

PASSION **C**HIRURGIE

PANORAMA

IM RUHESTAND
WELTWEIT AKTIV

im Fokus

**CHIRURGEN
IM EINSATZ**

11 | 2017

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN







PROF. DR. MED. JULIA SEIFERT

Vizepräsidentin
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Unfallkrankenhaus Berlin
Klinik für Unfallchirurgie und
Orthopädie
Warenerstr. 7, 12683 Berlin
Julia.Seifert@ukb.de

Chirurgen im Einsatz

Chirurginnen und Chirurgen sind tagtäglich und rund um die Uhr im Einsatz. Aber viele von ihnen auch unter verschärften Bedingungen: in Kriegsgebieten, bei Katastropheneinsätzen oder in Entwicklungsländern. Die aktuelle Ausgabe PASSION CHIRURGIE greift diese besonderen Arbeits- und Lebensbedingungen in einigen Beiträgen auf.

Ein Artikel widmet sich anhand einer repräsentativen Fallserie kriegsbedingten gefäßchirurgischen Verletzungen. Denn spätestens seit dem Koreakrieg haben die gefäßchirurgische Rekonstruktion und Bluttransfusion unter kriegschirurgischen Bedingungen einen etablierten Stellenwert. Die Versorgungsansprüche sind über die Jahrzehnte trotz limitierter Ressourcen auch unter Feldlazarettbedingungen gewachsen – vor allem aufgrund der zunehmenden Kompetenz der agierenden Chirurgen in Kriegsgebieten.

Diese Erfahrungswerte werden oft auch von Chirurgen im Ruhestand eingebracht. Sie nutzen die neu gewonnene Zeit, um ihre Expertise rund um die Welt einzusetzen. Eine Entsendeorganisation für ehrenamtliche Fach- und Führungskräfte koordiniert

Einsätze unter anderem für Chirurgen und hat einen Beitrag über ihre Arbeit in diesem Heft geschrieben, lesen Sie dazu „Im Ruhestand weltweit aktiv – Senior Experten Service (SES) sucht Nachwuchs aus der Chirurgie“. Vielleicht ist das auch etwas für Sie?

Gerade für Kolleginnen und Kollegen, die im Ausland unter erschwerten Bedingungen arbeiten, könnten Fortbildungsformate wie Webinare von besonderem Wert und Interesse sein: Denn man ist flexibel und kann sich, egal wo und egal wann, fortbilden. Im September hat der BDC die neue Fortbildungsplattform, die BDC|WEBINARE, ins Leben gerufen. Dort wird jeden Monat eine Leitlinie von einem namhaften Experten vorgestellt und besprochen. In der Rubrik CHIRURGIE+ finden Sie einen Beitrag des Akademieleiters und des BDC-Geschäftsführers, warum gerade die AWMF-Leitlinien für dieses Format ausgewählt worden sind.

Julia Seifert

Vizepräsidentin

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.
(BDC)



Seifert J. Editorial: Chirurgen im Einsatz. Passion Chirurgie. 2017 November; 7(11): Artikel 01.



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

eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-
CENTER

WEBINARE



Namhafte Experten *live* direkt in Ihrem Arbeitszimmer.

Live-Webinare setzen neue Maßstäbe für eine zeitgerechte, interaktive Fortbildung.

Nehmen Sie teil an Live-Seminaren mit Chats, nutzen Sie Vorträge aus dem Archiv und die korrespondierenden CME-Tests online auf der neuen BDC-Plattform.

BDC|WEBINAR

www.bdc-webinare.de

MEDIATHEK



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

Von Chirurgen für Chirurgen –

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

mediathek
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

www.mediathek-dgch.de

[eCME-CENTER]



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

eCME-center.org
Continuing Medical Education

www.ecme-center.org

Ausgezeichnete Leistungen für Ihr Vermögen.

Unsere Vermögensverwaltung.

**NEU: ab
50.000 Euro*.**

Mehr unter [apobank.de/
vermoegen-smart](http://apobank.de/vermoegen-smart)

Weil uns mehr verbindet.



deutsche apotheker-
und ärztebank



*Wir informieren Sie gern über dieses neue Produkt!

IMPRESSUM

CHIRURGIE

HERAUSGEBER

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

DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Jörg Fuchs
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Tim Pohlemann,
Prof. Dr. med. Matthias Anthuber, Prof. Dr. med. Thomas
Schmitz-Rixen
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.: +49 (0)3028004-202 oder
passion_chirurgie@bdc.de)
Julia Weibach

VERLAG

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

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

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

ABBILDUNGSHINWEISE

Cover-Foto von iStock/violinconcertono3 | 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.

Auflösung Bilderrätsel Q2/2017:

Beckenbruch

EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

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

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

BDC IM WEB 2.0:



INHALT

2 EDITORIAL

8 SCHAUFENSTER

10

im Fokus

KRIEGSBEDINGTE GEFÄSSCHIRURGISCHE VERLETZUNGEN – REPRÄSENTATIVE FALLSERIE

Z. Halloul, M. Mhanna, F. Meyer

22 TERRORGEFAHR IN DEUTSCHLAND: UNFALLCHIRURGEN ERGREIFEN MASSNAHMEN FÜR DEN ERNSTFALL

25 CHIRURGIE

25 Zukunftschancen in den chirurgischen Fachgebieten
J. Seifert

31 CHIRURGIE⁺

31 Akademie Aktuell: Kostenfreie BDC|Webinare
„Leitlinien in der Chirurgie“ W. Schröder, R. Dittmar

33 Einladung zum Bundeskongress Chirurgie 2018
„Gemeinsam stark“ C. Schüürmann, H.-J. Meyer,
A. Neumann, M. Bartsch

35 Optimierung von Zusammenarbeit
in der Chirurgie W. Hellmann



- 39 **Safety Clip:** Patient Blood Management
*P. Meybohm, C. Füllenbach, K. Zacharowski,
S. Choorapoikayil*
- 44 **Hygiene-Tipp:** Lagerung von
Speisen auf Station *W. Popp, K.-D. Zastrow, N. Parohl*
- 46 Erfolgreiche bundesweite Kampagne des
BDC in Kooperation mit DGKH und BDH
- 47 **Rezension:** Chirurgie des Ellenbogens
M. Scheibel, K. Thiele
- 49 Personalia
- 51 **Recht**
- 51 Wichtige Rahmenbedingungen bei der
Praxishomepage *J. Heberer*
- 55 Das Recht am eigenen Bild
A. Wienke, R. Sailer
- 58 Durchführung der Anamnese eines Unfalls vom
Pflegepersonal *J. Heberer*
- 59 Auskunftsanspruch von Patienten gegenüber der
Klinik *J. Heberer*

61 GESUNDHEITSPOLITIK

- 61 Die Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland
- 64 Notfallversorgung: Was ist wichtig für Kinder?
- 66 Aktuelle Meldungen

67 INTERN

- 67 **DGCH**
- 67 Erste Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung
H.-J. Meyer
- 68 135. Kongress der Deutschen Gesellschaft für
Chirurgie 2018 *J. Fuchs*
- 70 Hospitation am Keio University Hospital in Tokyo
D. Vlasenko
- 74 Bestimmung über die Verleihung des
„Nachwuchsförderpreises der Sektion Chirurgische
Forschung“ *B. Vollmar*
- 75 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien
in Deutschland
- 80 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-
Haus
- 84 DGCH-Präsidium ab 01. Oktober 2017
- 88 **BDC**
- 88 Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2018
H.-J. Meyer
- 89 BDC-News
- 91 BDC-Versicherungs-Service: Versicherungssummen in
der Heilwesen-Haftpflicht *S. Berkenkamp*
- 93 BDC|Landesverbände
- 96 Termine BDC|Akademie
- 101 Veranstaltungshinweise

102 PANORAMA

- 102 Senior Experten Service (SES)
sucht Nachwuchs aus der Chirurgie
E. Sümmerrmann, R. Dingels

Zweite europäische Studie zur Versorgung von Reanimationspatienten



Der plötzliche Herztod ist eine der führenden Todesursachen in Europa. Um die Forschung im Bereich der Reanimation auf eine gemeinsame europäische Datenbasis zu stellen, starten 29 europäische Reanimationsregister im Oktober 2017 die zweite gemeinsame Studie EuReCa TWO (European Registry of Cardiac Arrest). Ziel der EuReCa TWO Studie ist es, auch langfristig das Überleben nach einem außerklinischen Herzkreislaufstillstand zu verbessern.

„Im Rahmen der EuReCa TWO Studie sollen Daten zum Outcome, aber auch zur Struktur- und Prozessqualität der präklinischen Reanimation gesammelt und analysiert werden.“

MEHR LESEN...

Bundesverfassungsgericht: Numerus clausus zum Studium der Humanmedizin



Der Erste Senat des Bundesverfassungsgerichts startet am 04. Oktober die Verhandlungen über zwei Richtervorlagen des Verwaltungsgerichts Gelsenkirchen zu der Frage, ob die für die Studienplatzvergabe für das Fach Humanmedizin im Hochschulrahmengesetz (HRG) und in den Vorschriften der Länder zur Ratifizierung und Umsetzung des Staatsvertrages über die Errichtung einer gemeinsamen Einrichtung für Hochschulzulassung vorgesehenen Regelungen mit dem Grundgesetz vereinbar sind.

MEHR LESEN...

Mehr als 56 Millionen Euro für die Erforschung neuer Antibiotika zugesagt



Mit 56,5 Millionen Euro wollen die Bundesrepublik Deutschland und weitere internationale Geldgeber die Erforschung und Entwicklung neuer Antibiotika vorantreiben. Die Mittel wurden der Globalen Partnerschaft für Antibiotika-Forschung und Entwicklung – GARDP (Global Antibiotic Research and Development Partnership) – im Rahmen einer Veranstaltung auf Einladung von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und Georg Schütte, Staatssekretär im Bundesministerium für Bildung und Forschung, in Berlin zugesagt.

ZUR UMFRAGE...

Spendenaufruf: Medizintechnik, Fachbücher & chirurgische Instrumente für Afghanistan



Fachbücher in englischer Sprache, chirurgische Instrumente z. B. für Kaiserschnitte und Brustoperationen, Laryngoskope, Endoskope und vieles mehr werden dringend bei einem Klinikkaufbau in Afghanistan benötigt. Informationen zu dem Projekt und die Kontaktdaten finden Sie in dem Artikel „Welcome Back Home – Das Mammakarzinom Projekt in Mazar-e Sharif“ aus PASSION CHIRURGIE.

MEHR LESEN...



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



IM FOKUS

Chirurgen im Einsatz



KORRESPONDIERENDER AUTOR
PROF. DR. MED. Z. HALLOUL

Leiter des Arbeitsbereiches
Gefäßchirurgie
Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß-
und Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg
zuhir.halloul@med.ovgu.de



PROF. DR. M. MHANNA
Dept. of Thoracic and Vascular Surgery,
Zahi-Azrak Hospital, Lattakia (Syria)



PROF. DR. MED. FRANK MEYER
Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß-
und Transplantationschirurgie
frank.meyer@med.ovgu.de

Mhanna M, Meyer F, Halloul Z. Kriegsbedingte
gefäßchirurgische Verletzungen – repräsentative
Fallserie. Passion Chirurgie. 2017 September,
7(09): Artikel 03_03.



WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA
FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE
(WWW.BDC.DE, RUBRIK WISSEN|FAC-
HGBIETE|GEFÄSSCHIRURGIE).

Kriegsbedingte gefäßchirurgische Verletzungen – repräsentative Fallserie

Der Syrienkonflikt stellt eine schon länger währende kriegsgerichtete Auseinandersetzung dar, die neben den militärischen Kräfteverhältnissen natürlich auch die weniger im öffentlichen Fokus stehenden medizinischen Maßnahmen bis hin zu einer anspruchsvollen und suffizienten (gefäß-)chirurgischen Versorgung beinhalten.

Spätestens seit dem Koreakrieg hat auch die gefäßchirurgische Rekonstruktion und Bluttransfusion unter kriegschirurgischen Bedingungen einen etablierten Stellenwert insbesondere zur Verbesserung des

erlangt. Die Ansprüche sind über die Jahrzehnte hinsichtlich einer adäquaten Versorgung trotz hoher Dringlichkeit bis hin zu vitalem Notfall als auch teils limitierten Ressourcen auch unter Feldlazarettbedingungen gewachsen, stark auch auf dem zunehmenden Erfahrungswert der agierenden Chirurgen in Kriegsgebieten als auch aus der Vergangenheit (persönliche Erfahrung, wissenschaftlich-publizistische Aufarbeitung, Überlieferung/Vermittlung) fußend.

Das Ziel der vorliegenden ausgewählten Fallserie (repräsentativ aus einer konsekutiven Patientenkohorte ausgewählt) ist, basierend auf konkreten anschaulichen Kasuistiken und selektiven fallbezogenen Literaturbezug (nicht gezeigt),

- Überlebens (thorakale, abdominale Gefäßverletzungslokalisation),
- Extremitätenerhalts (Arme, Beine zur Senkung der Amputationsrate) (und)
- zur Überwindung der Konsequenzen eines Blutverlustes
- das Spektrum authentischer Verletzungsmuster,

Methode

Repräsentative Übersicht mit selektiven Fällen einer vor Ort laufenden klinisch-systematischen unizentrischen Fallserie i.S. einer diagnose-spezifischen Beobachtungsstudie an einer konsekutiven Patientenkohorte (Design) mit prospektiver Dokumentation von insbesondere (gefäß-/thorax-)chirurgisch relevanten Kriegsverletzten und ihren Befund-, Diagnose- und Therapie-assoziierten Charakteristika, die einer verletzungsgerechten (gefäß-/thorax-) chirurgischen Versorgung unterzogen werden mussten (Einschlusskriterium), aus dem gegenwärtigen syrischen Kriegskonflikt im Versorgungsspektrum der (gefäß- und thorax-) chirurgischen Abteilung des Zahi-Azrak-Hospitals in Lattakia (Syrien).

- das Profil ihrer erfolgreichen (gefäß-) chirurgisch-technischen Versorgungsansätze (und)
- die gewonnenen klinischen intra- und perioperativen Managementerfahrungen

unter Kriegsbedingungen mit teils hohem Anfall von Verletzten und limitierten

- diagnostischen,
- operationstechnischen,
- finanziellen (und)
- kapazitativen

Ressourcen zu illustrieren, zu vermitteln und bestehende Grenzen kritisch aufzuzeigen.

Die Patienten erhielten ihre operative Versorgung entsprechend der vor Ort gegebenen diagnostischen, operationstechnischen, finanziellen und kapazitativen Ressourcen eines militärisch geführten Versorgungskrankenhauses als Notfall- oder vitale Indikation

bzw. mit aufgeschobener Dringlichkeit im Verhältnis zum Anfall von Verletzten und ihrer Verletzungsschwere nach (Re-)Triage bei Krankenhausaufnahme hinsichtlich begründeter Versorgungsaussicht und prognostisch relevanten, kurativ gegebenen Potenzials.

Den Patienten wurde zumindest bei Ansprechbarkeit eine mündliche Aufklärung zuteil und damit das prinzipielle Einverständnis zur operativen Versorgung eruiert. Ansonsten wurde den Regeln der Notfallversorgung, wie angezeigt, Rechnung getragen, wobei mit der Patienteneinlieferung vom dringend angezeigten Wunsch des Verletzten für eine adäquate Versorgung ausgegangen werden konnte bei begleitend angestrebter suffizienter individueller Aufklärung des Patienten mit Einholung der Unterschrift.

Die (gefäß-)chirurgische Versorgung erfolgte leitliniengerecht nach den Regeln der „Good Clinical Practice“.

Die Studie wurde entsprechend den Regeln der Deklaration von Helsinki für

Biomedizinische Forschung von 1964 und ihren Durchführungsbestimmungen sowie den Vorgaben des institutionellen Ethikkomitees durchgeführt.

ERGEBNISSE (KASUISTIKEN)

FALL 1

Der Patient stellte sich einen Monat nach Verletzung mittels Granatsplitter mit einer Schwellung an der rechten unteren Extremität und Gehunfähigkeit vor.

Bei der klinischen Untersuchung konnte man ein Schwirren im Bereich der medialen Seite des Oberschenkels distal rechts detektieren. Die durchgeführte Farbduplexuntersuchung zeigte im Bereich der V. femoralis rechts ein Schwirren und arterielles Signal. Die durchgeführte Magnetresonanztomographie erbrachte eine arteriovenöse Fistel im distalen Oberschenkel zwischen A. und V. femoralis sowie ein Pseudoaneurysma in diesem Bereich.

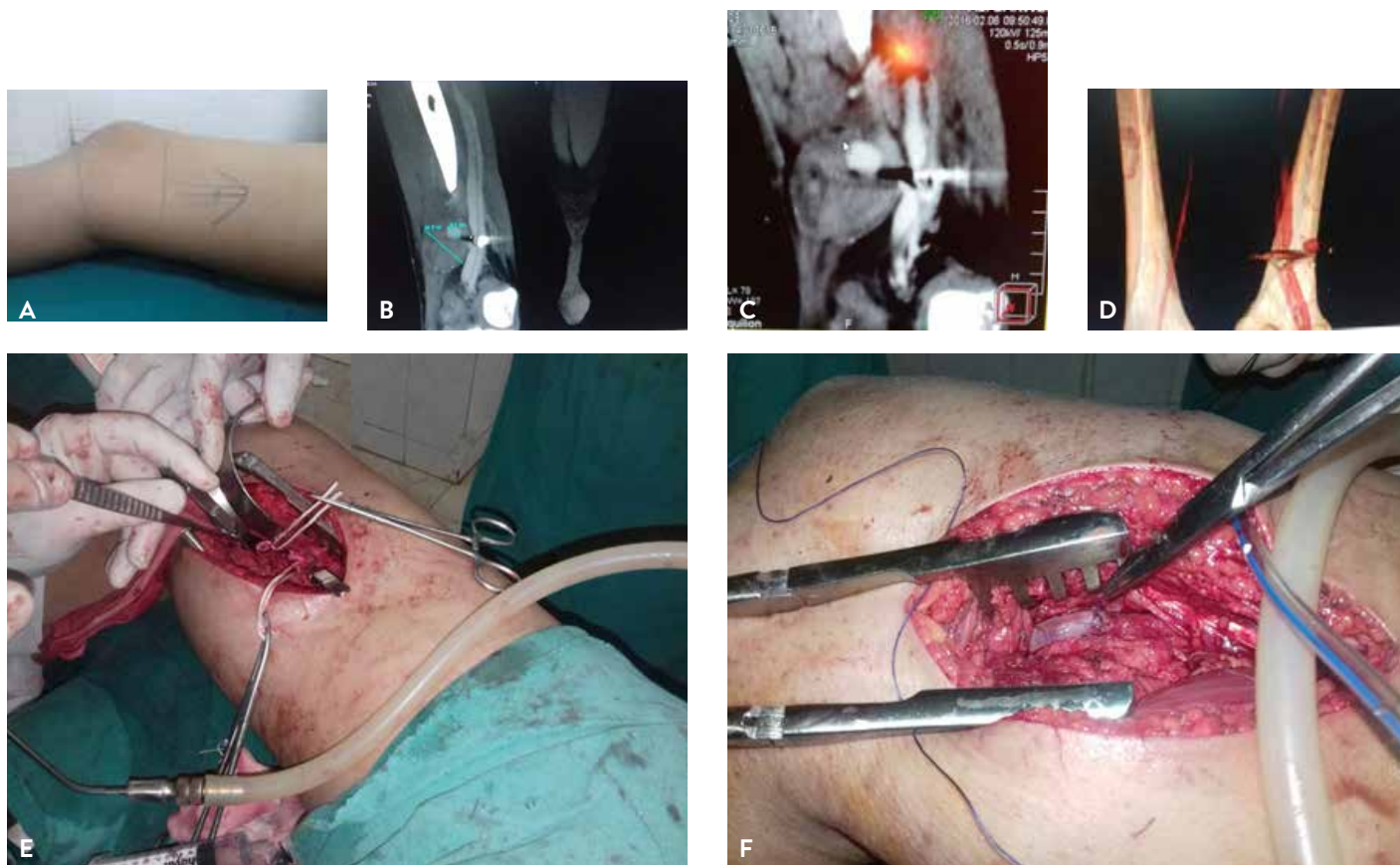


Abb. 1: Bilddokumentation zu Fall 1, **A)** Distaler Oberschenkel medial mit Markierung des Metallsplitters an der Hautoberfläche in Beziehung zur A. femoralis superficialis im distalen Segment (zur OP-Planung); **B-D)** Präoperative Bildgebung mit konventioneller Röntgendiagnostik (**B**), Szintigraphie (**C**) und MR-Angiographie (**D**); **E & F)** Intraoperativer Situs: nach Entfernung des (**E**) Metallsplitters und des betroffenen A.-femoralis-superficialis-Segments mit proximalem und distalem Gefäßstumpf sowie nach Rekonstruktion mittels V.-saphena-magna-Interponat in „reversed“-Technik (**F**).

