

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

HUMMELKIND-VISITE:

PILOTPROJEKT IN DER
KINDERCHIRURGIE

im Fokus

MUND-, KIEFER- UND
GESICHTSCHIRURGIE

03 | 2017

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



Liebe Chirurginnen, liebe Chirurgen,

eine gemeinsame Zeitschrift beantwortet die Herausforderungen der Chirurgie besser, als getrennte Journale. Eine Entwicklung und Erfahrung, die wir als kleines Fach in der MKG-Chirurgie schon vor mehr als anderthalb Jahrzehnten umgesetzt haben und die sich für uns sehr bewährt hat. Ich freue mich sehr, dass ich als Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg eingeladen wurde, ein Editorial für diese Zeitschrift zu schreiben, in der mit zwei Beiträgen auch aktuelle Aspekte unseres Faches dargestellt werden.

Im politischen Umfeld der gesamten Chirurgie gibt es viele Aufgaben, die alle chirurgischen Disziplinen betreffen und besser gemeinsam gelöst werden. Gerade das letzte und das laufende Jahr führen uns mit der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) und der beschwerlichen Neufassung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) aktuelle Themen vor Augen, die unsere Fächer in allen Aspekten treffen und beschäftigen.

Errungenschaften eines mitgliederstarken Berufsverbandes greifen oftmals auch Interessen der Kliniker auf. So verhehle ich keineswegs, dass ich als Chefarzt und langjähriges Mitglied im BDC sehr gern dem Angebot einer großen Dachorganisation etwa bei Versicherungskonditionen gefolgt bin. In der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG) freuen wir uns und nehmen die Zusammenarbeit mit dem BDC gern und dankbar in Anspruch. Das gilt für etliche gemeinsame Erfordernisse, wie beispielsweise der Schulung von Arzt und Mitarbeitern in der Hygiene.

Von großem Nutzen empfinden wir aber gerade auch die Kooperation mit DGCH und BDC gegenüber anderen Repräsentanzen der Medizin und der Gesundheitspolitik. Chirurgie insgesamt erfordert eine strukturierte, schrittweise Ausbildung, die sicherlich auch



**PROF. DR. MED. DR. DENT.
GERD GEHRKE**

Vertreter der MKG-Chirurgie im BDC
DIAKOVERE Henriettenstift
Klinik für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie
Marienstr. 72-90, 30171 Hannover
dr.dr.gerd.gehrke@t-online.de

einiges abverlangt – sie lässt sich nicht einfach als Zusatzbezeichnung einem konservativen Fach anfügen.

Wollten mich meine unfallchirurgischen Kollegen ein wenig necken und provozieren, so tönte es mir vor etlichen Jahren entgegen: „der Zahnarzt kommt“, wenn ich zu nachtschlafender Zeit zu einem der seinerzeit häufigen Polytraumata gerufen wurde. Dieses freundschaftliche Verhältnis ist trotz eines erfreulichen Rückganges schwer mehrfach-verletzter Patienten erhalten geblieben und findet seinen Ausdruck in kontinuierlicher Zusammenarbeit z. B. in der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (AO). Als Bindeglied zwischen Medizin und Zahnheilkunde wirkte und wirkt die MKG-Chirurgie nachhaltig in die chirurgischen Disziplinen. Historisch gesehen stammen beispielsweise die Wurzeln der Plastischen Chirurgie aus der MKG-Chirurgie: die älteste, plastisch-chirurgische Gesellschaft, gegründet 1921 in den USA, führte in ihren Statuten über mehr als 15 Jahre als Voraussetzung, dass man Arzt **und** Zahnarzt sein musste. Denn wo ist Rekonstruktion und Ästhetik sichtbarer als im Gesicht?

Viele Anknüpfungspunkte ergaben sich auch in zahlreichen anderen Bereichen. Transorale Zugangswege bereichern die Möglichkeiten der Schädelbasischirurgie in der Tumorchirurgie und der Traumatologie. Hier sei die Zusammenarbeit mit den Neurochirurgen und den Orthopäden genannt. Neben der Resektion spielt hier auch die Rekonstruktion – sei es mit Cages oder mikrochirurgischen Transplantaten eine Rolle. An der Entwicklung beider Verfahren sind MKG-Chirurgen maßgeblich mit beteiligt gewesen. Das gilt auch für die Therapie komplexer Missbildungen, die Gesichtsschädel, Neurokranium

und Schädelbasis sowie nicht selten weitere Organsysteme bei einem Patienten betreffen können und deren Therapie sich in enger Kooperation von Kinder- und Neurochirurgen mit MKG-Chirurgen widerspiegeln.

Seit vielen Jahrzehnten kooperieren MKG-Chirurgen mit unterschiedlichen chirurgischen Disziplinen in der Forschung. Osteosynthesematerialien und ihre heute schon patientenindividuelle Anwendung spielen eine herausragende Rolle. Dreidimensionale Planungen und Umsetzungen gestatten gerade im Gesicht ansprechende Ergebnisse. Zirkonoxydkeramik als Implantatwerkstoff, andererseits aber auch Trägersysteme für das BMP (Bone Morphogenetic Protein) und andere das Knochenwachstum stimulierende Substanzen sind Forschungsgebiete, die für mehrere chirurgische Fachgebiete Relevanz zeigen. Die Liste ist lang und verlangt unbedingt nach immer neuen Gebieten gemeinsamer Aktivität.

Gestatten Sie mir abschließend ein persönliches Wort. Es sollte neben sicher fruchtbarer Verbesserung und Perfektionierung in unmittelbaren Anwendungsbereichen aus meiner Sicht unbedingt den Hochschulen eine modifizierte Finanzierung für Grundlagenforschung eingeräumt werden. Wer in einem neuen Ansatz Grundlegendes erforscht, muss das frei von industriellen Zwängen (Drittmitteln) tun können und sein Erfolg lässt sich auch nicht daran messen, wie oft er zitiert wurde!

Wie wünschen uns für die Zukunft weiter eine so fruchtbare Zusammenarbeit mit DGCH und BDC – bleiben Sie uns gewogen!

Ihr



Prof. Dr. Dr. G. Gehrke
Vizepräsident und Pressesprecher der DGMKG
Referatsleiter MKG des BDC

Gehrke G. Editorial MKG. Passion Chirurgie. 2017
März; 7(03): Artikel 01.



WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA
FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE
(WWW.BDC.DE, RUBRIK WISSEN |
FACHGEBIETE | MUND-, KIEFER- UND
GESICHTSCHIRURGIE).

IMPRESSUM

CHIRURGIE

HERAUSGEBER

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

DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Tim Pohlemann
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Gabriele Schackert,
Prof. Dr. med. Jörg Fuchs, Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
Generalsekretär: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Schatzmeister: Prof. Dr. med. Thomas H.K. Schiedeck

BDC

Präsident: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Julia Seifert,
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg

Justitiar: Dr. jur. Jörg Heberer, Berlin/München
Geschäftsführer: Dr. rer. pol. Ronny Dittmar

REDAKTION

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Dr. med. Jörg A. Rüggeberg (dr.rueggeberg@t-online.de)
Dr. rer. pol. Ronny Dittmar (ronny.dittmar@bdc.de)
Karin Kammerer (Tel.: 030/28004-202 oder
passion_chirurgie@bdc.de)
Julia Weilbach

VERLAG

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

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

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

ABBILDUNGSHINWEISE

Cover-Foto von iStock / Yodiyim | 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 enthalten und den Mitgliedern
vorbehalten.

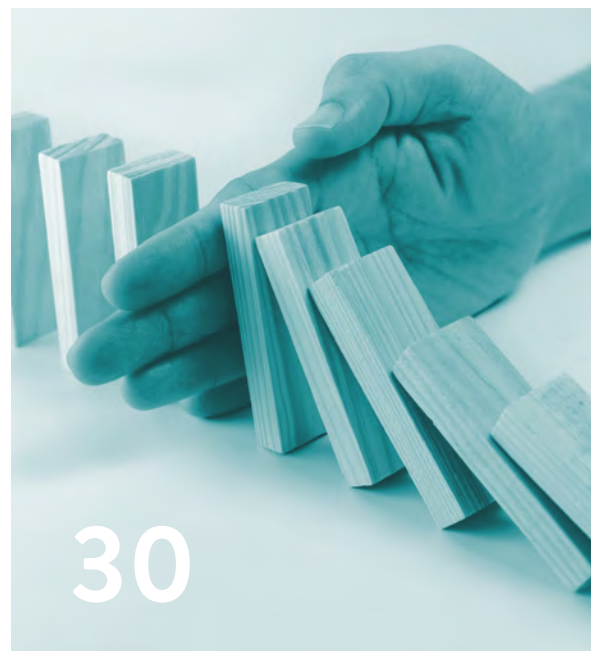
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleich-
zeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachfor-
men verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten
gleichermaßen für alle Geschlechter.

EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

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

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

BDC IM WEB 2.0:



INHALT

02 EDITORIAL

06 SCHAUFENSTER

08 CHIRURGIE

08

im Fokus

08

**INDIVIDUELLE PATIENTENSPEZIFISCHE
IMPLANTATE IN DER MKG-CHIRURGIE**

F. Probst, M. Ehrenfeld

16

**ANTIRESORPTIVA-ASSOZIIERTE
OSTEONEKROSEN DER KIEFER**

S. Otto,

J. Ihbe, M. Tröltzsch, K. Ziata-Otto, G. Kaeppler

22

**CME-Artikel Medikamentöse Schmerztherapie –
Wissen des Chirurgen**

*M. Brinkers, G. Pfau, U. Lodes,
D. Jacob, F. Meyer*



30 CHIRURGIE⁺

- 30 **Akademie aktuell:** Wenn Mediziner in die Mühlen der Medien geraten *H. Münsinger*
- 32 Zeigen, wer man ist! Kliniken und Praxen auf Chirurgie-Suche.de *R. Dittmar*
- 35 **Safety Clip:** Die Aufklärung fremdsprachiger Patienten *M. Behrens, M. Fleischer*
- 39 **Hygiene-Tipp:** Defizite im OP *W. Popp, K.-D. Zastrow*
- 40 **Hygiene-Clip:** Get Your Disinfection
- 42 **Ein Kommentar**
Donald Trumps Traum von der Planwirtschaft *M. Schön*

44 Recht & Ökonomie

- Bericht über die Ergebnisse der Honorarverteilung: 1. Quartal 2015 *J. Heberer*
- 46 Fortbildungspflicht bei gelegentlicher Tätigkeit als Honorararzt *J. Heberer*
- 47 Praktikanten in der Arztpraxis *J. Heberer*

48 GESUNDHEITSPOLITIK

- 49 Aktuelle Meldungen

50 INTERN

50 DGCH

- Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung
- 52 Spendenaufwurf und Bausteine
Langenbeck-Virchow-Haus
- 56 DGCH-Präsidium ab 1. März 2017

60 BDC

- Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2017
- 61 BDC-Sitzungen auf dem 134. Chirurgenkongress 2017
- 62 BDC | Landesverbände
- 64 BDC-Pressespiegel
- 65 Personalia
- 67 Termine BDC | Akademie
- 70 Veranstaltungshinweise

74 PANORAMA

- 74 Hummelkind-Visite: Pilotprojekt in der Kinderchirurgie *J. Weilbach*

128.175

CHIRURGIE *in* ZAHLEN

84

Der in Berlin vorgestellte Herzbericht 2016 bestätigt, dass die herzchirurgische Versorgung bundesweit mit 78 Abteilungen auf hohem Qualitätsniveau etabliert ist. Die Verbesserung der Lebenserwartung – und insbesondere auch der Lebensqualität – der Patienten ist eine wesentliche Prämisse für die in Deutschland knapp 1.000 tätigen Herzchirurgen. „Insgesamt wurden im Jahr 2015 in Deutschland 128.175 Herzoperationen durchgeführt“, erläutert PD Dr. Wolfgang Harringer, erster Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG). „Trotz des kontinuierlichen Anstiegs des Lebensalters, und den damit einhergehenden Begleiterkrankungen, liegen die Überlebensraten der Patienten dank der kontinuierlichen Weiterentwicklungen bestehender, und Initiierung minimalinvasiver, schonenderer Operationsverfahren, weiterhin bei ca. 97 Prozent.“ (Quelle: DGTHG)

1372

In einem aktuellen Bericht der Techniker Krankenkasse (TK) zu Patientenbeschwerden, der Zeitungen der Funke Mediengruppe Anfang Februar vorlag, geht hervor, dass Verdachtsfälle auf Behandlungsfehler bei der TK im Jahr 2016 um 26 Prozent auf 4.400 Fälle gestiegen seien. Dem Bericht zufolge sollen die meisten Verdachtsfälle – nämlich 1.372 – im chirurgischen Bereich gemeldet worden sein, was laut TK auf verstärktes Rechtsbewusstsein der Patienten zurückzuführen sei. (Quelle: Funke Mediengruppe)

84 Prozent der Bundesbürger halten die Forschung zu digitalen Medizinprodukten für wichtig oder sehr wichtig. 90 Prozent könnten sich sogar vorstellen, sich bei einer schwerwiegenden Erkrankung ein digitales Implantat einsetzen zu lassen. Das geht aus einer aktuellen Umfrage hervor, die das Meinungsforschungsinstitut forsa im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) durchgeführt hat. Das BMBF fördert die Gesundheitsforschung und startet zwei neue Innovationscluster, in denen intelligente Prothesen und Orthesen (äußeres Hilfsmittel zur Unterstützung des Körpers) sowie neue interaktive Mikroimplantate erforscht werden. (Quelle: BMBF)

BUNDESKONGRESS CHIRURGIE 2017

BNC · BDC · BAO
GEMEINSAM STARK

10. – 12.03.2017, NCC Ost, Nürnberg



- Neue Modelle intrasektoraler Versorgung
- Politischer Vormittag „Gibt es ein Überleben der freiberuflichen Fachärzte nach der Wahl 2017?“
- Fachthemen der Allgemein- und Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, Arzt und Recht, Patientenrechtsgesetz, Kindertraumatologie sowie des Versorgungsmanagements
- Rehabilitationsmanagement (DGUV)
- Workshops
- Gutachten-Seminar
- Tag der medizinischen Fachberufe

Mit namhaften
Referenten aus Politik
und Wirtschaft sowie
aus dem Praxis-,
Ambulanz- und Klinik-
alltag

Information & Auskunft

MCN Medizinische Congress-
organisation Nürnberg AG
Neuwieder Str. 9
90411 Nürnberg
Tel.: 0911/3931617
Fax: 0911/3931620
E-Mail: bch@mcnag.info





Individuelle patienten- spezifische Implantate in der MKG-Chirurgie

IM FOKUS

Mund-, Kiefer- und Gesichts- chirurgie

Bildgebungsbasierte computergestützte Verfahren zur Operationsplanung und -durchführung haben sich in den letzten Jahren in vielen unterschiedlichen medizinischen Fachbereichen etabliert [10]. Dies betrifft in besonderer Weise chirurgische Fächer wie die Orthopädie und Unfallchirurgie, die Neurochirurgie und Herzchirurgie sowie die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG). Üblicherweise werden die Begriffe „Computergestützte Chirurgie“ bzw. „Computer-assisted Surgery (CAS)“ dabei als Überbegriff für computergestützte Verfahren verwendet.

Folgende Teilschritte sind charakteristisch für die computergestützte Chirurgie:

1. Virtuelle Planungsphase → Computer-aided Design (CAD)
2. Umsetzung der virtuellen Planung mittels Schablonen und patientenspezifischer Implantate → Computer-aided Manufacturing (CAM)
3. Durchführung der Operation, ggf. mit intraoperativer Navigation und/oder Bildgebung
4. Bewertung des Operationserfolges, ggf. weitere Maßnahmen.

VIRTUELLE PLANUNGSPHASE, COMPUTER-AIDED DESIGN (CAD)

Dreidimensionale Bilddaten dienen als Grundlage aller computergestützten chirurgischen Maßnahmen. Im klinischen Alltag der MKG-Chirurgie stehen für die Operationsplanung insbesondere die knöchernen Verhältnisse des Gesichtsschädels im Vordergrund, welche mittels hochauflösender Computertomographie (CT) erfasst werden. Anschließend können die CT-Informationen als DICOM-Datensätze in eine geeignete Software zur virtuellen Operationsplanung, wie iPlan CMF® (Fa. Brainlab, Feldkirchen, Deutschland) oder Mimics® (Fa. Materialise, Leuven, Belgien), importiert werden. Nach der Segmentierung relevanter kraniofazialer Strukturen entsteht ein virtuelles 3-D-Modell. Anschließend werden einzelne OP-Schritte wie Resektionen, Osteotomien und Segmentverlagerungen bzw. -repositionen ausgeführt. Dabei erfolgt die virtuelle Formgebung gewünschter Gesichtsschädel- und Schädelstrukturen, was dem Begriff des Computer-Aided Design, CAD, entspricht. Die resultierenden dreidimensionalen Daten werden via STL-Schnittstelle für

die für die anschließende Herstellung durch Rapid-Prototyping-Verfahren prozessiert.

UMSETZUNG DER VIRTUELLEN PLANUNG

Die exakte Umsetzung der virtuellen Planung in die OP-Situation ist ein limitierender Faktor hinsichtlich der Präzision computer-assistierter Verfahren. Hierfür stehen eine Reihe von Hilfsmitteln zur Verfügung, die durch Computer-aided Manufacturing, CAM, (physikalische Umsetzung der virtuellen Formgebung durch Rapid Prototyping) hergestellt werden.

STEREOLITHOGRAPHIEMODELLE (STL-MODELLE)

STL-Modelle sind Nachbildungen von Schädelanteilen oder virtuell designten Transplantaten und dienen zur dreidimensionalen Visualisierung anatomischer Verhältnisse, als Vorlage für das Anbiegen von Osteosyntheseplatten oder zur intraoperativen Plausibilitätskontrolle.

OSTEOTOMIE- UND POSITIONIERUNGSSCHABLONEN (SOGENANNT E CUTTING GUIDES)

Mithilfe von Osteotomieschablonen werden virtuell geplante Osteotomien exakt



KORRESPONDIERENDER AUTOR
DR. MED. DENT. FLORIAN
ANDREAS PROBST

Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
 Klinikum der Universität München
 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
 Lindwurmstraße 2a, 80337 München
 florian.probst@med.uni-muenchen.de



PROFESSOR DR. MED. DENT.
MICHAEL EHRENFELD

Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, plastische Operationen
 Klinikdirektor
 Klinikum der Universität München
 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
 michael.ehrenfeld@med.uni-muenchen.de

Probst F. A. / Cornelius C.-P. / Ehrenfeld M.
 Individuelle patientenspezifische Implantate in der MKG-Chirurgie. Passion Chirurgie. 2017 März, 7(03): Artikel 03_01.



WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA
 FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE
 (WWW.BDC.DE, RUBRIK WISSEN |
 FACHGEBIETE | MUND-, KIEFER-
 UND GESICHTSCHIRURGIE).

am OP-Situs reproduziert. Solche Schablonen können dazu dienen, knöcherne Resektionen im Kiefer- und Gesichtsbereich durchzuführen (sogenannte „Resection-Guides“), Osteotomien im Rahmen der orthognathe Chirurgie umzusetzen oder Knochentransplantate im Bereich der Fibula oder des Beckenkamms zu entnehmen und zu segmentieren (sogenannte „Segmentation-Guides“). Darüber hinaus etablieren sich mehr und mehr knochengetragene Positionierungsschablonen, welche der Verlagerung von Segmenten dienen. Alternativ werden nach wie vor okklusale Splinte, die CAD/CAM-gefertigt sind, zur Verlagerung von Kieferanteilen in der Dysgnathiechirurgie eingesetzt, wobei jüngst Hybride als Kombination mit knochengetragener Positionierungshilfe und okklusaler Auflagen beschrieben wurden. Auch zahnärztliche Implantate können mithilfe von CAD/CAM-produzierten Schablonen entsprechend der virtuell geplanten Position eingesetzt werden. Ebenso tragen zunehmend patientenspezifische Implantate zum Transfer von der computergestützten Planung in die OP-Situation bei. Der computergestützte Arbeitsablauf kann darüber hinaus durch die intraoperativen Bildgebung oder Verfahren der intraoperativen Navigation unterstützt werden.

PATIENTENSPEZIFISCHE IMPLANTATE, PSI

Patientenspezifische, d. h. individualisierte Implantate, sogenannte „Patient specific implants“ (PSI) nehmen einen immer größeren Stellenwert im Rahmen computergestützter chirurgischer Maßnahmen ein. Sie werden im Sinne von Osteosynthesematerial zur Fixierung von Knochensegmenten eingesetzt, eignen sich aber auch zum Ersatz von Schädel oder Gesichtsschädelstrukturen. Wie bereits erwähnt kommt ihnen bei der Umsetzung virtuell geplanter Operationen eine wichtige Rolle zu. Es ist wichtig zu betonen, dass die individuelle Formgebung mit individualisierten Implantaten gerade in einer morphologisch komplexen Region wie dem Kiefer-, Gesichts- und Schädelbereich wertvoll ist, da hier die Wiederherstellung anatomischer Strukturen entscheidend für funktionelle und

ästhetische Aspekte ist. Patientenspezifische Implantate werden in unterschiedlichen Bereichen der MKG-Chirurgie eingesetzt. Darunter sind die primäre und sekundäre Wiederherstellungschirurgie, die Traumatologie sowie die orthognathe Chirurgie.

Sollen patientenspezifische Implantate als Osteosynthesematerial dienen, werden sie in der Regel aus Titan gefertigt. Alloplastische Implantate zum Ersatz knöcherner Strukturen können dagegen sowohl aus Titan als auch aus Kunststoffen wie PEEK (Polyetheretherketon) gefertigt werden. Für die CAD/CAM-Fertigung von individualisierten Implantaten stehen grundsätzlich subtraktive und additive Rapid Prototyping Verfahren zur Verfügung. Während bei den subtraktiven Methoden Implantate beispielsweise aus einem Block des entsprechenden Werkstoffes gefräst (CNC-Fräsen) werden, erfolgt bei additiven Verfahren der schichtweise Aufbau des dreidimensionalen Konstruktes. Zu den additiven Verfahren zählt der 3-D-Druck (3-D-Printing), wie beispielsweise das selektive Lasersintern (Selective Lasersintering, SLS), die Fused Deposition Modeling – Technologie (FDM) oder die konventionelle Stereolithografie (STL). Die Herstellung von Titanimplantaten für den kranio-maxillo-fazialen Bereich erfolgt zumeist durch CNC-Fräsung oder SLS.

Verlässliche Daten, ob sich die beiden Verfahren hinsichtlich biologischem und mechanischem Verhalten der Implantate unterscheiden stehen noch aus. Vorteil des



Abb. 1: Patientenspezifische lasttragende Osteosyntheseplatte für den Unterkiefer (sogenannte Rekonstruktionsplatte).

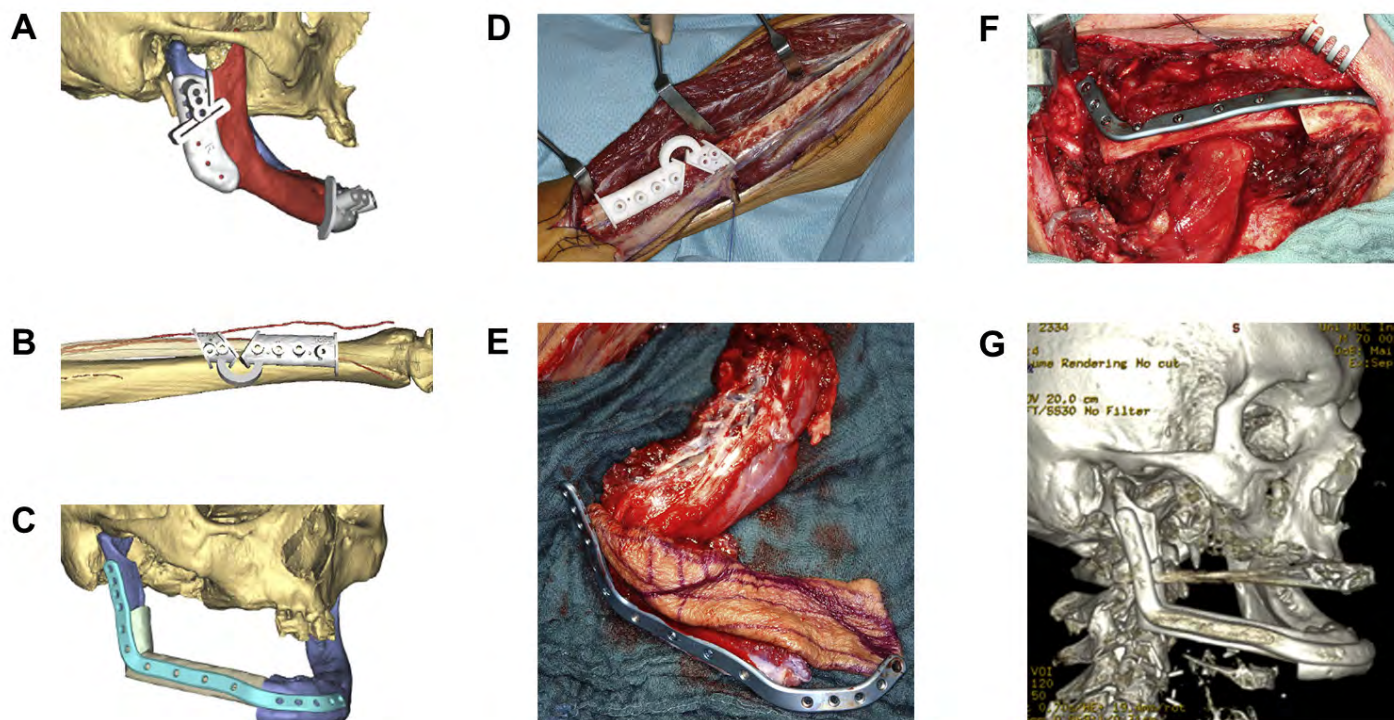


Abb. 2: Unterkieferrekonstruktion mit Hilfe eines mikrovaskulär reanastomosiertem Fibulatransplantates und einer patientenspezifischen Rekonstruktionsplatte. A) Geplanter Resektionsbereich (rot) und virtuelles Design der Resektionsschablonen (weiß) mit Bohrführungen für die Schrauben der PSI. B) Virtuell geplante Entnahmeschablone (weiß) für das Fibulatransplantat mit Bohrführungen für die Schrauben der PSI. C) Virtuelles Design (CAD) des zweiteiligen Fibulatransplantates mit patientenspezifischer Rekonstruktionsplatte. D) Entnahmeschablone für das Fibulatransplantat in situ. E) Knöcherne Segmente des Fibulatransplantates werden im Spendergebiet des Unterschenkels an die patientenspezifische Rekonstruktionsplatte fixiert, noch während das Transplantat am peronealen Gefäßstiel angeschlossen ist. F) Patientenspezifische Rekonstruktionsplatte im Empfängergebiet des Unterkiefers in situ. G) Postoperative Computertomographie mit dreidimensionaler Rekonstruktion.

