsystem

Das Belegarztwesen in Deutschland befindet sich im Niedergang. Ein Belegarzt und der Geschäftsführer eines Belegkrankenhauses erklären, warum das System aus ihrer Sicht in jedem Fall erhalten werden muss – und wie das möglich ist.

16.07.2019 ÄrzteZeitung

KBV für Schließung von Kliniken

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung sieht sich durch die Bertelsmann-Krankenhausstudie bestätigt. „Ein krampfhaftes Festhalten am Status quo bringt niemanden weiter. Kleine und defizitäre Krankenhäuser um jeden Preis zu erhalten, ist nicht zielführend – auch nicht im Sinne der Menschen vor Ort“, kommentiert der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Gassen die Studie, in der Krankenhausexperten...

26.06.2019 aerzteblatt.de

Bundeskabinett billigt Ausbildungsreform für OP-Assistenzberufe

Das Bundeskabinett hat heute den Gesetzentwurf für eine Reform der Ausbildung zum Anästhesietechnischen Assistenten (ATA) und zum Operationstechnischen Assistenten (OTA) beschlossen. Die Reform soll ab dem Jahr 2021 gelten und bundesweit einheitliche Regelungen für die Ausbildungen in diesen Berufen schaffen...

03.06.2019 hamelnonline.de

Chirurgenverband gratuliert neuem Präsidenten der Bundesärztekammer

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC) gratuliert Dr. Klaus Reinhardt (59) als neuem Kammerpräsidenten zur erfolgreichen Wahl in das Spitzenamt der Bundesärztekammer. Reinhardt ist auf dem 122. Deutschen Ärztetag am 30. Mai zum Präsidenten gewählt worden. „Wir freuen uns, dass mit Herrn Dr. Reinhardt ein Kollege mit langjähriger berufspolitischer Erfahrung gewählt wurde“, kommentiert Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Präsident des BDC, die Wahl...

31.05.2019 tagesspiegel.de

Charité macht sich mit Comic verständlicher

Berliner Ärzte setzen jetzt Comics ein, um Patienten besser über einen bestimmten Eingriff aufzuklären. Auch andere Kliniken zeigen Interesse...

23.05.2019 aerzteblatt.de

Mehr Praxisanleitung bei Ausbildung von OP- und Anästhesie-Assistenten gewünscht

Korrekturbedarf bei der Ausbildungsreform zum Anästhesietechnischen Assistenten (ATA) und zum Operationstechnischen Assistenten (OTA) sehen die Diakonie Deutschland und der Deutsche Evangelische Krankenhausverband (DEKV). Insbesondere fordern sie mehr Praxisanleitungen...

13.05.2019 aerzteblatt.de

Chirurgen dringen auf klare Aufgabenteilung bei Ausbildungsreform von OP-Assistenten

Bei der geplanten bundeseinheitlichen Ausbildungsregelung für Anästhesie- und Operationstechnische Assistenten sollten die Verbände der betroffenen Berufs- beziehungsweise Fachgruppen sowie die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften beteiligt werden. Dafür hat sich der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) ausgesprochen...

13.05.2019 ÄrzteZeitung

Chirurgen für klare Grenzen im Berufsbild

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) hat den Gesetzentwurf begrüßt, mit dem die Ausbildung zum Anästhesietechnischen (ATA) sowie zum Operationstechnischen Assistenten (OTA) geregelt werden soll...

05.04.2019 ÄrzteZeitung

Chirurgen fordern ein Lifting ihres Fachs

Die Chirurgie steht bei angehenden Ärzten nicht hoch im Kurs. Nachwuchsmediziner für diesen Bereich zu gewinnen ist eine besondere Herausforderung, sagte Professor Hans-Joachim Meyer, Generalsekretär der DGCH und Präsident des BDC...

05.04.2019 arzt-wirtschaft.de

Immer weniger Allgemeinchirurgen: BDC kritisiert Bedarfsplanung

Die Bundesregierung möchte die flächendeckende Patientenversorgung auch in der Chirurgie verbessern. Die aktuelle Bedarfsplanung ist allerdings kaum dazu geeignet, dieses Ziel zu erreichen, meint der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)...

04.04.2019 Schaumburger Zeitung

Peter Kalbe ist Chirurgen-Vizepräsident

Dr. med. Peter Kalbe ist seit April neuer Vizepräsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC). Der Rintelner war bisher als Referatsleiter für niedergelassene Chirurgen und Chirurgeninnen Mitglied des erweiterten Vorstandes und wurde zum Nachfolger von Prof. Dr. med. Julia Seifert gewählt...

www.bdc.de/presse/

Termine BDC | Akademie

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
15.11.2019	16.11.2019	Leipzig	2019-21521	Seminar: Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Dr. med. Ehrhardt Weiß	100,00	200,00
02.12.2019	06.12.2019	Berlin	2019-21664	Common Trunk	Prof. Dr. med. Stephan Gretschel; Dr. med. Christian Müller	400,00	600,00
28.02.2020	29.02.2020	Potsdam	2020-21512	Workshop: Intensivmedizin & Reanimation	Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch	500,00	700,00
19.03.2020	21.03.2020	Bochum	2020-21665	Common Trunk	Dr. med. Jörg Sauer; Prof. Dr. med. Vallböhrer	350,00	550,00
06.03.2020	07.03.2020	Leipzig	2020-21520	Seminar Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Dr. med. Ehrhardt Weiß	100,00	200,00