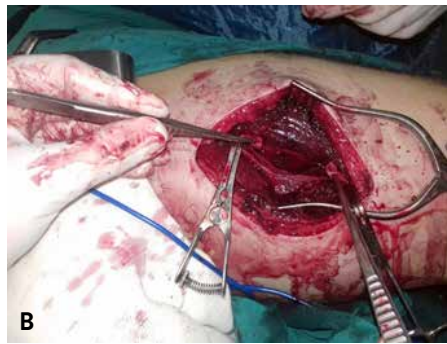


Abb. 2: Bilddokumentation zu Fall 2, **A)** Einschlusslokalisation an Dorsalseite des Femur, **B & C)** Intraoperativer Situs: Ankleben der proximalen und distalen Gefäßstümpfe der schussbedingt alterierten distalen A. femoralis superficialis nach Segmententfernung des betroffenen Arteriensegments (**B**) und Rekonstruktion mittels interponierter V. saphena magna nach abgeschlossenen Anastomosen (**C**).



Abb. 3: Bilddokumentation zu Fall 3, **A)** Präoperative Halsansicht links mit Einschlusswunde; **B & C)** Intraoperativer Situs: Nach Entfernung des schussbedingt alterierten A.-carotis-communis-Segments mit proximalem und distalem Gefäßstumpf (**B**) sowie nach Rekonstruktion mit komplettierten Anastomosen bei kurzstreckigem V.-saphena-magna-Ersatz in reversed-Technik (**C**).

Es erfolgte die operative Freilegung, die die Metallsplitter sowie die arterielle Verletzung im Bereich der A. et V. poplitea erbrachte. Die V. poplitea ist in diesem Bereich in ihrer Kontinuität zerstört. Das veranlasste zur Venotomie und Entfernung von thrombotischem Material aus dem Pseudoaneurysma, dann Spülung mit Kochsalzlösung und Povidon. Resektion des zerstörten Segments der A. poplitea mit anschließender Rekonstruktion zur Revaskularisation des Gefäßes mittels V. saphena magna in „reversed“-Technik.

Im Verlauf von drei Wochen postoperativ zeigte sich der Patient in einem guten Allgemeinzustand (AZ). Dopplersonographisch waren Normalwerte entlang der gesamten arteriellen Achse rechts mit 3-phasigen Signalen am rechten Unterschenkel zu verzeichnen.

FALL 2

Dieser Patient wurde mit einer Schussverletzung im Bereich des Femurs ins Krankenhaus eingewiesen mit hämorrhagischem Schock.

Die sofortige Operation umfasste die Blutungskontrolle durch Ankleben der A. femoralis proximal und distal und Rekonstruktion

des betroffenen Arteriensegments mittels V. saphena magna in reversed-Technik.

Der Patient zeigte sich in einem guten Zustand mit gutem Revaskularisationsergebnis.

FALL 3

Junger Mann mit Schussverletzung im Bereich der linken Halsseite.

Schnittführung zur operativen Sanierung an der vorderen Seite des M. sternocleidomastoideus (Skizze in Abbildung). Es erfolgte die Freilegung der A. carotis sinistra, wo man eine Verletzung in der Gabel der A. carotis erkennen kann. Daraufhin wurde die Desobliteration des betroffenen Gefäßabschnittes der A. carotis vorgenommen und ein Interponat der V. saphena magna in orthotoper Rekonstruktion implantiert.

Die Wundheilung zeigte keine Probleme - der Patient wurde in gutem AZ nach Hause entlassen.

FALL 4

Vorstellung eines 20-jährigen, großen und schlanken Patienten – schwer atmend – mit Verdacht auf Pneumonie, bestätigt durch CT. Der Patient gab Hustenanfälle und

Thoraxschmerzen sowie schwere Atemprobleme an. Die Nachfrage nach einem Thoraxtrauma bejahte der Patient mit einer Messerstichverletzung vor sechs Jahren auf der linken Seite unterhalb der Skapula. Damals erfolgte eine Thoraxdrainage. Seit eineinhalb Jahren klagte der Patient über abdominelle und thorakale Schmerzen mit Übelkeit und Schwierigkeiten beim Stuhlabgang. Gelegentlich berichtete der Patient Obstipationsphasen von zehn Tagen mit Bauchschwellung und Schmerzen im Brustkorb sowie Appetitlosigkeit, was zur Gewichtsabnahme geführt hätte. Bisher waren eine Gastritis, eine Pneumonie oder Mittelmehrfieber sowie Schweine-Influenza diagnostiziert worden.

Differenzialdiagnostisch wurde nunmehr chirurgischerseits die Zwerchfellruptur aufgeworfen mit darauffolgender Patientenübernahme.

Operativ erfolgte die Thorakotomie links im 7. ICR. Nach Thoraxeröffnung bestätigte sich die bildgebende Verdachtsdiagnose. Nach Schnitterweiterung ließ sich hier eine Zwerchfellruptur darstellen. Es erfolgte nunmehr die Reposition der Bauchorgane und

Rekonstruktion des Zwerchfells mittels fortlaufendem Prolenefaden Größe 0 und zusätzlichen Einzelknopfnähten mit Vicryl, ebenso Größe 0. Danach Thoraxspülung mit warmer Kochsalzlösung und Einlage einer 28-Fr-Thoraxdrainage sowie schrittweiser Thoraxverschluss. Nach 5 Tagen postoperativ zeigte die Thoraxaufnahme, dass beide Lungen entfaltet sind. Am 6. postoperativen Tag erfolgte die Entfernung der Thoraxdrainage. Postoperativ waren am Gastrointestinaltrakt keine Funktionsstörungen zu verzeichnen.

FALL 5

Bei der Triage von Verletzten in der Notaufnahme fällt ein Patient mit einer Schusswunde im Halsbereich auf bei Schusskanal durch den linken Thorax. Weiterhin war eine zweite Schussverletzung in der rechten Lunge sowie eine am rechten Oberarm als auch eine am linken Oberschenkel zu erkennen.

Nach klinischer Untersuchung des Patienten erfolgte die Intubation und Durchführung einer CT-A. Diese zeigte einen Kollaps der linken Lunge mit ausgeprägtem Pneumothorax sowie erheblicher Verletzung der rechten Lunge ebenso mit Pneumothorax und begleitendem Emphysem im Halsbereich. Der Patient wurde umgehend in den OP-Saal verlegt.

Es erfolgte die Anlage einer Thoraxdrainage links und rechts. Zunächst bestand keine Notfallindikation für eine Thorakotomie. Der Patient wurde unter Reklination des Kopfes mit leichter kontralateraler Kopfwendung aus Sicht der OP-Seite zur Operation gelagert (siehe auch Zeichnung zur Schnittführung am Hals). Hautschnitt an der Vorderseite des M. sternocleidomastoideus dexter und

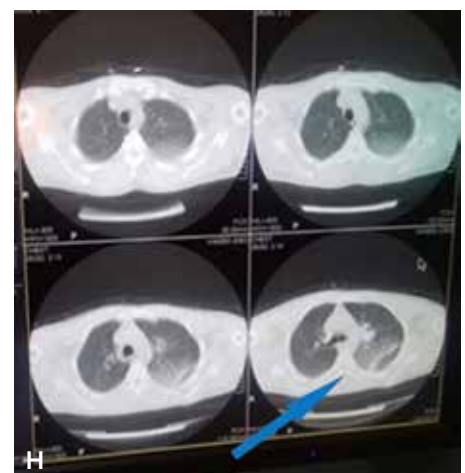
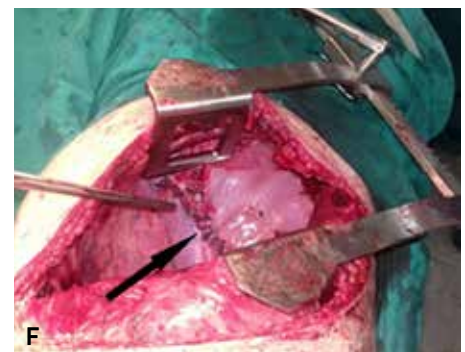
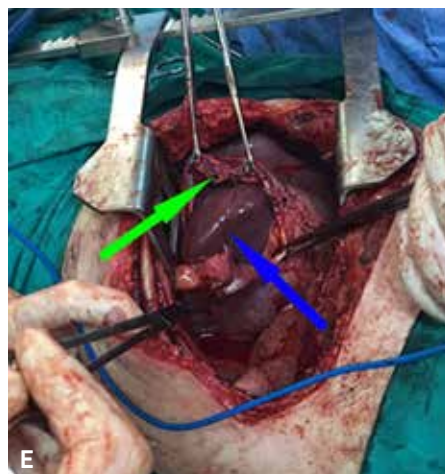
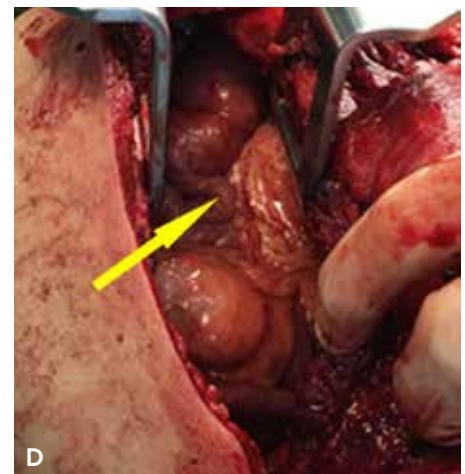
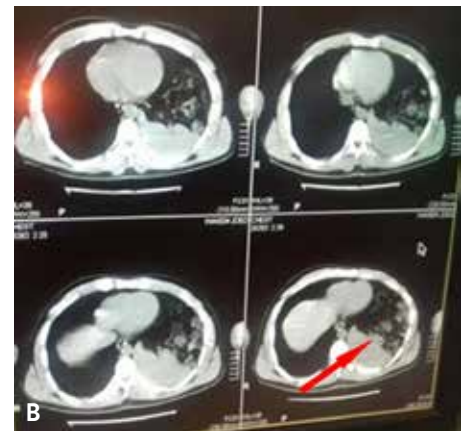
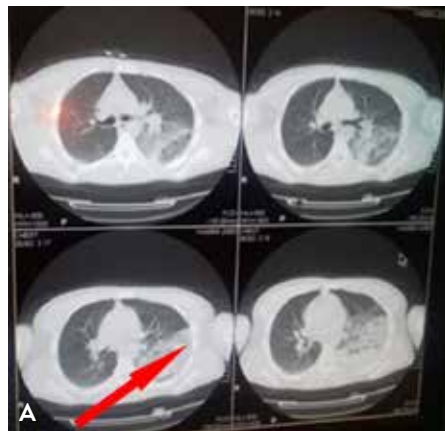


Abb. 4: Bilddokumentation zu Fall 4, A & B) CT-Diagnostik mit Lungenfenster (A) und Weichteilfenster (B) zeigt verlagerte Abdominalorgane nach thorakal links in den basalen Thoraxschichten (jeweils roter Pfeil); C) Präoperative Hautmarkierung der Schnittführung der linksseitigen Thorakotomie (orange-farbener Pfeil); D-F) Intraoperativer Situs: D) vorgefundene Abdominalorgane intrathorakal links infolge Zwerchfellruptur, E) Reposition der Bauchorgane in die Peritonealhöhle – zuletzt der Milz (blauer Pfeil) – mit angeklebten Diaphragmalefzen (grüner Pfeil), F) Rekonstruktion des Zwerchfells mittels fortlaufendem Prolenefaden Größe 0 und zusätzlichen Vicryl-Einzelknopfnähten, ebenso Größe 0 (schwarzer Pfeil); G & H) Postoperative radiologische Diagnostik: G) Röntgen des Thorax p./a. (5. Tag postop.): beide Lungenflügel (links-basal lila Pfeil) sind voll entfaltet, H) CT-Lungenfenster (6. Tag postop.): Keine Verdrängung von links-basalem Lungengewebe mehr (hellblauer Pfeil).

Gewebepräparation entlang des Schusskanals, die die Schilddrüse durchbohrt hatte. Hiernach Präparation der Schilddrüse und Freilegung der Trachea. Es fand sich eine Verletzung der Trachea im Bereich der 2. und 3. Trachealspange. Unter Zurückziehen des Tubus war das Verletzungsausmaß an der Tracheahinterwand sowie am Ösophagus zu beurteilen, wofür der Schnitt nach links erweitert werden musste. Folgende Ligatur der A. thyroidea inferior. Der linke Schilddrüsenlappen wurde nach proximal freipräpariert, der N. recurrens sinister wurde peinlich geschont. Hierauf folgend wurde der

Anästhesist gebeten, einen Magenschlauch vorzuschieben. Unter *in-situ*-Kontrolle war zu erkennen, dass der Ösophagus fast komplett durchtrennt war mit Zerfetzung seiner Wand. Es erfolgte zunächst die Rekonstruktion des Ösophagus mit 3x0 Vicryl-Einzelknopfnähten, dann die Rekonstruktion der Hinterwand der Trachea ebenfalls mit 3x0 Vicryl-Einzelknopfnähten (siehe Bilddokumentation). Zur Prophylaxe einer ösophagotrachealen Fistel wurde ein Muskel von der geraden Muskulatur des Halses mit Schonung des N. phrenicus freipräpariert und zwischen Ösophagus und Tracheahinterwand platziert mit Annäht am lateralen Ösophagus. Zur Rekonstruktion der Tracheavorderwand wurde die Verletzung an der 2. und 3. Trachealspange für die Tracheotomie berücksichtigt mit Platzierung eines Trachealtubus der Größe 8 (siehe Bilddokumentation) - Operationsdauer: 2,5 Stunden. Anschließend wurde der Patient auf die

Intensivstation verlegt. Am 3. postoperativen Tag wachte der Patient sukzessive auf - Lungenfunktion und Oxygenierung erlaubten jedoch noch keine hinreichend verlässliche Spontanatmung, sodass der Patient wiederum intubiert werden musste. Am 4. Tag wurde ein ARDS diagnostiziert. Der Patient entwickelte im Verlauf eine Fistel bronchial rechts und links. Mittels forcierter intensivmedizinischer Betreuung unter ständigem Absaugen (teils fast viertelstündlich!) besserte sich der Patient zusehends um den 14. postoperativen Tag mit fortgesetzter Besserung bis zur stationären Entlassung unter weitestgehend normalisierter Atmung und Kostaufnahme.

FALL 6

Aufnahme eines jungen Mannes mit Splitterverletzung, wobei der Thorax links hinten in Höhe des 5. ICR / Axillarlinie durchschossen



Abb. 5: Bilddokumentation zu Fall 5, **A)** Einschnittswunde an rechter Halsseite vor dem M. sternocleidomastoideus dexter; **B-E)** Intraoperativer Situs: Schussbedingt durchbohrte Schilddrüse, ausgefüllt mit Präpariertupfer - weiß (**B**); ... Naht der Tracheavorderwand unter Belassung einer Trachetomie (**E**) zur Gewährleistung der postoperativen Beatmung **F)** Patient postoperativ mit liegendem Trachealtubus **G)** Nahaufnahme der liegenden Trachealkanüle mit reizloser Narbe)

wurde. Dies hat dazu geführt, dass die linke Lunge verletzt wurde mit einem Hämatothorax links. Es erfolgte zunächst die Thoraxdrainage links, anschl. eine Spiral-CT. Diese ergab einen Splitter an der Hinterwand der Aorta abdominalis im Abgangsbereich des Truncus coeliacus (siehe Bild) nahe der Brustwirbelsäule. Nach klinischer Befundsicherung, begleitender Labordiagnostik und interdisziplinärem Konsil erfolgte eine Massivtransfusion des Patienten.

Operativ erfolgte unter Medianlaparotomie vom Processus xphoideus bis zur Symphyse. Zunächst wurde die linke Leber freipräpariert und nach rechts gedrängt. Hiernach Mobilisation des Ösophagus nach Hiatusdurchtritt und Anschlingen mittels „Vessel loop“ unter Zug nach lateral. Hierdurch war die Aorta supracoeleal zu erreichen – dabei waren die beiden Zwerchfellschenkel zu erkennen. Mit Röntgendurchleuchtung (C-Bogen) war der

Splitter zu identifizieren. Zur Bergung war die Aorta frei zu präparieren. Dabei wurde ein Ödem mit Hämatom an der Aortenhinterrwand ersichtlich. Einkerbungen der Zwerchfellschenkel bds. zur Erweiterung des Situs und Erzielen eines besseren Überblicks. Gabe von 5.000 IE Heparin systemisch. Nach 5 min wurde dann mittels Kornzange der Splitter gefasst. Beim Bewegen des Splitters kam es zu einer Blutung. Die Entfernung des Splitters erfolgte sehr vorsichtig unter Beachtung des Umstandes, dass dieser nicht in die Aorta abrutscht und es zu einer Embolie kommen kann. Wegen der Blutung an der Aorta wurde diese dann proximal und distal abgeklemmt. Der Splitter konnte nunmehr von der Hinterwand der Aorta geborgen und die Blutung an der Aortenwand mittels 3x0

Prolene Einzelknopfnähten übernäht werden. Laparotomieverschluss in typischer Weise. Postoperativ wurde der Patient auf der chirurgischen Intensivstation überwacht und nach AZ-Stabilisierung aus der stationären Betreuung entlassen.

FALL 7

Junger Mann mit Splitterverletzung nahe der Aorta ascendens hinter dem Sternum - der Patient war mit mehreren Splitters bei der Explosion einer Bombe verletzt worden.

Die CT mit Kontrastmittel zeigte den Splitter periaortal im thorakalen Segment ohne Extravasat. Da der Splitter direkt im Mediastinum

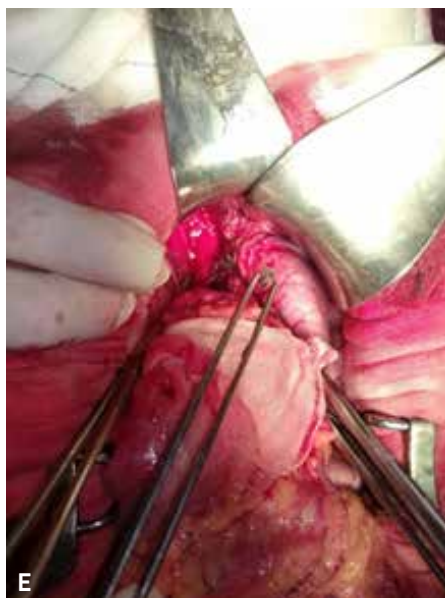
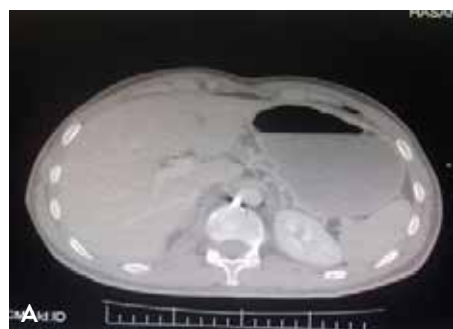


Abb. 6: Bilddokumentation zu Fall 6, **A-C)** Computertomographie mit Transversal- (**A**), Koronar- (**B**) und Sagittal-Scan (**C**) mit Detektion eines röntgendichten Splitters an der Hinterwand der proximalen Aorta abdominalis; **D)** Splittereindringwunde an hinterem Thorax links Höhe 5. ICR, hintere Axillarlinie; **E)** Intraoperativer Situs in der Phase der Bergung des Splitters mittels Pinzette nach Abdrängen der Leber, Anschlingen des Ösophagus und Mobilisation des betreffenden Aortensegments; **F)** geborgener Splitter zur forensischen Dokumentation.

an der Aorta lag, bestand die potenzielle Gefahr einer Abszessentwicklung mit möglicher Gefäßarrosion oder Penetration des Splitters in die Aorta bis zu fatalem Ausgang. Zur operativen Sanierung wurde via frontolaterale Thorakotomie links an der Vorderseite des linken Hilus vorsichtig ohne Schonung der Nn. phrenicus et recurrens sinister hinter dem Sternum unter Durchleuchtungskontrolle mittels C-Bogen präpariert, sodass man die Splitter identifizieren konnte. Die Splitter waren scharf und wiesen Kontakt zur Aorta auf. Bei Belassen der Splitter hätte das mit Sicherheit zur Verletzung der Aorta geführt. Nach Inspektion und Sicherstellung, dass

keine Verletzung der Aorta vorliegt, konnten die Splitter entfernt werden - Thoraxspülung mit warmer Kochsalzlösung, Drainage und Thoraxverschluss. Der Patient wurde in gutem AZ entlassen.

FALL 8

Der Patient erreichte das Krankenhaus in einem guten AZ mit einer Schussverletzung, welche hinter dem Herzen zwischen V. cava superior und Aorta sowie Ösophagus in Höhe der Carina lag.

Es wurde eruiert, dass der Patient die Schussverletzung als Scharfschütze erlitt, dem von einem anderen Scharfschützen

im Liegezustand diese Verletzung zugefügt wurde. Der Schuss drang oberhalb des Sternums ein und blieb hinter dem Aortenbogen in der Nähe der V. cava superior und vor der Carina im Aortenbogen stecken, da aufgrund der Entfernung der Schuss seine Energie in diesem Gewebsbereich verloren hatte. Daher kam es zu keinen weiteren Verletzungen.