SLS ist jedoch, dass Implantate in allen möglichen Formen und Dimensionen produzierbar sind.

PSI ALS OSTEOSYNTHEMATERIALIEN

Ein im klinischen Alltag etablierter und relevanter Anwendungsbereich von patientenspezifischen Implantaten sind Rekonstruktionsplatten, die der lasttragenden Überbrückung bei segmentalen und marginalen Unterkieferdefekten sowie beim hochgradig instabilen Unterkiefer dienen (**Abb. 1**) [2, 8, 12, 13, 7]. Sie sind evolutionär gesehen die Weiterentwicklung von herkömmlichen und am STL-Modell manuell vorgebogenen oder von Werk ab präformierten Platten. Defektsituationen, welche eine lasttragende Osteosynthese im Unterkiefer erforderlich machen, haben unterschiedliche Ursachen und sind meist Folge von Unterkieferkontinuitätsresek-

tionen im Rahmen der chirurgischen Therapie von Mundhöhlenkarzinomen. Darüber hinaus entstehen relevante Defekte und defekt-ähnliche Situationen bei Trümmerfrakturen bzw. Frakturen im atrophischen Unterkiefer oder auf der Basis von Osteomyelitiden und Osteonekrosen (Osteoradionekrose und Medikamenten assoziierte Osteonekrose der Kiefer, MRONJ).

Prinzipiell gilt es bei Kontinuitätsdefekten zu unterscheiden, ob eine alleinige alloplastische Rekonstruktion des Unterkiefers durch eine Rekonstruktionsplatte oder eine zusätzliche Rekonstruktion mit einem autologen Knochentransplantat erfolgen soll. Eine alleinige alloplastische Defektüberbrückung sollte nicht als Dauerlösung angestrebt werden, da sowohl ein hohes Risiko für Plattenbrüche, Fistelbildung und Plattenexpositionen besteht und zudem keine implantatgetragene funktionelle Rehabilitation durchgeführt werden kann.

Vorteile patientenspezifischer Rekonstruktionsplatten für den Unterkiefer sind die Vermeidung von manuellen Biegeprozeduren, was zu mechanischen Vorteilen führt und zur intraoperativen Zeitersparnis beiträgt sowie eine bessere Passgenauigkeit als bei manuell gebogenen Rekonstruktionsplatten [12, 13]. Zudem können die Position und Angulation von Plattenlöcher individuell an die anatomischen Gegebenheiten (z. B. Verlauf N. alveolaris inferior) angepasst werden. Nicht zuletzt schließen CAD/CAM-gefertigte Rekonstruktionsplatten die Lücke im digitalen Arbeitsablauf, welche bei der Verwendung konventioneller Platten auftritt und die präzise Umsetzung der virtuellen Planung kompromittiert [2] (**Abb. 2**).

Neben der Verwendung als lasttragende Osteosynthesen im Unterkieferbereich werden PSI gelegentlich auch zur Osteosynthese im Kiefergelenkfortsatz- und Mittelgesichtsbereich eingesetzt.

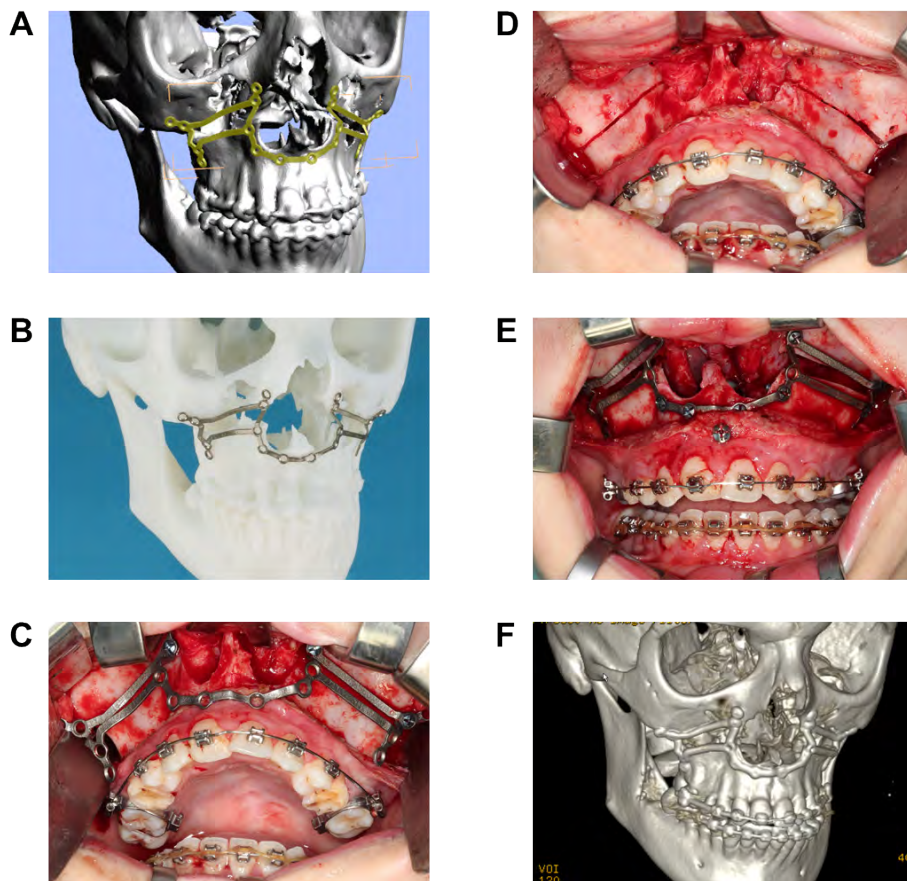


Abb. 3. Verwendung eines patientenspezifischen Implantates (PSI) bei einer Umstellungsosteotomie zur Vorverlagerung des Oberkiefers. Die Patientin ist aufgrund einer Lippen-Kiefer-Gaumenspalte mehrfach voroperiert und weist typischerweise eine Oberkiefer-rücklage auf. Das PSI dient sowohl als Osteotomieschablone, Positionierungsschablone und Osteosyntheseplatte. A) Virtuelle Planung mit Gesichtsschädel und PSI (gelb). B) CAD/CAM-gefertigtes PSI am STL-Modell. C) Intraoperativer Situs vor der Osteotomie in der Le Fort I Ebene mit einem kranialwärts der geplanten Osteotomie fixiertem PSI, welches zu diesem Zeitpunkt als Osteotomieschablone fungiert. D) Situs nach Osteotomie in der Le Fort I Ebene. E) Situs nach Vorverlagerung des Oberkiefers, das PSI dient dabei als Positionierungshilfe und wird dann abschließend zur Osteosynthese verwendet. F) 3D-Rekonstruktion des postoperativen CTs.

PSI IN DER ORTHOGNATHEN CHIRURGIE

Hinsichtlich ihres Einsatzes in der orthognathen Chirurgie nehmen PSI eine Sonderstellung ein, da sie hier nicht nur zur Osteosynthese sondern simultan auch als Osteotomieschablone (Cutting-Guide) und Positionierungshilfe genutzt werden können. Dies betrifft aktuell insbesondere Umstellungsosteotomien des Oberkiefers [4, 9] (**Abb. 3**). Abbildung 3 illustriert die Verwendung einer PSI zur Umstellungsosteotomie mit Vorverlagerung des Oberkiefers bei einer Patientin mit maxillärer Retrognathie und voroperierter Lippen-Kiefer-Gaumenspalte.

PSI ALS FORMKÖRPER ODER IN GITTERSTRUKTUR ZUR ALLOPLASTISCHEN REKONSTRUKTION VON ANTEILEN DES UNTERKIEFERS, DES MITTELGESICHTES UND DER KALOTTE

Neben ihrer Eigenschaft als Osteosynthesematerial eignen sich PSI auch zur alloplastischen Rekonstruktion von Anteilen des Gesichtsschädels und der Kalotte.

Indikationen sind hier die Strukturwiederherstellung nach Tumoren, bei ausgedehnten Traumata oder im Rahmen der Fehlbildungs-chirurgie.

Gut etabliert ist dabei die Deckung von Kalottendefekten. Für die Kranioplastik eignen sich sowohl Titanimplantate als auch PEEK, wobei über hohe Erfolgsraten berichtet wird [5].

Aufgrund ihrer sehr guten Passgenauigkeit sind PSI insbesondere bei der Rekonstruktion der Orbitawände eine wertvolle Alternative zu manuell angebogenen oder konfektioniert präformierten Orbitameshes [4, 11] (**Abb. 4**). Dies gilt insbesondere für ausgedehnte Orbitabodenfrakturen oder kombinierte Frakturen der inferioren und medialen Orbitawand. Bei großer Ausdehnung kann es notwendig sein, zwei separate und aufeinander abgestimmte Platten

zu verwenden. Mittlerweile ist der Workflow derart gestrafft worden, dass die primäre Versorgung solcher Frakturen innerhalb eines Zeitfensters von einer Woche möglich geworden ist.

PSI eignen sich auch zur alloplastischen Wiederherstellung von Strukturen anderer Mittelgesichtsbereiche wie der Jochbeinregion oder Paranasalpfleiler. Bei der Korrektur von in Fehlstellung verheilten Frakturen können PSI kombiniert als Osteosyntheseplatten nach Osteotomie und Reposition von Fragmenten und als alloplastische Formkörper eingesetzt werden. Eine weitere Indikation bei der PSI als solide Formkörper eingesetzt werden könnten ist perspektivisch der Ersatz des Kiefergelenkes.

Auch in der ästhetischen Gesichtschirurgie finden PSI Verwendung. Dabei können die Osteotomie und Reposition oder Augmentationen von Anteilen des Gesichtsschädels, wie beispielsweise der Jochbeinprominenz, der Kinn- und Kieferwinkelregion, dreidimensional simuliert und durchgeführt werden.

ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

PSI haben mittlerweile ihre Eignung für eine Reihe von Indikation in der MKG-Chirurgie

bewiesen. Es ist davon auszugehen, dass sie sich auf der Basis technischer Weiterentwicklungen und zu erwartender Kostensenkungen sowie verbesserter Abbildung in den Vergütungssystemen rasch weiter etablieren werden. Bei aller Begeisterung für die neuen Techniken sollten allerdings die sich abzeichnenden Vorteile wie erhöhte Genauigkeit und Zeitersparnis durch aussagekräftige randomisierte prospektive und multizentrische Studien hinterlegt und auch mögliche Fehlerquellen und Nachteile kritisch herausgearbeitet werden. Nicht zuletzt werden PSI in Zukunft auch bei Verfahren des kraniofazialen Bone Tissue Engineering eine wichtige Rolle spielen, da durch die CAD/CAM-Fertigung von Leitschienen die komplexe Morphologie des Gesichtes rekonstruiert werden kann [1, 3].

Die Literaturliste erhalten Sie über passion_chirurgie@bdc.de.

Quelle Klinische Fotos von R. Herzig und G. Poetzel

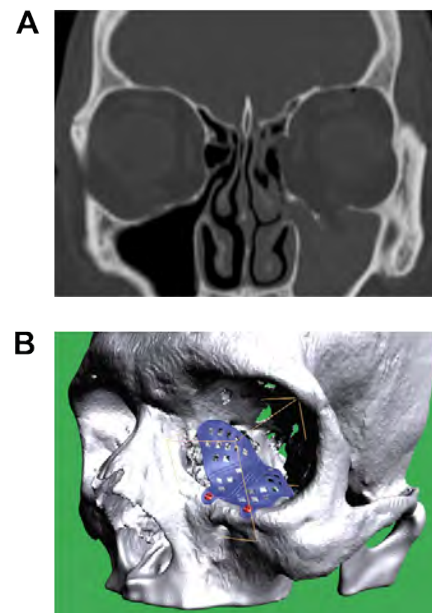


Abb. 4. Patient mit einer ausgedehnten Fraktur im Bereich des Orbitabodens und der medialen Orbitawand links. A) Präoperatives Computertomogramm mit Darstellung der Fraktur. B) Virtuelle Planung eines patientenspezifischen Implantates (PSI, blau dargestellt) als Titangitter zur Rekonstruktion der Orbitawände.



**Verantwortung
Vertrauen
Sicherheit**

134. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

Präsident:
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

**21. bis 24. März 2017
ICM, München**

CHIRURGIE 2017



Zusammen mit



19. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Kongresspräsident der DGAV 2017:
Prof. Dr. med. Dietmar Lorenz, E-Mail: dietmar.lorenz@sana.de



55. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie

Kongresspräsidentin der DGKCH 2017:
PD Dr. med. Barbara Ludwikowski, E-Mail: ludwikowski@hka.de



5. Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin

Präsident der DGG 2017:
Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen, E-Mail: schmitz-rixen@em.uni-frankfurt.de



3. Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie

Präsidentin der DGT 2017:
Dr. med. Gunda Leschber, E-Mail: susanne.badawi@pgdiakonie.de



Kongresssekretariat der DGCH:
PD Dr. med. Tina Histing, E-Mail: tina.histing@uks.eu



Information und Organisation:
MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG
E-Mail: veith@mcn-nuernberg.de
Internet: www.mcn-nuernberg.de



www.chirurgie2017.de · info@chirurgie2017.de

Werde
RestauratorIn

Kein Durchschnittsjob:
ChirurgIn

www.chirurg-werden.de

A 3D CT scan of a human skull and jaw, showing the teeth and the underlying bone structure. A teal circle is overlaid on the right side of the image, containing the text "IM FOKUS" and "Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie".

IM FOKUS

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

523

**KORRESPONDENZADRESSE:****PD DR. MED. DENT. SVEN OTTO**

Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Ludwig-Maximilians-Universität
München
Lindwurmstraße 2a, 80336 München
Sven.Otto@med.uni-muenchen.de

DR. MED. JAKOB IHBE

Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Ludwig-Maximilians-Universität
München

DR. MED. DENT. MATTHIAS TRÖLTZSCH

Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Ludwig-Maximilians-Universität
München

DR. MED. DENT. KLEOPATRA ZIATA-OTTO

Zahnarztpraxis Krailling
Luitpoldstraße 22, 82152 Krailling
info@zahnarztpraxis-krailling.de

UNIV.-PROF. DR. GABRIELE KAEPLER

Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Ludwig-Maximilians-Universität
München

PROFESSOR DR. MED. DENT. MICHAEL EHRENFELD

Direktor
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Ludwig-Maximilians-Universität
München

Antiresorptiva-assoziierte Osteonekrosen der Kiefer

Bisphosphonate und Denosumab spielen eine entscheidende Rolle in der Prävention und Therapie der Skelettdestruktion in der Osteologie und Onkologie. Sie stellen weltweit die am weitesten verbreitete Gruppe antiresorptiver osteotroper Medikamente dar und weisen eine besondere Affinität zum Knochen auf [1, 2]. Bisphosphonate binden an das Hydroxylapatit des Knochens und hemmen vor allem die Aktivität der Osteoklasten, sodass eine positive Bilanzwirkung resultiert [3].

Haupteinsatzgebiete der Bisphosphonate sind die Behandlung der Osteoporose sowie die Therapie von malignen, skelettal metastasierten Grunderkrankungen [4, 1]. Bei Patienten mit Osteoporose konnte eine deutliche Verminderung des Frakturrisikos und eine Optimierung der Lebensqualität belegt werden [4]. Im Bereich der supportiven onkologischen Therapie haben Bisphosphonate einen hohen Stellenwert und werden in der Prophylaxe und Therapie der Skelettbeteiligung bei Patienten mit Plasmozytom und soliden Tumoren wie Mamma- und Prostatakarzinomen eingesetzt [1]. Auch in diesem Indikationsgebiet konnte eine Reduktion unerwünschter skelettaler Ereignisse, insbesondere pathologischer Frakturen sowie eine Schmerzreduktion belegt werden. Die Halbwertszeit im Knochen liegt bei Bisphosphonaten im Bereich von Jahren [1].

Der antiresorptiv wirksame Antikörper Denosumab kommt in den Bisphosphonaten ähnlichen Indikationen zum Einsatz. Die Wirkungsweise des monoklonalen Antikörpers besteht in einer Hemmung des

Rezeptor-Aktivators des nukleären Faktors- κ B-Liganden (RANK-L), was eine Hemmung der Osteoklastenfunktion und -differenzierung und eine daraus resultierende reduzierte Knochenresorption zur Folge hat. Die Halbwertszeit von Denosumab beträgt circa 26 Tage und ist somit deutlich kürzer als die von Bisphosphonaten [5, 6].

DIE ANTIRESORPTIVA-ASSOZIIERTE OSTEONEKROSE DER KIEFER

Generell gelten Antiresorptiva als sichere und nebenwirkungsarme Medikamente. Doch seit der Erstbeschreibung des Zusammenhangs zwischen Bisphosphonattherapie und Osteonekrosen der Kiefer im Jahr 2003 häufen sich Berichte und Fallsammlungen über dieses Krankheitsbild und belegen, dass sich die ARONJ (Antiresorptive Drug-Related Osteonecrosis of the Jaw) zu einem wichtigen klinischen Problem entwickelt haben. Hierbei besteht bei antiresorptiver Therapie bei Osteoporose eine kumulative Inzidenz von ca. 0,1 % und antiresorptiver Therapie in onkologischer Dosierung eine kumulative Inzidenz von 1 bis 18 % [7-10, 3]. Weiterhin wurden deutlich seltener auch Kiefernekrosen im Zusammenhang mit antiangiogenetischen Antikörpern wie Bevacizumab beschrieben, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll [11].

DEFINITION UND STADIENEINTEILUNG

Definitionsgemäß wird von einer ARONJ gesprochen, wenn Antiresorptiva aktuell verabreicht werden bzw. verabreicht wurden,

eine Bestrahlung der Kiefer nicht erfolgte, keine Metastasen im Bereich der Kiefer auftraten sowie zur Mundhöhle exponierter Knochen bzw. eine intra- oder extraorale Fistelung in der maxillofazialen Region über einen Zeitraum von mehr als acht Wochen besteht [12].

Die Einteilung der ARONJ erfolgt in folgende Stadien (**Tab. 1**):

KLINISCHE PRÄSENTATION

Weitere häufige klinische Symptome neben dem zur Mundhöhle exponierten Knochen sind Schmerzen, Weichgewebsschwellungen und intra- oder extraorale Fistelbildungen oder Abszedierungen. Im Bereich des Oberkiefers kann es zu Mund-Antrum-Verbindungen und zu Entzündungen des Sinus maxillaris kommen. Im Bereich des Unterkiefers ist eine Beteiligung des N. alveolaris inferior mit konsekutiver Hypästhesie im Bereich der Unterlippe und der Haut des Kinns (Vincent-Symptom) bzw. bei fortgeschrittenen Nekrosearealen eine Unterkieferfraktur möglich [13]. Das typische klinische und radiologische Bild der Erkrankung ist in **Abbildung 1a und 1b** dargestellt.

PATHOPHYSIOLOGIE

Die Pathophysiologie der ARONJ bei Bisphosphonattherapie steht im Zusammenhang mit speziellen Eigenschaften der Bisphosphonate und des Kieferknochens. Bei neutralem pH-Wert ist die Löslichkeit von Bisphosphonaten reduziert und sie sind inert. Bei Verschiebung des pH-Werts in Richtung eines sauren Milieus im Rahmen von Entzündungsreaktionen kommt es

zu einer Erhöhung der Löslichkeit und zur Aktivierung von Bisphosphonaten. Dies ist besonders häufig im Bereich der Kiefer auf Grund dentogener Infektionen und dentalchirurgischer Eingriffe gegeben [14].

Die Pathophysiologie der seit 2010 im Zusammenhang mit Denosumab beschriebenen ARONJ ist bislang nur unvollständig verstanden. Jedoch scheinen auch hier lokale Entzündungen, auf die der antiresorptiv behandelte Knochen nicht adäquat reagieren kann, eine Schlüsselrolle zu spielen [15, 11, 16].

POTENTIELLE RISIKOFAKTOREN

Allgemeine Risikofaktoren stellen Medikamentengabe in onkologischer Dosierung sowie Anwendung über einen längeren Zeitraum (länger als drei Jahre) dar. Patientenspezifische Risikofaktoren sind das Vorliegen eines Malignoms, hohes Alter, begleitende Chemo- oder Glukokortikosteroidtherapie sowie Alkohol- und Tabakkonsum. Lokale Risikofaktoren sind eine reduzierte Mundhygiene, das Vorliegen einer Parodontitis und dentoalveoläre Infektionen bzw. Eingriffe wie Zahnextraktionen und operative Zahntentfernungen [7, 17, 18].

PROPHYLAXE

Patienten, die eine antiresorptive Therapie auf Grund einer malignen Grunderkrankung erhalten sollen, sollten zur Reduktion lokaler Entzündungen durch ihren Zahnarzt zu adäquater Mundhygiene motiviert werden. Teilretinierte Zähne sollten entfernt, komplett von Knochen oder Mukosa bedeckte, retinierte Zähne belassen werden. Zerstörte

Ihbe J. / Tröltzsch M. / Ziata-Otto K. / Kaeppler G. / Ehrenfeld M. / Otto S. Antiresorptiva-assoziierte Osteonekrosen der Kiefer. *Passion Chirurgie*. 2017 März, 7(03): Artikel 03_02.



WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE, RUBRIK WISSEN | FACHBEREICHE | MUND-, KIEFER UND GESICHTSCHIRURGIE).

Tabelle 1 Stadieneinteilung ARONJ nach AAOMS 2014 [12]

Stadium	Definition
0	unspezifische klinische oder radiologische Zeichen einer ARONJ ohne Knochenexposition
1	freiliegender nekrotischer Knochen ohne Entzündungszeichen der umgebenden Gewebe oder Schmerzen
2	freiliegender nekrotischer Knochen mit Entzündungszeichen der umgebenden Gewebe oder Schmerzen
3	freiliegender nekrotischer Knochen mit verkomplizierenden Faktoren wie Mund-Antrum-Verbindung, pathologischer Fraktur oder Ausdehnung bis an den Unterkieferrand oder das Jochbein



Abb. 1a: typisches klinisches Bild einer medikamenten-assoziierten Osteonekrose des Unterkiefers beidseits (Stadium III nach AAOMS 2014) mit nekrotischem exponiertem Knochen und Heranreichen der Läsion an die Basis mandibulae sowie extraoraler Fistelbildung bei einer 61-jährigen Patientin mit Mammakarzinom und mehrjähriger intravenöser Therapie mit stickstoffhaltigen Bisphosphonaten (Zoledronat 4 mg alle vier Wochen über zweieinhalb Jahre).



Abb. 1b: korrespondierendes röntgenologisches Bild (Panoramaschichtaufnahme/Orthopantomographie) mit ausgedehnter Radio-luzenz im Bereich des Unterkiefers beidseits von regio 36 bis regio 45 und Ausdehnung bis an die Basis mandibulae und umgebender vermehrter Radioopazität des Knochens. Nebentbefundlich konservierend und festsitzend prothetisch versorgte Restbezahnung des Oberkiefers.

Zähne sollten entfernt und erhaltungswürdige Zähne konservativ, z. B. mittels Wurzelkanalbehandlung therapiert werden. Der Beginn der antiresorptiven Therapie sollte nach mukosaler Abheilung erfolgen. Fehlerhaft sitzende dentale Prothesen sollten zur Vermeidung von Druckstellen modifiziert

oder ersetzt werden. Nach Beginn der antiresorptiven Therapie sollten alle sechs bis 12 Monate klinische und ggf. radiologische zahnärztliche Untersuchungen erfolgen, um freiliegenden Knochen oder Sequestrierungen frühzeitig zu erkennen. Ist die Entfernung von Zähnen indiziert, sollte diese unter

perioperativer antibiotischer Prophylaxe und schonend durchgeführt werden. Die Extraktionsalveolen sind plastisch zu decken [19, 20, 10].

Patienten, die orale Bisphosphonate bzw. Denosumab zur Prävention bzw. Therapie einer Osteoporose erhalten sollen, sollten ebenfalls über das im Vergleich zu onkologischer Indikation zwar deutlich geringere, aber vorhandene Risiko des Auftretens einer ARONJ aufgeklärt und zu guter Mundhygiene motiviert werden. Sollten dentoalveoläre Eingriffe notwendig werden, sollten nach aktuellem Wissensstand sowohl eine plastische Deckung als auch eine perioperative antibiotische Therapie erfolgen. Bei Denosumab ist auf Grund der im Vergleich zu Bisphosphonaten deutlich geringeren Halbwertszeit eine präoperative Pausierung bzw. die Durchführung des Eingriffs im Abstand zur letzten Medikamentengabe in Erwägung zu ziehen [20-22, 10, 12].