FACHARTZVORBEREITUNG							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
04.11.2019	08.11.2019	Dortmund	2019-22530	Facharztseminar Allgemein Chirurgie	PD Dr. med. Maximilian Schmedding; Dr. med. Jens-Peter Stahl	350,00	550,00
04.11.2019	07.11.2019	Hamburg	2019-23672	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Prof.h.c. Dr.h.c. Jakob Izbicki; Dr. med. Philipp Busch	350,00	550,00
04.11.2019	07.11.2019	Erfurt	2019-23822	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Mückley	350,00	550,00
17.02.2020	21.02.2020	Augsburg	2020-22580	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Matthias Anthuber	350,00	550,00
10.02.2020	14.02.2020	Berlin	2020-23691	Facharztseminar Gefäßchirurgie	Prof. Dr. med. univ. Andreas Greiner	350,00	550,00
16.03.2020	20.03.2020	Berlin	2020-22570	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller	350,00	550,00
26.03.2020	28.03.2020	Berlin	2020-23920	Facharztseminar Plastische Chirurgie	Prof. Dr. med. Heinz-Herbert Homann	350,00	550,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
07.11.2019	08.11.2019	Berlin	2019-22405	CAMIC 3	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
14.11.2019	15.11.2019	München	2019-23676	Viszeralchirurgie Kompakt: Rektum- und Analfistelchirurgie	Prof. Dr. med. Reinhard Ruppert	300,00	500,00
14.11.2019	15.11.2019	Köln	2019-23684	Viszeralchirurgie Kompakt: Pankreaschirurgie	Prof. Dr. med. Christiane Bruns; PD Dr. med. Felix Popp	300,00	500,00
15.11.2019	15.11.2019	Berlin	2019-23687	Management von Anastomosensin- suffizienzen am oberen Gastrointes- tinaltrakt	Prof. Dr. med. Clemens Schafmayer	250,00	300,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
18.11.2019	19.11.2019	Köln	2019-23635	9. Thoraxchirurgischer Kurs, Teil 1, Grundkurs	Prof. Dr. med. Erich Stoelben	400,00	500,00
19.11.2019	20.11.2019	Berlin	2019-23616	Deformitätenkorrektur mittels Ringfixateur und Hexapoden	Prof. Dr. med. Robert Rödl	400,00	600,00
21.11.2019	23.11.2019	München	2019-23613	Osteosyntheseverfahren an der unteren Extremität	Prof. Dr. med. Peter Biberthaler	400,00	600,00
21.11.2019	22.11.2019	Berlin	2019-22409	Masterclass Hernienchirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
28.11.2019	29.11.2019	Frankfurt am Main	2019-23674	Viszeralchirurgie Kompakt: Adipositas- und Metabolische Chirurgie	Dr. med. Sylvia Weiner	300,00	400,00
05.12.2019	06.12.2019	Berlin	2019-22407	CAMIC 4	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
22.01.2020	24.01.2020	Augsburg	2020-23610	Spezielle Unfallchirurgie Teil I	Prof. Dr. med. Edgar Mayr	300,00	500,00
23.01.2020	24.01.2020	Berlin	2020-22400	CAMIC 1	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
20.02.2020	21.02.2020	Berlin	2020-22402	CAMIC 2	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
12.03.2020	13.03.2020	Berlin	2020-22404	CAMIC 3	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
08.11.2019	09.11.2019	Hannover	2019-24710	Abschlusscolloquium hygienebeauftragte Ärzte speziell für Niedergelassene	Dr. med. Peter Kalbe		
15.11.2019	16.11.2019	Meißen	2019-24711	Abschlusscolloquium hygienebeauftragte Ärzte	Prof. Dr. med. Axel Kramer		
12.12.2019	13.12.2019	Berlin	2019-24620	Update perioperative Medizin	Prof. Dr. med. Alexander Schachtrupp; Prof. Dr. med. Johann Pratschke; Dr. med. Ralf Roland Lorenz	350,00	450,00
07.02.2020	08.02.2020	Nürnberg	2020-24712	Abschlusscolloquium hygienebeauftragte Ärzte (Bundeskongress Chirurgie)	Prof. Dr. med. Axel Kramer		

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
15.11.2019	16.11.2019	Berlin	2019-24600	Der Chirurg als leitender Arzt	Prof. Dr. med. Heinz-Jochen Gassel	400,00	600,00
21.11.2019	23.11.2019	Köln	2019-25810	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung	Prof. Dr. med. Bertil Boullion; Dr. med. Ekkehard Hierholzer	400,00	600,00
29.11.2019	30.11.2019	Berlin	2019-24705	Innovative Führungs- und Personalpraxis im Gesundheitswesen	Prof. Dr. soz. Margit Geiger	400,00	600,00