Nach interdisziplinärem Konsil von Herz-/Thorax- und Gefäßchirurgie wurde die Operation in einem herzchirurgischen Saal geplant mit extrakorporaler Herz-/Lungenmaschine in Bereitschaft mit herzchirurgischem Standby. Frontolaterale Thorakotomie links in Höhe 4.



Abb. 7: Bilddokumentation zu Fall 7, **A & B**) Präoperative Bildgebung mit konventioneller Röntgendiagnostik Thorax p./a. (**A**) und Transversal-Scan einer CT des Thorax (**B**) mit Detektion eines röntgendichten Fremdkörpers retrosternal; **C**) intraoperative Momentaufnahme nach Hautschnitt zur Thorakotomie frontolateral links; **D**) intraoperativer Situs: eingesetzter Rippenspreiter mit Bergung des Fremdkörpers; **E**) forensische Fotodokumentation des geborgenen Fremdkörpers.

ICR, die rechte Lunge wurde praktisch isoliert. Dann Präparation und Freilegung der V. azygos mit Ligatur proximal und distal; Präparation der V. cava superior und weitere Präparationen nach proximal - als Orientierung diente der rechte Hauptbronchus, bis die Carina erreicht wurde. Unter Röntgendurchleuchtung war das Geschoss zu identifizieren, wodurch es aufgesucht und vorsichtig ohne Verletzung der V. cava superior entfernt werden konnte. Anschließend Thoraxdrainage in typischer Weise. Der Patient wurde am 7. postoperativen Tag entlassen.

FALL 9

Hier sieht man die potenziell gefährliche Situation bei Entfernung eines Geschosses, welches hinter dem Truncus brachiocephalicus platziert war. Die Operation erfolgte durch einen Zugang oberhalb der Clavicula rechts. Der Patient konnte gesund nach Hause entlassen werden.



FALL 10

Verlegung eines Patienten mit einer Schussverletzung von der Glutealregion rechts nach proximal links bis zu der Spina. In einem anderen Krankenhaus hatte der Patient eine Laparotomie mit Kolostomaanlage erfahren. Die Verlegung des Patienten erfolgte wegen rezidivierenden Blutungen rechts-gluteal, wobei diese vorher mehrfach durch einen Druckverband und Bluttransfusion zum Stillstand gebracht worden war.

Im Vorgehen erfolgten umgehend die Bluttransfusion und die Durchführung einer MR-A. Diese wies ein Pseudoaneurysma im Bereich der A. glutealis superior direkt nach ihrem Abgang in der Fossa nach.

Für die Notfalloperation wurde der Patient auf die linke Seite gelegt, Schnittführung von 10 cm im Bereich der rechten Glutealregion vom Femor bis zum mittleren Abschnitt des Sacrums mit Präparation bis auf das Gefäß unter bestmöglicher Schonung des N. ischiadicus. Dabei entleerten sich massiv Blutkoagel sowie mehrere Schichten eines Pseudoaneurysma. Durch digitale Kompression mit dem Zeigefinger in der Tiefe des Schnittes konnte die Blutung kontrolliert werden. Mittels 3x0 Prolenenähten erfolgte



Abb. 8: Bilddokumentation zu Fall 8, A & B) Bildgebung zur Dokumentation und OP-Planung mit konventioneller Röntgendiagnostik (Seitenaufnahme mit oberem Thorax, Hals und Kopf) (A) sowie Transversal-Scan einer CT des Thorax (B): Projektil nach Schussverletzung hinter dem Herzen zwischen V. cava superior und Aorta sowie Ösophagus im Bereich der Carina; C & D) Projektil nach Bergung (ex situ) zur Fotodokumentation.

letztlich die Umstechung der Arterie. Dann lokale Spülung mit Betaisodondalösung, Einlage einer Drainage und Wundverschluss. Am 4. postop. Tag zeigte der Patient eine deutliche klinische Verbesserung. Letztlich konnte er in einem guten AZ nach einer Woche entlassen werden.

DISKUSSION

Die vorliegende Fallzusammenstellung illustriert anschaulich das anspruchsvolle Operationsprofil eines (Gefäß-/Thorax-)Chirurgen im Rahmen von kriegerischen Auseinandersetzungen, vor allem auch in der herausfordernden Versorgung sekundärer Konsequenzen von Schuss- und anderer Verletzungen.

Das Spektrum war insbesondere von akuten Schussverletzungen bzw. ihren und protrahierten Konsequenzen geprägt, z. B. die die arterielle Strombahn betreffen und häufig mit Pseudoaneurysma- und/oder arteriovenöser Fistelbildung neben der alterierten Supplementation des peripheren Versorgungsgebietes der betroffenen Strombahn mit arterialisiertem (sauerstoffreichem) Blut assoziiert sind.

Hauptaugenmerk ist auf die suffiziente und obligatorische Gefäßrekonstruktion mit autologem Gefäßmaterial (am ehesten und geeignetsten V. saphena magna verschiedener Segmente des ipsi- oder kontralateralen Beins) zu legen. Alternativ ist auch die V. cephalica oder V. femoralis zu verwenden oder lyophilisiertes Rinder-/Schweinepericard, wobei Letzteres aus Kostengründen und



Abb. 9: Bilddokumentation zu Fall 9, Frontalansicht des Oberkörpers des Patienten mit Projektion des geborgenen Projektils auf den Truncus brachiocephalicus (weiße Pfeilmarkierung), hinter dem das Projektil zu liegen gekommen war, und Lagebeziehung zur Aorta (roter Pfeil) – reizlose Wunde des supraclaviculären operativen Zugangsweges rechts.

verlässlichen Beschaffungsquellen kaum ein tragbares Konzept „vor Ort“ darstellt.

Stamnahe Gefäße an Hals oder Extremitätenansatz (Schulter, hohe Leiste) erhöhen weiter den Anspruch.

Gefäßrekonstruktionen an Hals und Schulter mit der betroffenen arteriellen Versorgung von Kopf und Arm erhöhen den Anspruch an ein erfolgreiches „Outcome“ durch eine suffiziente, d. h. vor allem komplikationsarme

gefäßchirurgische Versorgung, da auch Revisionseingriffe die limitierte Kapazität weiter empfindlich (bis nicht adäquat und zeitgerecht zu leisten, nicht zuletzt aus Ressourcengründen!) belasten würden.

Des Weiteren wird die verletzungsbedingte, erst klinisch verzögert richtig interpretierte Komplikation des kombiniert thorax- als auch viszeralchirurgischen Profils gezeigt.

Die vorgestellten Operationen werden nicht selten unter schwierigen Bedingungen durchgeführt mit Mangel an Materialien und möglicher Expertise aus (bisherigen) größeren Fallserien. Daneben kann die Versorgung durch simple Aspekte wie die Elektrizität im Operationssaal, die über mehrere Minuten vor Ort unterbrochen sein kann, erheblich erschwert sein. Des Weiteren ist in der Sommerzeit der Operationssaal – ohne Klimaanlage ausgestattet – mit Temperaturen bis zu 40 Grad für Patient und OP-Team zu tolerieren, die trotz Klinikgebäudebasiertem Wirken der berichtenden Chirurgengruppe, vertreten durch Dr. Mhanna, an Feldlazarett-ähnliche Verhältnisse denken lässt.

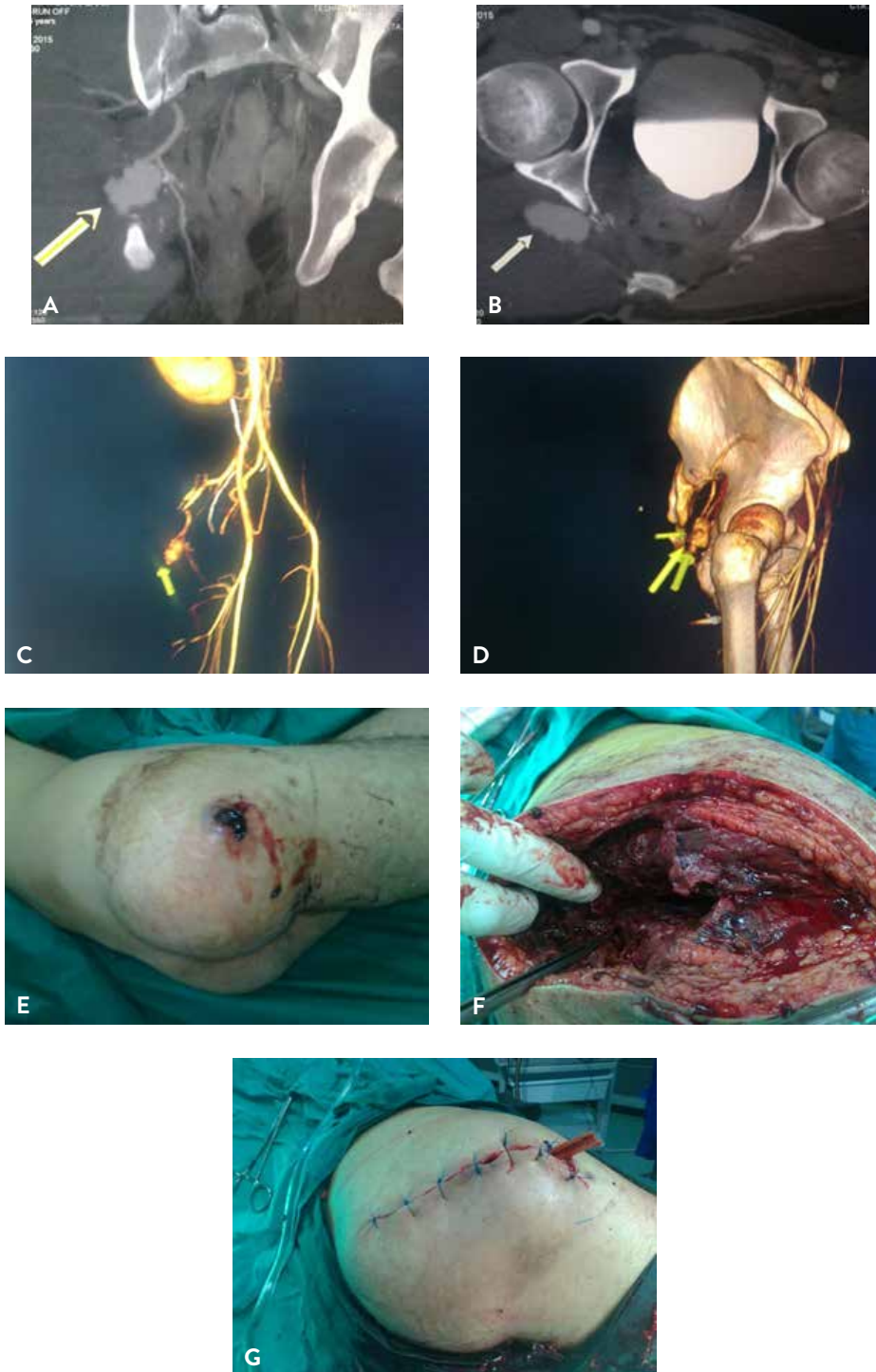


Abb. 10: Bilddokumentation zu Fall 10, **A-D)** Präoperative Bildgebung mittels Angio-CT des Beckens mit Kontrastmittel a) in schräger Projektion (**A**) und transversal (**B**); b) nach 3-D-Rekonstruktion in schräger Projektion von rechts (**C**) und streng seitlich (**D**) mit Nachweis eines Pseudoaneurysmas aufgrund einer Schussverletzung im Stromgebiet der A. glutealis superior dextra; **E-G)** situative Bilder der OP-Phasen a) präoperative Situation im Schusswundenbereich mit Wühlblutung im lateralen Quadranten unten der rechten Glutealregion (**E**), b) intraoperativer Situs mit erheblichem Hämatom des Pseudoaneurysmas während der Freilegung (**F**); c) postoperative Wundverhältnisse mit Easy-flow-Drainage (**G**).

- Die berichtens- und hervorhebenswerte „Stärke“ der repräsentativen, wenn auch ausgewählten Fallübersicht liegt trotz der deskriptiv dominierenden Aspekte der Falldarstellungen (siehe auch „Limitation“) in der realitätsnahen Widerspiegelung des Verletzungsmusters gefäßchirurgischen Versorgungsprofils unter Kriegsbedingungen wie derzeit in Syrien bei exzellentem Outcome der präsentierten Fälle ohne nennenswerte Komplikationen.
- Eine *Limitation* der Darstellung besteht in einer subjektiv vorgenommenen Auswahl von präsentablen und didaktisch geeignet aufzuarbeitenden Fällen, die die ganze Breite des Arbeitsalltags nur angedeutet, letztlich ungenügend wiedergeben.
- Im Ausblick sollte eine solche kriegschirurgische Präsentation (wie vorliegend) die allgemeine Sensibilität als auch jene sensible Aufmerksamkeit der Kräfte des Gesundheitswesens der industrialisierten Welt erhalten bzw. weiter entwickeln helfen.

- Diese Sensibilisierung sollte letztlich dem adäquaten als auch weiterzuentwickelnden Hilfe- und Unterstützungsanspruch für die Regionen kriegerischer Auseinandersetzungen mit der Bereitstellung von Ressourcen dienen.

FAZIT

Der Anspruch einer suffizienten (gefäß-/thorax-)chirurgischen Versorgung von kriegsbedingten Verletzten nach entsprechender Triage hat sich sukzessive weiterentwickelt, nicht zuletzt um die Amputationsrate von Extremitäten zu senken und Sekundärkonsequenzen von kriegsbedingten Verletzungen zu mindern bzw. zu bessern.

Sie ist etablierter Bestandteil eines Lazarett-basierten OP-Profiles, weshalb adäquate

(gefäß-/thorax-)chirurgische Expertise vorzuhalten ist.

Neben der akuten Versorgung sind zahlreiche sekundäre bzw. chronisch-protrahierte Schäden durch Kriegsverletzungen zu beobachten, die eine noch längerfristig anhaltende Versorgungspflicht auch weit über ein mögliches Kriegsende hinaus erwarten lässt und gesundheitsplanerisch in Bezug auf Ressourcenverteilung in Rechnung zu stellen ist.

DANKSAGUNG

Dr. M. Mhanna bedankt sich für die gefäßchirurgische Zusatzqualifikation, die er im Rahmen seiner zweijährigen Hospitation im gefäßchirurgischen Arbeitsbereich der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie

am Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R. erworben hat.

LITERATUR

- [1] Al-Anbaki D et al. [The spectrum of warlike injuries in children and teenagers during a post-war wave of violence in Iraq]. ZentralblChir 2008; 133(3): 306-309
- [2] Hinsley DE, Rosell PA, Rowlands TK, Clasper JC. Penetrating missile injuries during asymmetric warfare in the 2003 Gulf conflict. Br J Surg 2005; 92(5): 637-642
- [3] Heller D. Child patients in a field hospital during Gulf conflict. J R Army Med Corps 2005; 151(1): 41-43
- [4] Gurney I. Pediatric casualties during OP TELIC. J R Army Med Corps 2004; 150(4): 270-272

eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-CENTER

MEDIATHEK



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

Von Chirurgen für Chirurgen –

praxisnäher lässt sich Fortbildung nicht darstellen.

Es können auch eigene Fortbildungsfilme eingereicht werden!

www.mediathek-dgch.de

mediathek
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE E.V. (DGU)

Präsident Prof. Dr. med. Ingo Marzi
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin
office@dgu-online.de

Terrorgefahr in Deutschland: Unfallchirurgen ergreifen Maßnahmen für den Ernstfall

Angesichts der steigenden Terrorgefahr in Deutschland bereitet sich die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) im engen Schulterschluss mit der Bundeswehr auf einen möglichen Terroranschlag vor: Mit Hilfe eines neuen 5-Punkte-Planes wollen DGU und Bundeswehr für die Zukunft Sorge tragen, dass Opfer von möglichen Terroranschlägen in Deutschland zu jeder Zeit und an jedem Ort schnell und situationsgerecht auf hohem Niveau versorgt werden können. So findet erstmals bundesweit und flächendeckend einheitlich die fachliche Schulung von Chirurgen zur medizinischen Versorgung von Terroropfern statt.

„Mit dieser Initiative nehmen wir als Unfallchirurgen gemeinsam mit der Bundeswehr unsere nationale Verantwortung für die medizinische Versorgung der Bevölkerung auch bei Terroranschlägen wahr“, sagte DGU-Präsident Prof. Dr. Florian Gebhard auf der Pressekonferenz.

Die DGU vertieft somit ihre zivil-militärische Kooperation mit der Bundeswehr, die ihre medizinische und taktische Expertise zur Versorgung von Schuss- und Explosionsverletzungen und dem Einsatz auf gefährlichem Terrain schon jetzt in die Initiative TraumaNetzwerk DGU® maßgeblich einbringt. So hat die DGU bereits 2013 die Arbeitsgemeinschaft Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie (AG EKTC) gegründet, die von Sanitätsoffizieren der Bundeswehr geführt wird und interdisziplinär besetzt ist. „Die qualitative Versorgung von schwerverletzten Unfallopfern ist eine Kernaufgabe der DGU. Als erste medizinische Fachgesellschaft in Deutschland wollen wir nun sicherstellen, dass das qualitativ hohe Wissensniveau auch zur medizinischen Versorgung von Terroropfern strukturiert gebündelt und somit flächendeckend nutzbar gemacht wird“, betont DGU-Generalsekretär Prof. Dr. Reinhard Hoffmann.



WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA
FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE
(WWW.BDC.DE, RUBRIK WISSEN
| FACHGEBIETE | ORTHOPÄDIE/
UNFALLCHIRURGIE).

Die Bedeutung der zivil-militärischen Zusammenarbeit zwischen DGU und Bundeswehr unterstreicht in diesem Zusammenhang der Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr Generaloberstabsarzt Dr. Michael Tempel: „Im Ernstfall sind sowohl das Militär als auch die zivile Medizin gleichermaßen auf die Nutzung des vollen Umfangs der vorliegenden Erfahrungen angewiesen. Nur unter Rückgriff auf die Expertise des anderen sind wir in der Lage, die Herausforderungen angesichts des Terrorismus zu bewältigen.“

DGU-Experten und Bundeswehrmediziner haben hierzu den 5-Punkte-Plan zur zivil-militärischen Zusammenarbeit entwickelt, der folgende taktische und strategisch angelegte Maßnahmen auf dem Gebiet der Katastrophenchirurgie beinhaltet:

- Notfallkonferenz zum Thema „Terroranschläge – eine neue traumatologische Herausforderung“
- Bewusstsein schaffen und Kenntnisse transportieren: Über die Netzwerk-Struktur der Initiative TraumaNetzwerk DGU® etabliert die DGU künftig dringend nötige Erkenntnisse über die medizinische Versorgung von Terroropfern in allen Traumazentren.

- Weiterführende, spezielle Ausbildungsformate für Chirurgen zur Behandlung von Terroropfern mit Schuss- und Explosionsverletzungen
- Das TraumaRegister DGU® zur Erfassung von Schwerverletzten wird um ein Schuss- und Explosionsregister erweitert.
- Neben der Begründung einer strategischen Partnerschaft mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr wird auch die wissenschaftliche Kooperation über einen Vertrag mit der Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie (DGWMP) dauerhaft gefestigt.

HINTERGRUND:

Die Bedrohung durch den globalen Terrorismus ist aktuell eine große Herausforderung für unsere Gesellschaft, denn die Wahrscheinlichkeit terroristischer Anschläge nimmt in Deutschland zu. Ziel der Attentate in Europa ist in der Regel die zivile Bevölkerung. Unkalkulierbare Gefahrensituationen am Ort des Geschehens und schwere Verletzungsmuster wie komplexe Schuss- und Explosionsverletzungen sowie die hohe Anzahl lebensgefährlich verletzter Menschen an möglicherweise mehreren

Orten zu verschiedenen Zeitpunkten stellen Rettungskräfte, Notärzte und Kliniken im TraumaNetzwerk DGU® sowohl vor neue medizinische als auch taktisch-strategische Herausforderungen.