THERAPIE

Die Therapie der ARONJ erfolgt multidisziplinär und stadienabhängig in Zusammenarbeit mit dem Onkologen, Osteologen, Zahnarzt und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen. Ziel ist die Vermeidung chronischer Infektionen, einer Progression der Knochennekrose und den damit verbundenen Konsequenzen sowie die Minderung von Schmerzen [10, 23, 12].

In den Stadien 0 und 1 kann zunächst eine konservative, nicht-chirurgische Therapie durch lokale antiseptische sowie systemische analgetische und antibiotische Medikation in Kombination mit engmaschigen Verlaufskontrollen erfolgen. Dies führt im Großteil der Fälle zu einer Reduktion der Beschwerden jedoch nicht regelmäßig zu einer schleimhäutigen Abheilung [24, 25]. Sollten die Beschwerden persistieren oder höhergradige Nekrosen vorliegen, sind das chirurgische Debridement mit Entfernung des gesamten nekrotischen Knochens, Glättung von scharfen Knochenkanten und eine spannungsfreie plastische Deckung indiziert. Hierbei sollte perioperativ eine antientzündliche und antibiotische Therapie durchgeführt werden.

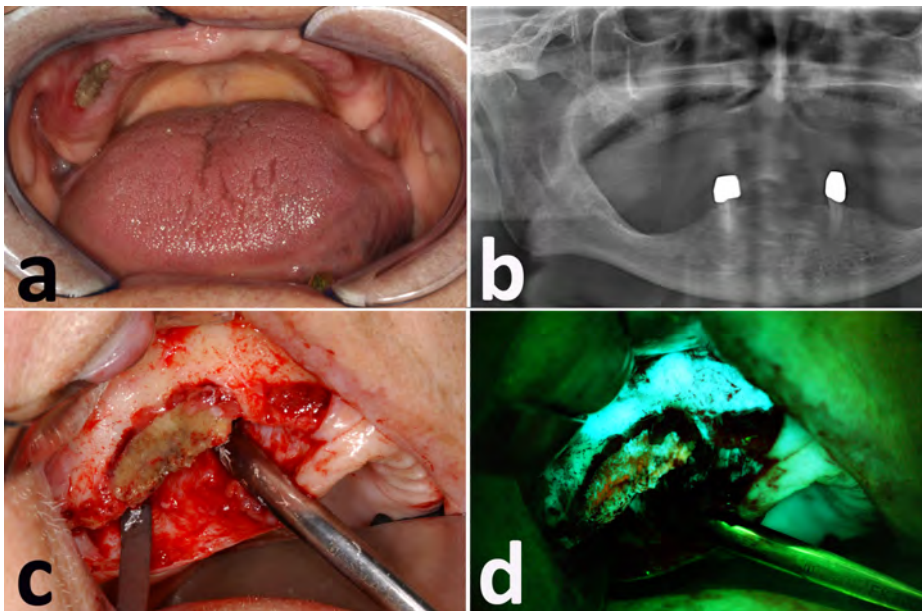


Abb. 2 a-d: Darstellung eines 79-jährigen Patienten mit Prostatakarzinom, der sich mit Schmerzen und einer nicht heilenden Wunde im Bereich des Oberkiefers rechts vorstellte. Der Patient litt unter einem Prostatakarzinom mit skelettaler Metastasierung und wurde mit Hilfe einer Chemotherapie sowie intravenösen stickstoffhaltigen Bisphosphonaten (Zoledronat 4 mg vier-wöchentlich) therapiert. Klinisch zeigte sich nekrotischer exponierter Knochen (**Abb. 2a**) im Bereich des Oberkiefers rechts, das Leitsymptom der Antiresorptiva-assoziierten Kiefernekrose. Die konventionelle radiologische Darstellung (Orthopantomographie) zeigt oft keine wesentlichen Veränderungen (**Abb. 2b**). Der Patient wurde chirurgisch (intraoperatives natives Bild **Abb. 2c**) mit Hilfe der innovativen Methode der fluoreszenz-orientierten Nekroseabtragung (intraoperatives fluoreszenz-optisches Bild siehe **Abb. 2d**) therapiert. Hierbei stellt sich vitaler Knochen in grünlicher Fluoreszenz (Autofluoreszenz des Knochens und Tetrazyklinfluoreszenz) sowie nekrotischer Knochen durch Minderung bis Auslöschung der grünlichen Fluoreszenz sowie teilweise rötlicher Fluoreszenz aufgrund der bakteriellen Besiedlung dar. Nachdruck aus Otto et al. 2012 [17] mit freundlicher Genehmigung durch Elsevier.

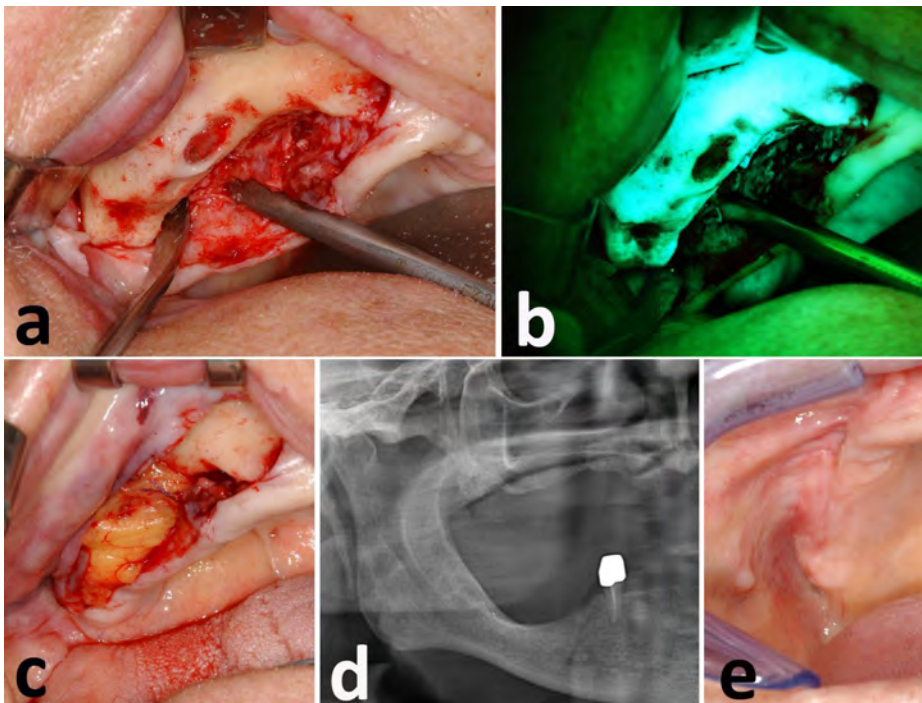


Abb. 3 a-e: Nach vollständiger Entfernung des nekrotischen und infizierten Knochens sowie Glättung scharfer Knochenkanten (**Abb. 3a** natives intraoperatives Bild sowie **Abb. 3b** intraoperatives fluoreszenz-optisches Bild) erfolgte die mehrschichtige plastische Deckung mit Hilfe des Bichat'schen Wangenfettlappens (**Abb. 3c**) sowie Mukoperiost. Unter perioperativer antibiotischer Therapie mit Amoxicillin/Clavulansäure zeigte sich eine regelrechte postoperative Wundheilung. Das postoperative röntgenologische Bild ist in **Abb. 3d** dargestellt. Vier Wochen postoperativ zeigte sich eine reizlose schleimhätige Abheilung der Wunde (**Abb. 3e**). Nachdruck aus Otto et al. 2012 [17] mit freundlicher Genehmigung von Elsevier.

Bei dem chirurgischen Debridement ist eine konventionell chirurgische Abtragung von einer fluoreszenz-orientierten Abtragung zu unterscheiden. Ein typisches klinisches Beispiel einer fluoreszenz-orientierten Nekroseabtragung ist in **Abbildung 2 und 3** dargestellt. Weiterhin sollte die präoperative Pausierung der antiresorptiven Therapie, insbesondere bei Denosumab, in Erwägung gezogen werden, soweit dies aus onkologischer bzw. osteologischer Sicht vertretbar ist [26, 27, 10].

Sollten ausgedehnte Resektionen notwendig sein, so ist je nach Allgemeinzustand des Patienten die Überbrückung und Stabilisierung der Defektzone mit Osteosynthesematerial, lokalen Lappenplastiken oder mikrovaskulär reanastomosierten Transplantaten möglich. Bei ausgedehnten Defekten im Bereich des Oberkiefers mit Beteiligung

der Kieferhöhle kommen auch Obturatorprothesen zum Einsatz [28, 29].

REHABILITATION

Die dentale Rehabilitation bei Patienten mit ARONJ erfolgt in Abhängigkeit von der Grunderkrankung. Bei Patienten, die Antiresorptiva auf Grund einer Osteoporose erhalten, kann die Insertion von dentalen Implantaten entsprechend der aktuellen Leitlinie „Implantation bei antiresorptiver Therapie“ erfolgen. Hierbei sollte über das Risiko des Auftretens einer Osteonekrose aufgeklärt werden, insbesondere wenn zusätzliche Risikofaktoren wie eine Glukokortikosteroidtherapie oder eine Antiresorptivtherapie länger als drei Jahre vorliegen [30].

Bei Patienten, die aus onkologischer Indikation antiresorptiv therapiert werden, gestaltet sich die Rehabilitation schwierig.

Die Insertion dentaler Implantate wird nicht empfohlen. Jedoch auch schleimhautgetragene Prothesen bergen durch das Verursachen von Schleimhautdruckstellen das Risiko einer erneuten Osteonekrose [31, 30].

Die Literaturliste erhalten Sie über passion_chirurgie@bdc.de.

Interessenkonflikt: Sven Otto hat themenbezogene Drittmittelförderungen der AO (Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen AO CMF C11-20 BRONJ, AO S 13-1390, AO CMF 16-15T, AO CMF 16-210) sowie interne Fördermittel der Ludwig-Maximilians-Universität (FöFoLe Reg-Nr. 623 sowie Friedrich-Baur 65/09 und 71/11 und Curt-Bohnewand-Stiftung) und Honorar für Vortragstätigkeit der Firma AMGEN® erhalten. ○

Bühen · Hörter · Schmidt

BILDATLAS OPERATIVE ZUGANGSWEGE

Orthopädie · Unfallchirurgie

Inkl. englischsprachiger DVD und Zugang zu kostenlosen Online-Filmmaterial.

Bibliografische Angaben
350 Seiten, 800 Abbildungen, Hardcover, gebunden, Format: 24 x 30 cm, Vorbestellpreis: 125,- € (gültig bis 3 Monate nach Erscheinen, danach 149,- €), ET 4. Quartal 2012 bei KVM, ISBN: 978-3-940698-72-8

Bestseller



DAS GESICHT BILDATLAS KLINISCHE ANATOMIE

Auszug Rezension:
Das Gesicht – Bildatlas klinische Anatomie. Passion Chirurgie, Esser E. 2012 Sept.

»Dieser eindrucksvolle Atlas ist insbesondere für Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen, Hals-Nasen-Ohrenärzte, Plastische Chirurgen, Dermatologen und Kieferorthopäden sowie für alle Disziplinen, die sich mit ästhetischen und funktionellen Aspekten wie ästhetische Zahnheilkunde, Transmandibuläre Dysfunktion oder Logopädie beschäftigen, vorbildhaft zu empfehlen.«

Bibliografische Angaben
360 Seiten, 380 Abbildungen, Hardcover, gebunden, Format: 24 x 30 cm, Preis: 149,- €, 2., überarbeitete Auflage 2012, ISBN: 978-3-940698-91-9



Fratila · Zubcov-Iwantschew

BILDATLAS LIDCHIRURGIE

Angewandte Anatomie · Untersuchung Plastische Lidchirurgie

Bibliografische Angaben
500 Seiten, 700 Abbildungen, Hardcover, gebunden, Format: 24 x 30 cm, Vorbestellpreis: 125,- € (gültig bis 3 Monate nach Erscheinen, danach 149,- €), ET 4. Quartal 2012 bei KVM, ISBN: 978-3-940698-67-2

Bestseller



Bestellen Sie jetzt per FAX: (030) 52137 724 · schaefermueller publishing GmbH

(Hauptstadt 2-4 · 12107 Berlin · Tel: (030) 85748513 · E-Mail: info@schaefermueller.de)

Ja, ich bestelle folgende Titel:

☐ Expl. »Bildatlas operative Zugangswege«, ISBN 978-3-940698-15-5

☐ Expl. »Bildatlas Lidchirurgie«, ISBN 978-3-940698-67-2

☐ Expl. »Das Gesicht – Bildatlas klinische Anatomie«, ISBN 978-3-940698-91-9

Lieferung gegen Rechnung. Preisänderungen vorbehalten. Alle Preise inklusive MwSt. und zzgl. Versandkosten.

Name, Vorname _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon, E-Mail _____

Datum, Unterschrift _____



CME-Artikel: Medikamentöse Schmerztherapie – Wissen des Chirurgen

Schmerztherapie in Deutschland wird durch den Schmerzdienst, sofern vorhanden, durchgeführt. Dabei besteht das Problem, dass (weit) mehr Patienten Schmerzen angeben, als ein Schmerzdienst versorgen kann. Der Schmerzdienst behandelt daher im Allgemeinen nur die „am stärksten“ von Schmerzen Betroffenen. Anzustreben ist aber die bestmögliche Therapie aller, insbesondere operierter Patienten. Dafür muss die Schmerztherapie auf eine breitere, vor allem interdisziplinäre Grundlage in Zusammenarbeit mit den einzelnen medizinischen/operativen Fachdisziplinen gestellt werden.

Schmerzen sind ein wesentliches Symptom, das Mediziner aller Fachrichtungen mit therapeutischem Anspruch betrifft. Insbesondere gilt dies für den Chirurgen wegen des invasiven Charakters seiner hauptsächlich operativ geprägten Therapie und dem von ihm hauptverantwortlich mit zu bestreitenden perioperativen Management in Richtung

- Linderung einer Symptomatologie,
- postoperativen Alterationen durch Wund- und Zugang-assozierte Aspekte, (inklusive)
- Komplikationen.

KORRESPONDIERENDER**AUTOR:****DR. MICHAEL BRINKERS**

Abteilung für Schmerztherapie
Klinik für Anästhesiologie und
Intensivtherapie
Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg
michael.brinkers@med.ovgu.de

DR. GISELHER PFAU

Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg
Medizinische Fakultät
Universitätsklinik für Anaesthesiologie
und Intensivtherapie

DR. UWE LODES

Klinik für Allgemein-, Viszeral- &
Gefäßchirurgie
Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg

DR. DAVID JACOB

Klinik für Allgemein-, Viszeral- &
Gefäßchirurgie
Universitätsklinikum Magdeburg
A.ö.R., Magdeburg

PROF. DR. MED. FRANK MEYER

Klinik für Allgemein-, Viszeral- &
Gefäßchirurgie
Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg

Brinkers M. / Pfau G. / Lodes U. / Jacob D. /
Meyer F. CME-Artikel: Medikamentöse
Schmerztherapie – Wissen des Chirurgen. *Passion
Chirurgie*. 2017 März; 7(03): Artikel 03_03.



WEITERE CME-ARTIKEL FINDEN SIE
AUF BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE,
RUBRIK WISSEN| AUS-, WEITER- UND
FORTBILDUNG | CME-ARTIKEL).

2003 wurde das Projekt „schmerzfreies Krankenhaus“ ins Leben gerufen. Untersuchungen wie die von Maier *et al.* [1] aber auch eigene 2015 [2] haben dagegen gezeigt, dass hier noch erheblicher Nachholbedarf besteht. In beiden Untersuchungen lag der Anteil mit postoperativ nicht wirksamer Schmerztherapie bei immerhin 30 Prozent! In älteren Arbeiten (um 2000) wurden über die Hälfte der Schmerzpatienten entweder nicht versorgt oder erhielten eine unzureichende Analgesie [3].

Am Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R. hat sich in den letzten 20 Jahren eine eigene Form der Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Schmerztherapie entwickelt: Mit Ausnahme der Intensivstation werden die chirurgischen Patienten weitestgehend von der Schmerztherapie in interdisziplinäre Abstimmung mit den grundbetreuenden Viszeralchirurgen betreut. Dies schließt die Anordnung und Überwachung der gegebenen Medikamente als auch falls nötig die Optimierung der laufenden Medikation ein.

Ziel der kompakten Übersicht ist es, basierend auf themenassoziiert ausgewählten Literaturstellen und den spezifisch zur Schmerztherapie im langjährig, insbesondere perioperativen Management gesammelten Erfahrungen und eruierten Therapieeffekten, prinzipielle Empfehlungen dazu auf der Basis der WHO-Leitlinien, aber auch empirisch geprägt, i. S. von modifizierten und systematisierten praktischen Vorschlägen abzugeben und eine Diskussionsgrundlage im Sinne einer „Standard Operating Procedure“ (SOP) für alle Mitarbeiter der Chirurgie vorzulegen, die als Anlage (siehe Ende des Artikels) dieses Basisdokumentes dem Beitrag beigelegt ist. Weiterführendes („Fern“-) Ziel ist, diese alltagsrelevant weiterzuentwickeln zur letztendlichen Optimierung von kompetentem/r schmerztherapeutischen Versorgungsgrad/-güte/-qualität wie z. B. der wirksamen Prophylaxe bzw. des suffizienten Managements des „Chronic post-surgical pain“ (CPSP).

METHODE

Narrative Kurzübersicht zum Inhalt der Zielstellung mit selektiven Referenzen aus der wissenschaftlich-medizinischen Literatur unter den Stichworten:

- Perioperatives Schmerzmanagement,
- Schmerztherapie bei Nichttumor(TU)-Patienten (und)
- Psychopharmaka in der Schmerztherapie.

Grundsätzlich wurde in der Schmerzklassifikation und Entscheidungsfindung zu Art der Schmerztherapie, Schmerzmedikation und Applikationsmodus vom WHO-Stufenschema im Vorgehen abgewichen – klassifizierend wurden hingegen folgende Aspekte zugrunde gelegt:

I) Zur geeigneten Eingriffsunterteilung werden methodisch Operationen mit

- **geringer** (z. B. Hernien-Repair, Cholezystektomie, Thyreoidektomie... - i. d. R. ohne Intensivstation [ITS] und ohne thorakalen Periduralkatheter [tPDK]),
- **mittlerer** (z. B. Sigma-Resektion, Hemikolektomie, Magen(teil)-resektion, periphere Gefäßrekonstruktion ...) (und)
- **erheblicher** (z. B. Ösophagus-, Multiviszeral-, Leberteil-, Pankreas[teil]-resektion, Rektumchirurgie, Chirurgie im kleinen Becken, offene Bifurkationsprothesenimplantation ...)

Invasivität unterschieden.

II) Die Schmerzen werden prinzipiell in vier verschiedene Qualitäten eingeteilt: dumpf, drückend; brennend, stechend; kribbelnd, einschließend elektrisierend; krampfend.

III) Folgende Medikamente(ngruppen) werden verwendet:

- Medikamente der Stufen WHO I-III
- Laxanzien (z. B. Laxoberal®-Tropfen)
- Antemetika: z. B. Ondansetron (Zofran®)
- Antiepileptika
- Antidepressiva
- Antikonvulsiva.

IV) Schmerzverabreichend kamen folgende Administrationsmodi, Applikationssysteme und Medizinprodukte zum Einsatz:

- p.o. (Tablette / Pille / Tropfen) / s.c. / i.v. / s.l.
- Kurzinfusion
- Perfusor
- PCA-Pumpe
- (thorakaler) Periduralkatheter (tPDK)

- nasogastrale / PEG-Sonde
- Physiotherapie
- manuelle Therapie
- Neuraltherapie
- Akupunktur

ECKPUNKTE

Es erscheint hinreichend verständlich, dass für eine zeitadäquate, bedarfs-, fall- und befundgerechte Schmerztherapie ein gebührender Platz im perioperativen Management eingeräumt werden muss. So sollte die Schmerztherapie bereits obligatorischer Planungsbestandteil im Rahmen der Narkosevorbereitung/Prämedikation sein.

FRAGEN AN DEN PATIENTEN UND PLANERISCHE KONSEQUENZEN FÜR DIE THERAPIE LÄNGER DAUERNDER SCHMERZEN

Zunächst sind beim Erstkontakt nach OP einige Fragen zur Situation des Patienten zu klären:

- Wo tut es dem Patienten weh?
- Ist dies ein postoperativer Schmerz oder bestand der Schmerz schon vor der OP?
- Welche Stärke hat der Schmerz auf einer Skala von 0-10 („Visuelle Analog-Skala“ [VAS] [4]. Siehe auch BPS [5]. Dabei sind hier 4 Angaben wichtig:
 - der Schmerz im Augenblick der Fragestellung,
 - der maximale Schmerz in den letzten Stunden,

- der minimale Schmerz in den letzten Stunden (und)
- das Therapieziel des Patienten oberhalb von 0 (Schmerzfreiheit ist kein Ziel).
Dazu ist vorzuschicken, dass mit „visuell“ kein konkretes Sehen gemeint ist, sondern die spontane Eingebung des Patienten, wie er sich hinsichtlich der subjektiven Schmerzempfindung – diese (semi-)quantifizierend – gerade fühlt.

d) Der Patient sollte dann auch die Qualität der Schmerzen benennen. Wie also fühlt sich der Schmerz an? Die Antworten sind nicht vorzugeben, sondern der Patient selber soll wiederum spontan sagen, was er empfindet. Die vom Patienten genannten Qualitäten sind in eine der vier folgenden Gruppen (siehe Methode und weiter unten) einzuteilen:

- Alsdann ist zu notieren,
 - wie lange der Schmerz am Tag andauert,
 - wie oft Schmerzepisoden/-sensationen vorkommen,
 - welche Diagnose bisher zu seinen Schmerzen gestellt wurde(n) (und)
 - ob/welche Medikamente der Patient bisher gegen die Schmerzen eingenommen hat.

Auf der Grundlage dieser Angaben lassen sich nach folgendem Schema entsprechend Medikamente ansetzen (Tab. 1).

Dieses Schema stellt aus eigener Alltagserfahrung eine klinisch-praktisch relevante und bewährte Vereinfachung dar gegenüber

dem Versuch, Schmerzen nach OP-Gebiet zu behandeln.

VERWENDETE MEDIKAMENTE VS. SCHMERZQUALITÄT

Um die vier Kategorien zu therapieren, sind folgende Medikamente nötig.

a) Dumpf/drückend: zunächst schwache Opiode, im weiteren auch starke Opiode – je nach Erfordernis (Tab. 2, 3).

Bei WHO-III-Präparaten gibt es zumindest für die ersten zwei Präparate keine Maximaldosis.

b) Brennend, stechend, schneidend
Zur Behandlung dieser auf eine Nervenschädigung hindeutenden Schmerzqualitäten werden in der Schmerzambulanz folgende Antidepressiva verwendet (Tab. 4).

c) Kribbelnd, einschießend
Zur Behandlung dieser Schmerzqualitäten werden in der Schmerzambulanz Antikonvulsiva / Antiepileptika verwendet. Dabei stehen zur Verfügung: Carbamazepin, Lamotrigin, Gabapentin und Pregabalin (Tab. 5).

d) Viszeral-krampfend
Das einzige zur Verfügung stehende spasmolytisch wirksame und rezeptpflichtige Medikament ist Metamizol.

e) Weitere Medikamente
Neben diesen genannten Medikamenten stehen die WHO-I-Präparate (Tab. 6) für „leichtere“, zusätzlich vorhandene Schmerzen wie Kopfschmerzen zur Verfügung. Sie sind allerdings nicht für eine Dauertherapie vorgesehen, sondern für einen kurzfristigen Einsatz, der maximal sieben Tage im Allgemeinen nicht überschreiten sollte.

PAIN SCALE

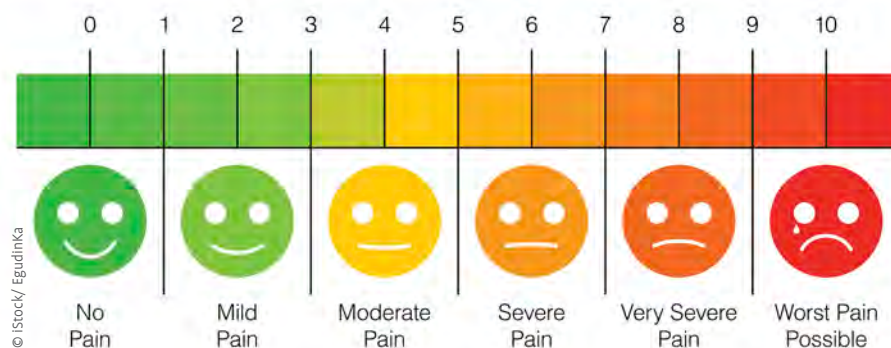


Tabelle 1 Auflistende Zuordnung der Schmerzqualitäten zu empirisch sinnvoll zu verwendenden Medikamentengruppen.

Schmerzqualität	Medikamentengruppe
dumpf, drückend	Opiode
brennend, stechend	Antidepressiva Duloxetin, Venlafaxin, Mirtazapin
kribbelnd, einschießend elektrisierend	Antiepileptika Gabapentin, Pregabalin
krampfend	Novaminsulfon

Tabelle 2 Opiode Stufe II

Substanz	Anfangsdosierung	Maximaldosis
Tilidin/ Naloxon	2-3 x 50 mg	3 x 200 mg
Tramadol	2-3 x 50 mg	3 x 200 mg

Tabelle 3 Opiode Stufe III

Substanz	Anfangsdosierung
Morphinsulfat	2-3 x tgl. 10 mg p.o.
Hydromorphon	2-3 x tgl. 4 mg p.o.
Buprenorphin	2-3 x tgl. 0,2 mg s.l.
Oxycodon	2-3 x tgl. 10 mg p.o.
Tapentadol	2-3 x tgl. 50 mg p.o.