SPONSOREN DER BDC | AKADEMIE

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

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

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

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



Veranstaltungshinweise

Datum		Ort	Seminartitel	Veranstalter	Preis Mitglied	Preis Nicht-Mitglied
07.11.19	10.11.19	Tuttlingen	Faszination Viszeralchirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	1.050,00	1.050,00
08.11.19	09.11.19	Berlin	13. Forum Palliativmedizin - Das Lebensende gestalten -	AESULAP AKADEMIE GMBH	160,00	160,00
09.11.19	09.11.19	München	Chefarzt-Seminar Aktuelles Recht Herbst 2019	Arbeitsgemeinschaft für ArztRecht	315,00	315,00
11.11.19	14.11.19	Bochum	Basiskurs Laparoskopische Chirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	585,00	650,00
14.11.19	15.11.19	Leipzig	Adipositasmedizin und -chirurgie Update 2019	AESULAP AKADEMIE GMBH	180,00	180,00
14.11.19	15.11.19	Dresden	Ultraschall in der Anästhesie - periphere Nervenblockaden und Gefäßpunktionen	AESULAP AKADEMIE GMBH	395,00	395,00
18.11.19	20.11.19	Berlin	Advanced Laparoscopic Colo-Rectal Surgery	AESULAP AKADEMIE GMBH	1.250,00	1.250,00
22.11.19	22.11.19	Berlin	Ernährungsexperte - Wahlmodul III: Onkologie und "palliative Ernährungstherapie"	AESULAP AKADEMIE GMBH	110,00	110,00
23.11.19	24.11.19	Berlin	Ernährungsexperte - Wahlmodul IV: Implementierung eines Ernährungsmanagements in der Klinik	AESULAP AKADEMIE GMBH	170,00	170,00
25.11.19	25.11.19	Bochum	Fresh-up Laparoskopische Chirurgie 2019	AESULAP AKADEMIE GMBH	110,00	110,00
28.11.19	30.11.19	Norderstedt	Interdisziplinärer vaskulärer Ultraschallgrundkurs nach den Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung und der DEGUM,	Vereinigung Norddeutscher CHirurgen (NDCH) e. V.	500,00	650,00
29.11.19	30.11.19	Norderstedt	Gefäßchirurgischer Operationskurs	Vereinigung Norddeutscher CHirurgen (NDCH) e. V.	500,00	650,00
29.11.19	30.11.19	Norderstedt	FÜHREN ZUSAMMEN LERNEN das Führungskräfte-Curriculum	Vereinigung Norddeutscher CHirurgen (NDCH) e. V.	250,00	350,00
29.11.19	30.11.19	Norderstedt	Zugangswege an Körperspendern	Vereinigung Norddeutscher CHirurgen (NDCH) e.V.	800,00	950,00
29.11.19	30.11.19	Norderstedt	Viszeralchirurgischer Operationskurs	Vereinigung Norddeutscher CHirurgen (NDCH) e. V.	500,00	650,00
29.11.19	30.11.19	Norderstedt	Studierendenkurs	Vereinigung Norddeutscher CHirurgen (NDCH) e. V.	30,00	30,00
02.12.19	03.12.19	Berlin	EFFIZIENT FÜHREN im Klinik- und Praxisalltag - Modul 3: Kritische Situationen meistern	AESULAP AKADEMIE GMBH	600,00	650,00
02.12.19	04.12.19	Bochum	Aufbaukurs Laparoskopische colo-rectale Chirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	790,01	840,00
02.12.19	04.12.19	Tuttlingen	Aufbaukurs Laparoskopische Hernienchirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	690,00	740,00
07.12.19	07.12.19	Stuttgart	Sporttraumatologisches Symposium Stuttgart	Sportklinik Stuttgart	90,00	90,00
21.02.20	21.02.20	Hamburg	Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250,00	250,00

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Oktober 2019

%

20 %



BABELL: 20 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

25 %



GIESSWEIN: 25 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

15 %



COFFEE CIRCLE: 15 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

30 %



BOSCH SMART HOME: 30 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

WIE KANN ICH DIE ANGEBOETE IN ANSPRUCH NEHMEN?

Alle Service-Angebote für BDC-Mitglieder finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Leistungen | Lifestyle-Angebote. Bitte halten Sie Ihre Zugangsdaten bereit. Sollten Sie sie nicht zur Hand haben, stehen wir Ihnen gern unter mail@bdc.de oder telefonisch unter 030/28004-100 für Fragen zur Verfügung.



ANSCHNITT

chirurgIn-werden.de

Wage den Schnitt!

PANORAMA

Deutsche Chirurgen in den Emiraten





Prof. Dr. Günther Kieninger
 ehem. Cedars Jebel Ali International
 Hospital
 P.O. Box 17666
 Dubai (United Arab Emirates)

guntherkieninger@yahoo.com

Als deutscher Chirurg in Dubai – eine ambivalente Betrachtung

Als mit Abstand dienstältester deutscher Chirurg in den Vereinigten Arabischen Emiraten habe ich nach 15 Jahren meine Tätigkeit in Dubai als Head Dept. of Surgery & Medical Director am Cedars Jebel Ali International Hospital beendet.

Was hat mich auf die arabische Halbinsel geführt? Zunächst die Einsicht, dass ich nach mehr als 20-jähriger Tätigkeit am Krankenhaus Stuttgart-Bad Cannstatt noch nicht reif für die erzwungene berufliche Untätigkeit war, zum anderen sicherlich eine gewisse Abenteuerlust, die mich bereits 1966 bis 68 während des Biafra-Krieges als Chirurg und Geburtshelfer nach Nigeria geführt hatte und 1980 während des kambodschanischen Bürgerkriegs in ein Feldlazarett des Internationalen Roten Kreuzes.

Nachdem ich 2003 einer Einladung an ein Hospital in Muscat, im Sultanat Oman, gefolgt war, das allerdings wenig chirurgische Entwicklungsmöglichkeiten bot, erhielt ich Anfang 2004 das Angebot, in Dubai an der Umwandlung und dem Ausbau der einzigen zur Jebel Ali Free Zone gehörigen Klinik (Clinic = nur ambulante Behandlung) zu einem Hospital mitzuwirken.

HOSPITAL

Die Hospitallandschaft war 2004 in Dubai noch wenig entwickelt, so gab es in Jebel Ali, einem damals noch räumlich getrennten Vorort Dubais, überhaupt kein Hospital, das nächstgelegene war 30 km entfernt. Somit war die Idee einer Hospitalgründung dort überfällig. Die Jebel Ali Free Zone beherbergte damals bereits ca. 2.000 Firmen (heute fast 8.000), sie wurde 1985 am neu geschaffenen Jebel Ali Hafen gegründet um ausländische

Investoren anzulocken. Unterdessen wurde dieses Modell dutzendfach in Dubai und in den übrigen Emiraten kopiert. In diesen Freihandelszonen dürfen die ausländischen Firmen 100 % des Kapitals besitzen, während außerhalb davon immer 51 % in der Hand von emiratischen Sponsoren liegen muss, die damit in letzter Konsequenz das Sagen haben!