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) trägt mit ihrer Initiative TraumaNetzwerk DGU® bereits seit 2006 dafür Sorge, dass schwerverletzte Menschen an 365 Tagen im Jahr, rund um die Uhr und flächendeckend in ganz Deutschland die bestmöglichen Überlebenschancen haben. Der Sanitätsdienst der Bundeswehr verfügt wiederum über medizinische Kompetenzen in besonderen Gefahrenlagen wie beispielsweise der „Rettung unter Beschuss“ und der Versorgung von Schuss- und Explosionsverletzungen. Gemeinsames Ziel von DGU und dem Sanitätsdienst der Bundeswehr ist es, die taktische und medizinische Kompetenz für die Versorgung von Terroropfern wissenschaftlich fundiert, bundesweit flächendeckend und nachhaltig weiter zu entwickeln. Die DGWMP ist ein zusätzlicher wichtiger Partner. Die Kooperationspartner sind sich ihrer Verantwortung für die Sicherheit und medizinische Versorgung der Bevölkerung bewusst und haben daher eine verbindliche zivil-militärische Zusammenarbeit auf diesem Gebiet der Katastrophenchirurgie vereinbart. ○

Zukunftschancen in den chirurgischen Fachgebieten



PROF. DR. MED. JULIA SEIFERT

Vizepräsidentin
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Unfallkrankenhaus Berlin
Klinik für Unfallchirurgie und
Orthopädie
Warenerstr. 7, 12683 Berlin
Julia.Seifert@ukb.de

Wohin geht es mit der Chirurgie, vor allem mit der „deutschen“ Chirurgie? Ein Thema, das den BDC immer wieder beschäftigt und das wir versuchen aktiv zu gestalten. So viel steht für uns in allen chirurgischen Fachgesellschaften jedenfalls fest: ChirurgIn ist ein Beruf mit Zukunft. Dennoch gelingt es nicht, langgehegte Vorurteile über diesen anspruchsvollen, handwerklich geprägten und wissenschaftlich fundierten Beruf auszuräumen. Umso wichtiger ist es, dazustellen, welche Chancen sich in der Chirurgie bieten und wie diese Chancen in den unterschiedlichen Fachgebieten genau aussehen.

Auch mit Blick auf die neue Legislaturperiode der Bundesregierung werden

sich vielleicht neue Verhandlungsspielräume bieten, die die beruflichen Werdegänge eines Chirurgen verändern könnten, z. B. bei der zunehmenden Öffnung der Sektorengrenze.

„Zukunftschancen in den chirurgischen Fachgebieten“ als „Dauerbrenner“ war auch das Thema einer Sitzung beim letzten Kongress der DGCH. Vertreter der verschiedenen Fachsäulen im Gebiet Chirurgie sowie ein Gesundheitsökonom gaben auf Einladung des BDC und der DGCH Einblicke in ihr Fach. Wir haben für Sie die Kernaussagen einiger Vertreter zusammengestellt. Wohin geht die Reise? Lesen Sie selbst...



Seifert J: Zukunftschancen in den chirurgischen Fachgebieten. *Passion Chirurgie*. 2017 November, 7(11): Artikel 03_03.



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



© iStock/Tomwang12

... aus Sicht des Gesundheitsökonomen

Vier Entwicklungstrends bestimmen die Zukunft der Chirurgie. An erster Stelle ist die ökonomische bzw. wirtschaftliche Entwicklung zu nennen, von der entscheidend der Finanzierungsspielraum der Krankenversorgung abhängt. Insbesondere ist es die demographische Entwicklung, die die künftige Finanzierung begrenzen wird. So nimmt die Zahl der aktiven Beitragszahler ab und die der passiven Leistungsempfänger, das ist insbesondere die Senioren generation, deutlich zu. Für die Chirurgie bedeutet dies, dass einerseits die Alterschirurgie an Bedeutung gewinnt und andererseits das Potenzial an Ärztinnen und Ärzten schrumpft. Es wird insbesondere darauf ankommen, mehr Frauen für den chirurgischen Beruf zu begeistern.

Zweitens bedarf das System der Kranken- bzw. Gesundheitsversorgung der Restrukturierung. Deutschland hat zu viele kleine Krankenhäuser und damit auch zu viele kleine Chirurgen. Es wird in Zukunft darauf ankommen, durch eine Zentralisierung und Spezialisierung die Effizienz der Medizin und damit auch der Chirurgie zu steigern. Daneben ist die Tageschirurgie in Deutschland

unterentwickelt und bedarf der Förderung. Auch das Fallpauschalensystem bedarf der Korrektur dort, wo hohe Fallzahlen das ökonomische Überleben sichern. Hier muss durch Qualitätssicherung Einhalt geboten werden.



UNIV.-PROF. DR. GÜNTER NEUBAUER

Institut für Gesundheitsökonomik

Drittens fordern medizinisch-technische Entwicklungen die Chirurgie durch immer neue Methoden heraus. Die Chance für junge

Chirurgen/innen liegt darin, dass sie unvoreingenommen den medizinisch-technischen Entwicklungen gegenüber treten. Es gilt die Chirurgie vor allem für Methoden der unterstützenden Technologien, wie zum Beispiel Robotertechnik, zu öffnen und unterstützende neue Berufe zu integrieren.

Schließlich sind es viertens gesellschaftliche Entwicklungstrends, welche die Zukunft der Chirurgie prägen. Hier sind zum einen die Digitalisierung des Alltagslebens, die Informationsherrschaft der sozialen Medien und die damit einhergehende postfaktische Meinungsmache, welche den Alltag der Chirurgen/innen prägen. Spektakuläre Ereignisse, wie die Prioritätensetzung in der Transplantationschirurgie, werden so in einer Öffentlichkeit diskutiert und kommentiert, der sich auch die Chirurgie stellen muss.

Letztlich bleibt als Ausblick, dass sich der Reformzyklus „Nach der Wahl ist vor der Reform“ bis in die Mitte des Jahrhunderts fortsetzen wird. Ein Zyklus, der junge Chirurgen/innen nicht verunsichern darf, da dies letztlich Anpassungen an die oben geschilderten Entwicklungstrends sind. ○

... aus Sicht der Plastischen und Wiederherstellungschirurgie

In den letzten Jahrzehnten hat sich durch die Spezialisierung in der Chirurgie die Versorgung der Patienten weiter optimiert. Gleichzeitig haben sich die Ziele verändert: Das pure Überleben einer Operation reicht längst nicht mehr aus. Form und Funktion und damit die Lebensqualität eines Patienten rücken immer mehr in den Vordergrund. Gleichzeitig kommt es zu einer zunehmenden Alterung der Bevölkerung. Gerade das Fachgebiet Plastische Chirurgie wird aus diesen Gründen in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen.

Seit mehr als 20 Jahren ist die Plastische Chirurgie ein eigenständiges Fachgebiet wie etwa Unfallchirurgie, Viszeralchirurgie, Herzchirurgie oder auch Gefäßchirurgie mit zwei Jahren Weiterbildung im Common Trunk und vier Jahren Spezialisierung im eigentlichen Fachgebiet. Leider wird das Fachgebiet Plastische Chirurgie noch zu oft in der Bevölkerung wie in der Ärzteschaft als Ästhetische Chirurgie aufgefasst [1]. Dies liegt wohl in dem gegenüber anderen Fachgebietsbezeichnungen schwer bildlich vorstellbaren Begriff „Plastisch“ begründet. Das Gegenteil ist aber der Fall: Das Fachgebiet besteht aus den vier Säulen Rekonstruktive Chirurgie, Verbrennungschirurgie, Handchirurgie und Ästhetische Chirurgie (**Abb.1**).

Der Plastische Chirurg ist also in allen Körperregionen tätig und stellt vorwiegend Form und Funktion nach Verletzungen oder Tumoresektionen wieder her. Dies bedingt ein hohes Maß an Vielseitigkeit und gleichzeitig an interdisziplinärer Zusammenarbeit mit anderen chirurgischen Fachgebieten. Vor allem spezielle Techniken wie etwa der mikrochirurgische Gewebettransfer mit der

autologen Transplantation von freien Lappenplastiken etwa in der Wiederherstellung der Extremitäten oder auch der Brustrekonstruktion nach Mamakarzinom zeichnen das Fachgebiet aus. Dabei kommen dem Fachge-



UNIV-PROF. DR. MED. RICCARDO GIUNTA

Direktor der Abteilung für
Handchirurgie, Plastische Chirurgie und Ästhetische
Chirurgie
Campus Innenstadt und Großhadern der
Ludwig-Maximilians Universität München

biet eine exzellente Weiterbildungsstruktur und eine umfangreiche Forschung als Fundament zu Gute. Darüber hinaus haben längst alle Säulen weitere Unterspezialisierungen erfahren, so dass sich Plastische Chirurgen oft auch nur auf einzelne Spezialgebiete fokussieren.

Neben der inhaltlich zunehmenden Bedeutung der Plastischen Chirurgie wird auch der ständig steigende Kostendruck im Gesundheitssystem eine primäre spezialisierte Versorgung immer deutlicher einfordern: Längst vorbei sind die Zeiten der „Rekonstruktiven Leiter“ in denen Patienten mit großen Gewebedefekten egal in welcher Körperregion

in nicht-spezialisierten Abteilungen über Monate stationär behandelt wurden und erst dann einem Plastischen Chirurgen vorgestellt wurden [2]. Zurecht fordern Patienten und Gesundheitssystem eine frühzeitige spezialisierte Versorgung durch den Plastischen Chirurgen, der Gewebedefekte frühzeitig z. B. durch freie Lappenplastiken schnell und sicher zum Wohle des Patienten verschließen kann. Der weitere Ausbau von spezialisierten Abteilungen für Plastische Chirurgie mit der dafür notwendigen Infrastruktur auch an kleineren Kliniken ist daher unvermeidbar [2]. Immer mehr wird die Plastische Chirurgie so zum Auszeichnungsmerkmal eines Krankenhauses, welches auch Patienten mit komplexen Gewebedefekten schnell, kompetent und zuverlässig behandeln kann.

Die Vielseitigkeit des Fachgebiets und seiner Techniken verbunden mit den exzellenten Zukunftschancen führen zu einer ungebrochenen Attraktivität des Fachgebiets für den chirurgischen Nachwuchs. ○



Abb. 1: Die vier Säulen der Plastischen Chirurgie auf dem Fundament der Forschung.

... aus Sicht der Gefäßchirurgie

Wäre man der Vorhersage der European Society for Cardiology gefolgt, wäre die Gefäßchirurgie spätestens seit 1997 ein totes Fachgebiet gewesen. Hintergrund war die Weiterentwicklung der invasiven Gefäßtherapie in Richtung katheterbasierter Techniken, deren Implementierung mit dem klassischen Verständnis der Gefäßchirurgie als offen-rekonstruktives chirurgisches Fach an den nicht-herznahen Gefäßen nicht kompatibel schien. Die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie hat jedoch – die Entwicklung der invasiven Gefäßtherapie vorausschauend – bereits sehr frühzeitig die Kathetertechniken in ihr Portfolio der Weiterbildungsordnung implementieren können, sodass diese Techniken bereits seit 1994 zum therapeutischen Armamentarium der Gefäßchirurgen gehören. Seither hat der Stellenwert der endovaskulären Therapie zugenommen, sodass zusätzlich spezielle akkreditierte Weiterbildungen innerhalb der DGG implementiert wurden (Endovasulärer Chirurg, Endovasulärer Spezialist).

Die Einführung von interdisziplinären zertifizierten Gefäßzentren, an denen neben der Gefäßchirurgie die Radiologie und Angiologie beteiligt sind, hat die organorientierte Ausrichtung des Faches geschärft. Die aktu-



UNIV.-PROF. DR. MED. DR. E. SEBASTIAN DEBUS

Uniklinikum Hamburg-Eppendorf
Klinik u. Poliklinik für Gefäßmedizin

ellsten Entwicklungen gehen jedoch mit der Bildung von organorientierten Kliniken über

die Zentrumsbildung noch hinaus, denn sie haben Einfluss auf die Weiterbildung der Assistenten hin zum Gefäßspezialisten, der neben der invasiven Therapie und der Diagnostik von Gefäßerkrankungen auch Kenntnis über deren medikamentöse Therapie hat und damit auch die Behandlung der für den Gefäßpatienten typischen kardiovaskulären Komorbiditäten einschließt. Anders als andere chirurgische Fachgebiete geht die Gefäßchirurgie damit den Weg in Richtung der Gefäßmedizin und versteht sich damit als Spezialisierung, die neben der Behandlung des aktuellen Gefäßproblems ihre Patienten im weiteren Verlauf ihrer Erkrankung lebenslang begleitet: Es geht neben der Beseitigung des akuten Gefäßproblems um die Optimierung der Gesamtperformance des kardiovaskulären Patienten. Hier kommt dem Gefäßtherapeuten von morgen eine entscheidende Rolle zur Verbesserung der Langzeitprognose seiner Patienten zu, die bis heute quo ad vitam noch etwa zehn Jahre unter derjenigen der altersadjustierten Gesamtbevölkerung Deutschlands liegt.



... aus Sicht der Thoraxchirurgie

Die Einführung von unterschiedlichen Facharztsäulen unter dem Dach der Chirurgie hat zu einer fortwährenden Modernisierung und Spezialisierung geführt. Eine weitere Spezialisierung ist nur in High-volume Zentren möglich. Volume-outcome Studien zeigen die Notwendigkeit dieser Zentren. Nach Zahlen des statistischen Bundesamtes aus dem Jahre 2016 gilt für die Thoraxchirurgie jedoch die Devise: „Viele machen wenig und wenige machen viel“. 43 Prozent aller anatomischen Lungenkrebsoperationen werden in Kliniken durchgeführt die weniger als 75 Eingriffe beim Lungenkarzinom pro Jahr durchführen. Umgekehrt erbringen nur 10 Prozent aller Thoraxchirurgien mehr als 100 anatomische Resektionen beim Lungenkarzinom im Jahr. Es stellt sich die Frage wie Kliniken mit geringer OP-Frequenz eine strukturierte Weiterbildung mit Subspezialisierung gewährleisten können.

ur Subspezialisierung bei minimal-invasiven anatomischen Resektionsverfahren, werden international Mindestmengen von bis zu 50 Eingriffen pro Operateur pro Jahr für eine entsprechende Lernkurve verlangt. Erlöse

müssen hierbei kostendeckend sein. Aktuell besteht eine Diskrepanz zwischen dem Erlös bei komplexen und einfachen Resektionen. Hierbei würde eine Zentralisierung zu einer entsprechenden Mischkalkulation beitragen. Ziel einer weiteren Subspezialisierung muss der Nachweis des verbesserten Langzeitüberlebens des im Zentrum behandelten Patienten sein. Herr Prof. Hartwig W. Bauer formulierte im Februar 2017: „Mindestmengen in der Chirurgie – Wir wissen was zu tun ist und müssen tun was wir wissen.“ Die weitere Spezialisierung in der Thoraxchirurgie wird nur durch eine weitere Zentralisierung möglich sein, hierzu sind politische Lösungen zu fordern. ○



PROF. DR. MED. JOACHIM SCHIRREN

HELIOS Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken
Wiesbaden
Klinik für Thoraxchirurgie

... aus Sicht der Herzchirurgie

Wenn man gerade sein Studium abgeschlossen hat, sucht man für sich eine Zukunft und fragt sich dabei auch, ob die Disziplin, für die man sich interessiert, eine Zukunft hat. Ich bin mir nicht sicher, ob es diese Frage ist, die sich junge Chirurgen stellen sollten. Als ich selbst mit der Herzchirurgie begann, wurden gerade die ersten Koronarstents implantiert und ich hörte von überall her, dass es in zehn Jahren keine Herzchirurgie mehr gäbe. Es gab viele rationale Gründe, dieses Fach nicht zu wählen. Aber ich war durch Praktika „angefixt“, fasziniert und hatte das Gefühl, dass das Fachgebiet und ich „zusammenpassen“. Mich haben diese rationalen Erwägungen dann auch wenig beeinflusst, da ich überzeugt blieb, dass dieses hochästhetische, akribische und heilende chirurgische Fach verbunden mit einem unglaublichen „Thrill“ schlichtweg das Richtige für mich war. Diese Überzeugung ist wichtig, gerade in Tagen des Nicht-Gelingens. Und nicht alles gelingt. Und die älteren Herzchirurgen, auf die ich traf und treffe, haben mich beeindruckt: sie wirkten wie Wanderer auf einem Weg, der durch das Gehen erst begehbar wird. Daran hat sich bis heute in dieser hochinnovativen Disziplin nichts geändert. Wer sich für Herzchirurgie interessiert, sollte sich zunächst die Fragen stellen, die ich in meinem Text „was ist ein guter Chirurg?“ zusammengefasst habe. Wer dann noch immer meint, dass er das Zeug zu einem guten Chirurgen hätte, ist damit bereits ein heißer Kandidat für die Zukunft der Herzchirurgie. Er muss sich darauf einstellen, sich in seinem Berufsleben mehrfach neu zu erfinden, neu zu definieren, neu zu lernen. Auch die Herzchirurgie, die ich vor 30 Jahren lernte, ist weit entfernt von der Herzchirurgie, die ich heute praktiziere. Er muss sich darauf einstellen, gebraucht zu werden.

Die Zukunft der Herzchirurgie wird definiert durch die Menschen, die sich für das

Fach Herzchirurgie entscheiden und es auszufüllen und zu gestalten bereit sind. Und diese Zukunft sehe ich seit nunmehr dreißig Jahren unverändert mit großem Optimismus.

Ich könnte anführen, dass die Menschen – unsere Patienten – immer älter werden und damit die kardiovaskulären Erkrankungen überproportional steigen werden. Ich könnte



PROF. DR. CHRISTIAN-F. VAHL

Universitätsmedizin
der Johannes Gutenberg-Universität
Herz-, Thorax- u. Gefäßchirurgie

anführen, dass eine immer aggressiver werdende Kardiologie nicht zuletzt die Herzchirurgie als Partner bei Komplikationen in immer weiter steigendem Maße brauchen wird. Ich könnte anführen, dass es viele Erkrankungen gibt, die nur durch Herzchirurgen erfolgreich behandelt und geheilt werden können. Ich könnte anführen, dass wenn die interventionellen Methoden ausgereizt sind, die Herzchirurgie weiterhin im Spiel ist. Ich könnte anführen, dass gerade das Organ „Herz“ Innovationen verspricht von „Contractile Patches“ über den „3-D-Druck“ von Klappen und vielleicht sogar Organteilen oder ganzen Herzen bis hin zu technologischen Neuerungen bei Herzersatz- bzw. Herzergänzungsverfahren. Aber das ist nicht das, was ich jungen Menschen mit auf den Weg geben möchte.

Ich sage zur Zukunft ganz einfache Dinge: Es wird immer eine Herzchirurgie geben. Es wird immer Ärzte geben, die in der Herzchirurgie, und nur in der Herzchirurgie ihr eigentliches, ihr wirkliches berufliches Glück finden werden und die – wenn sie etwas anderes tun – unabhängig von ihrem Erfolg das Gefühl nicht loswerden, sie seien irgendwie vom Weg abgekommen. Wenn man etwas liebt, was man mehr liebt als sich selbst und dieses tut, stellt sich als Begleitprodukt Glück ein. Von diesem Glück wissen viele ältere Herzchirurgen zu berichten. Und genau diese Menschen sind es, die in der Vergangenheit dazu beigetragen haben, dass die Herzchirurgie in den letzten dreißig Jahren allen Ansagen trotzend eine glänzende Vergangenheit hatte und eine glänzende Zukunft haben wird. Und so ist das einzige, was ich jungen Menschen wirklich sagen kann: Folge Deinem Herzen und folge Deinem Herzen. Mehr gibt es nicht. [3]

LITERATUR

- [1] Giunta RE; Schmidt-Tintemann U. Was soll Plastische Chirurgie? Handchir Mikrochir Plast Chir 2013; 45: 191–192
- [2] Giunta RE. Über die Solidarität unter den chirurgischen Fachgebieten oder „Wer nicht mit am Tisch sitzt, landet auf der Speisekarte“ Handchir Mikrochir Plast Chir 2016; 48: 61–64
- [3] Christian Friedrich Vahl (2014) Was ist ein guter Chirurg Dtsch Ärztebl (6) ○

Akademie Aktuell: Kostenfreie BDC|Webinare „Leitlinien in der Chirurgie“

Zeit ist ein wertvolles Gut. Nicht zuletzt deshalb erobern Online-Fortbildungen zunehmend die Bildungslandschaft und sind für die jüngeren Generationen ein adäquates Lernmedium. Auch die BDC|Akademie nutzt diese technologischen Entwicklungen und hat mit den E-Learning Einheiten [eCME-Center] und den Blended-Learning-Kursen ‚Hygienebeauftragter Arzt‘ digitale Angebote in ihrem Fort- und Weiterbildungsprogramm. Seit September 2017 wurde ein weiterer Akzent mit Einführung der BDC|Webinare „Leitlinien in der Chirurgie“ gesetzt.

Der Begriff Webinar ist eine Wortschöpfung aus Web und Seminar. Bei dieser Form von Fortbildung werden Inhalte jeglicher Art über das World-Wide-Web von einem Referenten direkt zum Teilnehmer online und live übertragen.

Das bedeutet maximale Flexibilität für den Teilnehmer. Egal ob vom Arbeitsplatz zu Hause, vom Besprechungszimmer in der Klinik mit dem Team oder auf Reisen mit einem Tablet, über jeden Online-Zugang kann sich der Teilnehmer mit seinem Zugang- einwählen. Und nicht nur das. Über Chat-Funktionen kann er sich aktiv an der Diskussion beteiligen und dem Referenten gezielt Fragen stellen.