Tabelle 4 Dosisbereiche der Antidepressiva (AD) [6]

Klasse	Substanz	Anfangsdosis [mg]	Maximaldosis
nsMRI	Amitriptylin	10 -25	150
nsMRI	Doxepin	5	100
α_1 -Blocker	Trimipramin	25	150
α_2 -Blocker	Mirtazapin	7,5 -15	45
SNRI	Venlafaxin	37,5 -75	150
SNRI	Duloxetin	30	60

Tabelle 5 Antikovskyiva [7]

Medikament	Dosis	Indikation
Carbamazepin	Ab 600 mg ret.	Neuralgien, Mood stab.
Gabapentin	Ab 900 mg	PNP
Pregabalin	Ab 75 mg	PNP, GAD
Lamotrigin	Ab 50 mg	Mood stab.
Valproat	1000 mg	Mood stab.
Topiramal	100 mg	Migräne

PNP= Polyneuropathie, GAD= Generalisierte Angststörung, Mood stab.= Stimmungsstabilisator

Tabelle 6 Medikamente WHO-Stufe I

Substanz	Dosierung für Erwachsene
Etoricoxib	1 x 60-120 mg
Celecoxib	2 x 100-200 mg
Parecoxib	1-2 x 40 mg i.v.
Metamizol	5 x 1 g p.o. oder i.v. als KI
Paracetamol	4 x 1 g p.o.
Paracetamol	4 x 1 g i.v. als KI
Butylscopolaminbromid	3 x 10 mg p.o. oder als KI

MEDIKATION NACH SCHWEREGRAD DER OP

GERINGE INVASIVITÄT

Die Einteilung nach Schweregrad wird deswegen vorgenommen, weil dabei von einer zu erwartenden Schmerzmedikation auszugehen ist. Für „kleinere“ OPs werden ebenso die Medikamente der **Tab. 6** verwendet.

Die WHO-I-Präparate stehen also für zwei Schmerzgruppen zur Verfügung:

1. Schmerzen postoperativ in den ersten Tagen bei OPs geringer Invasivität
2. Schmerzen auch bei OPs mit höherer Invasivität und dabei vorkommenden weiteren Schmerzen wie etwa Kopfschmerzen (**s. Vereinbarung am Ende**).

MITTLERE UND ERHEBLICHE INVASIVITÄT

Für die postoperative Versorgung wird bei diesen Operationen zumeist präoperativ ein Periduralkatheter (PDK) gelegt.

Die Schmerztherapie in den ersten zwei bis drei postoperativen Tagen wird von diesem bestimmt. Diese zeitliche Orientierung wurde im Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R. als anzustrebende Liegedauer eines Katheters interdisziplinär zwischen Schmerztherapie und Viszeralchirurgie (nicht zuletzt in Anlehnung an bewährte Übereinkünfte mit anderen operativen/klinischen Disziplinen) festgelegt (**s. Vereinbarung am Ende**).

ERHÖHTE INVASIVITÄT

Nach Operationen dieser Kategorie ist vom zusätzlichen Bedarf eines Opioids auszugehen oder dieses zumindest bereitzuhalten. Sollte daher die Gabe weiterer Medikamente additiv nötig sein, so stehen die oben aufgeführten Medikamente zur Verfügung (**s. Vereinbarung am Ende**).

SPEZIELLE KONSTELLATIONEN

- Müssen Patienten postoperativ zunächst auf die Intensivstation verlegt werden, so kann bei einem komplikationslosen Verlauf nur die Pflege des PDK allein notwendig sein. Bei einem länger als zwei bis drei Tage dauernden Aufenthalt wird oft die Gabe eines Opioids nötig (ob via PDK oder bei bereits „gezogenem“ PDK).
- Das Opioid ist allein auf der Intensivstation als Perfusor einsetzbar, da nur dort

die erforderliche Überwachung möglich ist.

- Kann der Patient – schluckfähig – auf die Normalstation verlegt werden, wird die Medikation in orale Verabreichung geändert. Sowohl auf der Intensiv- wie auf der Normalstation erfolgt die Wahl des Opioids in Abhängigkeit von der körperlichen Situation des Patienten.
- Kann der Patient trotz einer OP mit erheblicher Invasivität direkt auf die Normalstation verlegt werden, so geschieht die Versorgung der Schmerzen zunächst entweder ebenfalls über den präoperativ gelegten PDK oder über ein Novalgin-/Piritramid-Schema (Nov-algin als Kurzinfusion, Piritramid erst als PCA-Pumpe oder als Bedarf).

VORGEHEN AUF NORMALSTATION

Ob nun direkt aus dem OP-Saal oder erst nach Tagen des Aufenthaltes auf der Intensivstation:

- Auf Normalstation ist davon auszugehen, dass mit dem Patienten eine bessere Kommunikation möglich ist. Zumeist ist der Patient weniger bewusstseinsgestört, schluckfähig und er reagiert auf Ansprache annähernd adäquat. Ziel dieser hier empfehlenswerten Schmerzschema ist die Versorgung langfristiger Schmerzen, sofern notwendig – das bedeutet nun zunächst, dass die Patientenfragen (siehe oben) ebenso gestellt werden. Dies wiederum hat Auswirkungen auf die Therapie. Die Medikamente werden nach den vom Patienten angegebenen Schmerzqualitäten zusammengestellt. Dabei gilt: Nennt der Patient mehrere Qualitäten (aus den vier – siehe oben aufgeführt), so erhält er auch entsprechend mehrere Medikamente.
- Für Opiode ist zu berücksichtigen: Schmerzen werden nicht nach der Schmerzstärke behandelt (je höher, desto stärker das Opioid), sondern danach, ob die bisherige Medikation nicht ausreicht und ob der Patient schon vor der OP Opiode einnahm. Entsprechend wird bei „Opioidnaiven“ ein

schwaches Opioid in zunächst geringer Dosierung gegeben. Bei schon eingenommenem schwachen Opioid dagegen wird dieses in der Höhe angepasst oder eventuell auf ein hochpotentes Opioid in schwacher Dosis umgestellt (s. Umrechnungstabelle **Tab. 7**).

- Für Antidepressiva gilt:
In geringen Dosierungen wirken sie analgetisch. In höheren Dosierungen sind sie zur Behandlung der Depression gedacht.
Die Analgesie tritt früher als der antidepressive Effekt, nämlich schon innerhalb von drei Tagen ein.
- Für Antikonvulsiva gilt:
Die Therapie ist in geringer Dosis zu beginnen und dann langsam zu erhöhen, da Antikonvulsiva Hautexantheme verursachen können. Diese Nebenwirkung ist bei langsamer Eindosierung gegen null reduziert.

WEITERES VORGEHEN

Die Patienten sind mindestens einmal pro Tag aufzusuchen und die Schmerzsituation gemeinsam mit dem grundbetreuenden Viszeralchirurgen zu eruieren. Minimum ist die Frage nach der aktuellen Schmerzstärke. Dies ist problemlos im Rahmen der täglichen Messung von Blutdruck und Puls möglich und ebenso in die Patientenkurve einzutragen.

Bei weiter bestehenden Schmerzen ist die Dosis der bisherigen Medikamente anzupassen, maximal pro Anpassung aber um 100 Prozent Erhöhung.

DISKUSSION

Eine Schmerztherapie sollte sowohl

- dem individuellen Patienten,
- seiner (Schmerz-)Anamnese und Begleitbefunden,
- dem Fachgebiet sowie
- der Invasivität der operativen Eingriffe/ Interventionen

Rechnung tragen und von allen Mitarbeitern auf einer Station unterstützt werden, basierend auf einer adäquaten Kenntnis der Inhalte spezifisch verfolgter Schmerztherapiekonzepte.

Eine „SOP“ erscheint dazu ein geeignetes Instrument, insbesondere im Rahmen des heutzutage angezeigten Qualitätsmanagements eines Krankenhauses/einer Klinik sowie um publizierte Schmerztherapieempfehlungen und konkrete, im Alltag bewährte bzw. modifizierte analgetische Aspekte sinnvoll für eine zeitadäquate und bedarfsgerechte Verabreichung zu kombinieren.

Ein Schmerztherapiekonzept darf dabei nicht zu ausführlich sein und sollte für die meisten Fälle des klinischen Alltags eine Lösung anbieten. Die Lösung darf aber wiederum nicht zu komplex ausfallen, sondern sollte pragmatisch als auch rasch erlern-, begreif- und nachvollziehbar sein. Eingearbeitete Schmerzschema verfolgen dabei den Anspruch, nicht zu starr, sondern flexibel auf die unterschiedlichsten Fälle anwendbar zu sein. Deswegen gibt es auch keine Schmerztherapie nach Schmerzstärke [10] oder gender-fixiert [11]. Mit diesen Vorgaben war es

Tabelle 7 Listung von Opioidpräparaten, Substanz, Morphinbezug und empfohlener Dosierung [8,9]

Substanz	Verhältnis zu Morphin	Beispiel
Morphinsulfat	1:1	
Tilidin/Naloxon	10:1	100 mg Tilidin = 10 mg Morphinsulfat
Tramadol	5:1	50 mg Tramadol = 10 mg Morphinsulfat
Hydromorphon	1:7,5	4 mg Hydromorphon = 30 mg Morphinsulfat
Buprenorphin	1:75	0,4 mg Buprenorphin = 30 mg Morphinsulfat
Oxycodon	1:2	5 mg Oxycodon = 10 mg Morphinsulfat
Tapentadol	2:1	50 mg Tapentadol = 25 mg Morphinsulfat
Fentanyl	1:100	25 µg/h Fentanylpflaster = 60 mg Morphinsulfat
Buprenorphin	1:75	35 µg/h Buprenorphinpflaster = 60 mg Morphinsulfat

die Absicht, das in der SOP „Interdisziplinäre Vereinbarung zur postoperativen Schmerztherapie in der Allgemein- und Viszeralchirurgie - Basis-SOP“ (**s. Vereinbarung am Ende**) aufgeführte Vorgehen so festzulegen, um eine eher standardisierte/einheitliche Versorgung zu realisieren, wo es möglich ist – unabhängig davon, ob eine Pflegekraft, der Chirurg oder ein Schmerztherapeut den Patienten versorgt.

Die vorgelegte systematisierte und aus Sicht der Autoren modernisierte SOP wurde in der Absicht erstellt, die Vorgehensweise der Schmerzzambulanz den Mitarbeitern der viszeralchirurgischen Stationen zu vermitteln und so auch die Schmerztherapie auf *alle* Patienten auszudehnen, ohne dass das pflegerische wie ärztliche Personal eine spezifische eigene Ausbildung durchlaufen muss (wie etwa „Pain Nurse“ oder „Spezielle Schmerztherapie“).

Dass durch eine Erweiterung des Wissensstandes vom Schmerzdienst hin auf das gesamte Personal einer Station auch eine

Verbesserung der Schmerzsituation aller Patienten dieser Station erreicht wird, bleibt (als derzeitige Limitation anzumerken) zu beweisen. Ein systematisches „Follow up“ mit Zielvorgabe der Wirksamkeitsbeurteilung und wissenschaftlicher Auswertung ist in Planung.

Aus diesem Grunde wurde dieses hier umrissene Vorgehen nicht allein vom Schmerzdienst vorgeschrieben, sondern von der Schmerzzambulanz der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie sowie der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie gemeinsam entwickelt und soll Anregung als auch Denkanstoß für andere operative/interventionelle Disziplinen sein.

Das skizzierte Vorgehen ist noch nicht weit- hin etabliert und daher vorläufig, geplant ist daher auch eine periodische Überprüfung der Wirklichkeitsnähe dieser Skizze und entsprechende Anpassung im Ärztekonsil zwischen Schmerzzambulanz sowie Allgemein-/Viszeral-) Chirurgie bzw. der chirurgischen ITS.

FAZIT

Schmerztherapie für die Allgemein- und Viszeralchirurgie lässt sich in ausgewählten, überschaubaren Schemata definieren, wie in der beigefügten „SOP“ aufgeführt, die zur wissenschaftlichen Begutachtung vorgestellt wird.

Diese sind für jeden, der in diesem Bereich tätig ist, nachvollzieh- und erlernbar. Damit wird dem Ziel Rechnung getragen, eine Therapie aufzustellen, die individuell und entsprechend der Anamnese, den Befunden und der Invasivität des operativen Eingriffs ausgerichtet ist.

Gleichwohl entbinden auch solch „einfache“ Schemata nicht der Sorgfaltspflicht. Diese sind vorgegeben durch bereits bestehende SOPs [12], aber auch die Kontrolle und Überwachung der verwendeten Medikamente und ihrer erzielten Wirkung [6,7,13,14] mit ggf. erforderlicher Modifikation bzw. Korrektur.

Literatur via passion_chirurgie@bdc.de



KOMMENTAR

VON PROF. DR. STEPHAN M. FREYS, VORSITZENDER DER CHIRURGISCHEN ARBEITSGEMEINSCHAFT AKUTSCHMERZ DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE, EV. DIAKONIE-KRANKENHAUS, CHIRURGISCHE KLINIK, BREMEN:

Die vorgelegte interdisziplinär durch Anästhesisten und Chirurgen erstellte Arbeit zur „modernen medikamentösen Schmerztherapie“ stellt einen gelungenen Aufruf zu interdisziplinärem Handeln dar. Anhand einer einrichtungsspezifischen SOP (Standard Operating Procedure) zur Akutschmerztherapie in einer chirurgischen Klinik wird ein beispielhaftes Projekt vorgestellt, wo Schmerztherapeuten und Chirurgen in gleicher Richtung denken und disziplinaffine Eitelkeiten vollständig „über Bord geworfen werden“.

In einer gut lesbaren Art präsentiert der Artikel in einer knappen Übersicht eine als modellhaft zu wertende SOP hinsichtlich der individuellen Akutschmerztherapie an der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie des Universitätsklinikums Magdeburg, generiert durch die Abteilung für Schmerztherapie der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie am selben Ort. Wenngleich die dargestellte SOP nicht einen Anspruch auf universelle Gültigkeit erhebt, so ist sie selbstverständlich jedoch ein exzellentes Beispiel für eine gelungene Kooperation in einem „Nebengebiet“ unseres täglichen Handelns, welches in naher Zukunft zu einem wesentlichen Qualitätsindikator moderner Krankenhausmedizin mutieren wird.

Der Artikel wird vieles erreicht haben, wenn möglichst viele „Nachahmer“ in ihren Kliniken eine ähnlich konstruktive Kooperation miteinander eingehen.



INTERDISZIPLINÄRE VEREINBARUNG
ZUR POSTOPERATIVEN
SCHMERZTHERAPIE IN DER
ALLGEMEINCHIRURGIE –
BASIS-SOP –

UNIVERSITÄTSKLINIKUM
MAGDEBURG A.Ö.R.



OTTO VON GUERICKE
UNIVERSITÄT
MAGDEBURG



Universitätsklinik für
Allgemein-, Viszeral-
und Gefäßchirurgie

Anlage

INTERDISZIPLINÄRE VEREINBARUNG ZUR POSTOPERATIVEN SCHMERZTHERAPIE IN DER ALLGEMEINCHIRURGIE

- BASIS-SOP -

1. SCHMERZANAMNESE UND MEDIKAMENTENAUSWAHL

Bevor man einen Patienten therapiert, sollte man die wichtigsten Charakteristika der Schmerzen erfragen:

- wo?
- seit wann?
- welche Schmerzstärke (VAS)?
- welche Schmerzqualität?
- Dauer?
- bisherige Diagnose?
- bisherige Medikamente?

Die Erfassung und tägliche Dokumentation des aktuellen Schmerzniveaus in der Krankenakte anhand Schmerzskala (VAS, BPS [*behavioral pain scale*]) ist organisatorisch sicherzustellen.

Therapie nach Schmerzqualität

Bewährt hat sich – unabhängig von der zugrunde liegenden Pathogenese – das Therapieren nach den vom Patienten geäußerten Schmerzen:

dumpf, drückend

Opioide

brennend, stechend

Antidepressiva

Duloxetine, Venlafaxin, Mirtazapin

kribbelnd, einschließend elektrisierend

Antiepileptika

Gabapentin, Pregabalin

krampfend

Novaminsulfon

Seite 1 von 6

**JETZT
BUCHEN**



**JETZT DIESEN KURS ÜBER
DIE BDC|MOBILE-APP BUCHEN!
CME-PUNKTE SAMMELN IM
[eCME-CENTER]**



Dieser CME-Artikel ist ab jetzt drei Monate kostenlos in Ihrer BDC|Mobile-App oder auf www.ecme-center.org in Ihrem Konto hinterlegt.

Für eine spätere kostenfreie Buchung des Kurses im [eCME-Center] nutzen Sie bitte die PIN: **BDC62859**.



Online-Fortbildung für Chirurginnen und Chirurgen



Am PC:

Im Internet das [eCME-Center] unter www.ecme-center.org aufrufen und einloggen. Ihre Logindaten wurden Ihnen aus der BDC-Mitgliederverwaltung per Post zugesendet.*

Schauen Sie in „Mein Schreibtisch“ unter „Gebuchte Kurse“. Dort finden Sie Ihre kostenlosen Kurse.**

So einfach
geht's:

Auf einem mobilen Gerät:

Kostenlos **BDC|Mobile** aus dem **App Store** und bei **Google Play** laden und öffnen. BDC-Mitglieder loggen sich unter ZUGANGSDATEN einmal ein.*

Dann geht's über E-LEARNING in das mobile [eCME-Center] des BDC. Der aktuelle Artikel wurde Ihnen bereits in die App gebucht.**



[eCME-Center] ist
Bestandteil von
BDC|Mobile



Fortbildung unterwegs, im Büro und zuhause

Das [eCME-Center] ist die Fortbildungsplattform für Chirurgen und Orthopäden im Internet (www.ecme-center.org) mit einer Vielzahl von Fortbildungskursen und Lernpaketen aus allen Disziplinen.

Es erwarten Sie ein umfangreiches Angebot an E-Learning-Kursen aus allen chirurgischen Disziplinen in diversen Formaten, vom Lehrbuch über Vorträge bis hin zum Videokurs. Viele der Kurse sind CME-zertifiziert!

Kursformate im Internet und für Tablets und Smartphones

-  **CME-Kurse in Textform**
Lehrbuchartige Kurse mit Grafiken, Tabellen und zahlreichen Abbildungen
-  **Videokurse**
Lernvideos in hoher Bildqualität
-  **Podcast**
Live-Vortragsaufzeichnungen mit Slideshow renommierter Chirurgen
-  **BDC|Mobile**
Kurs für Smartphone und Tablet verfügbar

Informieren Sie sich ausführlich unter:

www.ecme-center.org

Mit dem [eCME-Center] holen Sie sich jetzt CME-Kurse, Videos und Podcasts auf Ihren PC, aufs Handy oder das Tablet. So können Sie Ihre Fortbildung dort machen, wo es für Sie am bequemsten ist, statt selbst zu Seminaren fahren zu müssen.

**Wir fangen da an, wo Lehrbücher
und Zeitschriften aufhören.**



* Wenn Sie Fragen oder Probleme haben, melden Sie sich bei uns, wir stehen gern zur Verfügung:
Telefon 030/28004-100 oder per E-Mail ecme-center@bdc.de

** CME-Punkte sind nur ein Jahr ab Zertifizierung eines Kurses gültig (konkretes Ablaufdatum im eCME-Center ersichtlich). Der aktuelle Artikel ist bis drei Monate nach der Veröffentlichung für BDC-Mitglieder kostenlos ins Konto eingebucht. Eine spätere kostenfreie Nutzung ist mit dem angegebenen PIN (siehe Vorseite) möglich.



BDC Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin
Tel.: 030/28004-100, Fax: 030/28004-108
E-Mail: ecme-center@bdc.de



Akademie aktuell: Wenn Mediziner in die Mühlen der Medien geraten

Im Ruhrgebiet kommt ein Baby mit schweren Missbildungen zur Welt und die Mutter verklagt die Frauenärztin laut **BILD** auf 1,3 Mio. Euro. In einer Klinik im Oberbergischen Kreis wird eine Frau statt an der Schulter am Knie operiert – **Panorama** macht eine reißerische Story daraus. Der Operateur muss gehen. Der **Stern** attestiert jedem zehnten deutschen Krankenhaus zum Teil schwere Behandlungsfehler und Hygienemängel. Jörg Lauterberg vom AOK-Bundesverband rechnet im **FOCUS** vor, dass in Deutschland mit über 17.500 Patien-

ten jährlich mehr Menschen an Behandlungsfehlern sterben, als im Straßenverkehr.

Immer häufiger geraten Mediziner in die Mühlen der Medien. Und das vielleicht Schlimmste dabei: Fast alle Mediziner sind sich sicher, dass ihnen dies nicht passieren könnte, und reagieren deshalb im Fall der Fälle völlig unvorbereitet. Als Folge riskiert so mancher dabei sogar seine berufliche Existenz.

Aber wo hat diese fatale Haltung ihren Ursprung? Der schlichte Grund liegt in einer

**HOLGER MÜNSINGER**

kmmarketing
Seestraße 126
15806 Zossen
h.muensinger@kmmarketing.net

Münsinger H. Akademie aktuell: Wenn Mediziner in die Mühlen der Medien geraten. *Passion Chirurgie*. 2017 März, 7(03): Artikel 04_01.



WEITERE INFORMATION UND ANMELDUNG ZUR VERANSTALTUNG AUF BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE, RUBRIK BDC|AKADEMIE | ALLE VERANSTALTUNGEN).

völligen Fehleinschätzung des Medieninteresses seitens der Mediziner: Denn während diese nach wie vor glauben, nur der „Supergau“ in Sachen Behandlungsfehler taue als Zeitungs-Aufmacher oder TV-Reportage, können sich die Medien das Warten darauf gar nicht leisten. Allein 1.500 Tageszeitungen in Deutschland mit einer Auflage von fast 30 Millionen Exemplaren brauchen täglich „Stoff“. In TV-Magazinen und deren Internet-Ablegern wollen weitere Millionen von Zuschauern und Lesern unterhalten werden. Und weil negative Medizinstorys im Boulevardbereich Auflagen und Einschaltquoten in die Höhe schnellen lassen, geraten Ärzte selbst mit kleinsten Beratungs- oder Behandlungsfehlern und manchmal sogar unverschuldet zwischen die Fronten dieses Medienkriegs – und damit in die Schlagzeilen.

Da wird der verspätete Hausbesuch zur „unterlassenen Hilfeleistung“, der wegen Überfüllung des Wartezimmers abgewiesene Patient zum „Willkürpfer“ oder das falsch dosiert eingenommene Medikament zum Beweis eines sträflichen Mangels bei der medizinischen Aufklärung.

Von allen Disziplinen stehen dabei Chirurgen in vorderster Front bei den Medien-Attacken. Da wird dann auch schon mal eine

Operation, obwohl lege artis ausgeführt, von skrupellosen Anwälten als Ärztepfusch verunglimpft, um ein möglichst hohes Schmerzensgeld zu erzielen. Und dazu spannen sie noch die Medien mit „geschönten“ Fakten vor ihren Karren – leider oft mit Erfolg, weil der Arzt weder darauf vorbereitet ist, geschweige denn seine Rechte gegenüber den Medien kennt.

Dass der Chirurg von der Schiedsstelle oder einem ordentlichen Gericht später komplett entlastet wird, ist in vielen Fällen am Ende nur ein halber Sieg, wenn sein guter Ruf und seine Reputation dabei beschädigt wurden. Im schlimmsten Fall gewinnt der Mediziner juristisch, verliert aber seine berufliche Existenz.

Für den Fall der Fälle sollte also jeder Mediziner vorbereitet sein, denn sonst verliert er unter Garantie.

Gemeinsam mit dem BVOU bietet Ihnen der BDC daher zweimal im Jahr ein Seminar zu diesem wichtigen Thema an: „Medizinische Krisenkommunikation unter juristischen und medialen Aspekten“.

Holger Münsinger, Jurist und Ex-Chefredakteur der BILD-Zeitung Berlin, macht Sie dabei gemeinsam mit unserem Justitiar Dr. Jörg Heberer fit für den Krisenfall. ○

Akademie für chirurgische Weiterbildung und praktische Fortbildung



MEDIZINISCHE KRISENKOMMUNIKATION

unter juristischen und medialen Aspekten

Berlin, 05. Mai 2017
13. Oktober 2017

Empfohlen für Cheförzte
und Niedergelassene Ärzte

Zur Anmeldung und Information auf das Bild klicken.



Zeigen, wer man ist!

Kliniken und Praxen auf Chirurgie-Suche.de

Patienten können häufig vor oder auch nach einem chirurgischen Eingriff nicht einschätzen, welche Qualität die chirurgische Behandlung hat bzw. hatte. Umso bedeutender ist das vertrauensvolle Verhältnis zwischen Patient und Chirurg schon vor einem

(planbaren) chirurgischen Eingriff. Damit stellt sich die Frage, inwieweit ein niedergelassener Chirurg oder eine chirurgische Klinik Vertrauen bereits vor einem direkten Kontakt aufbauen kann, um die Aufmerksamkeit eines Patienten oder auch eines Ein- und



DR. RER. POL. RONNY DITTMAR
Geschäftsführer des BDC
Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin
Ronny.Dittmar@bdc.de

Zuweisers auf die eigene chirurgische Einrichtung und die eigene Kompetenz zu lenken.