Nach Auslagerung der Verwaltung konnten durch Um- und Anbauten 18 Betten, davon zwei Intensivbetten, zwei OPs und ein OP für kleinere Eingriffe geschaffen werden. Die große Ambulanz blieb weiter bestehen. Nach Akkreditierung durch die Dubai Health Authority konnten wir bereits im Herbst 2004 mit dem Hospitalbetrieb beginnen. Unsere Einzugsgebiete waren die Free Zone, der Hafen und die umliegenden Wohngebiete und Hotels. Auf Grund unseres Alleinstellungsmerkmals wurde das Hospital rasch stark frequentiert, sodass wir bereits 2008 ein jährliches Volumen von nahezu 1.000 Operationen in Allgemein- bzw. Peridural-/Spinal-Anästhesie und mehr als 3.000 kleinere Eingriffe und Wundversorgungen in Lokal- bzw. Leitungsanästhesie erreicht hatten. Die verfügbaren 18 Betten, die interdisziplinär (d. h. auch durch Innere Medizin und Pädiatrie) genutzt wurden, wurden bei einer durch die Versicherungen diktierten durchschnittlichen Liegezeit von nur 1,5 Tagen (z. B. Appendektomie = 1 Tag, Cholezystektomie = 2 Tage) unserem Bedarf gerecht.

Unser Vorhaben eines 100-Betten-Hospitalneubaus, der in Kooperation mit dem Klinikum Stuttgart und dem Universitätsklinikum Tübingen mit deutschen Ärzten im Rotationsverfahren betrieben werden sollte, fiel leider der Weltfinanzkrise zum Opfer,

Kieninger G: Als deutscher Chirurg in Dubai – eine ambivalente Betrachtung. *Passion Chirurgie*. 2019 Oktober, 9(10): Artikel 09.



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



nachdem die involvierte kanadische Investorengruppe wegen finanzieller Probleme aussteigen musste. Der Plan, in der Jebel Ali Free Zone ein deutsches Medizintechnik-Zentrum mit zahlreichen Firmen unter einem Dach zu realisieren, der von den von uns ins Auge gefassten Firmen mit großem Interesse aufgenommen wurde, musste ebenfalls aufgegeben werden.

ÄRZTETEAM

Unser Team bestand im Durchschnitt aus ca. 20 bis 25 ÄrztInnen der verschiedenen Fachrichtungen aus etwa 12 Nationen (Ägypten, Bulgarien, Deutschland, Indien, Irak, Iran, Jordanien, Libanon, Pakistan, Philippinen, Rumänien, Sudan), wobei die interkulturelle Zusammenarbeit absolut problemlos war.

Für die Chirurgie war ich zunächst allein zuständig, 2005 stieß dann ein libanesischer Kollege hinzu, der ebenfalls in Tübingen studiert und nach seiner Facharztausbildung mehr als zehn Jahre in Deutschland gearbeitet hatte. 15 Jahre lang hatte er dann während des libanesischen Bürgerkriegs Kriegschirurgie betrieben und war ebenfalls noch nicht reif für den Ruhestand. Unsere gemeinsamen chirurgischen Wurzeln und seine fachlichen und menschlichen Qualitäten waren die ideale Basis für unser erfolgreiches chirurgisches Arbeiten. 14 Jahre lang haben wir uns als Tandem die operative 24h/7 Tage-Präsenz geteilt!

Da private Hospitäler in Dubai keine Ausbildungsermächtigung hatten, waren wir ohne chirurgische Assistenten, sodass sämtliche operativen Eingriffe (mit Ausnahme der orthopädisch-traumatologischen) allein von uns beiden durchgeführt wurden, wobei wir nahezu ausschließlich nur mit OP-Schwestern/Pflegern operierten und uns nur bei schwierigen Eingriffen gegenseitig assistierten. Auch die postoperative Nachbehandlung lag allein in unseren Händen, mit dem Ergebnis, dass wir eine absolut lückenlose Kontrolle über den Behandlungsverlauf hatten.

Ermöglicht wurden das Spektrum und die Intensität unserer chirurgischen Arbeit durch unseren indischen Anästhesisten, einen wirklich einzigartigen Kollegen mit hoher

fachlicher Kompetenz und unermüdlicher Schaffenskraft. Sein plötzlicher, früher Tod im Jahre 2012 machte uns seine Unersetzlichkeit bewusst. Er hinterließ eine Lücke, die nie mehr wirklich zu schließen war.

PFLEGEPERSONAL

90 Prozent unserer Schwestern und Pfleger stammten aus Indien, und zwar ausschließlich aus dem südindischen Bundesstaat Kerala, der mit sechs Mio. die größte christliche Population (nahezu 20 %) in Indien hat. Der Glaube wird sehr intensiv gelebt und die Erziehung zu christlicher Nächstenliebe wird von zehntausenden Ordensschwestern vorgelebt, die in Schulen und in der Krankenpflege tätig sind. Dies generiert ein großes Reservoir von hochmotivierten Schwestern und Pflegern. Mir wurde erst in Dubai bewusst, welche Bedeutung der christliche Glaube für den Pflegeberuf hat. Das Gleiche galt für die 10 % unserer philippinischen Pflegekräfte aus einem mehrheitlich katholischen Land.