Die BDC|Akademie macht sich dieses Medium zu Nutze, um seinen Mitgliedern die Leitlinien in der Chirurgie interaktiv zu präsentieren. Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der medizinischen Fachgesellschaften (AFMW) sind das Ergebnis einer langen Diskussion verschiedenster Experten und fassen das gegenwärtige Fachwissen und die vorliegende Evidenz zu einem Thema zusammen. Wer die





PROF. DR. MED. WOLFGANG SCHRÖDER, FACS

Leiter der Akademie für chirurgische Weiterbildung und praktische Fortbildung Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
Leitender Oberarzt
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie
Universitätsklinik Köln
Kerpener Str. 62, 50937 Köln
aix50@uni-koeln.de



DR. RER. POL. RONNY DITTMAR

Geschäftsführer des BDC
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
Ronny.Dittmar@bdc.de

Schröder W, Dittmar R: Akademie Aktuell: Kostenfreie BDC|Webinare „Leitlinien in der Chirurgie“. Passion Chirurgie. 2017 November, 7(11): Artikel 04_01.



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

Leitlinien seiner Fachdisziplin kennt, ist mit seinem Wissen auf dem aktuellen Stand.

Im September 2017 wurde dieses innovative Projekt erfolgreich gestartet, bisher mit großer Resonanz. Jeden Monat wird von einem ausgewiesenen Experten, der in vielen Fällen an der Erstellung der Leitlinie beteiligt war, in einem 45-minütigem Referat die Leitlinie in ihren Grundzügen vorgestellt und anschließend 15 Minuten diskutiert, selbstverständlich online und kostenfrei für alle BDC-Mitglieder. Und jede Teilnahme wird in

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

Zusammengefasst: Die BDC|Akademie freut sich, Top-aktuelles Wissen ihren Mitgliedern so flexibel und effizient wie möglich in Form der BDC|Webinare anbieten zu können. ○

LIVE WEBINARE

S3-Leitlinie: Ösophaguskarzinom

23.11.2017, 18:00 Uhr

Prof. Dr. Wolfgang Schröder

Das Ösophaguskarzinom zählt zu den Tumorarten mit einer sehr schlechten Prognose.

Die Leitlinie zu dieser Tumorentität hat u. a. das Ziel, eine Standardisierung in der Diagnostik und Therapie zu erreichen und darüber die Behandlungsergebnisse zu verbessern. In diesem Webinar stellt Professor Dr. Wolfgang Schröder, Chirurgischer Leiter des oberen Gastrointestinaltraktes, Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie der Uniklinik Köln, die S3-Leitlinie: Ösophaguskarzinom vor.

Im Webinar wird das gesamte Spektrum der Prävention, Diagnostik und Therapie des Ösophaguskarzinoms behandelt. Die in der Leitlinie zu definierenden Qualitätsindikatoren sind mögliche Bestandteile für die Zertifizierung von Krebszentren, für die Dokumentation im Rahmen von klinischen Krebsregistern und somit auch Grundlage bei der Analyse von Therapieeffekten.

S3-Leitlinie „Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin“

14.12.2017, 18:00 Uhr

Prof. Dr. Christian Waydhas

Analgesie, Sedierung und Delirmanagement sind nicht nur von zentraler Bedeutung für den Patientenkomfort; eine zu tiefe Sedierung oder ein ungenügendes Delirmanagement führen zu vermehrten Komplikationen, verlängerten Liegedauern auf der Intensivstation und im Krankenhaus, einer erhöhten Sterblichkeit und verschlechtertem Langzeitoutcome.

Einladung zum Bundeskongress Chirurgie 2018 „Gemeinsam stark“

Fortbildung, Innovationsbereitschaft und ökonomisches Handeln sind feste Bestandteile unserer chirurgischen Tätigkeit. Auf diesen Pfeilern manifestiert sich der Bundeskongress Chirurgie 2018 in Nürnberg. Auf Wunsch einer großen Mehrheit unserer Kollegen haben wir uns entschlossen, den Kongress um einen Tag zu verkürzen und Ihnen die Inhalte kompakt an zwei Tagen darzulegen.

Die unfallchirurgisch-orthopädischen Schwerpunkte werden in diesem Jahr auf Verletzungen des Beckens sowie der Wirbelsäule gelegt. Unter dem Motto „Ran an den Rücken“ werden wir auch konventionelle Behandlungsmöglichkeiten des akuten und chronischen Rückenschmerzes diskutieren. Als DGUV zertifizierte Veranstaltungen werden die Kindertraumatologie, die Rehamanagement/Rehamedizin und das

Gutachtenseminar (Kurs 2) thematisiert und angeboten.

In der Eröffnungsveranstaltung werden wir über die Zukunft der sektorenübergreifenden chirurgischen Versorgung diskutieren. Im Anschluss erfolgt die Verleihung des Journalistenpreises des BDC.

Erneut werden wir das Thema Digitalisierung aufgreifen, bei dem sich das deutsche Gesundheitssystem einem enormen Erwartungsdruck ausgesetzt sieht. Dieser kommt aus der Politik, der Industrie und natürlich auch von unseren Patienten. Patienten wollen ihre Daten allen behandelnden Ärzten zukommen lassen, Untersuchungsergebnisse aus allen Versorgungsbereichen sollen mitgenutzt werden. Gleichzeitig erwartet der Patient jedoch, dass diese Daten strikt vertraulich behandelt werden. Die Politik möchte so schnell wie möglich



**DR. MED. CHRISTOPH
SCHÜÜRMAN**
Vorsitzender BNC

**PROF. DR. MED. DR. H.C. HANS-
JOACHIM MEYER**
Generalsekretär DGCH
Präsident BDC

DR. MED. AXEL NEUMANN
Präsident BAO

DR. MED. MICHAEL BARTSCH
Kongressleiter

Schüürmann C, Meyer HJ, Neumann A, Bartsch
M: Einladung zum Bundeskongress Chirurgie
2018 „Gemeinsam stark“. Passion Chirurgie. 2017
November, 7(11): Artikel 04_02.



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

diese neuen Techniken in Umlauf bringen und die Industrie verfolgt ihre eigenen wirtschaftlichen Interessen. Über diese kontroversen Vorstellungen werden wir am Freitagmorgen in der Sitzung Digitalisierung und E-Health berichten. Namhafte Protagonisten sind eingeladen und haben bereits zugesagt.

Die zunehmende Problematik der multiresistenten Keime und der damit für uns verbundenen neuen Hygienevorschriften werden wir in der Hygienesitzung am Samstag ausführlich diskutieren. Die gleiche Thematik verfolgt uns am gesundheitspolitischen Vormittag, dazu werden namhafte Berufspolitiker Konsequenzen der Qualitätsindikatoren in der zukünftigen Medizin diskutieren.

Alle teilnehmenden Berufsverbände werden über aktuelle Entwicklungen aus ihrem Fach berichten. Die Sitzung Arzt und Recht wird über medizinrechtliche Neuerungen

und natürlich über das Antikorruptionsrecht informieren.

Den Abschluss des Bundeskongresses bildet ein Symposium zu Kostenstrukturen von ambulanten Operationszentren und Abrechnungsmöglichkeiten ambulanter Operationen und Anästhesien.

Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen, nach der Wahl ist vor der Wahl. Wir denken, dass die neue Bundesregierung mit neuen Gesetzen, die das Gesundheitssystem betreffen, nicht lange auf sich warten lässt. Dieser Kongress bietet Ihnen die Gelegenheit mit renommierten gesundheitspolitischen Experten in den Dialog zu treten. Danach mögen Sie sich selbst ein Bild machen, wo der Weg der Gesundheitspolitik 2020 hinführen wird.

Kommen Sie bitte zahlreich nach Nürnberg, denn nur gemeinsam sind wir stark! ○

PROGRAMM

- Fachthemen der Allgemein-, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Handchirurgie, Fußchirurgie
- Vorträge zur Verletzung der Wirbelsäule und des Beckens sowie zur Behandlung des chronischen Rückenschmerzes
- Zukunft der sektorenübergreifenden Chirurgie
- Digitalisierung und e-health, Qualitäts- und Fehlermanagement, D-Arzt und sein Team, Arzt und Recht
- Neue Hygiene-Richtlinien
- Hernien-Symposium
- Gutachten-Seminar / Rehamanagement / Kindertraumatologie (DGUV zertifiziert)
- Tag der medizinischen Fachberufe
- Workshops

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

Veranstalter/Organisation

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG
Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg
Tel.: 0911/3931625, Fax: 0911/3931620
E-Mail: bch@mcnag.info
Internet: www.bundeskongress-chirurgie.de
PASSION CHIRURGIE 11 | 2017

BUNDESKONGRESS CHIRURGIE 2018

BNC · BDC · BAO
GEMEINSAM STARK

23.02. – 24.02.2018, NürnbergConvention Center





Optimierung von Zusammenarbeit in der Chirurgie

ZUSAMMENARBEIT IN DER CHIRURGIE HAT VERBESSERUNGSPOTENTIAL

Chirurgische Abteilungen sind in der Regel neben anderen Fachkliniken Funktionseinheiten von Krankenhäusern oder Universitätskliniken. Die Zusammenarbeit ist hier nicht immer zufriedenstellend. Dies gilt besonders für die Kooperation von Geschäftsführungen mit leitenden Ärzten [1, 2, 3].

Ursache für bestehende Defizite dürfte vor allem die fehlende Übernahme von

Verantwortlichkeit durch die Geschäftsführungen sein. Hier wird häufiger verdrängt, dass es originäre Aufgabe der Krankenhausleitung ist, eine angemessene Dialogkultur im Krankenhaus zu implementieren, zu zementieren und Zusammenarbeit zu organisieren.

Dabei ist sicher zu stellen, dass die Fachabteilungen, und damit auch die Chirurgie, in die Lage versetzt werden, betriebswirtschaftlich effizient zu steuern. Voraussetzung dafür ist, dass die Geschäftsführungen die Chefarzte als gleichrangige Partner begreifen und



PROF. DR. HABIL. WOLFGANG HELLMANN

Leiter Studienprogramm
Medical Hospital Management für
leitende Ärztinnen und Ärzte
Hochschule Osnabrück
Junkergarten 15, 30966 Hemmingen
Hellmann-W@t-online.de

ihnen die erforderlichen Informationen zu Leistungs- und Erlösaspekten in umfassender Form zur Verfügung stellen.

In deutschen Krankenhäusern ist dies nur eingeschränkt der Fall [4, 5, 6, 7]. Zu reinen Erfüllungsgehilfen von Geschäftsführern, vor allem für unseriöse Fallzahlsteigerungen [8], taugen leitende Ärzte allerdings nicht. Sie sind eine zentral wichtige und wertvolle Humanressource, die ihrer Aufgabe, Patienten qualitativ hochwertig zu versorgen, umfassend nachkommen können muss. Dies schließt die Notwendigkeit, hohe Behandlungsqualität mit Wirtschaftlichkeit kompatibel machen zu können, nicht aus. Der Begriff Wirtschaftlichkeit darf jedoch keinesfalls im Sinne einer fragwürdigen Interpretation missbraucht werden, die Patientenbelange zweifelhaften und damit kritisierbaren Erlösstrategien unterordnet.

GUTE ZUSAMMENARBEIT IM KRANKENHAUS IST GRUNDLAGE FÜR DIE SICHERUNG HOHER VERSORGUNGSQUALITÄT UND DIE ERSCHLIESSUNG NEUER GESCHÄFTSFELDER

Die Bedeutung der Sicherung von guter Zusammenarbeit, z. B. für die Gewährleistung

hoher Behandlungsqualität [9], geht weit über das Krankenhaus bzw. die chirurgische Fachabteilung im Krankenhaus hinaus. Dies ergibt sich z. B. aus der Notwendigkeit, neue Patientenklientele wie alte, demente und chronisch erkrankte Patienten angemessen versorgen zu können.

Möglich ist dies nur auf Grundlage innovativer Versorgungskonstellationen, die eine Versorgung ohne Brüche für die Patienten sichern können (Gesundheitszentren, Integrierte Versorgung). Eine entsprechende Versorgung setzt die enge Zusammenarbeit ambulanter und stationärer Leistungserbringer voraus. Sie ist wiederum abhängig von guter Kommunikation und Kooperation der Beteiligten. Insgesamt gilt: Mit zunehmender Zahl von Leistungen aus unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen, erhöht sich die Notwendigkeit guter Zusammenarbeit und Kooperation [10]. Diese kann durch Versorgungsmodelle gefördert werden, die eine räumliche Nähe aller Beteiligten gewährleisten. Deshalb ist es durchaus sinnvoll, Organisationsstrukturen voran zu treiben, die diese Voraussetzung erfüllen. Dazu gehören integrierte Versorgungskonstellationen oder auch Gesundheitszentren, wie sie von der Robert Bosch Stiftung favorisiert werden [10].

Hellmann W: Optimierung von Zusammenarbeit in der Chirurgie. *Passion Chirurgie*. 2017 November, 7(11): Artikel 04_04.



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

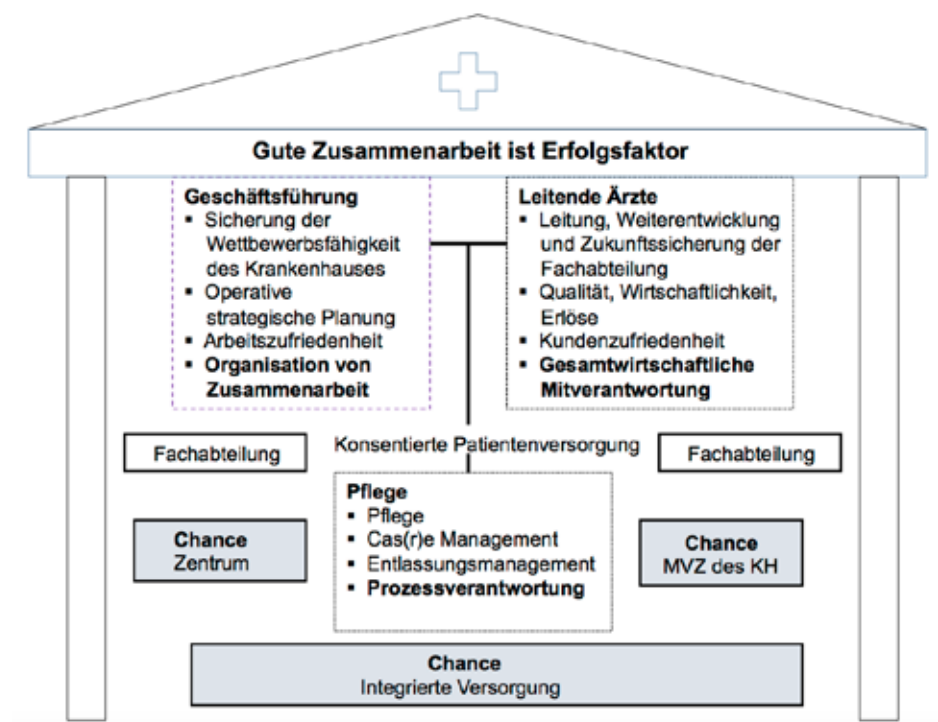


Abb. 1: Gute Zusammenarbeit macht das Krankenhaus leistungsstark und eröffnet neue Geschäftsfelder

Krankenhäusern eröffnen sich damit neue Geschäftsfelder. (Abb. 1)

ORGANISATION VON ZUSAMMENARBEIT IST PRIMÄRE MANAGEMENTAUFGABE DER GESCHÄFTSFÜHRUNG – WAS ZU TUN IST

Die Organisation von Zusammenarbeit ist zentrale Managementaufgabe der Geschäftsführung (und nicht der Fachabteilung). Die Geschäftsführung muss die Organisation übergreifend auf alle Fachabteilungen und weitere Funktionseinheiten fokussieren. Erfolgreich wird dies nur sein, wenn die Organisation von Zusammenarbeit als Projekt definiert wird und die Belegschaft motiviert ist, zum Erfolg beizutragen.

Grundlegende Voraussetzung für erfolgreiches Handeln der Geschäftsführung ist, die Mitarbeiter „mitzunehmen“ und sie umfassend über Fragen der Zielsetzung, der Bedeutung und der Implementierung zu informieren. Einschlägige von der Geschäftsführung initiierte Workshops mit heterogenen Mitarbeitergruppen können dazu einen guten Beitrag leisten.

Wie für andere Fachabteilungen, gilt allerdings auch für die Chirurgie, dass sie bei der Umsetzung der Optimierung von Zusammenarbeit die Geschäftsführung unterstützen muss.

Hier sind die Chefärzte gefordert. Sie kennen die Personalstruktur ihrer Abteilung am besten und wissen, welche Mitarbeiter ergänzend oder alternativ für andere Aufgaben eingesetzt werden können. Dies gilt z. B. im

Hinblick auf die Delegation von ärztlichen Aufgaben an Pflegekräfte, aber auch ggf. für mögliche strukturelle Veränderungen in der Abteilung, die der Zusammenarbeit förderlich sind (z. B. Klinische Pfade, die eine berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit einfordern).

DIALOGKULTUR ALS ZIEL

Zentrales Ziel der Geschäftsführung auf dem Weg zur Sicherstellung guter Kommunikation und Kooperation im gesamten Krankenhaus muss die Implementierung einer das Krankenhaus prägenden nachhaltigen Dialogkultur sein [11]. Darunter sei hier ein auf Vertrauen, Respekt und Transparenz basierender Umgang der Führungskräfte mit Mitarbeitern verstanden, der Mitarbeiter untereinander und aller Mitarbeiter mit den Patienten. Besonderes Augenmerk ist auf Patienten und deren Angehörige als externe Kunden des Krankenhauses zu richten. Im Mittelpunkt stehen muss: Eine freundliche und wertschätzende Kommunikation durch Ärzte, Pflege und Verwaltung, eine fachbegriffsfreie Aufklärung durch den Arzt bei Diagnose, Indikation, Behandlung und Visite und eine Adressaten spezifische Kommunikation bei der Abstimmung von Therapien.

REFLEXION DES ROLLENVERSTÄNDNISSES UND BESINNUNG AUF KERNKOMPETENZEN

Eine Dialogkultur kann nur nachhaltig sein, wenn sie aktuelle Veränderungen im Umfeld des Krankenhauses berücksichtigt. Sie ist somit nicht statisch angelegt, sondern muss dynamischen Charakter haben, also flexibel veränderbar sein.

In Bezug auf die derzeitige Situation macht sich dieses beispielsweise an veränderten Bedingungen für den Umgang mit neuen Mitarbeiter- und Patientenkontexten fest.

Die Ansprüche von Mitarbeitern haben sich in den letzten Jahren gewandelt. Vor allem die junge Generation fordert neue Formen der Führung und Kommunikation ein. Teamorientierung und kollegiale Führung werden zu einer zentralen Herausforderung für ärztliche Führungskräfte. Sogenannte „mündige Patienten“ oder „Internetpatienten“ betrachten den Arzt nicht mehr als „führende Hand“, sondern möchten in den Behandlungsprozess einbezogen werden. Sie erwarten vom Arzt eine Diskussion zu einschlägigen Behandlungsalternativen und wollen die Festlegung auf ein definiertes Behandlungsmuster (auf gleicher Augenhöhe mit dem Arzt) mitbestimmen.

Diesen Herausforderungen wird der Arzt in der Regel nur im Kontext einer *Reflexion seines Rollenverständnisses* genügen können. Basis für eine gute Dialogkultur ist aber auch eine *Reflexion von Kernkompetenzen*. Ähnliches gilt für die Geschäftsführungen und Pflegekräfte [12]. Nur wenn Klarheit über das jeweilige Rollenverständnis besteht und jeder Mitarbeiter weiß, welche Aufgaben er im Kontext seiner Kernkompetenzen zu erfüllen hat, lassen sich über eine gute Kommunikation und Kooperation behindernde Konflikte vermeiden. Einzufordern sind von allen in der Patientenversorgung tätigen Berufsgruppen vor allem:

- Selbstkompetenz
- fachlich-methodische Kompetenz
- kooperative Kompetenz

Das Vorhandensein dieser Qualifikationen ist Basis für die erfolgreiche Umsetzung einer zielorientierte Dialogkultur.

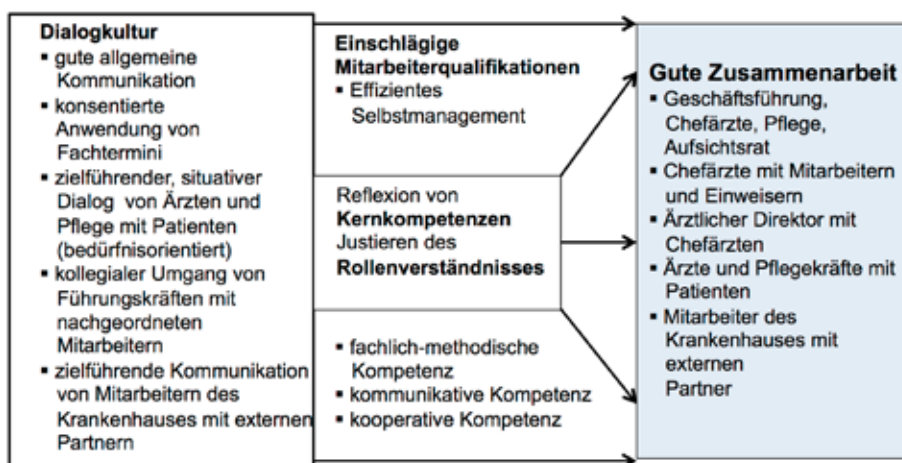


Abb. 2: Voraussetzung für erfolgreiche Zusammenarbeit im Krankenhaus und mit externen Partnern

Wichtige Voraussetzungen für erfolgreiche Zusammenarbeit zeigt die **Abbildung 2**.