EFFIZIENTES ONLINE-MARKETING

Mit diesem Ziel hat der BDC das innovative Online-Fachportal Chirurgie-Suche.de ins Leben gerufen. Denn die Suche nach Gesundheitsinformationen im Internet steht hoch im Kurs. 60 Prozent aller deutschen Internetnutzer informieren sich im Web zu gesundheits- und krankheitsrelevanten Themen – Tendenz steigend [1]. Mit Daten von über 5.500 chirurgischen Klinik- und Praxisprofilen deutschlandweit stellt Chirurgie-Suche.de ein umfassendes und fachspezifisches Informationsangebot zur Verfügung, das Kliniken und Praxen ein effizientes und informatives Onlinemarketing ermöglicht – regional wie überregional.

AUFFINDBARKEIT VERBESSERN UND TRANSPARENZ STEIGERN

Chirurgie-Suche.de hilft Patienten **den** Spezialisten auch überregional zu finden und die Auffindbarkeit von Einrichtungen unserer Mitglieder im Internet zu verbessern. Durch die Darstellung der Kliniken und Praxen entsteht Transparenz für Patienten und das Vertrauen zwischen Patient und Arzt wird gestärkt.

Das Portal bietet Chirurgen durch eine permanente Anpassung an die Suchgewohnheiten von Internetnutzern und die kontinuierliche Pflege der Suchmaschinenoptimierung die Möglichkeit, auch bei einer unspezifischen Suchanfrage gefunden zu werden, um die eigene chirurgische Kompetenz transparent zu kommunizieren. Damit steht

Chirurgie-Suche.de nicht in Konkurrenz zur eigenen Internetpräsenz. Vielmehr ergänzt Chirurgie-Suche.de das bisherige Angebot.

TRANSPARENZ FÜR PATIENTEN UND DEN CHIRURGISCHEN NACHWUCHS

Im Gegensatz zu anderen Arztportalen setzt der BDC bei Chirurgie-Suche.de nicht auf Bewertungen und Kommentierungen durch Dritte, sondern auf Transparenz und die Urteilkraft der Patienten. Das Fachportal legt seinen Schwerpunkt auf die objektive und seriöse Präsentation der Kompetenz und Qualität einer chirurgischen Einrichtung. Hierdurch erhält der Nutzer verlässliche Informationen über chirurgische Leistungsträger in Klinik und in Praxis, die er in seine Entscheidungsfindung bei der Suche nach dem Chirurg seines Vertrauens einfließen lassen kann.

Dem Suchenden wird die Auswahl spezialisierter und fachlich geeigneter Kliniken und Praxen durch einen Umgangssprachen-Thesaurus erleichtert. Im Bereich Karriere können sich zusätzlich Medizinstudenten und Bewerber umfassend über das Weiterbildungsangebot der Institutionen informieren. Um potenziellen Patienten und dem chirurgischen Nachwuchs einen optimalen Eindruck vermitteln zu können, bietet Chirurgie-Suche.de jeder Klinik und Praxis vielfältige Präsentationsmöglichkeiten. Betreiben auch Sie Marketing auf der Online-Plattform Chirurgie-Suche.de – profitieren Sie von neuen Patienten, Zuweisern und Bewerbern. Bereits mit dem kostenfreien Basisangebot haben Sie mehr Darstellungsfreiraum, als in jedem anderen Marketingmedium. Testen Sie zusätzlich

Dittmar R. Zeigen, wer man ist: Kliniken und Praxen auf Chirurgie-Suche.de. *Passion Chirurgie*. 2017 März, 7(03): Artikel 04_02.



WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA
FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE (WWW.
BDC.DE, RUBRIK WISSEN | KARRIERE).

Leistungen	Basis-Paket	Premium-Paket
Basis-Profil	X	X
Fotos & Logo hochladen	–	X
optimal gefunden werden	–	X
Leistungsspektrum darstellen	(X)	X
News & Berichte einstellen	–	X
CS-Index 'Patienten'	X	X
CS-Index 'Karriere'	X	X

Sie haben noch keine Zugangsdaten – fordern Sie diese bei der BDC-Mitgliederverwaltung unter 030/28004-141 oder support@chirurgie-suche.de an.

unverbindlich und kostenfrei unser Premiumangebot und erhöhen Sie die Aufmerksamkeit der Nutzer um ein Vielfaches.

25.000 BESUCHER PRO MONAT

Die aktuellen Nutzerzahlen bestätigen den Erfolg des Online-Fachportals: Über 25.000 Besucher verzeichnet die Webseite pro Monat, die sich über das chirurgische Leistungs- und Angebotsspektrum von Kliniken und Praxen in Deutschland informieren. Bei der Suche nach chirurgischen Leistungsträgern auf Google werden Klinik- und Praxispro-

file, die auf Chirurgie-Suche.de gelistet sind, teilweise vor den eigenen Homepages in den Ergebnislisten angezeigt. Spitzenprofile mit einem hohen Transparenzindex wurden seit der Registrierung auf Chirurgie-Suche.de über 20.000-mal aufgerufen.

IST IHR PROFIL AUF CHIRURGIE-SUCHE.DE AKTUELL?

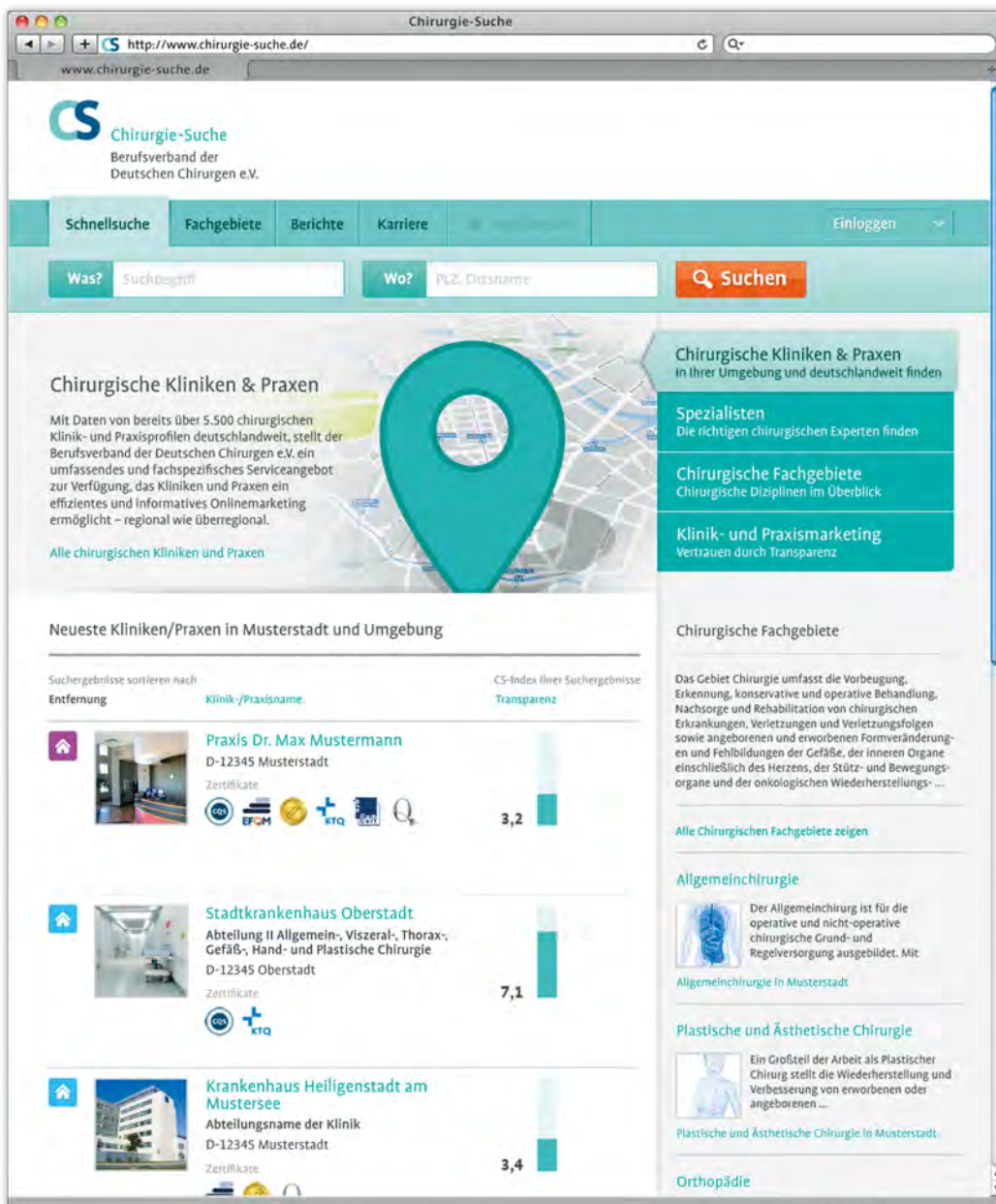
Das Basis-Paket ist für alle BDC-Mitglieder kostenfrei. Melden Sie sich auf www.chirurgie-suche.de an, aktualisieren Sie die Stammdaten Ihrer chirurgischen Institution

und schaffen Sie die Grundlage für einen hohen CS-Index.

Mit der Buchung eines kostenpflichtigen Premium-Paketes optimieren Sie Ihre Präsenz auf Chirurgie-Suche.de und können Ihre Institution noch umfassender darstellen.

LITERATUR

- [1] BITKOM – Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e.V., Das Internet wird zum Gesundheitsratgeber, 26.08.2011. 



The screenshot shows the homepage of the 'Chirurgie-Suche' website. The header includes the logo and navigation tabs: 'Schnellsuche', 'Fachgebiete', 'Berichte', 'Karriere', and 'Einloggen'. Below the header is a search bar with fields for 'Was?' (Suchbegriff) and 'Wo?' (PLZ, Ortsname), followed by a 'Suchen' button. The main content area is titled 'Chirurgische Kliniken & Praxen' and features a large map of Germany with a red location pin. To the right of the map are several teal buttons: 'Chirurgische Kliniken & Praxen in Ihrer Umgebung und deutschlandweit finden', 'Spezialisten Die richtigen chirurgischen Experten finden', 'Chirurgische Fachgebiete Chirurgische Disziplinen im Überblick', and 'Klinik- und Praxismarketing Vertrauen durch Transparenz'. Below the map, there is a section titled 'Neueste Kliniken/Praxen in Musterstadt und Umgebung' with a table of search results. The table has columns for 'Suchergebnisse sortieren nach Entfernung', 'Klinik-/Praxisname', and 'CS-Index Ihrer Suchergebnisse Transparenz'. The results list three entries: 'Praxis Dr. Max Mustermann' (D-12345 Musterstadt, CS-Index 3,2), 'Stadtkrankenhaus Oberstadt' (Abteilung II Allgemein-, Viszeral-, Thorax-, Gefäß-, Hand- und Plastische Chirurgie, D-12345 Oberstadt, CS-Index 7,1), and 'Krankenhaus Heiligenstadt am Mustersee' (Abteilungsname der Klinik, D-12345 Musterstadt, CS-Index 3,4). Each entry includes a small photo, a list of certificates (EFQM, KTQ, etc.), and a bar chart representing the CS-Index. On the right side of the page, there is a section titled 'Chirurgische Fachgebiete' with a description of the field and a list of sub-specialties: 'Allgemeinchirurgie', 'Plastische und Ästhetische Chirurgie', and 'Orthopädie'.



Safety Clip: Die Aufklärung fremdsprachiger Patienten

Die Notwendigkeit, Patienten präoperativ über Risiken eines bevorstehenden Eingriffs aufzuklären, gehört mittlerweile zum Basiswissen jedes Arztes – und dennoch beschäftigt die ärztliche Aufklärung immer wieder die Gerichte.

Die ärztliche Aufklärungspflicht ergibt sich aus dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Jeder Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten – auch der lege artis durchgeführte – gilt als strafbewehrte Körperverlet-

zung, die nur bei wirksamer Einwilligung des Patienten gerechtfertigt ist. Da die Einwilligung aber nur dann wirksam sein kann, wenn der Patient weiß, in was genau er einwilligt, treffen den behandelnden Arzt umfangreiche Aufklärungspflichten, um eine selbstbestimmte Entscheidung des Patienten zu ermöglichen.

Im Bürgerlichen Gesetzbuch verankert ist die allgemeine Aufklärungspflicht des Arztes seit der Einführung des Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013 (§ 630e BGB).



**KORRESPONDIERENDER
AUTOR:**

MICHAEL BEHRENS

Rechtsanwalt, Unternehmensbereich
Schaden/Abteilung Krankenhaus
Ecclesia Versicherungsdienst GmbH
Klingenbergstraße 4, 32758 Detmold
michael.behrens@ecclesia.de,
www.ecclesia.de



MARSHA FLEISCHER

Diplom-Kauffrau, Qualitätsmanagerin
und Risikoberaterin
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
mbH
Klingenbergstraße 4, 32758 Detmold
marsha.fleischer@grb.de, www.grb.de

Behrens M. / Fleischer M. Safety Clip: Die
Aufklärung fremdsprachiger Patienten. Passion
Chirurgie. 2017 März, 7(03): Artikel 04_03.



WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA
FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE
(WWW.BDC.DE, RUBRIK WISSEN |
QUALITÄT & PATIENTENSICHERHEIT).

ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE DER PATIENTENAUFKLÄRUNG

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (z. B. BGH-Urteil vom 06.07.2010, VI ZR 198/09) muss der Arzt dem Patienten vor Beginn einer Behandlung im Aufklärungsgespräch eine allgemeine Vorstellung von der Schwere des Eingriffs und den spezifisch damit verbundenen Risiken vermitteln. Der Patient soll in die Lage versetzt werden zu verstehen, was auf ihn zukommt, wenn er in die Behandlung einwilligt. Medizinische Details sind nicht notwendig. Es genügt, dass der Patient die behandlungstypischen Belastungen und Risiken „im Großen und Ganzen“ erfassen kann.

Im Rahmen der Aufklärung ist der Patient darüber hinaus über die Dringlichkeit einer Behandlung bzw. über die möglichen Risiken einer Nichtbehandlung aufzuklären. Auch über alternative Behandlungsmethoden ist er zu informieren, sofern es für eine medizinisch sinnvolle und indizierte Therapie mehrere gleichwertige Behandlungsmöglichkeiten gibt, die zu unterschiedlichen Belastungen führen oder unterschiedliche Risiken und Erfolgschancen haben.

Die konkreten Anforderungen an den Umfang der Aufklärung hängen von der Art, der Dringlichkeit und der Schwere des Eingriffs ebenso ab wie von den damit verbundenen, möglichen Risiken und Folgen. Auch der Bildungs- und Wissensstand des Patienten spielt eine Rolle. Letztendlich ist also immer im jeweiligen Einzelfall zu entscheiden, wie weit die ärztliche Aufklärung gehen muss.

Entfallen kann die Aufklärung nur ausnahmsweise, etwa bei Notfalleingriffen, die der Lebensrettung des Patienten dienen.

Die Aufklärung ist in angemessenem zeitlichen Abstand vor dem geplanten Eingriff vorzunehmen, damit der Patient seine Entscheidung für oder gegen die Operation in Ruhe und ohne Zeitdruck treffen kann. Spätestens am Vortag des Eingriffs sollte die Aufklärung erfolgen (allerdings nicht erst am Vorabend). Lediglich bei ambulanten Operationen kann es in Ordnung sein, den Patienten erst am Tag des Eingriffs aufzuklären, wenn es sich um eine Routine-OP handelt und trotz der kurzen Zeit gesichert ist, dass der Patient seine Entscheidung in Ruhe und ohne Druck treffen kann.

Die Aufklärung ist in laienverständliche Worte zu kleiden, damit der Patient die Aufklärungsinhalte erfassen kann. [1]

- ✓ Der Arzt vergewissert sich im Aufklärungsgespräch, dass der Patient die Information verstanden hat und keine weiteren Informationen wünscht.

Die Aufklärung obliegt grundsätzlich einem fachkundigen Arzt und darf keinesfalls an nichtärztliches Personal delegiert werden. Der Arzt muss dafür das persönliche Gespräch mit dem Patienten suchen, um sicherzustellen, dass er auf etwaige Fragen des Patienten sachgerecht eingehen und sich ein Bild davon machen kann, ob der Patient die Informationen verstanden hat. Letzterem ist dabei – in Grenzen – zuzumuten, bei Unklarheiten Fragen zu stellen. Macht der Patient aufgrund offensichtlicher Verständnisschwierigkeiten von der Fragemöglichkeit keinen Gebrauch, ist die Behandlung, wenn sie trotzdem vorgenommen wird, mangels wirksamer Einwilligung objektiv rechtswidrig. Die Haftung des Arztes entfällt allerdings mangels Verschuldens, wenn dieser nichts von den Verständnisschwierigkeiten des Patienten wusste und deshalb von einer wirksamen Einwilligung ausgehen durfte.

Achtung: Die in der täglichen Praxis üblichen Aufklärungsformulare ersetzen nicht das persönliche Aufklärungsgespräch. Sie können den vertrauensvollen und individuellen Dialog zwischen Arzt und Patient lediglich unterstützen. Wird im Streitfall vor Gericht ein ausgefüllter und unterschriebener Aufklärungsbogen vorgelegt, werten die Richter dies gemeinhin nur als ein Indiz unter vielen für den Nachweis, dass die Aufklärung nach Maßgabe der schriftlichen Bestätigung stattgefunden hat.

- ✓ Die Patientenaufklärung wird stets von einem fachkundigen Arzt in einem persönlichen Gespräch durchgeführt. Der aufklärende Arzt verfügt über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige theoretische Befähigung in Form einer gezielten Einweisung. Dies gilt auch bei fachübergreifenden Aufklärungen.

FREMSPRACHIGE PATIENTEN

Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten können bei der Aufklärung ein großes Hindernis sein. Die Behandlung ausländischer Patientinnen und Patienten ist gerade im Zuge der Einwanderungswelle im Praxis- und Krankenhausalltag zunehmend an der Tagesordnung. Oft ist in solchen Fällen aufgrund von Sprachbarrieren keine oder zumindest keine sichere Verständigung zwischen Arzt und Patient möglich.

Dennoch wird Ärztinnen und Ärzten abverlangt, dass sie auch ausländische Patienten so aufklären, dass diese die Informationen inhaltlich nachvollziehen. Der Arzt kann sich vor Gericht weder auf eine reduzierte Aufklärungspflicht gegenüber fremdsprachigen Patienten noch auf Beweiserleichterungen berufen. Fehlen indes dem ausländischen Patienten die Sprachkenntnisse, ist die Kommunikation zwischen Arzt und Patient und somit eine ordnungsgemäße Aufklärung nicht möglich. Eine Zwickmühle.

Willigt der Patient nach der Aufklärung in den Eingriff ein, obwohl er die Aufklärung nicht verstanden hat, ist die Einwilligung rechtlich unwirksam. In einem Prozess ist es für den Arzt schwierig, sich zu entlasten, denn er ist es, der darlegen und beweisen muss, dass der fremdsprachige Patient der Aufklärung eben doch folgen konnte (so z. B. KG Berlin, Urteil vom 08.05.2008, 20 U 202/06).

Grundsätzlich gilt das oben Beschriebene auch für den Umgang mit fremdsprachigen Patienten. Für deren ordnungsgemäße Aufklärung gelten dieselben Grundsätze und Voraussetzungen wie für nicht fremdsprachige Patienten.

Doch wie lassen sich Verständigungsprobleme bei der Aufklärung von fremdsprachigen Patienten im Praxis- und Klinikalltag lösen? Welche Auswirkungen hat es für den Arzt, wenn seine Aufklärung aus Verständigungsgründen nicht den Erfordernissen entsprechen konnte.

Nach der allgemeinen Rechtsprechung besteht zwar für den aufklärenden Arzt keine grundsätzliche Pflicht, sich mit ausländischen Patienten nur per Sprachmittler zu verständigen (so KG Berlin, s. o.). Er muss aber

in jedem Fall seine Ausdrucksweise an die Sprachkenntnisse des Patienten anpassen. [1] Wenn zu befürchten ist, dass der Patient die deutsche Sprache nicht genügend beherrscht, ist eine sprachkundige Person hinzuziehen (so z. B. OLG Düsseldorf, Urteil vom 12.10.1989, 8 U 60/88).

Oft lassen sich sprachunkundige Patienten von Familienangehörigen oder Bekannten, die des Deutschen mächtig sind, in die Arztpraxis oder ins Krankenhaus begleiten, sodass diese mit dem Arzt kommunizieren und übersetzen können. Die Voraussetzung für eine zielführende Aufklärung ist allerdings, dass die Begleitpersonen in der Lage sind, dem Patienten die medizinische Situation vom Laienstandpunkt aus verständlich darzulegen. Wichtig für den aufklärenden Arzt: Nicht die Begleitperson ist aufklärungsbedürftig, sondern allein der Patient. Es genügt also nicht, lediglich den sprachkundigen Familienangehörigen oder Bekannten aufzuklären. Der Arzt hat vielmehr sicherzustellen, dass der Sprachmittler die Aufklärungsausführungen für den Patienten übersetzt. [2] Hilfreich kann es dabei sein, die ärztlichen Ausführungen durch Zeichnungen und Skizzen zu illustrieren. Nicht verlangt wird jedoch im Allgemeinen, dass der Arzt, der die Sprache des Patienten nicht beherrscht, sich von der inhaltlichen Richtigkeit der Übersetzung überzeugt. Allerdings sind die Anforderungen an die „Übersetzung“ umso höher, je schwerwiegender und risikoreicher der geplante Eingriff ist.

Gibt es keinen sprachkundigen Begleiter des Patienten, können sprachkundige Praxis- oder Krankenhausmitarbeiter wie Ärzte, Schwestern oder Reinigungskräfte herangezogen werden, um eine Verständigung mit dem Patienten zu ermöglichen (so z. B. OLG Karlsruhe, Urteil vom 02.08.1995, 13 U 44/94). Es bietet sich an, im Krankenhaus bzw. in der Praxis eine Liste aller fürs Übersetzen geeigneten Mitarbeiter anderer Nationalitäten zu führen, die nach den jeweiligen Sprachen geordnet ist.

Sind weder sprachkundige Begleitpersonen noch sprachkundige Mitarbeiter greifbar, bleibt bei Verständigungsproblemen nur noch die Option, einen Dolmetscher hinzuzuziehen. Nach unserer Interpretation der Gesetzesbegründung zum Patientenrechtegesetz dürften

die Kosten für externe Übersetzungsleistungen vom Patienten selbst zu tragen sein.

- ✓ Ist bei einem fremdsprachigen Patienten nicht sichergestellt, ob dieser die Erläuterungen des Arztes versteht, zieht der Arzt mit Einwilligung des Patienten eine sprachkundige Person hinzu (z. B. sprachkundige Angestellte des Krankenhauses). Auf dem Aufklärungsformular wird vermerkt, dass das Gespräch unter Hinzuziehung einer sprachkundigen Person erfolgte. Der Name der Person wird dokumentiert.
- ✓ Die sprachkundigen Angestellten des Krankenhauses, die zu Aufklärungsgesprächen hinzugezogen werden können, sind in einer aktuellen Liste aufgeführt. Diese ist an einer zentralen Stelle in der Einrichtung hinterlegt.
- ✓ Zum Einsatz kommen standardisierte fremdsprachliche Aufklärungsbögen. Das Verfahren, wie die Nutzung und die Dokumentation in diesem Fall vorzunehmen ist, ist klinikintern definiert.

Für den aufklärenden Arzt empfiehlt es sich, unterstützend eine schriftliche Information in der Muttersprache des jeweiligen ausländischen Patienten einzusetzen. Die gängigen gewerblichen Aufklärungs- und Anamnesebögen sind in zahlreichen fremdsprachigen Versionen verfügbar. Sie sind wie die deutschen Aufklärungsbogen aufgebaut und können daher parallel zu diesen eingesetzt werden. Wie oben erwähnt, reicht es für eine ordnungsgemäße Aufklärung jedoch nicht aus, ausschließlich einen schriftlichen Aufklärungsbogen zu verwenden, denn sowohl Gesetz als auch Rechtsprechung fordern, den Patienten mündlich zu informieren. Entscheidend für eine ordnungsgemäße Aufklärung ist und bleibt daher das vertrauensvolle Gespräch zwischen Arzt und Patient.

Achtung: Eine ordnungsgemäße Aufklärung ist nicht gegeben,

- ✓ wenn einem dem Deutschen nicht mächtigen Patienten die erforderliche Information übermittelt wird, ohne dass ein Sprachmittler zur Verfügung steht,

- ✓ wenn es Anzeichen gibt, dass der Patient trotz Übersetzung der Aufklärung nicht folgen kann,
- ✓ wenn erkennbar ist, dass die Angehörigen dem Patienten bewusst Informationen vorenthalten – etwa um ihn zu schonen.

In diesen Fällen liegt keine wirksame Einwilligung des Patienten in die Behandlung vor, sodass eine gleichwohl durchgeführte medizinische Maßnahme einen rechtswidrigen Eingriff darstellt.

Bei unüberwindbaren Sprachbarrieren hat jeder Arzt das Recht – und oft auch die Pflicht – eine Behandlung abzulehnen, sofern ein zeitlicher Aufschub bis zur ärztlichen Intervention tolerabel ist. Der sachliche Grund für die Ablehnung der Behandlung ist natürlich unbedingt zu dokumentieren.

Bei dringlichen Behandlungen, die keinerlei Aufschub dulden, oder bei drohender Lebensgefahr, ist die notwendige medizinische Maßnahme – z. B. die nicht ablehnbare Erste Hilfe – trotz Sprachbarriere vorzunehmen. Der Arzt kann in solchen Fällen die mutmaßliche Einwilligung des Patienten in die Maßnahme unterstellen und „ungefragt“ das medizinische Notwendige veranlassen. Die Anforderungen an die Aufklärung sind umso geringer, je dringender der Eingriff bzw. die Intervention für die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten ist.