UNSERE PATIENTEN

Eine Analyse unserer Patientenklintel spiegelt zum einen die Situation in unserem Haupteinzugsgebiet wider und zum anderen Dubais Multinationalität. Die Auflistung der Nationalitäten von über 5.000 zwischen 2004 und 2013 von uns operierten Patienten (Indien 36,2 %, Philippinen 10,4 %, Pakistan 9,4 %, Bangladesh 4,5 %, Ägypten 3,9 %, Nepal 3,6 %, Sri Lanka 3,1 %) zeigt, dass 70 % in die Kategorie der einfachen Arbeiter aus der Free Zone, dem Hafen und den umliegenden Baustellen gehörten. Insgesamt stammten unsere Patienten aus 102 Nationen, wobei Deutsche mit gerade einmal 2,1 % vertreten waren. Diese Patientenkonstellation macht deutlich, dass unser Hospital der Zufluchtsort für das Heer der Arbeiter aus dem 1.000 bis 2.000 Dirham (ca. 250 bis 500 Euro)-Niedriglohnssektor war, dem 50 % der Beschäftigten angehören, da wir im Gegensatz zu den meisten anderen Hospitälern keine „pekuniäre“ Patientenselektion betrieben. Über 90 % unserer operierten Patienten waren männlich, das Durchschnittsalter lag unter 30 Jahren.

Da in Dubai erst ab 2014 eine obligatorische Krankenversicherung eingeführt wurde, lag es zuvor im Ermessen des Arbeitgebers, ob er sich zur Kostenübernahme bereit erklärte oder, um Kosten zu sparen, darauf bestand, den Patienten – auch mit z. B. einer akuten Appendizitis – in sein Heimatland zu schicken! Wir waren in der glücklichen Lage, dass wir in diesem oft Menschen verachtenden Umfeld allein nach medizinischer Notwendigkeit und ohne Rücksicht auf den wirtschaftlichen Status des Patienten und ohne finanzielle Vorleistung die Therapieentscheidung treffen konnten. Dies machte unser Hospital zu etwas Besonderem und unsere Arbeit so ungemein befriedigend!

OPERATIVES SPEKTRUM

Dringliche Abdominalchirurgie, Proktologie, Hernien, entzündliche Weichteilprozesse und Traumatologie stellten die Schwerpunkte unserer chirurgischen Tätigkeit dar. Beim akuten Abdomen fand sich eine oft beträchtliche Diagnose- und Therapieverschleppung, bedingt durch die Lebens- und Arbeitsbedingungen unserer Patienten, die Angst um den Verlust des Arbeitsplatzes und die ethnisch bedingte oft höhere Schmerztoleranz. So wies das Appendizitis-Spektrum im Vergleich zu Deutschland einen deutlich höheren Anteil an fortgeschrittenen Entzündungsstadien auf [1, 2].

Aufgrund unserer begrenzten personellen und technischen Voraussetzungen und unserer persönlichen Präferenz praktizierten wir die Abdominalchirurgie im Regelfall offen, lediglich die Cholezystektomie erfolgte standardmäßig laparoskopisch.

ALLGEMEINE RAHMENBEDINGUNGEN

Größte fachliche Herausforderung und enorme psychische Belastung war unsere Letztverantwortlichkeit für die Behandlung, da praktisch keine Möglichkeit bestand, einen Patienten an ein anderes, fachlich besser und breiter ausgestattetes Hospital zu verlegen. Sobald ein Patient unsere Schwelle überschritten hatte, waren wir „letzte Instanz“, da kein anderes Hospital bereit war, einen Patienten in kritischem Zustand oder

mit infauster Prognose zu übernehmen. Diese fehlende Kollegialität war in erster Linie durch die Furcht vor möglichen juristischen Konsequenzen im Falle eines fatalen Verlaufs bedingt. Und sollte sich tatsächlich ein Kollege zur Übernahme eines Patienten bereit erklären, dann kam in der Regel das Veto der Hospitaladministration („kein Bett verfügbar“). Diese Ablehnungsstrategie wurde auch von den staatlichen Hospitälern verfolgt und unsere gesamten Bemühungen, durch Einschaltung der Dubai Health Authority (DHA) als Regulierungsinstanz eine Änderung zu erzielen, verliefen frustriert. Ein großes Problem stellte auch das Fehlen einer eigenen Blutbank dar (für Privathospitäler nicht zulässig), insbesondere bei Abdominaltraumen [3], da wir jeweils nur einige wenige Konserven vorhalten konnten und da die rasche Beschaffung bei unserer dezentralen Lage ein erhebliches logistisches Problem darstellte.

ARBEITSSPEZIFISCHES PERSÖNLICHES RISIKO

Das „Damoklesschwert“ einer Anklage wegen eines Behandlungsfehlers mit tödlichem Ausgang hängt unablässig über jedem in Dubai tätigen Chirurgen! Die unmittelbare Folge in einem solchen Fall: Vorladung bei der Polizei mit entwürdigender erkennungsdienstlicher Prozedur wie bei jedem Verbrecher und sofortiger Pass-Entzug! Die Konsequenz: Man kann das Land nur noch verlassen, wenn man den eigenen Pass im Austausch gegen die Hinterlegung des Passes einer anderen Person temporär zurückerhält.

Da es keine Gutachterkommission und keine ärztliche Schlichtungsstelle gibt, landet jeder Behandlungsfehlervorwurf direkt bei der Staatsanwaltschaft und bei begründetem Sachverhalt vor Gericht. Im Falle einer Verurteilung wegen eines Behandlungsfehlers mit Todesfolge sind 200.000 Dirham (ca. 50.000 Euro) Blutgeld fällig, außerdem sind der Verlust der ärztlichen Lizenz und Gefängnis möglich. Bei Verurteilung wegen eines schuldhaften Behandlungsfehlers (Malpractice) liegt ein sog. „criminal case“ vor, der die Krankenhaushaftpflichtversicherung von der Schadensregulierung befreit!