ZUSAMMENARBEIT LÄSST SICH ERLERNEN

Die Fähigkeit zur Zusammenarbeit ist bei verschiedenen Personen unterschiedlich entwickelt. Sie kann jedoch durchaus erlernt werden. Besondere Bedeutung für die Förderung von Zusammenarbeit hat interprofessionelles Lernen (IPL), wie es von der Robert Bosch Stiftung propagiert und gefördert wird [13,14]. Dieser Ansatz bezieht sich auf die Lösung von Aufgaben durch beruflich-fachlich heterogene Gruppen, sei es in Bildungseinrichtungen (z. B. Hochschulen), sei es in Kliniken oder anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Gemäß Höppner und Büscher [15] sind für das Erreichen des Ziels „Zusammenarbeit lernen“ neben der oben bereits erwähnten Rollenklarheit und Reflexionsfähigkeit folgende Kompetenzdimensionen von Bedeutung:

- zielgerichtete Kommunikationsfähigkeit
- Auseinandersetzungsfähigkeit
- Auseinandersetzungsbereitschaft
- Selbstbewusstsein und Offenheit
- Wertschätzung gegenüber den Partnern
- Wissen um die Kompetenz anderer Disziplinen

Vom Grundsatz her ist die Durchführung von IPL in Einrichtungen der Patientenversorgung das Prozedere der Wahl. Denn in der Klinik besteht die Möglichkeit IPL im Rahmen konkreter Krankenhausprojekte umzusetzen.

Vielerorts ist dies mangels finanzieller und personeller Ressourcen nur schwer oder überhaupt nicht möglich. Insofern bieten sich hier vor allem geeignete Managementprogramme an, um praktische Hinweise zur Optimierung von Zusammenarbeit zu erhalten. Bevorzugt sollte auf Programme fokussiert werden, die einerseits spezifisches Managementwissen

für eine definierte Berufsgruppe vermitteln, andererseits aufbauend die Möglichkeit eröffnen berufsgruppenübergreifend zu agieren. Gedacht sei hier beispielsweise an das zwei-semesterige Studienprogramm MHM®-Medical Hospital Management der Hochschule Osnabrück mit Vermittlung spezifischer Managementkenntnisse für zukünftige leitende Krankenhausärzte und Erweiterungsmöglichkeit zu einem interdisziplinär angelegten MBA [16,17].

OPTIMIERUNG DER ZUSAMMENARBEIT IN DER CHIRURGISCHEN

FACHABTEILUNG- SCHNELL UMSETZBARE HANDLUNGSOPTIONEN

Neben der bereits erwähnten Überprüfung des Rollenverständnisses der verschiedenen Berufsgruppen und die Rückbesinnung auf die originären Kernkompetenzen, kann (auch losgelöst von der Notwendigkeit der Organisation von Zusammenarbeit durch die Geschäftsführung), die chirurgische Fachabteilung eigeninitiativ tätig werden. Ja, sie sollte das unbedingt tun! Denn sie ist verantwortlich für hohe chirurgische Versorgungsqualität und Mitarbeiterzufriedenheit auf Grundlage effizienter Zusammenarbeit. Handlungsoptionen ergeben sich wie folgt und setzen vor allem Initiativen des Chefarztes voraus [18]:

- Entwicklung eines Strategiekonzepts zur Umsetzung von Zusammenarbeit auf Abteilungsebene. Prozedere: Ist-Analyse auf Grundlage schriftlicher und mündlicher Befragung von CÄ, GF, Pflege, Aufsichtsrat; Auswertung; Diskussion und Entwicklung eines Maßnahmenkatalogs zur Entwicklung eines Sollkonzepts.
- Förderung persönlicher Fähigkeiten der Mitarbeiter durch (finanzielle) Unterstützung der Teilnahme an einschlägigen Fortbildungen zu Fragen des Erwerbs von Managementkompetenzen.

- Aufzeigen von innovativen Instrumenten von Kommunikation, Führung und Qualitätsmanagement, die den Ansprüchen neuer Patienten- und Mitarbeiterklientelen gerecht werden.
- Schaffung einer Plattform für einen kontinuierlichen Informationsaustausch von Entscheidern und Mitarbeitern (Gesprächsrunden, gemeinsame Fortbildungen, gemeinsame Freizeitaktivitäten).
- Strukturelle Veränderungen auf Abteilungsebene, die Zusammenarbeit fördern (z. B. interdisziplinäre Arbeitsgruppen für die Entwicklung klinischer Pfade).

AUSBLICK

Gute Zusammenarbeit im Krankenhaus ist vielerorts Stiefkind der Bemühungen des Krankenhausmanagements. Für die Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit des Krankenhauses ist dies kontraproduktiv. Erfolgreiche Zusammenarbeit ist nicht nur notwendige Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung im Krankenhaus und für gute Arbeitgeberqualität. Sie bietet auch die Chance für eine zielorientierte Umsetzung neuer Versorgungskonzepte mit sehr unterschiedlichen Partnern aus verschiedenen Leistungsbereichen. Die Geschäftsführungen sind deshalb gehalten, ihrer Kernaufgabe der Organisation von Zusammenarbeit umfassend zu genügen. Besonders geachtet werden sollte vor allem auf die Etablierung einer nachhaltigen Dialogkultur, die Integration von Strukturen, die Zusammenarbeit fördern (Klinische Pfade, interdisziplinäre Behandlungszentren) und die Möglichkeit zu interprofessionellem Lernen (IPL) für Ärzte, Pflege und Verwaltung. Eine Unterstützung der Organisation von Zusammenarbeit durch die Fachabteilungen versteht sich von selbst.

Literatur erhalten Sie via passion_chirurgie@bdc.de.





Safety Clip: Patient Blood Management

Innerhalb der DGCH beschäftigen sich **Prof. Dr. Thomas Schmitz-Rixen** (Universitätsklinikum Frankfurt) und **Prof. Dr. med. Wolfgang Schwenk** (Klinikum Solingen) mit dem Thema Bloodmanagement. Bei Fragen können Sie sich gern direkt an die Herren wenden (schmitz-rixen@em.uni-frankfurt.de und schwenk@klinikumsolingen.de).

EIN BEHANDLUNGSKONZEPT OPTIMAL GEEIGNET ZUR UNTERSTÜTZUNG CHIRURGISCHER PATIENTEN

Zwischen 10 und 50 Prozent aller chirurgischen Patienten leiden zum Zeitpunkt des operativen Eingriffs an einer Blutarmut [1]. Nach Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden Frauen mit einem Hämoglobin-Wert (Hb) unter 12 g/dl und Männer mit einem Hb-Wert unter 13 g/dl als anämisch bezeichnet. Erfolgt keine Korrektur, werden diese Patienten unnötigen Risiken ausgesetzt, da eine präoperative Anämie nicht nur die Wahrscheinlichkeit postoperativer Komplikationen, die Morbidität sowie

die Sterblichkeit erhöhen kann, sondern auch einen unabhängigen Risikofaktor für den perioperativen Bedarf einer Fremdbluttransfusion darstellt. Natürlich ist die Fremdbluttransfusion in bestimmten Situationen, etwa bei polytraumatisierten Patienten oder nicht-vermeidbaren intraoperativen Blutverlusten, eine lebensrettende Therapiemaßnahme. Mit Blick auf aktuelle Erkenntnisse sollten allogene Erythrozytenkonzentrate (EK) jedoch nur dann zur Korrektur niedriger Hb-Werte appliziert werden, wenn Alternativtherapien keine Option darstellen. Letztendlich ist jede Bluttransfusion auch eine „Transplantation des flüssigen Organs Blut“, im Rahmen


**KORRESPONDIERENDER
AUTOR:**
**PROF. DR. PATRICK MEYBOHM,
MHBA**

 Klinik für Anästhesiologie,
Schmerztherapie und Intensivmedizin
(KAIS)
Universitätsklinikum Frankfurt
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
patrick.meybohm@kgu.de

**DR. RER. NAT. CHRISTOPH
FÜLLENBACH**

 Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Klinik für Anästhesiologie,
Schmerztherapie und Intensivmedizin
Universitätsklinikum Frankfurt

**PROF. DR. DR. KAI
ZACHAROWSKI, FRCA**

 Direktor der Klinik für Anästhesiologie,
Schmerztherapie und Intensivmedizin
Universitätsklinikum Frankfurt

**DR. RER. NAT. SUMA
CHOOAPOIKAYIL**

 Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Klinik für Anästhesiologie,
Schmerztherapie und Intensivmedizin
Universitätsklinikum Frankfurt

derer dem Patienten fremde lebende Zellen zugeführt werden, was zu einer Aktivierung und Belastung des Immunsystems führt. Die dadurch möglicherweise ausgelöste Immunmodulation könnte mit einer erhöhten nosokomialen Infektionsrate assoziiert sein. Generell sind Fremdbluttransfusionen, wie jedes andere Medikament auch, mit potenziellen Risiken und Nebenwirkungen behaftet [2]. Zusätzlich berichten retrospektive Studien von einem möglichen Zusammenhang zwischen einer höheren Anzahl an Bluttransfusionen und einer erhöhten Morbidität. Anhand einzelner Studien könnte selbst die Transfusion einer einzelnen Blutkonserve die Wahrscheinlichkeit eines Herz- und/oder ischämischen Schlaganfalles erhöhen und mit einem längeren Krankenhausaufenthalt im Zusammenhang stehen [3]. Um die Wahrscheinlichkeit, Patienten diesen Risiken aussetzen zu müssen, zu minimieren, sollten, wenn immer adäquat, alternative Maßnahmen zur Optimierung der Hb-Werte sowie zur Minimierung weiterer Blutverluste bevorzugt und ein „One-size-fits-all“-Therapieansatz mittels EK-Transfusion vermieden werden.

**PATIENT BLOOD MANAGEMENT IM
ÜBERBLICK**

Patient Blood Management (PBM) ist ein interdisziplinäres Diagnose-, Verhaltens- und Therapiekonzept, welches mithilfe aktuellster medizinischer Erkenntnisse und Techniken

die patienteneigenen Blutressourcen schützt bzw. stärkt und so zu einer Steigerung der Patientensicherheit beiträgt. Die aktive Umsetzung von PBM im klinischen Alltag basiert insbesondere bei chirurgischen Patienten auf drei Säulen (**siehe Abb. 1**).

Dazu zählen sowohl Maßnahmen zur optimalen präoperativen Vorbereitung von Hochrisikopatienten durch Management einer möglicherweise vorhandenen Anämie als auch solche zur Minimierung perioperativer Blutverluste. Zusätzlich werden behandelnde Ärzte bei der korrekten Indikationsstellung von Blutprodukten unterstützt, sodass Unsicherheiten, die sich aktuell in national und international stark variierenden Transfusionsraten bei Patienten mit ähnlichem Risikoprofil widerspiegeln, entgegengewirkt wird. Fremdblut wird nur dann richt- und leitlinienkonform transfundiert, wenn eine medizinische Indikation vorliegt und potenzielle Alternativtherapien keine Option darstellen. So lässt sich das Risiko möglicher Komplikationen reduzieren, was einen positiven Effekt auf Patientenoutcome und -erholung haben kann.

Das große Potenzial von PBM zur Verbesserung der Patientenbehandlung hat die WHO bereits 2010 erkannt und fordert seitdem eine Implementierung entsprechender Maßnahmen in ihren Mitgliedsländern. Auch die Bundesärztekammer spricht sich in ihrer aktuellen Gesamtnovelle zur Hämotherapie für den Einsatz von Alternativen zur

Füllenbach C, Meybohm P, Zacharowski K, Choorapoikayil S: Safety Clip: Patient Blood Management. *Passion Chirurgie*. 2017 November, 7(11): Artikel 04_05.



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

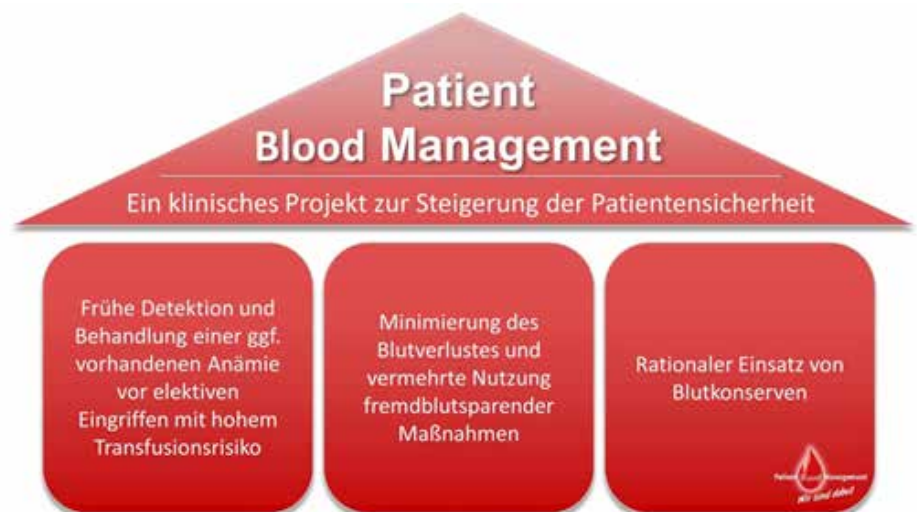


Abb. 1: Die drei Säulen des Patient Blood Managements

Bluttransfusion im Rahmen von PBM-Programmen aus [4]. Aufgrund des breiten interdisziplinären (Chirurgie, Anästhesiologie, Zentrallabor usw.) und zeitlichen Rahmens (prä- über intra- bis postoperativ) lassen sich die drei übergeordneten PBM-Säulen in mehr als 100 Einzelmaßnahmen untergliedern [5]. Bei verschiedenen Maßnahmen, etwa der intraoperativen Anwendung der maschinellen Autotransfusion [6] oder dem perioperativen Einsatz der Point-of-Care-Gerinnungsdiagnostik [7], konnte die Effektivität zur Minimierung der Fremdbluttransfusionsrate bereits durch wissenschaftliche Studien nachgewiesen werden. Die Sicherheit der Einführung von PBM wurde im Rahmen eines Pilotprojektes überprüft, an dem vier deutsche Universitätskliniken (Bonn, Frankfurt, Kiel und Münster) teilgenommen haben. Das angegliederte Begleitforschungsprojekt, welches 2016 mit dem „Preis für Patientensicherheit“ des Aktionsbündnisses Patientensicherheit ausgezeichnet wurde, konnte durch die Analyse der Daten von knapp 130.000 stationären chirurgischen Patienten nicht nur die Sicherheit bestätigen, sondern auch das große Potenzial eines umfassenden PBM-Programms zur Reduzierung des EK-Verbrauchs nachweisen [8].

PATIENT BLOOD MANAGEMENT SCHWERPUNKTE IM DETAIL

Im Folgenden werden die Inhalte der drei Säulen des Patient Blood Managements mit besonderem Augenmerk auf Möglichkeiten zur Unterstützung der optimalen Behandlung chirurgischer Patienten dargestellt.

SÄULE I: MANAGEMENT DER PRÄOPERATIVEN ANÄMIE

Obwohl der negative Einfluss einer präoperativen Anämie auf das postoperative Outcome bereits in mehreren Studien gezeigt wurde, sind Therapiemaßnahmen zur Korrektur niedriger Hb-Werte vor dem Eingriff noch immer selten in der klinischen Routine verankert. Zusätzlich ist die Wahrscheinlichkeit, dass Hb-Werte anämischer Patienten durch unvermeidbare intraoperative Blutverluste in kritische Bereiche fallen und diese so den Risiken einer Fremdbluttransfusion ausgesetzt werden müssen, im Vergleich zu nicht-anämischen Patienten um ein Vielfaches höher (siehe Abb. 2). Da Hb-Werte vor einem chirurgischen Eingriff routinemäßig erfasst werden, lässt sich das mögliche Risiko jedoch im Vorfeld ermitteln und in vielen Fällen relativ unkompliziert abwenden.

Dabei haben sich PBM bzw. Anämieambulanz als besonders hilfreich erwiesen. So können beispielsweise Patienten mit geplanter Index-Operation (Transfusionswahrscheinlichkeit > 10 %) und niedrigen Hb-Werten ($\text{♀} < 12 \text{ g/dl}$; $\text{♂} < 13 \text{ g/dl}$) nach dem Vorgespräch zur Operation zur weiteren Diagnose an die Anämieambulanz verwiesen werden. Um die Arbeitsroutine dabei zu standardisieren, bietet sich der Einsatz von Checklisten und SOPs an. In der Anämieambulanz erfolgt auf Basis weiterer Blutwerte die Differentialdiagnose zur Ursache der Blutarmut. In circa einem Drittel aller Fälle wird die präoperative Anämie durch einen Eisenmangel verursacht und kann so relativ einfach, z. B. mittels intravenöser Eisensupplementation, korrigiert

werden. Die parenterale Eisensubstitution sollte idealerweise zwei bis vier Wochen vor dem elektiven Eingriff erfolgen, um bis zur Operation den größtmöglichen Effekt zu erzielen. Eine kürzlich publizierte Studie konnte zudem zeigen, dass eine Eisensubstitution selbst in einem Zeitraum von bis zu fünf Tagen vor der Operation zu einem postoperativen Anstieg des Hb-Wertes führt und dabei gleichzeitig die postoperative Transfusionsrate signifikant senkt [9]. Es kann also festgehalten werden, dass ein präoperatives Anämiemanagement auf Basis von Alternativtherapien in vielen Fällen eine einfache Maßnahme ist, um niedrige Hb-Werte vor der Operation anzuheben und um Patienten vor den möglichen Risiken einer intra- und postoperativen Fremdbluttransfusion zu bewahren.

SÄULE II: MINIMIERUNG VERMEIDBARER IATROGENER BLUTVERLUSTE

Im perioperativen Setting kann eine Vielzahl von Maßnahmen zur Reduktion von Blutverlusten beitragen (Tab. 1) [5]. Am wichtigsten sind eine optimale und rasche chirurgische Blutstillung sowie der Einsatz minimal-invasiver Operationstechniken.

Im Rahmen einer rechtzeitigen und umfassenden Anamnese hinsichtlich der Einnahme von Antikoagulanzen muss das Risiko für Thromboembolie und Blutung patientenindividuell abgewogen werden. Blutungen können durch die Aufrechterhaltung der Hämostase und durch Einstellen optimaler physiologischer Rahmenbedingungen, etwa pH-Wert (> 7,2), Calciumwerte (> 1,1 mmol/l) und Körperkerntemperatur (> 36° C) reduziert werden. Um etwaige Gerinnungsstörungen möglichst frühzeitig zu diagnostizieren, kann der Einsatz von Point-of-Care (POC) Verfahren hilfreich sein. Dabei werden aggregometrische und viskoelastische Methoden verwendet, die im Vergleich zur konventionellen Labordiagnostik eine schnellere und funktionellere Beurteilung der Hämostase direkt im Operationssaal ermöglichen. Wurde eine Gerinnungsstörung diagnostiziert, sollten für eine algorithmusbasierte Therapie möglichst rasch die passenden Maßnahmen wie z. B. Fibrinogen oder Prothrombinkomplekonzentrat herangezogen werden. Eine sinnvolle

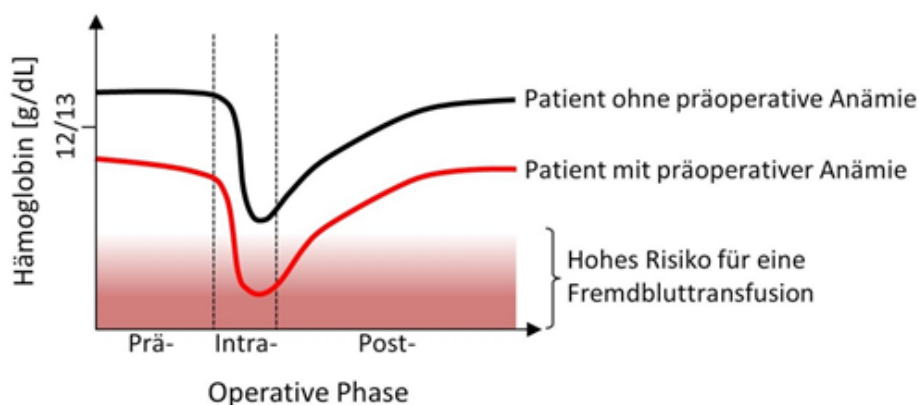


Abb. 2: Schematischer Hb-Verlauf anämischer und nicht-anämischer Patienten.