FREMDSPRACHIGE ÄRZTE

Mit zunehmendem Ärztemangel sind immer mehr ausländische Ärzte in deutschen Klini-

ken beschäftigt, sodass sich die Verhältnisse immer häufiger umkehren und Patienten von fremdsprachigen Ärzten aufgeklärt werden. Nach Angaben der Bundesärztekammer ist die Zahl der in Deutschland gemeldeten ausländischen Ärzte bereits im Jahr 2010 um 7,9 Prozent auf 25.316 gestiegen. Besonders stark zugenommen habe die Zahl der ausländischen Ärzte, die in Krankenhäusern tätig sind. Sie stieg um 12,2 Prozent. [3]

Auch für eine solche Konstellation wird gefordert, dass die Aufklärung in verständlicher Form zu erfolgen hat und bestehende Sprachbarrieren bei Bedarf mittels Sprachmittler überwunden werden. Kann der Patient einer in gebrochenem Deutsch erfolgten Aufklärung nicht folgen, gilt auch dies als unzureichende Aufklärung – mit den geschilderten haftungsrechtlichen Folgen. Der ausländische Arzt trägt das „Aufklärungsrisiko“, wenn eine sichere Verständigung mit dem Patienten nicht ohne Weiteres möglich ist.

- ✓ Die Sprachkompetenz fremdsprachiger Mitarbeiter wird im Rahmen der Einstellung geprüft (zusätzlich zu einem ggf. notwendigen Sprachzertifikat). Bei der Einarbeitung wird die Fremdsprachigkeit berücksichtigt (Einsatzgebiet, Aufgabenzuordnung, ggf. längere Einarbeitungsphasen).

FAZIT UND HINWEISE FÜR DIE PRAXIS

Zusammenfassend halten wir fest, dass der ordnungsgemäßen ärztlichen Aufklärung von Patienten eine enorme Bedeutung zukommt. Dies zeigt auch der in Arzthaftungsprozessen

zu beobachtende Trend, dass Geschädigte neben der Geltendmachung von Behandlungsfehlern zunehmend auch die Verletzung von Aufklärungspflichten rügen, um erfolgreich Schadenersatz- oder Schmerzensgeldansprüche durchsetzen zu können. Die Chancen stehen gut, denn wenn es darum geht herauszufinden, ob die Aufklärung ordnungsgemäß erfolgt ist oder nicht, trägt – anders als bei Behandlungsfehlern – nicht der Patient die Beweislast vor Gericht, sondern der Arzt.

Umfang und Procedere der ärztlichen Aufklärung hängen im Praxis- und Klinikalltag immer vom konkreten Einzelfall ab. Unsere obigen Darstellungen sollen Ärzten zunächst einen Überblick über die Problematik der Aufklärung von fremdsprachigen Patienten verschaffen mit dem Ziel, mehr Sicherheit in der täglichen Anwendung zu gewinnen.

LITERATUR

- [1] Gausmann, Peter; Henniger, Michael; Koppenberg, Joachim (Hg.) (2015): Patientensicherheits-Management. 5.6.3 Patientenaufklärung aus juristischer Perspektive. Autorin: Nadja Betke, S. 170-177. Berlin/Boston: de Gruyter
- [2] Muscher, Jens, Haftungsrechtliche Besonderheiten bei der Aufklärung ausländischer Patienten, in: VersR2003, S. 826
- [3] Henke, Rudolf, Vorsitzender des Marburger Bundes, Fremdsprachige Ärzte sorgen für Missverständnisse, in: Handelsblatt vom 22.05.2012 

Hygiene-Tipp: Defizite im OP



PROF. DR. MED. WALTER POPP

Deutsche Gesellschaft für
Krankenhausthygiene e.V. (DGKH)
Joachimsthaler Str. 10, 10719 Berlin



**PROF. DR. MED. KLAUS-DIETER
ZASTROW**

Deutsche Gesellschaft für
Krankenhausthygiene e.V. (DGKH)
Joachimsthaler Str. 10, 10719 Berlin

Bei Begehungen des Referates für Gesundheit der Stadt München im Jahr 2013 wurde die Situation in den OP-Abteilungen (35 Krankenhäuser, 59 OP-Abteilungen) kritisch analysiert. Dabei wurden vor allem folgende Defizite festgestellt:

- nicht sachgerechte präoperative Haar-entfernung (15 %)
- präoperative Rasur mit Einmalrasierern (19 %)
- nicht sachgerechte präoperative Hautreinigung/-desinfektion, z. B. Besprühen der Haut ohne Mechanik (8 %)
- keine sachgerechte Technik beim Abwischen (18 %)
- keine Einhaltung der vorgegebenen Einwirkzeit (12 %)
- nicht sachgerechte perioperative Antibiotikaphylaxe bzw. kein Vorliegen eines Standards (41 %)
- kein korrektes Tragen von Hauben (61 %)

- kein korrektes Tragen von Mund-Nasen-Schutz (25 %)
- keine Einhaltung der Einwirkzeit bei der chirurgischen Händedesinfektion (12 %)
- Tragen von Baumwollkitteln als OP-Schutzkittel (7 %)
- keine ausreichende Umsetzung der Indikationen zur hygienischen Händedesinfektion vor aseptischen Tätigkeiten (56 %) und nach Patientenkontakt (71 %)
- Vorhaltung aufgezogener Medikamente länger als eine Stunde vor Gabe (51 %)
- Gabe von Propofol nicht unmittelbar nach dem Aufziehen (49 %)

Die ausführliche Studie ist veröffentlicht: Gleich, Lindner: Hygiene & Medizin 2016, 41, D71-80.

Der Kurztipp gibt die Meinung der Verfasser wieder.



Popp W. / Zastrow K.-D. Hygiene-Tipp:
Defizite im OP. Passion Chirurgie. 2017 März;
7(03): Artikel 04_04.

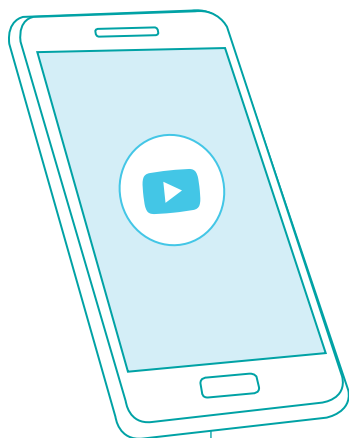


WEITERE HYGIENE-TIPPS FINDEN
SIE AUF BDC|ONLINE (WWW.BDC.
DE, RUBRIK WISSEN | QUALITÄT &
PATIENTENSICHERHEIT | HYGIENE-
TIPP).

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.

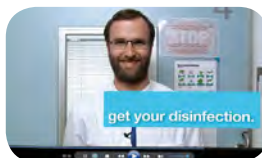
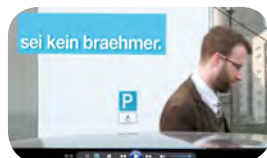
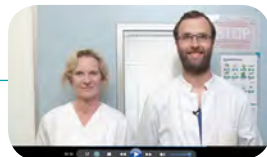
Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und die deutschen Hygieniker betreiben seit 2008 eine bundesweite Informationskampagne, die dazu beitragen soll, vermeidbare Infektionen in Klinik und Praxis zu reduzieren. Wir wissen, dass Sie als Chirurgin/Chirurg alles zur Infektprophylaxe und Hygiene wissen. Wir wissen aber auch, dass Hygiene häufig nicht im erforderlichen Umfang stattfindet oder sich durch die tägliche Rou-

tine 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 DER
PASSION CHIRURGIE.

PATIENTENSCHUTZ DURCH HYGIENE IST EINE
BUNDESWEITE KONZERTIERTE AKTION VON:

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

**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:

- ✓ 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



Ein Kommentar: Donald Trumps Traum von der Planwirtschaft

Bereits vor 20 Jahren hatten die Produzenten der US-Zeichentrickserie „Die Simpsons“ Donald Trump als Präsidenten vorhergesehen. Was damals undenkbar schien, ist nun Realität. Ebenso real ist die Gefahr, dass auch die zweite Prophezeiung aus der damaligen Fernsehserie real wird und sich Trumps Präsidentschaft zu einer Katastrophe für die Weltwirtschaft entwickelt. Wenn man alle ungerechtfertigten Hoffnungen, es werde schon nicht so schlimm, außer Acht lässt, bleibt nichts, das für eine erfolgreiche Präsidentschaft Donald Trumps spricht. Historisch waren immer jene US-Präsidenten politisch international besonders erfolgreich, die auf

eine starke wirtschaftliche Entwicklung der USA setzen konnten. Als Paradebeispiel ist hierfür Bill Clinton zu nennen, der trotz – oder eher wegen – des in seiner ersten Amtszeit in Kraft getretenen Freihandelsabkommens mit Kanada und Mexiko 24 Millionen Arbeitsplätze in den USA geschaffen hat. So hat er die Grundlage für Haushaltsüberschüsse in seiner zweiten Amtszeit gelegt.

Natürlich lässt sich dies nicht einfach wiederholen, da die Welt immer komplexer geworden ist. Aber Donald Trump versucht erst gar nicht, aus den damaligen Erfolgen zu lernen oder Erkenntnisse gewinnen. Seine Politik ist konsequent rückwärtsgewandt. Er

**MARKUS SCHÖN**

Geschäftsführer
DVAM Deutsche Vorsorge Asset
Management GmbH
Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold
mschoen@dv-am.de

Schön M. Ein Kommentar: Donald Trumps Traum
von der Planwirtschaft. *Passion Chirurgie*. 2017
März; 7(03): Artikel 04_05.



WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA
FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE
(WWW.BDC.DE, RUBRIK POLITIK |
ÖKONOMIE).

setzt nicht nur auf die traditionellen Branchen Stahl und Öl, sondern gibt für komplexe Fragestellungen einfache Antworten. Gedanklich scheint er dem Sozialismus deutlich näher zu stehen als dem Kapitalismus. Schließlich spielen marktwirtschaftliche Erwägungen wie Produktivität, Rentabilität oder Effizienz bei seinen Kurznachrichten für Unternehmen keine Rolle. Deswegen kann man seine Politik in dem etwas abgewandelten Motto „rückwärts immer, vorwärts nimmer“ zusammenfassen.

Schließlich müssen nur global schwache Volkswirtschaften Abschottungsstrategien entwickeln. Starke Wirtschaftsnationen – wie auch starke Unternehmen – scheuen den Wettbewerb nicht. Vielmehr nutzen sie den Wettbewerb, um sich immer weiter zu verbessern. Natürlich ist daher der Welthandel auch ungleich verteilt. In freien Märkten kaufen Unternehmen und Privatpersonen die Produkte und Dienstleistungen, die am besten zu den jeweiligen Bedürfnissen passen. Deswegen fahren so viele US-Amerikaner deutsche Autos. Aber aus demselben Grund gibt es keine deutschen Smartphones.

Mit seiner Strategie eines zunehmenden Protektionismus dokumentiert Donald Trump nicht nur sein fehlendes Verständnis für aktuelle wirtschaftliche Entwicklungen, sondern belegt, dass die US-Wirtschaft derzeit schwach ist. Die Diagnose des neuen US-Präsidenten ist also richtig, seine Behandlungsmethode könnte jedoch nicht fehlerhafter sein. Statt bestenfalls mittelmäßigen Produkten wie US-Autos durch Wettbewerbsverzerrungen zu höheren Marktanteilen verhelfen zu wollen, sollte Donald Trump

lieber dazu beitragen, die Stärken der US-Wirtschaft weiter auszubauen. Aber das Thema Digitalisierung, in dem Amazon, Google oder Facebook mit weitem Abstand Weltmarktführer sind, findet bei ihm nicht statt. Damit werden auch viel weniger Jobs geschaffen, als wenn ein Automobilhersteller wieder in den USA produziert. Ob dies dann gut für das Unternehmen und in der Folge für die Volkswirtschaft ist, wird überhaupt nicht hinterfragt. Trumps Stil ist Planwirtschaft per Twitter.

Für Deutschland überwiegen auf Sicht der nächsten Jahre die Risiken. Durch den planwirtschaftlichen Ansatz Donald Trumps, bei dem einer sagt, was zu tun ist und die Unternehmen diesem folgen, droht der Verlust eines für die deutsche Exportindustrie wichtigen Absatzmarkts. Dazu müsste man die Abschottung der USA aber als klares politisches Ziel der neuen US-Regierung verstehen und auf politischer und wirtschaftlicher Ebene beginnen, neue Allianzen zu schließen. Dazu zählt natürlich eine wirtschaftlich starke EU, die einen Gegenentwurf zu den USA darstellen muss und so wirkliche Partnerschaften mit China, Russland, Japan und den aufstrebenden Regionen Südamerikas und Afrikas gestaltet.

Wenn Sie weitergehendes Interesse haben, bestellen Sie unser Buch über Donald Trump über info@dv-am.de.

Laufende Informationen zu Themen, die an den internationalen Kapitalmärkten relevant sind, bietet der wöchentlich per E-Mail erscheinende DVAM-Finanzmarkt-Newsletter. Dieser ist für BDC-Mitglieder unter info@dv-am.de derzeit kostenlos und unverbindlich bestellbar. ○

Bericht über die Ergebnisse der Honorarverteilung:

1. Quartal 2015

Der Honorarbericht und die Kennzahlen erscheinen quartalsweise.

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

Um regionale Honorarunterschiede erklären zu können, informiert Sie der Honorarbericht außerdem über die Arztzahlen,

Fallzahlen und Leistungsmengen. Datengrundlage für den Honorarbericht der KBV sind die von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) übermittelten Daten im Rahmen der Abrechnungsstatistik.

In dem Bericht werden für ausgewählte Abrechnungsgruppen Honorarumsätze und Überschüsse ermittelt und bewertet. Neben der regionalen Darstellung der Honorarumsätze werden die Beträge dargestellt, die die Krankenkassen je KV für die vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung bereitstellen (Gesamtvergütung).



**KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG KDÖR**
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

Zusätzlich umfasst der Honorarbericht Daten über die Auswirkungen der Bereinigung aufgrund der selektivvertraglichen Versorgung. Jede Ausgabe enthält ein Sonderthema, das eine spezielle Fragestellung schwerpunktmäßig beleuchtet.

Ergänzend sind in einem umfassenden Tabellenteil Angaben zu allen Abrechnungs-

gruppen sowie – neben den Angaben zum Honorarumsatz – weitere Kennzahlen aufgeführt.

Im Folgenden finde Sie einige Auszüge aus dem aktuellen Bericht. Den gesamten Bericht finden Sie **HIER**. 



HONORARUMSATZ CHIRURGIE



HONORARUMSATZ ORTHOPÄDIE



**HONORARUMSATZ
NEUROCHIRURGIE**



**HONORARUMSATZ MUND-, KIEFER-
UND GESICHTSCHIRURGIE**



**GEGENÜBERSTELLUNG
HONORARUMSATZ**



GEGENÜBERSTELLUNG ÜBERSCHUSS



**SONDERTHEMA: AMBULANTE
UND BELEGÄRZTLICHE
OPERATIVE EINGRIFFE UND IHRE
BEGLEITLEISTUNGEN**



**WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA
FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE
(WWW.BDC.DE, RUBRIK WISSEN |
VERGÜTUNG).**

FRAGE & ANTWORT



FORTBILDUNGSPFLICHT BEI GELEGENTLICHER TÄTIGKEIT ALS HONORARARZT



**ANTWORTEN VON DR. JUR.
JÖRG HEBERER:**

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

FRAGE

Eine niedergelassene Chirurgin fragt an, ob auch bei nur gelegentlicher Tätigkeit als Honorarärztin die Fortbildungspflicht erfüllt werden muss.

ANTWORT

Die berufsrechtliche Pflicht zur Fortbildung besteht gemäß § 4 Abs. 1 M-BO für jeden Arzt, der seinen Beruf ausübt. In welcher Form der ärztliche Beruf ausgeübt wird und wie oft im Jahr man tatsächlich ärztlich tätig ist, ist dabei aus Sicht des Verfassers völlig unerheb-

lich. Maßgeblich ist allein, dass der ärztliche Beruf ausgeübt wird, sodass auch bei einer reinen Tätigkeit als Honorarärztin die ärztliche Fortbildungsverpflichtung bestehen bleibt.

Allenfalls wenn der ärztliche Beruf aufgrund von Mutterschutz, Elternzeit, Pflegezeit oder wegen einer länger als drei Monate andauernden Erkrankung nicht ausgeübt wird, verlängert sich der Fünfjahreszeitraum, in dem die Fortbildungsnachweise erbracht werden müssen, entsprechend. Folglich besteht aber auch hier eine grundsätzliche Pflicht zur Fortbildung. ○

Heberer J. F+A: Fortbildungspflicht bei gelegentlicher Tätigkeit als Honorararzt. *Passion Chirurgie*. 2017 März; 7(03): Artikel 04_07.



WEITERE FRAGEN & ANTWORTEN
FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE (WWW.
BDC.DE, RUBRIK WISSEN | RECHT &
VERSICHERUNG).

FRAGE & ANTWORT



PRAKTIKANTEN IN DER ARZTPRAXIS



Antworten von

DR. JUR. JÖRG HEBERER:

Justitiar BDC Rechtsanwalt und

Fachanwalt für Medizinrecht

justitiar@bdc.de

Heberer J. F+A: Praktikanten in der Arztpraxis.
Passion Chirurgie. 2017 März; 7(03): Artikel
04_08.



WEITERE FRAGEN & ANTWORTEN
FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE
(WWW.BDC.DE, RUBRIK WISSEN |
RECHT & VERSICHERUNG).

FRAGE

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob er weiterhin Schülerpraktika in seiner Arztpraxis anbieten darf, da er gehört hätte, dass sich hier die rechtlichen Voraussetzungen geändert hätten und dies nun nicht mehr möglich sei.

ANTWORT

Aus Sicht des Verfassers ist es unter bestimmten Voraussetzungen nach wie vor zulässig, dass Arztpraxen Schülerpraktika anbieten und durchführen.

Zwingende Voraussetzungen sind zum einen, dass die Praktikanten über die Schweigepflicht belehrt und schriftlich auf ihre Verschwiegenheitspflicht hingewiesen werden müssen. Dies ergibt sich aus § 9 Abs. 3 Muster-Berufsordnung.

Zum anderen müssen die Patienten bei Anwesenheit des Praktikanten während einer

Behandlung oder Untersuchung stets vorab darüber aufgeklärt werden, dass sich der Praktikant vorübergehend im Rahmen eines Praktikums in der Praxis befindet und sodann muss der Patient stets in die Anwesenheit ausdrücklich einwilligen. Die Aufklärung und Einwilligung sollten in jedem Fall schriftlich dokumentiert werden. Entweder lässt der Arzt den Patienten vor Behandlungsbeginn ein Schriftstück hierüber unterschreiben oder er dokumentiert Aufklärung und Einwilligung bzw. Verweigerung der Einwilligung im Rahmen der Behandlungsdokumentation.

Diese Voraussetzungen sind jedoch nicht neu, sondern gelten vielmehr seit Jahrzehnten. Eine andere Vorgehensweise ist nach Auffassung des Verfassers mit dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten, mit datenschutzrechtlichen Bestimmungen sowie mit der ärztlichen Schweigepflicht in keiner Weise vereinbar. An den rechtlichen Voraussetzungen hat sich nach Kenntnis des Verfassers somit nichts geändert. ○

AKTUELLE MELDUNGEN

Upcoding, Beiträge und Krankengeld – Gesetz beinhaltet zahlreiche Nebenregelungen

https://www.bdc.de/upcoding-beitraege-und-krankengeld-gesetz-beinhaltet-zahlreiche-nebenregelungen/?parent_cat=186
22.02.2017 Krankenkassen direkt

SpiFa-Umfrage zu Antikorruption: Chirurgen gesucht

https://www.bdc.de/spifa-umfrage-zu-antikorruption-chirurgen-gesucht/?parent_cat=186
16.02.2017 Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V.

Auf dem Weg zur einheitlichen Gebührenordnung für Ärzte?

https://www.bdc.de/auf-dem-weg-zur-einheitlichen-gebuehrenordnung-fuer-aerzte/?parent_cat=186
15.02.2017 Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V.

32 Thesen zur Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2017

https://www.bdc.de/32-thesen-zur-gesundheitspolitik-nach-der-bundestagswahl-2017/?parent_cat=186
14.02.2017 BDC, BDI, VKD, VLK

BDC⁺ Droht eine Finanzierungslücke in der GKV?

https://www.bdc.de/droht-eine-finanzierungsluecke-der-gkv/?parent_cat=186
07.02.2017 Presseagentur Gesundheit

ZiPP: Einkommen der Ärzte gestiegen – Investitionen stagnieren

https://www.bdc.de/zipp-einkommen-der-aerzte-gestiegen-investitionen-stagnieren/?parent_cat=186
03.02.2017 Kassenärztliche Bundesvereinigung

BDC⁺ Chancen für Innovationen in der Medizin

https://www.bdc.de/chancen-fuer-innovationen-der-medicin/?parent_cat=186
02.02.2017 H. Laschet

Herzbericht 2016 – Herzchirurgie in Deutschland

https://www.bdc.de/herzbericht-2016-herzchirurgie-in-deutschland/?parent_cat=186
31.01.2017 Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e.V.

<https://www.bdc.de/politik/>

Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung

Im Auftrag des Präsidenten lade ich hiermit alle Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zur **Mitgliederversammlung** anlässlich des 134. Kongresses der DGCH 2017 in München sehr herzlich ein.

Die **Mitgliederversammlung incl. Wahlen** findet statt am Donnerstag, 23.03.2017, 12.30-14.00 Uhr, im Saal 1.

TAGESORDNUNG:

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

ZU TOP 3: WAHLEN

In Vollzug der gültigen Satzung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sind folgende Positionen des Präsidiums **ab 1. Juli 2017** neu zu besetzen:

1. Dritter Vizepräsident 2017/18, dann Präsident 2019/20
2. Generalsekretär
3. Vertreter des Konvents der leitenden Universitätschirurgen
4. Vertreter des Konvents der leitenden Krankenhauschirurgen
5. Vertreter der Oberärzte/-ärztinnen in nichtselbstständiger Stellung einer chirurgischen Universitätsklinik
6. Vertreter der Oberärzte/-ärztinnen in nichtselbstständiger Stellung einer chirurgischen Krankenhausabteilung

Nach § 15.1 der Satzung erhält die Mitgliederversammlung für die von ihr **zu bestätigenden Kandidaten** (hier 1. und 2.) zum Präsidium bzw. Vorstand jeweils einen Namensvorschlag vom Präsidium. Darüber hinaus unterbreitet das Präsidium **Wahlvorschläge** für die weiteren Mitglieder des Präsidiums (§ 13.2).

zu 1.:

Als Dritter Vizepräsident 2017/18 und Präsident 2019/20 wird der Mitgliederversammlung Herr **Professor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen**, Direktor der Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt, vorgeschlagen.

zu 2.:

Das Präsidium schlägt vor, die Amtszeit des Generalsekretärs, Herrn **Professor Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer**, Berlin, um fünf Jahre zu verlängern.

zu 3.:

Herr **Professor Dr. med. Jörg C. Kalff**, Direktor der Abteilung Allgemein-, Viszeral-, Thorax und Gefäßchirurgie am Universitätsklinikum Bonn, stellt sich zur Wiederwahl als Vertreter des Konvents der leitenden Universitätschirurgen.

zu 4.:

Es ergeht der Vorschlag, Herrn **Professor Dr. med. Hubertus J. C. Wenisch**, Direktor der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Klinikum Ernst von Bergmann Potsdam, als Vertreter des Konvents der leitenden Krankenhauschirurgen zu wählen.

zu 5.:

Als Vertreterin der Oberärzte/-ärztinnen in nichtselbstständiger Stellung einer chirurgischen Universitätsklinik soll auf Vorschlag des Präsidiums Frau **PD Dr. med. Tina Histing**, Oberärztin in der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universität des Saarlandes, oder Herr **Prof. Dr. med. Clemens Schafmayer**, Leitender Oberarzt in der Klinik für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Thorax-, Transplantations- und Kinderchirurgie am Universitätsklinikum Schleswig Holstein, Campus Kiel, gewählt werden.

zu 6.:

Als Vertreter der Oberärzte/-ärztinnen in nichtselbstständiger Stellung einer chirurgischen

Krankenhausabteilung steht **Frau Dr. med. Frauke Fritze-Büttner**, ltd. Oberärztin an der Chirurgischen Klinik des Oskar-Ziethen-Krankenhauses Berlin zur Wiederwahl.

Nach § 14.7. bzw. 15.2. können weitere Vorschläge zur Wahl von Mitgliedern des Präsidiums, die von den Mitgliedern der Gesellschaft gewählt werden (§ 13.2, hier zur Position 4.), bis zwei Wochen vor der Mitgliederversammlung zusammen mit der Einverständniserklärung des Kandidaten/der Kandidatin dem Vorstand z. Hd. des Generalsekretärs schriftlich vorgelegt werden; diese sind zu Beginn der Mitgliederversammlung bekannt zu geben.

ENDE DER VORSCHLAGSFRIST: 28. FEBRUAR 2017
Berlin, im Oktober 2016

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

134. KONGRESS DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

BITTE AN ALLE CHEF- UND OBERÄRZTE:

Bitte statten Sie Ihre Assistenzärzte, die **nicht** Mitglied unserer Gesellschaft sind, aber am Kongress teilnehmen, zur kostengünstigen Teilnahme mit einer Arbeitsbescheinigung aus. ○

ANPASSUNG DER MITGLIEDSBEITRÄGE IN DER DGCH

Wie bisher erfolgt jährlich ab **1. Januar 2017** eine Anpassung der Mitgliedsbeiträge für alle Mitglieder, die die ersten acht Jahre ihrer Weiterbildung abgeschlossen haben.