Welch absurde Anklagen zugelassen werden und welche Folgen dies für die behandelnden Ärzte haben kann, haben wir in der eigenen Klinik erlebt: Ein zehnjähriger Junge hatte sich bei einem Sturz vom Fahrrad an einem spitzen Hindernis eine tiefe Wunde in der Leiste mit Zerreißung der Femoroilialgefäße zugezogen. Mit langer zeitlicher Verzögerung und Abweisung durch eine Unfallort-nahe Klinik brachte der Vater den Jungen schließlich im tiefen hämorrhagischen Schock in unser Hospital (Hb bei der Aufnahme 2.0 g %!). Es erfolgte manuelle Tamponade der bereits

nicht mehr blutenden Wunde, sofortige Intubation und Beatmung und Transfusion der einzigen verfügbaren Blutkonserve über einen zentralen Venenkatheter; schließlich folgte der Tod durch irreversiblen Herzstillstand. Der Anklage wegen Behandlungsfehler durch den Vater (Hauptanklagepunkt: das Legen des zentralen Venenkatheters), um Blutgeld zu erhalten, wurde von der Staatsanwaltschaft stattgegeben. Die Folge für unseren involvierten Anästhesisten und meinen chirurgischen Kollegen: sechs Monate Passentzug bis die Staatsanwaltschaft schließlich nach einem



von uns erstrittenen externen Gutachten aus Abu Dhabi die Anklage fallen ließ.

Dieses Beispiel mag exemplarisch verdeutlichen, dass Chirurgie in Dubai ggf. einem „Drahtseilakt ohne Netz“ gleicht! Vor allem das islamische Blutgeld, dessen Zahlung nicht auf Moslems beschränkt ist, weckt Begehrlichkeiten und Advokaten befeuern dies natürlich!

ANMERKUNGEN ZU DUBAIS GESUNDHEITSWESEN

Da das Gesundheitswesen Dubais und der übrigen Emirate völlig unreguliert und nicht am Bedarf orientiert ist, führen Hunderte kleiner Kliniken einen ruinösen Wettbewerb miteinander, das Gleiche gilt für die Hospitäler, die wie Pilze aus dem Boden geschossen sind, da man lukrative Geschäfte gewittert hat – eben „Business à la Dubai“! Zunehmend hat sich der Fokus natürlich auf die lukrative Lifestyle-Chirurgie (> 70 % der 40- bis 65-jährigen Frauen lassen sich Botox injizieren) und, bei einer extrem hohen Übergewichtigkeitsrate von 67,8 % bei Erwachsenen und 35,8 % bei Kindern (Stand 2018) bzw. 50 % der 18-jährigen und 72 % der 18-29-jährigen Emiratis (Stand 2019), auf die bariatrische Chirurgie verlagert, für die sogar mit großflächigen Plakaten („Book for your Tummy tuck“) entlang der Stadtautobahn geworben wird. Auf Grund des ruinösen Wettbewerbs sind viele Kliniken und Hospitäler in finanzielle Schieflage geraten.

Verschärfend kommt hinzu, dass die ebenfalls in einem harten Wettbewerb miteinander stehenden Krankenversicherungen in den letzten Jahren die Kostenerstattung in bis zu 20 % (wenn nicht sogar in 30 %) der Fälle mit nicht nachvollziehbaren Begründungen verweigern. Nicht nachvollziehbar deshalb, weil vor jeder einzelnen diagnostischen oder therapeutischen Leistung erst die Genehmigung der Versicherung eingeholt werden muss, auch in Notfällen! Von der Dubai Health Authority als eigentlich übergeordneter Behörde kommt im Kampf mit den Versicherungen keinerlei Unterstützung, wie wir aus eigener leidvoller Erfahrung wissen. Damit können die Versicherungen (in



der Regel kontrolliert von Emiratis) mit den Leistungserbringern nach Belieben umspringen, darauf vertrauend, dass der gerichtliche Klageweg nicht beschritten wird, da er Jahre dauert! Dieser unhaltbare Zustand wurde jetzt sogar – für Dubai absolut ungewöhnlich, da ja auch das Government betroffen ist – erstmals in der Presse zur Sprache gebracht! Der Wildwuchs im Medizinsektor und die zunehmende Strangulierung durch die Versicherungen haben zur Folge, dass unrentable Kliniken und Hospitäler reihenweise von einigen großen, meist indischen Krankenhauskonzernen geschluckt werden, die natürlich besser in der Lage sind, ihre Marktmacht gegenüber den Versicherungen auszuspielen. Pikant ist dabei, dass eine der größten Krankenversicherungen zu einem der großen Krankenhauskonzerne zu gehören scheint, ein rechtlich sicherlich höchst fragwürdiges Konstrukt!

Das jetzt von der Regierung ausgerufene Ziel, Dubai zu einem Global Player im Gesundheitstourismus zu machen, vergleichbar etwa mit Deutschland, Bangkok, Singapur oder der Türkei, halte ich für eine Utopie, da es in Dubai keine eigenständige Medizin aus einer Hand gibt, weil sämtliche Akteure – Ärzte und Pflegepersonal (auch in den Government-Hospitälern sind weniger als 5 % der Pflegekräfte Einheimische) – aus vielen Nationen zusammengewürfelt sind und da das Preisniveau nicht konkurrenzfähig ist. Der

Dubai-Tourismusboom lässt sich eben nicht so einfach in die Kliniken umleiten! Attraktiv könnte der Standort lediglich für Patienten aus dem näheren arabischen Raum und aus Afrika sein.