Tab. 1: Interdisziplinäre Maßnahmen zur Minimierung von unnötigen Blutverlusten (Auswahl [5])

Präoperativ
- Gerinnungsanamnese - Perioperatives Management von Antikoagulantien
Perioperativ
Physiologische Rahmenbedingungen - Körpertemperatur > 36° C - pH > 7,2 - Ca²⁺ > 1,1 mmol/l
Gabe von Antifibrinolytika z. B. Tranexamsäure
Therapie bei Thrombozytopathie z. B. Desmopressin
Reduktion des diagnostischen Blutverlusts - Geschlossene Blutentnahme- und Drucksysteme - Kleine Probavolumina/kleine Monovetten - Reduktion unnötiger Laboranalysen
Chirurg/In - Akribische intraoperative Blutstillung (z. B. Diathermie, hämostasefördernde Gewebekleber) - Maschinelle Autotransfusion - Normothermie

Ergänzung stellt der Einsatz von Tranexamsäure dar, dessen Effektivität inzwischen bei Traumapatienten (CRASH-2-Studie) und bei Patientinnen mit postpartaler Blutung (WOMAN-Trial) bestätigt werden konnte [10, 11]. Bei Blutverlusten von mehr als 500 ml bietet sich der Einsatz der maschinellen Autotransfusion (MAT) – also das Auffangen, Reinigen und Wiederaufführen von autologem Blut – an. So konnte in einer kürzlich veröffentlichten Metaanalyse mit 47 Studien gezeigt werden, dass sich mithilfe von MAT die Transfusionsrate signifikant um 39 Prozent reduzierte und die Krankenhausverweildauer um zwei Tage verkürzte. In der Orthopädie kann die MAT den Bedarf an Blutprodukten sogar um 57 Prozent senken [6]. Tatsächlich hat die Nutzung der MAT in den letzten Jahren sowohl intra- als auch postoperativ deutlich zugenommen. Selbst bei Tumorpatienten könnte die MAT durch eine vorherige Bestrahlung oder den Einsatz leukozytendepletierender Filter Anwendung finden [12]. Unnötige diagnostische Blutverluste können durch Verwendung geschlossener Blutentnahme- und Drucksysteme,

Tab. 2: Querschnitts-Leitlinie der Bundesärztekammer (modifiziert) [16]

Hb-Wert	Transfusion	Bemerkung
≤ 6 g/dl (≤ 3,7 mmol/l)	Ja	Im Einzelfall können bei adäquater Kompensation und ohne Risikofaktoren auch niedrigere Hb-Werte ohne Transfusion toleriert werden.
6-8 g/dl (3,7-5 mmol/l)	Ja	Bei eingeschränkter Kompensation und vorhandenen Risikofaktoren (z. B. koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, zerebrovaskuläre Erkrankungen) Hinweise auf anämische Hypoxie (= physiologische Transfusionstrigger): z. B. Tachykardie, Hypotension ischämietypische EKG-Veränderungen (ST-Streckenveränderungen), Laktazidose (Laktat > 2 mmol/l + Azidose), Anstieg der globalen O ₂ -Extraktion > 50 %, Abfall der gemischtvenösen O ₂ -Sättigung < 50 %, Abfall der zentralvenösen O ₂ -Sättigung < 60 %, neu auftretende Rhythmusstörungen oder regionale myokardiale Kontraktionsstörungen
8-10 g/dl (5-6,2 mmol/l)	Ja/Nein	CAVE: sehr schwache Empfehlung mit unklarem Nutzen/Risiko Verhältnis Hinweise auf anämische Hypoxie (physiologische Transfusionstrigger)

kleinerer Probavolumina und kleinerer Monovetten sowie durch Verringerung unnötiger Laboranalysen reduziert werden [5, 13].

SÄULE III: ETABLIERUNG EINES RATIONALEN UMGANGS MIT FREMDBLUTKONSERVEN

Die Transfusionspraxis von EKs bei Patienten mit vergleichbarem Risikoprofil variiert zwischen verschiedenen Ländern und Krankenhäusern [14]. Dennoch hat die Transfusionsroutine in den letzten Jahren einen deutlichen Wandel vollzogen. Wurde anfangs noch liberal und teilweise fast schon prophylaktisch transfundiert, wird heute die von vielen internationalen Leitlinien geforderte restriktive Transfusionspraxis umgesetzt [15-19]. Tatsächlich konnte für den Großteil der Behandlungssituationen kein Vorteil einer liberalen Transfusionsstrategie (Ziel Hb-Wert: 9-11 g/dl) gegenüber einem restriktiveren Vorgehen mit Ziel Hb-Werten 7-9 g/dl gezeigt werden. Das Ziel einer EK-Transfusion liegt immer in der Sicherstellung eines suffizienten globalen Sauerstoffangebots sowie in der Vermeidung potenzieller anämieassoziierter Komplikationen. Demgegenüber stehen potenzielle transfusionsassoziierte Risiken wie nosokomiale Infektion, akutes Lungenversagen und Immunmodulation. Vor diesem Hintergrund sollten transfundierende Ärzte das Risiko einer tiefen Anämie und eines

reduzierten Sauerstoffangebots gegen das transfusionsassoziierte Risiko abwägen. In die Entscheidungsfindung sollten über den Hb-Wert hinaus weitere Faktoren wie die individuelle Anämietoleranz, der akute klinische Zustand des Patienten sowie physiologische Transfusionstrigger (z. B. Abfall der zentralvenösen O₂-Sättigung < 60 Prozent) einfließen. So können Patienten mit normaler Herzkreislauf-Funktion beispielsweise häufig niedrigere Hb-Werte (6-8 g/dl) kompensieren. Bei der korrekten Indikationsstellung werden die transfundierenden Ärzte von den Querschnitts-Leitlinien der Bundesärztekammer unterstützt (Tab. 2).

ZUSAMMENFASSUNG

Patient Blood Management ist ein patientenzentriertes, interdisziplinäres Behandlungskonzept, welches auf Basis einer Vielzahl von Maßnahmen die Patientensicherheit verbessert. Bei chirurgischen Patienten fokussiert PBM maßgeblich auf (i) das präoperative Anämiemanagement zur optimalen Vorbereitung auf den Eingriff, (ii) die Minimierung vermeidbarer Blutverluste und (iii) die Etablierung eines rationalen Umgangs mit Fremdblutkonserven.

Literatur erhalten Sie bei Interesse via passion_chirurgie@bdc.de



**RECHT &
VERSICHERUNG**

Versicherungs- angebote des BDC



Diese Leistungen sind in Ihrem BDC-Mitgliedsbeitrag erhalten:

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

Weitere Versicherungsangebote für BDC-Mitglieder über Rahmenverträge

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

NEU Versicherungsschutz für Berufseinsteiger

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

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

BDC-VERSICHERUNGSMAKLER ECCLESIA VERSICHERUNGSDIENST GMBH

BDC-Versicherungsservice

Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold

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

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de



© Istock/snokid

Hygiene-Tipp: Lagerung von Speisen auf Station

Auf vielen Krankenhausstationen sind oft – vor allem mittags – Patienten nicht anwesend, wenn das Essen ausgegeben wird. Dies ist meist auf gleichzeitig laufende Diagnostik zurückzuführen. Auf manchen Stationen betrifft dies bis zu 50 Prozent der Patienten. Fast alle Patienten möchten im Verlauf des Nachmittags, wenn sie zurück sind, ihr Essen noch zu sich nehmen.

Auf vielen Stationen wird bei Abwesenheit des Patienten erwärmtes Essen langsam, durch Stehenlassen, abgekühlt und mangels Kühlschränken ungekühlt gelagert. Viele Stationen haben sich hierfür eigene Regale

bauen lassen, die zudem offen sind. Erhitzt wird das Essen dann später in der Mikrowelle.

Dieses Vorgehen ist nicht akzeptabel. Einmal erwärmtes Essen muss warm, kaltes Essen muss gekühlt gehalten werden. Auch ist die Mikrowellen-Wiedererwärmung keine sichere Methode der Keimabtötung, da sie im Hinblick darauf nicht getestet wurde und meist die geforderten Kerntemperaturen der Speisen nicht erreicht werden.

Oft ist nicht geklärt, an welcher Stelle die Übergabe des Essens an den Transportdienst bzw. die Station erfolgt und wer dann zuständig und damit verantwortlich ist.



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

NINA PAROHL

Krankenhausthygiene
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstr. 55
45147 Essen

Grundsätzlich muss das HACCP-Konzept (Hazard Analysis Critical Control Point) der Küche alle Schritte vom Wareneingang über die Produktion bis zur Ausgabe an den Patienten umfassen. Dieses Konzept ist bis zum Endpunkt Patient von der Küche zu erstellen – es sei denn, dass im Hause von der Geschäftsführung andere Regelungen eingeführt wurden. Das HACCP-Konzept umfasst dabei die Festlegung kritischer Kontrollpunkte und regelmäßiger Messungen, z. B. punktuelle dokumentierte Temperaturmessung bei Annahme des Essens auf Station. Im Rahmen des HACCP-Konzeptes ist ebenfalls festzulegen, wie im Falle der Abwesenheit von Patienten zu verfahren ist. Im Allgemeinen dürfte dabei die Lagerung des nicht erwärmten Essens in Kühlschränken vorgegeben werden. Dies ist bei einer üblicherweise größeren Anzahl von zurückzustellendem Essen nur in Kühlschränken möglich, die zur

Aufnahme der ganzen Tablettis in der Lage sind. Wenn das Essen auf Station regeneriert wird, müssen die Speisetablettis nicht anwesender Patienten vor der Regeneration aus dem Essenswagen entnommen und kühl gestellt werden.

Es ist Aufgabe der Küchenleitung, die Umsetzung des HACCP-Konzeptes bis zum Patienten zu regeln und durchzusetzen, gegebenenfalls mit Unterstützung der Hygienekommission, der Krankenhaushygiene und der Pflegedienstleitung.

Falls die Geschäftsführung die Verantwortung entlang der Speisenversorgung anders geregelt hat – z. B. Verantwortung der Station nach Annahme des Essens –, dann ist für diese Verantwortlichkeiten ebenfalls ein HACCP-Konzept zu erstellen und umzusetzen.

Der Kurztipp gibt die Meinung der Autoren wieder.



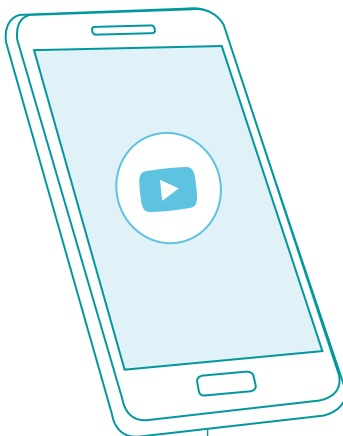
Popp W, Parohl N, Zastrow KD: Hygiene-Tipp:
Wundspüllösungen müssen steril sein. *Passion
Chirurgie*. 2017 November; 7(11): Artikel 04_06.



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

HYGIENE
CLIPGet Your
Disinfection

Erfolgreiche bundesweite
Kampagne des BDC
in Kooperation
mit DGKH und BDH



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

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

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

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

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

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



PATIENTENSCHUTZ DURCH HYGIENE IST EINE
BUNDESWEITE KONZERTIERTE AKTION VON:

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

Rezension: Chirurgie des Ellenbogens



CHIRURGIE DES ELLENBOGENS

Management von Verletzungen und Erkrankungen des Ellenbogens
Deutscher Ärzteverlag 2016
16,5 x 23,8 cm, broschiert
399 Seiten, 268 Abb. in über 600 Einzeldarstellungen
ISBN 978-3-7961-0624-4
€ (D) 129,00

 **BESTELLUNG ÜBER AMAZON**

ZUSAMMENFASSUNG

Das Buch „Chirurgie des Ellenbogens“ von M. C. Müller, O. Weber und C. Burger stellt die vielfältigen Aspekte des theoretischen Basiswissens wie auch das Indikationsspektrum und die Durchführung chirurgischer Interventionen am Ellenbogengelenk detailliert dar.

Hierbei werden vordergründig die chirurgischen Facetten beleuchtet, beginnend bei den präoperativen Möglichkeiten der Anästhesie, der Bildgebung, über die Zugangswege bis hin zur postoperativen Nachbehandlung.

Thematische Schwerpunkte liegen hierbei auf kindlichen und adulten Ellenbogenverletzungen mit Therapieoptionen für weichteilige und knöcherne Verletzungsmuster. Zusätzlich werden Spezialbereiche wie die Rheumaorthopädie, hämophile Arthropathien oder auch die plastisch-chirurgischen Weichteildeckungsverfahren im Bereich des Ellenbogengelenks thematisiert. Zur Erleichterung des klinischen Alltags helfen die Kapitel zur Systematisierung der DRG Kodierung sowie der Begutachtung.

AUTOREN

Mit den Autoren M.C. Müller, O. Weber und C. Burger nehmen sich drei Autoren der Thematik an, die über einen persönlich umfangreichen operativen Erfahrungsschatz in diesem Bereich verfügen. Neben dem eigenen großen operativen Spektrum basiert die wissenschaftliche Expertise der Autoren auf eine intensive Auseinandersetzung mit der Thematik u. a. im Rahmen der Habilitationsschrift. Zusätzlich ermöglichten mehrmonatige Auslandsaufenthalte und Kooperationen

mit internationalen Koryphäen wie Jesse Jupiter, der maßgeblich die chirurgische Herangehensweise an das Ellenbogengelenk beeinflusst hat, die thematische Vertiefung. Namenhafte deutschsprachige Co-Autoren mit jeweiliger Subspezialisierung innerhalb der Ellenbogenchirurgie konnten ebenfalls für einzelne Kapitel gewonnen werden.

MEHRWERT

Das Interesse am Ellenbogengelenk ist in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Insbesondere die Pathologien der Überkopfsportler als auch die frühen Stadien der Cubitalarthrosen haben zu einer deutlichen Erweiterung des operativen Spektrums geführt, wobei die Ellenbogengelenksarthroskopie der jüngsten Innovation entspricht. Dahingehend ist eine alleinige thematische Abhandlung über das Ellenbogengelenk auch im deutschsprachigen Raum mehr als sinnvoll und zielführend.

PERSÖNLICHE MEINUNG

Persönlich befürworten wir die Themenwahl und die theoretischen Ausführungen, wobei im Hinblick auf die chirurgischen Aspekte keine inhaltlichen Lücken aufzudecken sind. Thematische Randbereiche der physiotherapeutischen Nachbehandlung wie auch praktikable Hinweise für Kodierung und Begutachtung werden ebenso abgebildet wie die klassischen pädiatrischen und adulten Verletzungsmuster am Ellenbogengelenk. Die lange Entstehungsphase eines Buches wirkt sich jedoch manchmal nachteilig auf die Aktualität einiger Themenbereiche aus. Ebenso können graphische Abbildungen

REZENSENT:**UNIV.-PROF. DR. MED. MARKUS SCHEIBEL**

Leitender Arzt und Oberarzt Schulter- und Ellenbogenchirurgie

Centrum für Muskuloskeletale

Chirurgie (CMSC)

Charité-Universitätsmedizin Berlin

Charitéplatz 1

10117 Berlin

DR. MED. KATHI THIELE

Fachärztin

Centrum für Muskuloskeletale

Chirurgie (CMSC)

Charité-Universitätsmedizin Berlin

vorgestellte Operationstechniken deutlich besser darstellen. Die offenen chirurgischen Therapieformen werden im Vergleich zur arthroskopischen Intervention deutlich intensiver beleuchtet. Die Arthroskopie erhält dahingehend nur wenig Raum.

ZIELGRUPPE

Aus den oben verdeutlichten Ausführungen ergibt sich in unseren Augen die Zielgruppe

von chirurgisch tätigen Kolleginnen und Kollegen, welche sich einen Überblick über die Chirurgie des Ellenbogens mit allen Aspekten im überschaubaren Rahmen verschaffen möchten. Als Operationsatlas, im Sinne einer technischen Operationsanleitung sind die Ausführungen bzw. Abbildungen nicht ausreichend. ○

Scheibel M, Thiele K: Rezension: Chirurgie des Ellenbogens. Passion Chirurgie. 2017 November; 7(11): Artikel 04_07.



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

Personalia



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

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



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

November 2017

Dr. med. Hans Bayer-Helms, seit Mai 2005 Chefarzt der Abteilung Unfallchirurgie im St. Josef Krankenhaus Hilden, hat zum 01.07.2017 zusätzlich die Chefarztposition für Unfallchirurgie und Orthopädie im St. Josef Krankenhaus Haan übernommen.

Dr. med. Christian Birnmeyer ist seit Anfang September 2017 der neue Chefarzt des Fachbereiches Unfallchirurgie an der Sana-Klinik Pegnitz. Der Fachmann für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie folgt auf Dr. med. Werner Hauer, der in den Ruhestand ging. Birnmeyer möchte die Prothetik an der Sana-Klinik ausbauen und einen Schwerpunkt auf die minimalinvasiven Gelenk- und Schulteroperationen legen.

Dr. med. Patricia J. Dé-Malter ist seit September die Leitende Ärztin der Chirurgie und des Darmkrebszentrums am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Klinik für anthroposophische Medizin in Berlin.

Dietmar Gebhardt übernahm zum 01.09.2017 die Leitung der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie an der HELIOS Klinik Herzberg/Osterode. Er war zuvor als Chefarzt in der Helios Klinik Bad Gandersheim tätig.

Dr. med. Jens Gerhardt, Facharzt für Chirurgie sowie Orthopädie und Unfallchirurgie, ist seit dem 01. August 2017 Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Sana Klinikums Borna.

Dr. med. Michael Klein, ehemals geschäftsführender Oberarzt am Sana Klinikum Hameln-Pyrmont, ist seit Juli 2017 Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Klinikum Lüdenscheid.

Dr. med. Thomas Krohn leitet seit dem 1. September 2017 als Chefarzt die Orthopädie und Unfallchirurgie des St. Franziskus-Hospitals Ahlen. **Dr. med. Thomas Haug** beendete Ende September seine Tätigkeit als Hauptverantwortliche der Abteilung und ging in den Ruhestand.

Dr. med. Constanze Liebe, Fachärztin für Allgemeinchirurgie und Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, wechselte von einer Praxismgemeinschaft in Sondershausen/Sömmerda in das DRK MVZ Bad Frankenhausen in Sömmerda.

Dr. med. Ulrike Ossig, Chefärztin der Gefäßchirurgie des Caritasklinikums St. Theresia Saarbrücken, wechselte zum 1. Oktober 2017 in die Gefäßchirurgie des Knappschafts-Krankenhauses Püttlingen. Sie folgt auf den ehemaligen Chefarzt der Abteilung, **Dr. med. Alfons Scherber**, der sich in den Ruhestand verabschiedete.

Dr. med. Hartmut Roth leitet seit dem 1. August 2017 als Chefarzt die Allgemein- und Viszeralchirurgie des DRK-Krankenhauses Sömmerda. Er ist ein ausgewiesener Spezialist für Minimal-invasive Chirurgie und Notfallmedizin und auch in der Proktologie spezialisiert.

Dr. med. Mark Schildknecht leitet seit dem 1. September 2017 die Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie am Klinikum Rosenhöhe der Städt. Kliniken Bielefeld gGmbH. Zukünftige Schwerpunkte der neu aufgebauten Abteilung werden im Bereich der rekonstruktiven Gelenkchirurgie und beim künstlichen Gelenkersatz liegen.

PD Dr. med. Sven-Christian Schmidt übernahm im September 2017 neben seiner Funktion als Department Leiter der

Minimal-invasiven Chirurgie am Klinikum Ernst von Bergmann in Potsdam die fachliche Nachfolge von **Dr. med. Heinz-Wolfgang Dreyer** in der Chirurgie des Klinikums Ernst von Bergmann in Bad Belzig, wo er zudem die Leitung der chirurgischen Abteilung übernahm.

Prof. Dr. med. Jörg Theisen hat seit dem 11. September 2017 die Position des Chefarztes der Viszeral- und Thoraxchirurgie des Klinikums Landkreis Erding inne. Der Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie

war zuvor jahrelang als Oberarzt in der Klinik und Poliklinik für Chirurgie der Technischen Universität München Klinikum rechts der Isar beschäftigt.

Dr. med. Stephan Vögeli, Facharzt für Chirurgie und Orthopädie, ist der neue Chefarzt in der Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie im Städtischen Krankenhaus in Wertheim. Vögeli, der zudem den Schwerpunkt der Unfallchirurgie und Speziellen Unfallchirurgie erworben hat, trat die Nachfolge von **Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Wilhelm Friedl** an.

Dr. med. Michael Westerdick-Lach ist neuer Chefarzt der Chirurgie der HELIOS-Akutklinik Bad Berleburg. Zum 01.10.2017 übernahm der ehemals leitende Oberarzt den Posten.