Der Beitrag erhöht sich von (ermäßigt) 65 € auf 130 €.

Dieser Präsidiumsbeschluss wurde in der Mitgliederversammlung am 19.04.1991 durch den Generalsekretär bekannt gegeben (siehe Langenbecks Archiv für Chirurgie, Kongressband 1991, Seite 31) und ist weiterhin gültig.

FERDINAND-SAUERBRUCH- FORSCHUNGSPREIS 2017

Ausgeschrieben von der Berliner Chirurgischen Gesellschaft
– Vereinigung der Chirurgen Berlins und Brandenburgs sowie
vom Förderkreis Ferdinand Sauerbruch e. V.

Dotations: 2500 € zur Anerkennung herausragender wissenschaftlicher
Arbeiten und zur Förderung weiterführender Forschungstätigkeit.

Bewerbungen bis zum 31.03.2017 an:

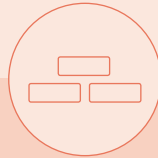
Prof. Dr. Thomas Steinmüller
DRK Kliniken Berlin | Westend
Chirurgische Klinik
Spandauer Damm 130
14050 Berlin
<http://bchirg.de/preise/sauerbruchpreis/>

Berliner Chirurgische Gesellschaft
Vereinigung der Chirurgen Berlins und Brandenburgs



SPENDENAUFRAF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

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

Überweisungen mit Angabe von Namen und Adresse des Spenders werden erbeten auf das Konto der DGCH bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Berlin, IBAN DE54 3006 0601 0005 2983 93, BIC DAAEEDXXX 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. Pohlemann

Präsident

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

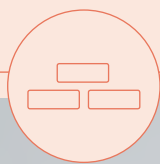
Generalsekretär

Prof. Dr. med. T. H. K. Schiedeck

Schatzmeister

BAUSTEINE LANGENBECK-VIRCHOW-HAUS

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



BAUSTEIN IN GOLD

Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen
Herr Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Peiper,
Göttingen
in memoriam Prof. Dr. med. Herbert Peiper,
Berlin und Mainz
Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Karl-Walter Jauch,
München
in memoriam Prof. Dr. med. Georg Heberer,
München
Herr Prof. Dr. med. Reiner Gradinger,
München
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V.
in memoriam Prof. Dr. med. Jens Witte
AO Deutschland, Arbeitsgemeinschaft für
Osteosynthesefragen, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Axel Haverich,
Hannover
Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Markus Bächler,
Heidelberg
DGTHG – 1971 mit Dank an die
Gründungsmitglieder
Herr Prof. Dr. med. Joachim Jähne, Hannover
in memoriam Manfred und Helmi Jähne,
Essen
Herr Prof. Dr. med. Uwe Klinge, Aachen
Herr Prof. Dr. med. Erhard Kiffner, Karlsruhe
in memoriam Prof. Dr. W. Brendel,
Prof. R. Zenker, Dr. 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
Aesculap AG, Tuttlingen
Deutsche Gesellschaft der Plastischen,
Rekonstruktiven und Ästhetischen
Chirurgen e. V.
Herr Prof. Dr. med. E. Ulrich Voss,
Karlsruhe in memoriam
Prof. Dr. med. Jörg F. Vollmar

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. Rueff, 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-Moy- kopf
zum 80. Geburtstag
Herrn Prof. Dr. med. Gerhard Krönung,
Wiesbaden
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. K. Keminger
Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim
Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen
Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing,
Recklinghausen;
Herr Dr. med. Helge Hölzer, Stuttgart
in memoriam Prof. Dr. med. Gerhard
Köveker, Sindelfingen und Böblingen

Herr Dr. med. Friedemann Schreiter,
Hamburg

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

Herr Prof. Dr. med. Konrad Schwemmle,
Linden

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

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

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

Herr Prof. Dr. med. Hermann Bunte,
Münster

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

Herr Prof. Dr. med. Gerhard Schönbach,
Freiburg

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

Herr Dr. med. Andreas Dörmer, Frankfurt/
Main

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

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

Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Helmut Wolff,
Berlin

Herr Dr. med. Christoph Bubb, Landshut

BAUSTEIN IN BRONZE

Herr Dr. med. Holger Barenthin, Celle

Herr Prof. Dr. med. Gernot Feifel, Homburg

Herr Prof. Dr. med. Alfred Lamesch,
Gotzingen / Luxemburg

Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jakob R. Izbicki,
Hamburg

Herr Prof. Dr. med. Hans Zwipp, Dresden

Herr Dr. med. Dusan Dragojevic, Isernhagen

Herr Prof. Dr. med. G. Heinz Engelhardt,
Wuppertal

Proktologische Praxis Kiel,
Herr Dr. med. Johannes Jongen,
Herr Dr. med. Hans-Günter Peleikis,
Herr Dr. med. Volker Kahlke

Herr Dr. med. Wolfgang Hermes, Bremen

Herr Dr. med. Wolf-Dieter Hirsch, Grimma

Herr Dr. med. Holger Herzing, Höchstadt /
Aisch

Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke,
Plettenberg

Herr Dr. med. Winfried Hölter, Monheim

Herr Dr. med. Matthias Becker, Possendorf

Frau Dr. med. Martina Mittag-Bonsch,
Crailsheim

Zur Erinnerung an den Virchow-Schüler Paul
Langerhans,
Berlin und Madeira. Seine Familie

Herr Prof. Dr. med. Stefan Riedl, Göppingen

Herr Dr. med. Gerwin Alexander Bernhardt,
Voitsberg/Österreich

Herr Dr. med. Georgios Adamidis, Pirmasens

Herr Dr. med. Orhan Özdemir, Herborn

Herr Dr. med. Marcus Giebelhausen,
Paderborn

Herr Prof. Dr. med. Matthias Richter-Turtur,
Münsing

Herr Dr. med. Michael Eckert, Speyer
in memoriam
Prof. Dr. med. Kurt Spohn

Herr Prof. Dr. med. Rudolf Bedacht,
München

Herr Dr. med. Hans-Joachim Wigro,
Bielefeld

Herr Dr. med. Ingolf Hoellen, Backnang

DGCH-PRÄSIDIUM



AB 1. MÄRZ 2017

VORSTAND

Präsident	T. Pohlemann, Homburg
1. Vizepräsidentin	G. Schackert, Dresden
2. Vizepräsident	J. Fuchs, Tübingen
3. Vizepräsident	M. Anthuber, Augsburg
Schatzmeister	T.H.K. Schiedeck, Ludwigsburg
Generalsekretär	H.-J. Meyer, Berlin

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	C.-T. Germer, Würzburg
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie/Vertreter Allgemeine Chirurgie	K. Rückert, Hamburg
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin	G. Torsello, Münster
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	B. Tillig, Berlin
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	M. Ehrenfeld, München
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	W. Stummer, Münster
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	B. Kladny, Herzogenaurach
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen	R. Horch, Erlangen
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	W. Harringer, Braunschweig
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	G. Leschber, Berlin
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	R. Hoffmann, Frankfurt/M.
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V.	J.-A. Rüggeberg, Bremen
Perspektivforum Junge Chirurgie	G. Achatz, Ulm

WEITERE MITGLIEDER

Leitender Universitätschirurg	J. C. Kalff, Bonn
Leitender Krankenhauschirurg	M. Anthuber, Augsburg
Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik	S. Fichtner-Feigl, Freiburg
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung	F. Fritze-Büttner, Berlin
Niedergelassener Arzt für Chirurgie	P. Kalbe, Rinteln
Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland	A. Tuchmann, Wien (CH)
Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung	B. Vollmar, Rostock

FRÜHERE PRÄSIDENTEN

K.-W. Jauch, München	2013
J. Jähne, Hannover	2014
P. Vogt, Hannover	2015

GEWÄHLTE MITGLIEDER DES SENATES

N.P. Haas, Berlin
B. Ulrich, Düsseldorf

SENAT	
S. Weller, Tübingen	1982
F. Stelzner, Bonn	1985
H.-J. Peiper, Göttingen	1987
K.-H. Schriefers, Koblenz	1988
H. Hamelmann, Kiel	1989
W. Hartel, Ulm	1991
F. P. Gall, Erlangen	1992
M. Trede, Mannheim	1994
G. Hierholzer, Duisburg	1995
H. Bauer, Altötting	1997
D. Rühland, Singen	1999
A. Encke, Frankfurt	2000
K. Schönleben, Ludwigshafen	2001
J.R. Siewert, München	2002
N.P. Haas, Berlin	2003
B. Ulrich, Düsseldorf	2004
M. Rothmund, Marburg	2005
H.D. Saeger, Dresden	2006
H.U. Steinau, Bochum	2007
K. Junghanns, Ludwigsburg	
R. Arbogast, Pforzheim	2008
V. Schumpelick, Aachen	2009
R. Gradinger, München	2010
A. Haverich, Hannover	2011
M. Büchler, Heidelberg	2012

GESCHÄFTSSTELLE DER DGCH

Prof. Dr. Dr. h.c. H.-J. Meyer, Generalsekretär
Frau Dr. R. Nowoiski und Mitarbeiterinnen
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
Tel.: 030/28876290





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V.
 – Geschäftsstelle –
 Luisenstraße 58/59
 10117 Berlin

**DEUTSCHE GESELLSCHAFT
 FÜR CHIRURGIE e. V.**

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



MEHR ALS ERWARTET

4x
IM JAHR
GEDRUCKT

12x
IM JAHR ALS
eMAGAZIN



PASSION **CHIRURGIE**



erhältlich im App Store
und bei Google Play

DAS MAGAZIN DER DGCH UND DES BDC ALS eMAGAZIN

MONATLICH ÜBER DIE BDC | MOBILE APP LESEN.

Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2017



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

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit lade ich Sie satzungsgemäß zur Mitgliederversammlung (Zutritt nur mit gültiger Mitgliedskarte) des BDC ein.

Termin: Mittwoch, den 22. März 2017, 19:00 – 20:00 Uhr

Ort: Internationales Congress Center München (ICM München), Saal 126, im Rahmen des 134. Chirurgenkongresses

ZU TOP 5 – SATZUNGSÄNDERUNG

Die vorgesehene Satzungsänderung beinhaltet Veränderungen in der Struktur der Gremien des BDC mit dem Ziel einer Verschlankung bei gleichzeitiger Professionalisierung. Nach intensiver Diskussion im Präsidium ist beabsichtigt, aus den bisher dual vorgehaltenen geschäftsführenden und erweiterten Präsidien ein gemeinsames Präsidium zu bilden und dafür den dreiköpfigen (geschäftsführenden) Vorstand mit einem erweiterten Vor-

stand mit Ressortzuteilung für die jeweiligen Geschäftsbereiche zu unterstützen. Es bleibt bei Landesverbänden als Untergruppierung auf regionaler Ebene und der Repräsentanz der verschiedenen chirurgischen Fächer im Präsidium. In Zukunft sollen alle Mandatsträger im Präsidium von der Mitgliederversammlung gewählt bzw. bestätigt werden. Weitere Änderungen sind dann redaktionell.

Am Mittwoch, den 22. März 2017, 12:00 bis 17:00 Uhr, findet eine Rechtsberatung für BDC-Mitglieder mit dem BDC-Justitiar, Dr. Jörg Heberer, im Raum Büro 0.336 statt. Eine Anmeldung via justitiar@bdc.de ist erforderlich.

Ich wünsche Ihnen eine angenehme Anreise. ○

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

Präsident
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.
(BDC)

TAGESORDNUNG

TOP 1	Bericht des Präsidenten	Meyer
TOP 2	Bericht des Schatzmeisters	Mayer
	Antrag auf Entlastung	
TOP 3	Bericht des Justitiars	Heberer
TOP 4	Satzungsänderung	Rüggeberg
TOP 5	Weiterbildungskommission	Seifert
TOP 6	Aktuelle Probleme in der Berufspolitik	Mitglieder des Präsidiums
	Sie fragen, wir antworten	
TOP 7	Verschiedenes	

BDC-Sitzungen auf dem 134. Chirurgenkongress 2017



Rechtsberatung für BDC-Mitglieder

(BDC-Justitiar, Dr. Jörg Heberer) findet am Mittwoch, 22. März 2017, 12:00 bis 17:00 Uhr, im Raum 0.336 statt.

Eine Anmeldung via justitiar@bdc.de oder vor Ort am BDC-Stand ist erforderlich.



Kinderbetreuung KidsClub Chirurgie

Vorort-Anmeldungen am Tagungsschalter je nach Kapazität gegebenenfalls noch möglich.

MITTWOCH, 22. MÄRZ 2017

15.30 - 17.00	Saal 21	Ambulante Versorgung: Wo geht der Weg hin? Die Not der Notaufnahmen
17.30 - 19.00	Saal 21	Antibiotika up-date in der Chirurgie
19.00 - 20.00	Saal 126	BDC-Mitgliederversammlung

DONNERSTAG, 23. MÄRZ 2017

10.30-12.00	Saal 21	Chirurgische Nachwuchsarbeit: Zwischen Personalakquise und Talentförderung
10.30 - 12.00	Raum Schliersee	Workshop: Antikorruptionsgesetz
14.00 - 15.30	Raum Schliersee	Workshop: Vorbereitung auf die Niederlassung Teil 1: chirurgisch-fachliche Möglichkeiten in der Praxis
15.30 - 17.00	Raum Schliersee	Workshop: Vorbereitung auf die Niederlassung Part 2: Zulassung und Vertragsgestaltung

FREITAG, 24. MÄRZ 2017

08.30-10.00	Saal 2	Zukunft der Chirurgie: Macher oder Dienstleister
10.30-12.00	Saal 2	Brauchen wir wirklich Choosing wisely / Klug entscheiden?
15.00-16.30	Saal 2	Zukunftschancen in den chirurgischen Fachgebieten
16.30-18.00	Saal 1	Profit Center Chirurgie: Wie soll sich alles rechnen?



BUNDESKONGRESS CHIRURGIE 2017

BDC | Landesverbände



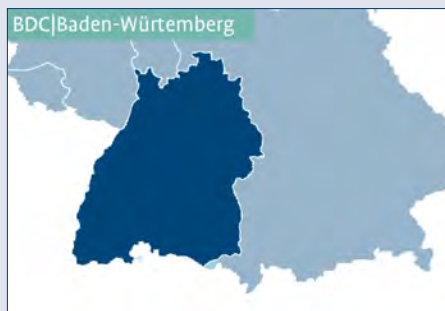
DER BDC IN DEN BUNDESLÄNDERN

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. Über einen Klick auf das Bild werden Sie auf unsere Homepage weitergeleitet, dort finden Sie die Kontaktdaten zu den Mandatsträgern und News aus Ihrem BDC|Landesverband.

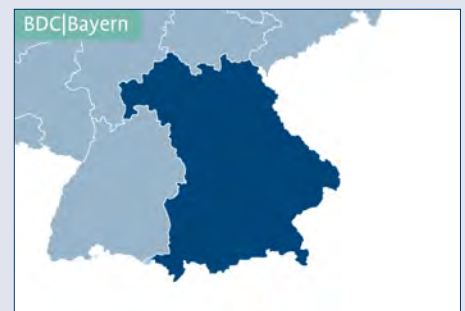
[www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/
bdc-landesverbaende](https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbaende)



WEITERE INFORMATIONEN FINDEN SIE
AUF BDC|ONLINE IM BEREICH
DER BDC | STUKTUR



https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbaende/?association_id=292



https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbaende/?association_id=35



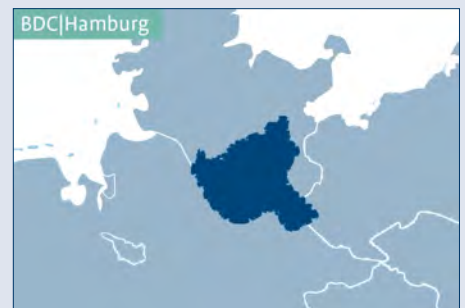
https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbaende/?association_id=304



https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbaende/?association_id=305

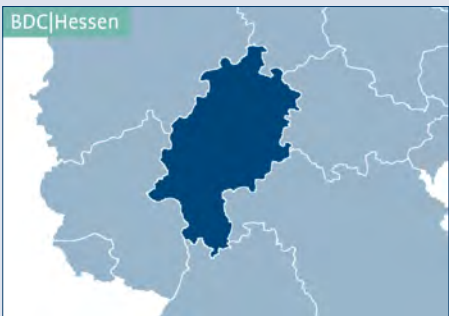


https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbaende/?association_id=306



https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbaende/?association_id=301

BDC|Hessen



https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=295

BDC|Mecklenburg-Vorpommern



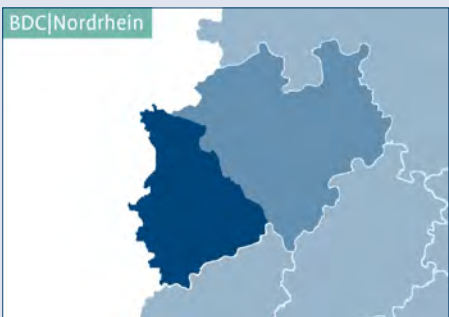
https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=302

BDC|Niedersachsen



https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=300

BDC|Nordrhein



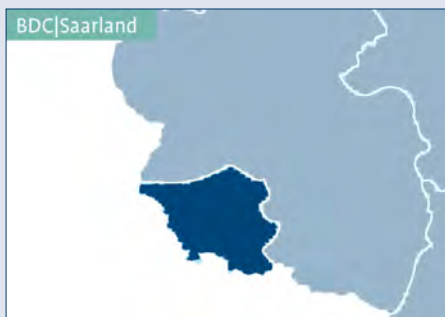
https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=299

BDC|Rheinland-Pfalz



https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=293

BDC|Saarland



https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=294

BDC|Sachsen



https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=297

BDC|Sachsen-Anhalt



https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=298

BDC|Schleswig-Holstein



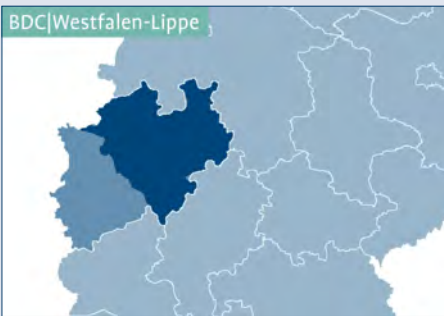
https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=303

BDC|Thüringen



https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=296

BDC|Westfalen-Lippe



https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=335



<https://www.bdc.de/>



BDC-PRESSESPIEGEL

01.02.2017 Welt.de

Ist der Blinddarm wichtig oder kann er weg?

<https://www.welt.de/gesundheit/article161715305/Ist-der-Blinddarm-wichtig-oder-kann-er-weg.html>

„Wer keinen mehr hat, hat keinen Nachteil“: Niemand weiß so recht, wozu der Blinddarmfortsatz gut ist, Ärzte raten oft zur Operation. Unkomplizierte Entzündungen werden eher mit Antibiotika behandelt.

20.01.2017 verbaende.com

Debatte um Krankenhaushygiene: Diskreditierung statt Patientenaufklärung

<http://www.verbaende.com/news.php/Debatte-um-Krankenhaushygiene-Diskreditierung-statt-Patientenaufklaerung?m=113786>

Chirurgen kritisieren die Berichte des Recherchenetzwerkes „Correctiv“ und des ARD-Magazins „Plusminus“ zur Hygiene in deutschen Krankenhäusern.

10.01.2017 Ärzte Zeitung

„In der Fläche fehlen Konzepte“

http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/junge-aerzte/article/926537/weiterbildung-flaeche-fehlen-konzepte.html

Warten auf Kammern und Politik? Wer trotz widriger Rahmenbedingungen eine gute Weiterbildung bieten will, muss auch selbst aktiv werden. Ein Trainingskonzept bietet Weiterbildern hier praktische Hilfe.

30.12.2016 Pressespiegel

Gehetzte Mitarbeiter in langen gängen, die sich nicht mehr verantwortlich fühlen

<http://www.academicworld.net/artikel-allgemein/article/gehetzte-mitarbeiter-in-langen-gaengen-die-sich-nicht-mehr-verantwortlich-fuehlen/>

Der Mangel an ärztlichem Fachpersonal nimmt innerhalb der deutschen Krankenhäuser seit Jahren dramatisch zu. Dr. Andreas Fiehn, MBA, Ärztlicher Leiter der Diakonie-Kliniken Kassel, fehlt eine gelebte Leitbildkultur in vielen Häusern...

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



PRESSE-KONTAKT BDC:
JULIA WEILBACH
TELEFON 030/28004-200
PRESSE@BDC.DE

PERSONALIA



Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen gratuliert seinen Mitgliedern zu 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, gerne auch mit Ihrem Foto. Bitte schreiben Sie an passion_chirurgie@bdc.de.



PERSONALIA-MELDUNGEN FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE), RUBRIK WISSEN | KARRIERE.

Georgi Antov leitet seit Anfang des Jahres die Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am MediClin Krankenhaus Plau. Sein Ziel ist die Modernisierung seiner Abteilung, die Etablierung neuer Methoden bei proktologischen Patienten sowie bei der minimal-invasiven Chirurgie.

Prof. Dr. med. Karl-Heinz Bauer, Chefarzt der Chirurgische Klinik am Knappschafts-Krankenhaus Dortmund und Ärztlicher Direktor des Klinikums Westfalen, ist neuer Präsident der Vereinigung Niederrheinisch-westfälischer Chirurgen (NRW-Chirurgen).

Dr. med. Haldun Celebi leitet seit Anfang Oktober die Allgemein- und Unfallchirurgie der Asklepios Kliniken Schildautal in Seesen. Der Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie, Viszeralchirurgie und spezielle Viszeralchirurgie war zuvor Chefarzt der Abteilung Allgemein- und Vizeralchirurgie an der Helios Klinik Attendorn. Celebis Nachfolge in Attendorn hat **Dr. med. Klaus J.H. Friedhoff** im Januar dieses Jahres übernommen.

Dr. med. Eun-Young Cho hat zum Anfang des Jahres die Funktion der Chefarztin der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie im Hospital zum heiligen Geist in Frankfurt am Main übernommen. Die Fachärztin für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie war zuvor seit 2013 als Oberärztin und stellvertretende Leitung in der Klinik tätig.

Dr. med. Matthias Haun, Oberarzt und Unfallchirurg am Krankenhaus Rothalmünster, hilft seit vielen Jahren regelmäßig während seines Urlaubes in mehrwöchigen Auslandseinsätzen Menschen in Not. Für sein Engagement wurde er im November des letzten Jahres in Bayern mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Hans-Peter Hillmeier, zuvor Oberarzt der Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie der Neckar-Odenwald-Kliniken in Buchen, hat sich zum Anfang dieses Jahres in einer chirurgischen Gemeinschaftspraxis in Mosbach niedergelassen.

Dr. med. Heike Jakob, Fachärztin für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie sowie Handchirurgie ist seit dem 01.01.2017 neue Chefarztin der Unfallchirurgie in der Marienhausklinik St. Josef Kohlhof.

PD Dr. med. Christian Ferdinand Juro-wich leitet seit Januar 2017 übergangsweise zusammen mit **Prof. Dr. med. Jürgen Roder** die Allgemein- und Viszeralchirurgie der Kreisklinik Altötting-Burghausen. Roder wird sich Mitte des Jahres in den Ruhestand verabschieden und dann die alleinige Leitung seinem Nachfolger übergeben.

Dr. med. Enrico Kahl ist seit Mitte Januar 2017 Chefarzt der Chirurgie am DRK-Man-

nische-Krankenhaus in Bad Frankenhausen. Mit dem Traumatologen kann vor Ort ein breites chirurgisches Spektrum abgedeckt werden.

Prof. Dr. med. Jörg Kleeff übernahm im Januar die chirurgische Leitung der Universitätsklinik und Poliklinik für Viszerale, Gefäß- und Endokrine Chirurgie in Halle. Neben seiner Funktion als Professor für Viszeralchirurgie, Direktor der entsprechenden Uniklinik, ist er auch Direktor der Allgemeinchirurgie am BG Klinikum Bergmannstrost in Halle. Damit soll die Vernetzung und Kooperation der beiden Kliniken vertieft werden.

Dr. med. Wolfram Korsch ist neuer leitender Oberarzt der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Wirbelsäulenthherapie der Donau-Ries-Klinik in Donauwörth. Der Facharzt für Chirurgie und spezielle Unfallchirurgie sowie Kinderorthopädie war zuvor vier Jahre als leitender Oberarzt in der Kreisklinik Günzburg tätig.

Dr. med. Hubert Mayer, Mitglied des geschäftsführenden Präsidiums des BDC und Facharzt für Chirurgie, Viszeralchirurgie und Notfallmedizin, ist seit dem 1. Januar 2017 neuer Klinikdirektor der Fachklinik Josefinum in Augsburg.

Dr. med. Bettina Mihm, zuvor Oberärztin der Orthopädischen Klinik am Herzogin-Elisabeth-Hospital in Braunschweig, ergänzt seit dem 01.01.2017 als niedergelassene Fachärztin für Chirurgie und Orthopädie und Unfallchirurgie das Team der Chirurgischen Gemeinschaftspraxis von **Dr. med. Henning Hinrichs** in Braunschweig.

Prof. Dr. med. Bettina M. Rau ist seit Januar 2017 neue Chefärztin der Chirurgischen Klinik im Klinikum Neumarkt in der Oberpfalz. Zu den Tätigkeitsschwerpunkten der Chirurgen, die zuvor als leitende Oberärztin in Rostock tätig war, zählen die onkologische Oberbauchchirurgie, speziell im Bereich Bauchspeicheldrüse und Speiseröhre sowie die minimal-invasive Chirurgie.