Obleich das chirurgische Spektrum in den United Arab Emirates (UAE) unterdessen einen hohen Standard erreicht hat – in der Cleveland Clinic in Abu Dhabi werden mittlerweile Lebern, Herzen und Lungen transplantiert – fahren Emiratis, die es sich leisten können, weiterhin ins Ausland, denn die Behandlung in Deutschland genießt nach wie vor eine hohe Akzeptanz.

SCHLUSSBETRACHTUNG

So hoch der Stellenwert ist, den die deutsche Chirurgie in Dubai hat, so wenig hilft dies in der Regel dem hier tätigen deutschen Chirurgen, seine Vorstellungen zu verwirklichen. Zu mächtig ist die zahlenmäßige Dominanz und damit der Einfluss der indischen und arabischen Kollegen an den Kliniken mit meist indischen oder arabischen Eignern, sodass es für die Deutschen meist bei einem kurzen, oft frustrierenden Abstecher bleibt.

Vorbei sind Gott sei Dank die absurden unseeligen Zeiten, als deutsche Chirurgen für ein paar Tage zu Operationen anreisten und über Annoncen in der Lokalpresse um Buchung

baten! Unser monatlicher deutscher Ärztestammtisch war ideale Nachrichtenbörse und Barometer für die Veränderungen, die im Laufe der Jahre hinsichtlich der abnehmenden Präsenz deutscher Ärzte in Dubai eintraten. Bereits 2012 hatte ich die allgemeinen Rahmenbedingungen für deutsche Chirurgen in Dubai („cum grano salis“ gilt dies auch für die übrigen Emirate) für Passion Chirurgie analysiert [4] und dabei festgestellt, dass nur einige wenige für längere Zeit hier tätig sind (im Durchschnitt ein bis zwei Jahre), da sich die überzogenen Vorstellungen vom „goldenen Wunderland“ nicht bewahrheiteten und häufig die Integration in ein multinationales/kulturelles Team misslang.

Mein damaliges Fazit gilt auf Grund der inzwischen eingetretenen Veränderungen heute umso mehr: Für deutsche Chirurgen im berufsfähigen Alter, die in Deutschland etabliert sind, bieten die Emirate keine verlässliche Langzeitperspektive. Eine zeitlich befristete Tätigkeit, mit der Intention einen neuen Kulturkreis kennenzulernen, kann eine akzeptable Option sein. Für Chirurgen im Ruhestand bieten die Emirate die attraktive Möglichkeit, ihren Erfahrungsschatz auch unter schwierigen Bedingungen effektiv einzubringen und daraus Befriedigung zu ziehen – unter der Voraussetzung, dass die interkulturelle Zusammenarbeit funktioniert!

Mein eigener Langzeitaufenthalt ergab sich aus ungewöhnlich glücklichen Umständen abseits der geschilderten Dubai-Realität! Ich hatte freie Hand, unser Hospital und die Chirurgie nach meinen Vorstellungen aufzubauen, ein Team zu formen und eine ganz spezifische Arbeitsatmosphäre zu schaffen, basierend auf Vertrauen und gegenseitiger Achtung, und zwar unter Einbeziehung sämtlicher Mitarbeiter. Dies schuf einen ganz spezifischen Teamgeist und gab allen das Gefühl, zu einer großen Familie zu

gehören. Es fiel mir sehr schwer, diesen mir ans Herz gewachsenen Kreis nach 15 Jahren zu verlassen!

Abseits der Medizin hat mir mein Ausflug an den Arabischen/Persischen Golf tiefe Einblicke in einen mir bislang nicht bekannten Kulturkreis vermittelt. Dubai an der Nahtstelle zum indischen Subkontinent, kosmopolitischer Nabel der arabischen Halbinsel und Drehkreuz der Region war das ideale Schaufenster, um die Mentalitäten der unterschiedlichsten Nationen kennenzulernen und die Interaktion mit unseren Mitarbeitern und Patienten war eine tägliche multikulturelle Lehrstunde.

Politisch gesehen fielen meine 15 dortigen Jahre in eine Phase fundamentaler Veränderungen in der arabischen Welt, ausgelöst durch den sogenannten „Arabischen Frühling“ und in Dubai hatte ich als Beobachter quasi einen Logenplatz. Um einen nachhaltigeren Einblick in die Geschehnisse zu gewinnen, habe ich, sozusagen als Hobby, 15 Jahre lang Tag für Tag die lokale Presse ausgewertet und kommentiert. Das daraus entstandene Konvolut von fast 2.200 Seiten hat viele interessierte Leser zuhause gefunden. **Bei Interesse stelle ich dieses Zeitdokument gerne zur Verfügung.**

Meine Familie hat meine Ruhestands-Auszeit nicht nur ertragen, sondern bei vielen Besuchen auch genossen, bot meine Verankerung dort doch die einzigartige Gelegenheit, eine fremde Welt kennenzulernen und dabei auch hinter die Kulissen zu blicken. Dies auch in Bezug auf die Medizin, da zwei unserer Kinder einen Teil ihrer Famulaturen an unserer Klinik absolvierten, wie diese Möglichkeit von mehreren anderen deutschen Studenten (Famulatur und Pj) wahrgenommen wurde.

Meine Freizeit verbrachte ich abseits der Künstlichkeit und Hektik Dubais in der Wüste

und den Bergen im Hinterland, vor allem aber in der Einsamkeit und Ursprünglichkeit des Sultanats Oman, einem Offroad-Paradies schlechthin! Dessen Berge, Wadis und Wüsten habe ich mir auf mehr als 50 Reisen kreuz und quer erschlossen - wenn ohne Familie – allein mit Zelt unterwegs.