Dr. med. Peter Riess, Chefarzt der Fachklinik für Unfallchirurgie und Orthopädie der Helios Klinik Bad Berleburg, wechselte zum Januar 2017 als neuer Chefarzt in das Helios Klinikum Niederberg in Velbert.

Dr. med. Stephan Ruff, zuletzt acht Jahre lang Chefarzt im Helios Klinikum Schwelm, ist seit Anfang des Jahres neuer Leiter der Abteilung Allgemein- und Viszeralchirurgie der Paracelsus-Klinik Durlach.

Dipl.-Med. Thomas-Michael Rummler, ehemals Oberarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie im DRK-Krankenhaus Luckenwalde, ist seit dem 01.01.2017 Niedergelassener Chirurg in einer Gemeinschaftspraxis in Werder zusammen mit **Dr. med. Jan Brzezinski**.

PD Dr. med. Joachim Schmidt kam zum 01.01.2017 von der Klinik für Herzchirurgie des Universitätsklinikums Münster nach Bonn in die Thoraxchirurgie des Malteser Krankenhauses Bonn/Rhein-Sieg wo der ehemalige Oberarzt die Position des Chefarztes übernommen hat.

Dr. med. Harald Schultz, zuvor Chefarzt der Chirurgie am Nardinklinikum in Landstuhl, hat zum 01. Januar 2017 die Nachfolge von **Dr. med. Georgios Adamidis** als Leiter der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Städtischen Krankenhaus Pirmasens angetreten.

Prof. Dr. med. Martin Wolff leitet seit Januar 2017 als Chefarzt die Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie der St. Nikolaus-Stiftshospital GmbH in Andernach. Sein Ziel ist der Ausbau von Operationen der Schilddrüse und Nebenschilddrüse sowie der Ausbau der Thoraxchirurgie und der minimal-invasiven Chirurgie. ○

Termine BDC | Akademie

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
28.04.17		Berlin	2017-21525	Workshop "Simulationstraining Notfallmanagement"	Dr. Jan Baus	450,00	600,00
15.05.17	18.05.17	Tuttlingen	2017-21663	Common Trunk	Prof. Dr. Michael Schäffer	400,00	600,00
18.05.17	19.05.17	Berlin	2017-21509	Praktisches Seminar Orthopädie und Unfallchirurgie	Dr. Thomas Stoffels	300,00	500,00
16.06.17	17.06.17	Potsdam	2017-21512	Workshop "Intensivmedizin & Reanimation"	Prof. Dr. habil. Frank Marusch	500,00	700,00
23.06.17	24.06.17	Tübingen	2017-21511	Workshop "Intensivmedizin"	Dr. Hans Fischer	400,00	600,00
29.06.17	01.07.17	Hamburg	2017-21666	Common Trunk	Prof. Dr. Wolfgang Schwenk; Prof. Dr. med. Bernhard Reith; Prof. Roblich	400,00	600,00
06.09.17	09.09.17	Braunschweig	2017-21661	Common Trunk	Prof. Dr. Dr. h.c. Guido Schumacher	400,00	600,00

FACHARTZTVORBEREITUNG							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
03.04.17	07.04.17	Berlin	2017-22570	Facharztseminar – Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. Thomas Steinmüller	300,00	500,00
08.05.17	12.05.17	Berlin	2017-23823	Facharztseminar – Orthopädie / Unfallchirurgie	Prof. Dr. Julia Seifert	300,00	500,00
12.06.17	16.06.17	Hamburg	2017-23820	Facharztseminar – Orthopädie / Unfallchirurgie	Prof. Dr. Wolfgang Rüther; Prof. Dr. Markus Kröber	300,00	500,00
19.06.17	23.06.17	Erfurt	2017-23670	Facharztseminar – Viszeralchirurgie	Prof. Dr. Albrecht Stier	300,00	500,00
21.06.17	23.06.17	Herne	2017-23711	Facharztseminar – Thoraxchirurgie	Dr. Erich Hecker	300,00	500,00
11.09.17	15.09.17	Leipzig	2017-22550	Facharztseminar – Allgemeinchirurgie	Dr. Ehrhardt Weiß	300,00	500,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
31.03.17		Hamburg		Tibiakopfkurs	Prof. Dr. Johannes M. Rueger	500,00	550,00
06.04.17	08.04.17	Hamburg	2017-23612	Osteosyntheseverfahren an der oberen Extremität	Prof. Dr. Johannes M. Rueger	400,00	600,00
27.04.17	28.04.17	Berlin	2017-22405	CAMIC 3: Laparoskopische Nahttechniken	Prof. Dr. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
11.05.17	12.05.17	Berlin	2017-22410	Basis Kurs Adipositaschirurgie	Prof. Dr. Volker Lange	400,00	600,00
12.05.17	13.05.17	Hamburg	2017-23862	Fußchirurgie II	Dr. Ralph Springfeld; Prof. Dr. Maximilian Faschingbauer	500,00	650,00
17.05.17	19.05.17	Berlin	2017-23681	Endokrine Chirurgie	Prof. Dr. Thomas Steinmüller	250,00	450,00
18.05.17	19.05.17	Berlin	2017-22407	CAMIC 4: Laparoskopische kolorektale Chirurgie	Prof. Dr. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
19.05.17	20.05.17	Bonn	2017-23633	Kindertraumatologie für D-Ärzte	Prof. Dr. Christof Burger; PD Dr. Hans Goost; Prof. Dr. Axel Prokop	300,00	450,00
09.06.17	10.06.17	Döllnsee	2017-23682	Update Viszeralchirurgie	Prof. Dr. habil Frank Marusch; Prof. Dr. Hubertus J.C. Wenisch	30,00	50,00
14.06.17	16.06.17	Berlin	2017-23678	Kolorektale Chirurgie	Prof. Dr. med. Martin Kreis; Prof. Dr. med. Johann Pratschke; PD Dr. med. Felix Aigner	250,00	450,00
21.06.17	23.06.17	Berlin	2017-23671	Hepatobiliäre Chirurgie	Prof. Dr. Johann Pratschke; PD Dr. Robert Öllinger; PD Dr. Moritz Schmelzle	250,00	450,00
28.06.17	30.06.17	Köln	2017-23677	Oberer Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. Wolfgang Schröder; Prof. Dr. Christiane Bruns	250,00	450,00

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
23.03.17		München	2017-27836	Vorbereitung auf die Niederlassung (auf DGCH-Kongress)	Dr. Jörg-A. Rüggeberg		
29.04.17		Berlin	2017-26535	Chirurginnen auf dem Weg nach oben Modul 5	Dr. Gunda Leschber; Sabine Schicke	300,00	500,00
05.05.17		Berlin	2017-24760	Medizinische Krisenkommunikation unter juristischen und medialen Aspekten	Dr. jur. Jörg Heberer; Holger Münsinger	200,00	400,00
12.05.17	13.05.17	Berlin	2017-27832	Praxis-Optimierung	Dr. Peter Kalbe	350,00	500,00

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
20.05.17		Berlin	2017-25590	Gutachter im Behandlungsfehler-Prozess	Prof. Dr. Heiner Wenk	250,00	400,00
10.06.17		Berlin	2017-27706	Abrechnungsseminar EBM	Dr. Jörg-A. Rüggeberg	140,00	240,00
10.06.17		Berlin	2017-27701	Abrechnungsseminar GOÄ und BG	Dr. Peter Kalbe	140,00	240,00

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
05.05.17	06.05.17	Berlin		Mastertrainer BDC/BDI/BVOU für die Strukturierte Facharztweiterbildung	Dr. Jörg Ansorg; Prof. Michael Denking; Dr. Norbert Hennes; Prof. Dr. Marcus Siebolds	200,00	350,00

Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin



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



60 CME-Punkte!



www.ecme-center.org/hba

Veranstaltungshinweise

Datum	Datum	Ort	Seminartitel	Wissenschaftlicher Leiter	Preis Mitglied	Preis Nicht-Mitglied
05.05.2017	06.05.2017	München	Munich Shoulder Fracture Course 2017	Intercongress GmbH		
11.05.2017	13.05.2017	Tuttlingen	Basiskurs Minimal Invasive Kinderchirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	550,00	590,00
12.05.2017	13.05.2017	München	Komplexe Hüftchirurgie 2017	Intercongress GmbH		
15.05.2017	16.05.2017	Berlin	Führen neu verstehen - Interaktiver Workshop zur erfolgreichen Führung unterschiedlicher Generationen im Klinik- und Praxisalltag	AESULAP AKADEMIE GMBH	650,00	650,00
18.05.2017	20.05.2017	Ludwigsburg	24. Jahreskongress der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie	Intercongress GmbH		
18.05.2017	20.05.2017	Berlin	DGOOC Kurs 2017 - Fuß	Intercongress GmbH		
24.05.2017	26.05.2017	Bad Neustadt an der Saale	Internationales Symposium mit Workshop - 25 Jahre Klinik für Handchirurgie Bad Neustadt	Intercongress GmbH		
08.06.2017	10.06.2017	Wendisch Rietz	Grundlagen der Intensivmedizin (GIN)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	1.250,00	1.250,00
10.06.2017	11.06.2017	Wendisch Rietz	Intensivmedizinische Techniken kompakt (GIT)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	675,00	675,00
15.06.2017	17.06.2017		19. Kurs zur Analyse und Korrektur von Beindefor- mitäten	Gesellschaft für Extremitätenverlän- gerung und rekonstruktion		
15.06.2017	17.06.2017	Osnabrück	199. NDCH Tagung, Osnabrück	Vereinigung Norddeutscher Chirur- gen (NDCH) e.V.	75,00	75,00
19.06.2017	21.06.2017	Berlin	Kommunikation und Konfliktmanagement	AESULAP AKADEMIE GMBH	745,00	795,00
22.06.2017	24.06.2017	Tuttlingen	Trainingskurs Mikrogefäßchirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	790,00	790,00
26.06.2017	28.06.2017	Bochum	Aufbaukurs Laparoskopische Hernienchirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	690,00	740,00
19.07.2017	21.07.2017	Würzburg	94. Jahrestagung der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen e.V.	MCN Medizinische Congressorgani- sation Nürnberg AG	45,00	45,00
31.07.2017	01.08.2017	München	Praxisworkshop: Medizindeutsch für fremdsprachige Ärzte Modul 3 Der Arztbrief	P.E.G. Servicegesellschaft mbH	224,00	249,00
15.09.2017	16.09.2017	Murnau am Staf- felsee	XII. Kongress der Gesellschaft für Extremitätenver- längerung und rekonstruktion (GEVR) 2017	Gesellschaft für Extremitätenverlän- gerung und rekonstruktion (GEVR)		
23.09.2017	24.09.2017	Wendisch Rietz	Grundlagen der Beatmung (BEA)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	625,00	625,00
25.09.2017	28.09.2017	Hamburg	29th Emile Letournel Course and Workshop			
28.09.2017	29.09.2017	Wendisch Rietz	Viszeralchirurgie kompakt (VCK)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	525,00	525,00
14.10.2017	15.10.2017	Wendisch Rietz	Aufbauseminar intensivmedizinische Fachpflege (AFI)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	540,00	540,00
14.10.2017	16.10.2017	Wendisch Rietz	Crurale Chirurgie (GCC)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	850,00	850,00
24.10.2017	27.10.2017	Berlin	DKOU 2017 - Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie	Intercongress GmbH		

Datum	Datum	Ort	Seminartitel	Wissenschaftlicher Leiter	Preis Mitglied	Preis Nicht-Mitglied
03.11.2017	04.11.2017	München	ESSKA-ESMA - 1st Open Meeting	Intercongress GmbH		
12.11.2017	13.11.2017	Wendisch Rietz	Dialyseshuntchirurgie (GDC)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	875,00	875,00
16.11.2017	18.11.2017	Wendisch Rietz	Grundlagen der Intensivmedizin (GIN)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	1.250,00	1.250,00
18.11.2017	19.11.2017	Wendisch Rietz	Grundlagen der Beatmung (BEA)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	625,00	625,00
25.11.2017	25.11.2017	Jena	4. Jenaer Gelenksymposium - Erkrankungen und Verletzungen des oberen und unteren Sprunggelenks			
25.11.2017	26.11.2017	Wendisch Rietz	Intensivmedizinische Techniken kompakt (GIT)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	675,00	675,00
03.12.2017	04.12.2017	Wendisch Rietz	Aorten Chirurgie (GAC)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	850,00	850,00
09.12.2017	10.12.2017	Wendisch Rietz	Grundlagen der Beatmung (BEA)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	625,00	625,00

LIFESTYLE- ANGEBOTE IM MÄRZ 2017

%

15 %



KOCHZAUBER: 15 % FÜR BDC-MITGLIEDER

15 %



DESIGN-BESTSELLER: 15 % FÜR BDC-MITGLIEDER

15 %



FALKE: 15 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

12 %



HOTELOPIA: 12 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

Alle Service-Angebote für BDC-Mitglieder finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Leistungen | Lifestyle-Angebote.

<http://www.bdc.de/leistungen/lifestyle-angebot/>

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.



Partner des BDC für chirurgische Weiter- und Fortbildung

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen definiert die chirurgische Weiter- und Fortbildung als eine seiner Kernaufgaben. Mit über 80 Seminaren jährlich bietet die BDC|Akademie bundesweit ein breites Portfolio für Chirurgeninnen und Chirurgen.

Dabei achtet der BDC traditionell auf höchste Qualität aller Angebote bei konstant günstigen Preisen und kommt nicht umhin, die Akademie jedes Jahr zu subventionieren. Dennoch wäre das Programm der BDC|Akademie ohne finanzielle und materielle Unterstützung der medizintechnischen und pharmazeutischen Industrie nicht realisierbar. Als Anbieter innovativer medizinischer Produkte haben einige Unternehmen ihre Verantwortung für die chirurgische Weiter- und Fortbildung – besonders auch für junge Chirurgen – erkannt und nehmen diese durch eine enge Kooperation mit der BDC|Akademie wahr.

Die Arbeit des BDC an modernen und zukunftsorientierten Projekten der chirurgischen Weiter- und Fortbildung wird gezielt gefördert. Die Kooperation zeichnet sich durch eine langfristige und nachhaltige Unterstützung aus, die über das Sponsoring von Einzelveranstaltungen weit hinaus geht – beispielsweise durch die Unterstützung des berufspolitischen Engagements für hohe Weiterbildungsqualität sowie die Nachwuchsakquise mittels unserer Kampagne „Nur Mut!“.

Der BDC dankt diesen Unternehmen für die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit und ihr Engagement für junge Chirurgen im Rahmen der Partnerschaft für chirurgische Weiter- und Fortbildung.

Pilotprojekt in der Kinderchirurgie

Vor Operationen beschäftigen Kinder viele Fragen: Warum wird man überhaupt operiert? Was passiert da eigentlich? Und merke ich dabei etwas? Um Kindern diese Fragen zu beantworten und ihnen auch die Angst vor anstehenden Operationen zu nehmen, haben Caroline Körner und Kathrin Schmidt den gemeinnützigen Verein Hummelkind®-Visite e.V. gegründet.

PANORAMA

Hummelkind- Visite



**JULIA WEILBACH**

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

Weilbach J. Hummelkind-Visite: Pilotprojekt
in der Kinderchirurgie. Passion Chirurgie.
2017 März, 7(03): Artikel 08_01.



WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA
FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE
(WWW.BDC.DE, RUBRIK WISSEN |
PANORAMA).

WIE SIND SIE AUF DIE IDEE FÜR IHREN VEREIN GEKOMMEN?

Kathrin Schmidt: Ein Klinikaufenthalt bedeutet für Kinder oft Stress, Angst, körperliche Schmerzen und Verunsicherung. Wir wissen das aus eigener Erfahrung. Ich bin Mutter von zwei kleinen Kindern und Caroline Körner hat selbst lange Krankenhausaufenthalte hinter sich.

Wie schön wäre es da, wenn dort bereits ein Freund auf das Kind warten würde. Ein Freund, der sich im Krankenhaus gut auskennt und Dinge erklären kann. Unsere Hummelkinder sind solche Freunde. Sie helfen Kindern mit ihren Krankheiten zurecht zu kommen und bauen bei den „Visiten“ durch kindgerechte Information Ängste ab. Den Verein haben wir mit dem Ziel gegründet, den Klinikaufenthalt für Kinder angenehmer zu gestalten und um die Hummelkinder dorthin zu bringen, wo sie gebraucht werden: zu den Kindern ins Kran-

kenhaus. Medizinstudenten besuchen zusammen mit den Hummelkindern die kleinen Patienten direkt am Krankenbett und sprechen ihnen Mut zu und beantworten ihre Fragen. Durch die unterstützende medizinische Aufklärung möchten wir Ängste abbauen bzw. gar nicht erst entstehen lassen. Die Visiten bieten Kindern nicht nur eine willkommene Abwechslung, die Medizinstudenten üben sich im praxisnahen Patientenkontakt und das medizinische Personal wird entlastet.

WAS STECKT HINTER DER HUMMEL?

Caroline Körner: Wir hätten auch Katzen- oder Hundekinder nehmen können. Aber diese Tiere sind meist von Kindern schon in irgendeiner Art und Weise besetzt. Der eine hat Angst vor Hunden, der andere meidet Katzen. Nun, unsere Hummelkinder haben garantiert noch niemanden gekratzt oder gebissen. Sie sind neutral und erwecken einen



**CAROLINE KÖRNER (LINKS)
GESCHÄFTSFÜHRERIN &
GRÜNDERIN**

Die Grafikdesignerin und Illustratorin der Hummelkinder war aufgrund eines Tumors an der Wirbelsäule 2009 und 2010 lange Zeit in Kliniken in Behandlung und kam so mit verschiedenen Ärzten, Patienten und Klinikpersonal in Kontakt. Aus eigener Erfahrung weiß sie, wie wichtig – neben dem Vertrauen in die Mediziner – verständliche Informationen über eine Krankheit, Untersuchungen und zukünftiges Verhalten sind, um Spätfolgen abzuwenden.

Aus eigener Erfahrung weiß sie, wie wichtig – neben dem Vertrauen in die Mediziner – verständliche Informationen über eine Krankheit, Untersuchungen und zukünftiges Verhalten sind, um Spätfolgen abzuwenden.

KATHRIN SCHMIDT (RECHTS), GESCHÄFTSFÜHRERIN & GRÜNDERIN

Kathrin Schmidt studiert an der Charité Humanmedizin und Psychologie.

Sie nahm in ihrer Zeit als Physiotherapeutin u. a. an Hilfsprojekten teil, welche ausschließlich auf die Bedürfnisse von Kindern aus Kriegs- und Krisengebieten ausgerichtet waren. So wirkte sie neben der Versorgung von brandverletzten Kindern auch an der Ausbildung von Physiotherapeuten im Al-Twawra-Hospital in Taiz, Jemen mit.

Durch ihr Mitwirken bei den Teddy-Docs der Charité und auch in ihrer Rolle als Mutter, entwickelte sie ein offenes Ohr für die vielen neugierigen Fragen der Kinder.

Kuschel- und Beschütz-mich-Instinkt. Große Augen, flauschig und niedlich – das kommt gut an. Sie sind gute Identifikationsfiguren, ohne belehrend zu wirken, wie beispielsweise ein anderes Kind oder ein Erwachsener. Sie kommunizieren auf Augenhöhe mit den kleinen Patienten, denn sie sind ja selbst Kinder.

WIE LÄUFT EINE HUMMELKIND-VISITE GENAU AB?

Kathrin Schmidt: Unser erster Anlaufpunkt ist das Schwesternzimmer bzw. das Zimmer des Pflegepersonals der jeweiligen Station. Dort erfahren wir, wie viele Kinder auf Station untergebracht sind, welche Krankheitsfälle vertreten sind und welchen Kindern wir uns besonders zuwenden sollten. Das sind meist Kinder, die lange allein bleiben müssen, weil die Eltern nicht anwesend

sein können oder Kinder, die Angst haben oder unglücklich sind.

Wir kommen meist zu zweit oder zu dritt auf die Station und haben auch unsere Klinik-Starter-Pakete dabei, die wir den Kindern als Willkommensgeschenk überreichen. Darin befindet sich ein Buch über die Operation. Dieses sehen wir uns zusammen mit den Kindern an, lesen ihnen daraus vor und beantworten Fragen. Manchmal spielen wir dann zusammen auch noch irgendetwas.



(c) David Reiser

Die Art und Dauer der Beschäftigung und der Zuwendung ist vom jeweiligen Kind abhängig. Manch ein Kind möchte uns gar nicht wieder gehen lassen, ein anderes möchte lieber für sich sein, eines hat viele Fragen zum Krankenhaus und der Operation, ein anderes mag einfach nur abgelenkt werden. Das ist ganz unterschiedlich und wir richten uns danach.

WELCHE GANZ BESONDERE ERFAHRUNG MIT EINEM „KLEINEN PATIENTEN“ HAT SIE BESONDERS BEEINDRUCKT?

Caroline Körner: Es ist schon ein tolles Gefühl zu sehen, wie sehr sich die Kinder über unsere Besuche freuen. Es gibt so viele schöne Erfahrungen, z. B. die mit dem kleinen Jungen, der nicht sprechen wollte und dann doch lachte, als wir seinen Namen erraten konnten. Oder das kleine syrische Mädchen, dass unsere Sprache nicht kannte, aber mit dem wir durch Hummelkind Simon doch eine Möglichkeit der Kommunikation fanden. Simon war dann ihr einziges Spielzeug in der Klinik. Sie wollte ihn gar nicht mehr loslassen. Dann war da ein Junge, der Angst hatte bei seiner Operation aufzuwachen. Er ließ sich dann doch beruhigen, als wir ihm erklärten, wie so eine Operation abläuft. Da wir die Materialien selbst entwickelt haben, geht uns natürlich das Herz auf, wenn wir sehen, wie die Plüsch-Hummelkinder in die kleinen Ärmchen genommen und mit einem Lächeln an sich gedrückt werden. Da wissen wir, dass wir das Richtige tun.

KANN MAN DIE BÜCHER, DIE SIE FÜR DIE VISITE VERWENDEN, KÄUFLICH ERWERBEN?

Caroline Körner: Ja, natürlich. Das Buch über die Operation, das Buch „Skoli... Was?“, das über die Wirbelsäulenerkrankung Skoliose informiert und das Buch „Wo zwickt der Krebs?“, in dem Kindern die Krebserkrankung erklärt wird, kann man entweder auf der Webseite www.hummelkind.de bestellen oder aber über den Lehmanns Media Fachbuchverlag.

Bei der Konfrontation mit einer Diagnose gibt es viele Fragen. Das sind Fragen wie: Was geht da eigentlich in meinem Körper vor sich? Was ändert sich jetzt? Wie gehts weiter? Die Bücher nehmen die Fragen ernst und beantworten sie wahrheitsgemäß, auf kindgerechter Ebene.

BEI DER HUMMELKIND-VISITE IN BERLIN HANDELT ES SICH UM PILOTPROJEKT – WAS HABEN SIE DANACH GEPLANT?

Kathrin Schmidt: Wir möchten weiterhin auf den Kinderstationen 26, 27 und 29 an der Charité unsere Hummelkind-Visiten anbieten. Darüber hinaus würden wir auch gerne die anderen Stationen, auf denen sich Kinder befinden, besuchen. Dazu benötigen wir weitere engagierte Studenten, die die Visiten mit uns durchführen und natürlich auch weitere Fördermitgliedschaften, um unsere Vereinsarbeit finanzieren zu können.

WAS IST LANGFRISTIGES ZIEL IHRES VEREINS?

Kathrin Schmidt: Langfristig möchten wir gerne eine wichtige Stütze in der Pädiatrie sein. Hummelkind-Visite e.V. möchte dem

kranken Kind, seinen Eltern und dem medizinischen Fachpersonal zur Seite stehen.

Das Interview führte Julia Weilbach.

WIE KANN MAN IHREN VEREIN AM BESTEN UNTERSTÜTZEN?

Kathrin Schmidt: Wir benötigen dringend neue Fördermitgliedschaften. Einmalige Spenden sind natürlich auch willkommen. Aber nur durch eine regelmäßige Förderung können wir unsere Ausgaben decken und uns auf unsere eigentliche Vereinsarbeit konzentrieren. Wir sind ein gemeinnütziger Verein. Die Spenden sind steuerlich absetzbar.

Zudem möchten wir Medizinstudenten dazu ermuntern, sich bei uns zu melden. Wer bei den Hummelkind-Visiten mitmachen möchte, kann sich gerne bei uns melden. Schreibt uns dafür am besten eine E-Mail an: info@hummelkind-visite.de 

SPENDENKONTO

Hummelkind®-Visite e.V.

IBAN: DE14 1009 0000 2579 2680 02

BIC: BEVODEBB

Unsere Emailadresse zum Senden von Spenden via PayPal lautet:
info@hummelkind-visite.de

Link zum Direktspenden: <http://hummelkind.info/de/mitmachen-spenden/>

Registriert unter: VR 34155 B, Vereinsregister
Jede finanzielle Unterstützung ist steuerlich absetzbar.

Das Interview führte Julia Weilbach.



Chirurgie-Suche

Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

Finden statt suchen!

3 Monate
Premium-Paket
kostenlos testen

Ihre Klinik und Praxis auf Chirurgie-Suche.de

- ✓ Optimale Positionierung bei Google u.a. Suchmaschinen
- ✓ Man findet Sie – Selbst auf Facebook
- ✓ Fakten statt Bewertungen
- ✓ Gewinnung neuer Patienten, Zuweiser und Assistenzärzte