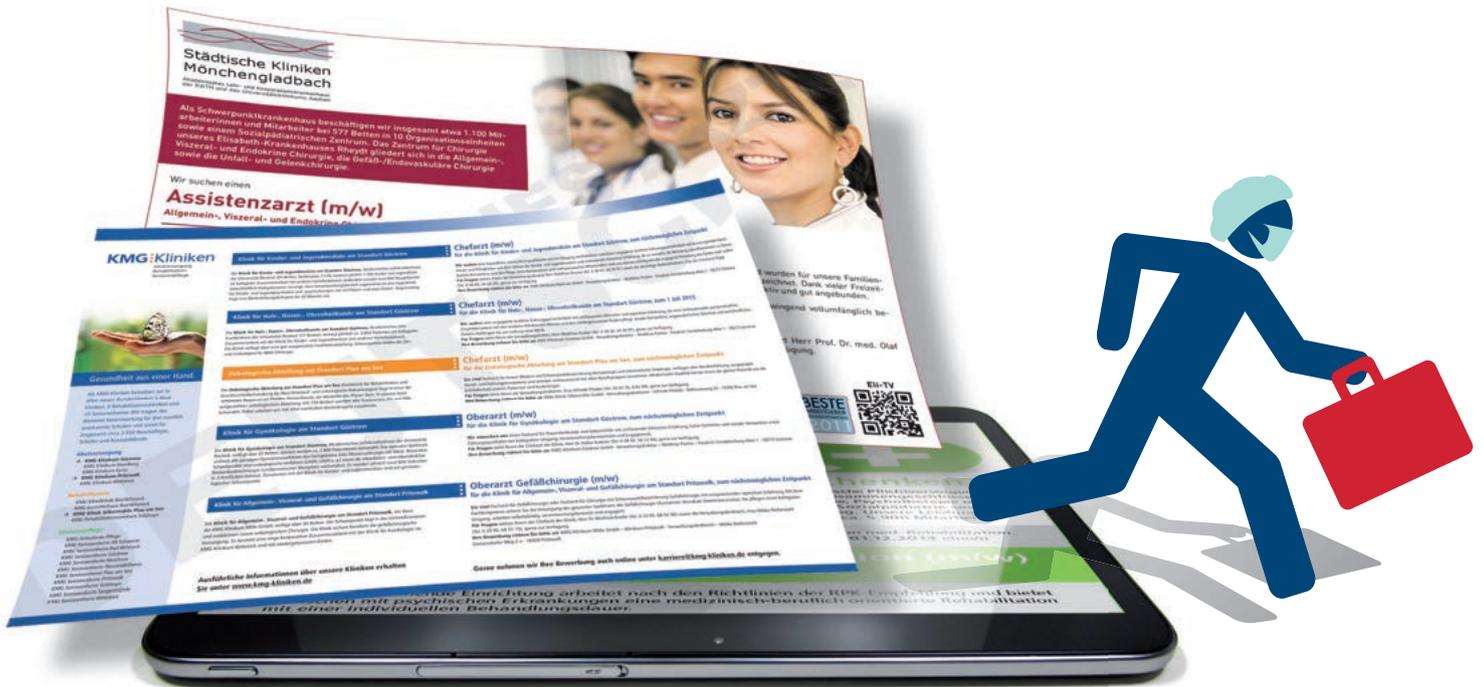
Mein Resumee nach 15 Jahren des „aktiven Ruhestands“: Mir hätte nichts Besseres passieren können! Es war eine fachlich hochinteressante, ungemein befriedigende Schaffensperiode und das Gefühl, als „altes Eisen“ noch gebraucht zu werden oder gar „unersetzlich“ zu sein, ließ das Älterwerden vergessen, da ich gar keine Zeit hatte, darüber nachzudenken!

Deshalb mein Rat an alle chirurgischen „Silberrücken“, die sich mental und physisch noch gesund fühlen: Ziehen Sie sich nicht in die fachliche Untätigkeit zurück, sondern suchen Sie sich eine interessante Herausforderung, um Ihren beruflichen Wissensschatz irgendwo auf der Welt einzubringen, wo er gebraucht wird und Früchte tragen kann!

LITERATUR

- [1] G. Kieninger, A. Hassan, Ch. Kieninger: Appendizitis-Spektrum in Dubai. Analyse von 1266 Appendektomien. Passion Chirurgie, 2014, Oktober, 4(10), Artikel 09_02
- [2] G. Kieninger, P. Shah, A. Hassan, Ch. Kieninger: Gangraenoese Appendizitis? Chirurg 85,711-713 (2014)
- [3] G. Kieninger, A. Hassan, I. Ognyan, K.S.P. Rao+: Perforierendes Abdominaltrauma mit Cava- und Nierenvenenruptur. CHAZ 15, 620-622 (2014)
- [4] G. Kieninger: Deutsche Chirurgen im Ausland. Fachexkursion des BDC nach Dubai. Passion Chirurgie, 2/2013 

App.in.den.OP®!



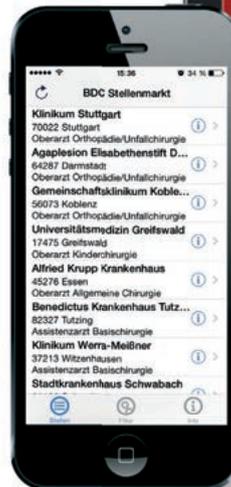
App.in.den.OP®

Chirurgischer Stellenmarkt als kostenlose App für Smartphones und Tablets

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



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



Erhältlich im **App Store**

Kostenlos im App Store und auf Google Play erhältlich!

GET IT ON **Google play**



Jetzt installieren!