Dr. med. Jan Wieland ist neuer Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie der HELIOS-Klinik Hettstedt. Der Facharzt für Chirurgie, spezielle Viszeralchirurgie und Proktologie war zuvor neun Jahre als Chefarzt im AMEOS Klinikum Aschersleben. Dort baute er ein Darmkrebszentrum auf und leitete es bis zu seinem Wechsel nach Hettstedt. 



Wichtige Rahmenbedingungen bei der Praxishomepage

Die Homepage eines Arztes ist heutzutage für die Außendarstellung sehr wichtig geworden. Allerdings gilt es je nach deren Umfang und Inhalt einige wichtige Punkte zu beachten, um nicht gegen Berufs-, Wettbewerbs-, Datenschutz-, Marken- oder Urheberrecht zu verstoßen.

Mit den nachstehenden Ausführungen sollen lediglich die wichtigsten und aus der Praxis als abmahnungsträchtig bekannte Punkte dargestellt werden, um hier einen kurzen Überblick zu geben. Dies ersetzt jedoch nicht eine detaillierte juristische Beratung, die jeweils anhand des konkreten Einzelfalls vorzunehmen ist.

DOMAIN-NAME

Bei der Wahl des Domain-Namens muss beachtet werden, dass dieser nicht bereits markenrechtlich geschützt ist, nicht irreführend oder anpreisend ist und keine örtliche Alleinstellungsangabe enthält.

IMPRESSUM

Das Impressum muss für die Nutzer leicht erkennbar, unmittelbar erreichbar und ständig verfügbar gehalten werden. Die für das Impressum notwendigen Pflichtangaben ergeben sich aus § 5 Telemediengesetz (TMG).



DR. JUR. JÖRG HEBERER

Justitiar des BDC
Fachanwalt für Medizinrecht
justitiar@bdc.de

Heberer J: Wichtige Rahmenbedingungen bei der Praxishomepage. *Passion Chirurgie*. 2017 November, 7(11): Artikel 04_09.



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

Das hiernach gestaltete Impressum sollte die Überschrift „Pflichtangaben nach § 5 TMG“ tragen. Es müssen sich aus dem Impressum insbesondere ergeben:

- der **Name und die Anschrift** (kein Postfach), unter der der Arzt niedergelassen ist, **bei juristischen Personen zusätzlich** die Rechtsform, den Vertretungsberechtigten und, sofern Angaben über das Kapital der Gesellschaft gemacht werden, das Stamm- oder Grundkapital sowie, wenn nicht alle in Geld zu leistenden Einlagen eingezahlt sind, der Gesamtbetrag der ausstehenden Einlagen,
- Angaben, die eine schnelle elektronische Kontaktaufnahme und unmittelbare Kommunikation mit dem Arzt ermöglichen, einschließlich der Adresse der elektronischen Post, also **Telefon-, Faxnummer und Emailadresse**,
- soweit der Dienst im Rahmen einer Tätigkeit angeboten oder erbracht wird, die der behördlichen Zulassung bedarf (z. B. Vertragsarztzulassung), **Angaben zur zuständigen Aufsichtsbehörde** (hier die zuständige KV),
- soweit der Dienst in Ausübung eines Berufs im Sinne von Artikel 1 Buchstabe d der Richtlinie 89/48/EWG des Rates vom 21. Dezember 1988 über eine allgemeine Regelung zur Anerkennung der Hochschuldiplome, die eine mindestens dreijährige Berufsausbildung abschließen (ABl. EG Nr. L 19 S. 16), oder im Sinne von Artikel 1 Buchstabe f der Richtlinie 92/51/EWG des Rates vom 18. Juni 1992 über eine zweite allgemeine Regelung zur Anerkennung beruflicher Befähigungsnachweise in Ergänzung zur Richtlinie 89/48/EWG (ABl. EG Nr. L 209 S. 25, 1995 Nr. L 17 S. 20), zuletzt geändert durch die Richtlinie 97/38/EG der Kommission vom 20. Juni 1997 (ABl. EG Nr. L 184 S. 31), angeboten oder erbracht wird, Angaben über

- a) die zuständige Kammer, welcher der Arzt angehört (**hier die jeweilige Landesärztekammer**),
- b) die gesetzliche **Berufsbezeichnung** (**hier Arzt/Ärztin**) und den **Staat**, in

dem die Berufsbezeichnung verliehen worden ist,

- c) die Bezeichnung der berufsrechtlichen Regelungen und dazu, wie diese zugänglich sind (**hier die einschlägige Berufsordnung und das jeweils geltende Heilberufekammergesetz mit Verlinkung**),
- bei Besitz einer **Umsatzsteueridentifikationsnummer** nach § 27a des Umsatzsteuergesetzes oder eine Wirtschafts-Identifikationsnummer nach § 139c der Abgabenordnung, die Angabe dieser Nummer.

Sollten auf der Homepage, wie dies nicht unüblich ist, auch journalistisch-redaktionelle Inhalte enthalten sein, müssen nach § 5 Abs. 2 TMG weitere Angaben gemacht werden. Derartige Inhalte liegen beispielsweise vor, wenn die in der Praxis angebotenen ärztlichen Leistungen mit eigenen Worten näher erläutert werden oder bei regelmäßig stattfindender Aktualisierung von Neuigkeiten und Nachrichten. Hier muss sodann zusätzlich ein „Verantwortlicher für den Inhalt der Homepage gem. § 55 Abs. 2 Rundfunkstaatsvertrag (RStV)“ unter Verwendung dieser Angabe mit Namen und Adresse benannt werden.

INHALTE DER HOMEPAGE

Auch die Inhalte der Homepage müssen das Sachlichkeitsgebot beachten. An Rechtsvorschriften gilt es insbesondere auch hier v. a. die Vorgaben der BO, des HWG sowie des UWG zu berücksichtigen.

1. GRUNDSÄTZLICHES

Die nach § 17 Abs. 4 M-BO auf dem Praxisschild zulässigen Angaben können selbstverständlich auch auf der Homepage zulässigerweise dargestellt werden.

Sind Ärzte in der Praxis angestellt, so muss dies nach § 19 Abs. 4 M-BO auf der Homepage deutlich gemacht werden.

Ferner ist als wichtige Vorschrift § 27 M-BO zu nennen, der die nach Außen erlaubten Angaben zur Information und das Vorliegen einer berufswidrigen Werbung konkretisiert.

Die dabei im Rahmen der Außenankündigung nach § 27 Abs. 4 M-BO erlaubten Angaben können je nach Bundesland zum Teil unterschiedlich sein, sodass hier stets auf die jeweils konkret geltende Regelung der Berufsordnung der zuständigen Landesärztekammer zu achten ist.

Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang insbesondere die Regelung in § 27 Abs. 3 S. 4 M-BO, wonach eine berufswidrige Werbung vorliegt, wenn der Arzt im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit für eigene oder fremde gewerbliche Tätigkeiten oder Produkte wirbt.

Die Darstellung des Arztes sowie seiner Praxismitarbeiter begegnet mittlerweile keinen rechtlichen Bedenken mehr. Nachdem der ursprüngliche § 11 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 Heilmittelwerbegesetz (HWG), der ein Verbot der Darstellung des Arztes in Berufskleidung und bei der Berufsausübung vorsah, bereits im Jahr 2012 aus dem HWG ersatzlos gestrichen wurde, ist eine Darstellung des Arztes und seiner Mitarbeiter in Berufskleidung auf der Homepage nunmehr wettbewerbsrechtlich erlaubt. Sofern hier die Bilder von einem Fotografen erstellt werden, muss jedoch dessen Urheberrecht beachtet werden und dieser als Urheber angegeben werden.

Sofern Patienten oder sonstige Dritte auf Bildern erkennbar sind, muss deren Recht am eigenen Bild nach § 22 UrhG berücksichtigt werden, sodass vor einer Veröffentlichung deren Einwilligung einzuholen ist.

2. DARSTELLUNG VON THERAPIEVERFAHREN

Dies stellt einen der Punkte dar, die der praktischen Erfahrung nach mit am Häufigsten von einer Abmahnung betroffen sind.

Ärzte müssen ihr Werbeverhalten sowohl einer Prüfung nach dem Berufsrecht, als auch dem Heilmittelwerberecht (HWG) und nach dem Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG) unterziehen. Somit muss die Tatsache, dass zwar standesrechtlich kein Verstoß vorliegt, nicht zwingend bedeuten, dass auch ein Verstoß gegen das HWG oder das UWG im konkreten Fall ausgeschlossen ist. Diese Vorschriften stehen unabhängig nebeneinander, weshalb diese jeweils gesondert zu beachten sind.

Berufsrechtlich ist die irreführende Werbung dem Arzt nach § 27 Abs. 3 MBO-Ä verboten.

§ 3 Satz 1 HWG verbietet werberechtlich ebenfalls die irreführende Werbung, welche nach Satz 2 Ziffer 1 insbesondere vorliegt, wenn Arzneimitteln, Medizinprodukten, Verfahren, Behandlungen, Gegenständen oder anderen Mitteln eine therapeutische Wirksamkeit oder Wirkung beigelegt werden, die sie nicht haben. Zudem ist eine Irreführung anzunehmen gemäß Satz 2 Ziffer 2a, wenn der fälschliche Eindruck erweckt wird, dass ein Erfolg mit Sicherheit erwartet werden kann.

Daneben liegt wettbewerbsrechtlich eine irreführende Handlung gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 UWG vor, wenn sie unwahre Angaben über wesentliche Merkmale der beworbenen Sache enthält. Irreführend sind diese Angaben nach der Rechtsprechung dann, wenn sie die Wirkung einer unzutreffenden Angabe erzeugen, d. h. den von ihr angesprochenen Verkehrskreisen einen unrichtigen Eindruck vermitteln (vgl. Landgericht Frankfurt, Urteil vom 08.07.2010 – 2-03 O 48/10).

Eine irreführende Werbung über Therapieverfahren liegt nach ständiger Rechtsprechung dann vor, wenn ein Heilmittel oder eine Behandlungsmethode die ihr beigelegte therapeutische Wirksamkeit oder Wirkung nicht hat.

Dies ist schon dann der Fall, wenn die Wirksamkeit oder Wirkung tatsächlich umstritten oder nicht hinreichend nachgewiesen bzw. abgesichert ist (vgl. Landgericht Bayreuth, Urteil vom 24.06.2009 – 13 KH O 55/07). Mit einer gesundheitsfördernden Wirkung darf nach ständiger Rechtsprechung nicht werben, wer die wissenschaftliche Absicherung seiner Werbung nicht dartun kann (vgl. Oberlandesgericht Karlsruhe, Urteil vom 12.08.2010 – 4 U 93/10). Zum Zeitpunkt der Werbung muss somit die wissenschaftliche Absicherung gegeben sein.

Fraglich wird jedoch in jedem Einzelfall sein, wann von einem ausreichenden wissenschaftlichen Beleg einer Therapiemöglichkeit ausgegangen werden kann.

Entsprechend der Rechtsprechung des BGH wird für die **wissenschaftliche**

Absicherung als wissenschaftlich fundierter Wirksamkeitsnachweis gefordert, falls Studienergebnisse als Beleg einer gesundheitsbezogenen Aussage angeführt werden, dass grundsätzlich für die Studien eine ausreichende Anzahl von Probanden herangezogen wurde und randomisierte, placebokontrollierte Doppelblindstudien mit einer adäquaten statistischen Auswertung bestehen, die durch die Veröffentlichung in den Diskussionsprozess der Fachwelt einbezogen wurden (vgl. BGH, Urteil vom 06.02.2013 – I ZR 62/11; ders. Beschluss vom 01.06.2011 – I ZR 199/09; LG Ulm, Urteil vom 08.05.2013 – 10 O 35/13 KfH). Die Studien müssen somit die von Ihnen auf der Homepage dargestellten Werbeaussagen uneingeschränkt tragen können.

Sofern eine einzelne Arbeit auf überzeugenden Methoden und Feststellungen beruht, kann sich auch hieraus schon eine hinreichende wissenschaftliche Absicherung ergeben (vgl. BGH, Urteil vom 21.01.2010 – I ZR 23/07; LG Ulm, a. a. O.). In diesem Fall wäre zwar nicht erforderlich, dass die Wirkung Gegenstand einer allgemeinen wissenschaftlichen Diskussion geworden ist. Allerdings muss die Studie dann nach den oben dargestellten anerkannten Regeln und Grundsätzen wissenschaftlicher Forschung durchgeführt und ausgewertet worden sein (vgl. LG Ulm, a. a. O.).

Sollten keine hinreichend gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnisse vorliegen und die Methoden bzw. die Wirkungen umstritten sein, so muss der Arzt nach der Rechtsprechung zumindest auf die Gegenmeinungen bzw. die fehlende wissenschaftliche Absicherung bei der jeweiligen Methode deutlich hinweisen, um eine Irreführungsgefahr zu beseitigen.

Aus vorgenannten Gründen ist somit bei einer Darstellung von Therapieverfahren eine zwingende Prüfung der wissenschaftlichen Absicherung der Verfahren bzw. der behaupteten Wirkungsweisen oder auch der Behandlungsbedürftigkeit vorzunehmen.

3. DISCLAIMER

In einem sog. Disclaimer können Haftungsbeschränkungen für eigene Inhalte, für externe Links sowie für Urheberrechts- und Datenschutzverletzungen eingestellt werden

bzw. die hierfür entsprechenden Hinweise erfolgen.

Diese Inhalte sollten aus rechtlicher Sicht jedenfalls enthalten sein, auch wenn es in der Rechtsprechung nach wie vor umstritten ist, ob ein solcher Haftungsausschluss, insbesondere für externe Links, tatsächlich von einer Haftung befreit. Maßgeblich für eine Haftungsfreistellung ist nämlich auch immer der Gesamteindruck der Homepage und dass sich der Betreiber die Inhalte nicht zu Eigen macht.

Hierbei sollte vor allem darauf geachtet werden, dass keine fremden Disclaimer identisch abgeschrieben werden, da sonst ein Urheberrechtsverstoß mit ggf. erheblichen rechtlichen Konsequenzen drohen könnte.

Grundsätzlich ist es so, dass es auf jeder Homepage hierfür eine eigene Rubrik, zum Beispiel „Nutzungshinweise/Haftung/Datenschutz“ gibt, die die Nutzer leicht erkennbar und ohne Weiteres anklicken und sich somit informieren können.

Sofern der Arzt über die Homepage persönliche Daten von Patienten erhebt, nutzt, speichert oder übermittelt, benötigt er aus meiner Sicht stets eine **vorherige** Einwilligung des Patienten. Beispielsweise ist hier das Angebot eines Kontaktformulars zur Terminvereinbarung oder Ähnliches zu nennen. Die Patienten müssen hier vollumfänglich belehrt werden über die Art der Daten, also welche Daten zu welchen Zwecken erhoben werden, über die Dauer der Speicherung und wie und wann diese Daten von wem genutzt werden können. Es muss somit eine umfassende

Aufklärung hierüber erfolgen, damit die Einwilligung datenschutzrechtlich wirksam ist. Ferner muss der Patient auf seine jederzeitige Widerrufsmöglichkeit der Einwilligung hingewiesen werden und wie und wo dieser Widerruf geltend gemacht werden kann.

Der Umfang der inhaltlichen Anforderungen an einen Disclaimer richtet sich somit stets nach den individuellen Angeboten der Homepage und damit den konkreten Umständen im Einzelfall.

4. SONSTIGE INHALTE

§ 11 HWG benennt ausdrücklich diverse Tatbestände, die im Rahmen der Werbung außerhalb der Fachkreise mit Arzneimitteln, Verfahren, Behandlungen, Gegenständen oder anderen Mittel beachtet werden müssen, damit es sich nicht um eine unzulässige Werbung handelt. Beispielsweise ist hiernach verboten die Wiedergabe von Krankengeschichten sowie mit Hinweisen darauf, wenn diese in missbräuchlicher, abstoßender oder irreführender Weise erfolgt oder durch eine ausführliche Beschreibung oder Darstellung zu einer falschen Selbstdiagnose verleiten kann (§ 11 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 HWG) oder die Werbung mit Vorher-Nachher-Bildern für operative plastisch-chirurgische Eingriffe (§ 11 Abs. 1 S. 3 HWG).

Die Arzthomepage sollte deshalb unbedingt auf die einzelnen Verbotstatbestände des § 11 HWG hin überprüft werden.

Unzulässig ist auch die Angabe von ärztlichen Leistungen mit einem Pauschalpreis.

Denn ärztliche Leistungen sind grundsätzlich nach den in der GOÄ vorgegebenen Kriterien abzurechnen. Die Bewerbung einer solchen Leistung mit einem Pauschalpreis verstößt deshalb gegen das Berufs- und Wettbewerbsrecht (§§ 12 Abs. 1 M-BO, 3a, 5 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 UWG).

§ 31 Abs. 2 M-BO schreibt vor, dass Ärzte ihren Patienten nicht ohne hinreichenden Grund bestimmte Ärzte, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer oder sonstige Anbieter gesundheitlicher Leistungen empfehlen oder an diese verweisen dürfen. Folglich darf sich auch auf der Homepage keine Empfehlung, sei es durch einen ausdrücklichen Hinweis, einen Link oder dergleichen, hinsichtlich der vorgenannten Leistungserbringer finden.

RESÜMEE

Bei der Erstellung bzw. dem Betreiben einer Praxishomepage gibt es diverse Punkte zu beachten, die auch hier nicht abschließend beleuchtet werden können, sodass eine rechtliche Beratung durch einen Rechtsanwalt stets empfohlen wird, um unliebsame Überraschungen in Form von Abmahnungen, Schadensersatzansprüchen oder berufsrechtlichen Sanktionen zu vermeiden. Zudem stellen einige Landesärztekammern auf ihren Homepages Informationsmaterialien zum Download zur Verfügung. ○



Das Recht am eigenen Bild

VORSICHT BEI PATIENTENFOTOS UND VIDEODOKUMENTATION IM VORTRAG, BEI PUBLIKATIONEN ODER AUF DER PRAXISHOMEPAGE

Bei medizinisch-wissenschaftlichen Vorträgen, bei ärztlichen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, in Fachzeitschriften und auch in der medizinischen Forschung werden regelmäßig Abbildungen von Patienten zur Veranschaulichung von Krankheitsbildern, Behandlungsverfahren oder intraoperativer Situationen verwendet. Dies geschieht in Form der Präsentation von Röntgenbildern, intraoperativen Foto- oder Videoaufnahmen oder Bildern von Körperteilen. Auch bei der Darstellung einzelner ärztlicher Tätigkeiten

oder Behandlungsverfahren ist es jedenfalls für bestimmte Eingriffe zulässig, Vorher- und Nachher-Bilder von Patienten auf der Praxishomepage zu veröffentlichen oder in der Praxis oder bei Vorträgen vorzustellen. Die Verwendung und Präsentation solcher Bilder von Patienten oder Abbildungen von Körperteilen ist gerade in der ärztlichen Ausbildung, bei Vorträgen und auch in wissenschaftlichen Publikationen geradezu an der Tagesordnung und selbstverständlich. Dennoch sollte man sich dabei im Klaren darüber sein, dass die Rechte der abgebildeten Persönlichkeiten und derjenigen, welche die Abbildungen (Fotos, Röntgenbilder etc.) hergestellt haben, nicht verletzt werden dürfen. Welche Aspekte hierbei zu beachten sind und wie man sich



**KORRESPONDIERENDER
AUTOR:**

DR. JUR. ALBRECHT WIENKE

Rechtsanwalt und Fachanwalt für
Medizinrecht

Fachanwalt für Medizinrecht

Wienke & Becker – Köln

Sachsenring 6

50677

Köln

awienke@kanzlei-wbk.de

ROSEMARIE SAILER, LL.M.

Fachanwältin für Medizinrecht

Wienke & Becker – Köln

Sailer R, Wienke A: Das Recht am eigenen Bild.
Passion Chirurgie. 2017 November, 7(11): Artikel
04_10.



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

vor Ansprüchen Dritter auf Unterlassung und Schadensersatz am besten schützen kann, stellen wir im nachfolgenden Beitrag vor:

1. URHEBERRECHT DES ARZTES

Der Arzt, der Aufnahmen vom Körper oder Körperteilen eines Patienten macht, gilt rechtlich betrachtet als Urheber sogenannter Lichtbilder und erwirbt damit umfassende Nutzungs- und Verfügungsrechte. Diese umfassen insbesondere auch die Nutzung, d. h. vor allem die Vervielfältigung sowie Veröffentlichung dieser Aufnahmen. Geregelt ist dies im Einzelnen im Urheberrechtsgesetz (UrhG). Das bedeutet aber nicht, dass solche selbst hergestellten Bilder beliebig verwendet werden dürften: Eingeschränkt werden die Rechte des Urhebers durch das sogenannte Recht am eigenen Bild der abgebildeten Person. Dies bedeutet, dass eine Veröffentlichung bzw. Verwendung der Patientenfotos nur dann zulässig ist, wenn die Rechte des jeweiligen Patienten nicht verletzt werden. Das Recht am eigenen Bild geht zurück auf das vom Grundgesetz geschützte allgemeine Persönlichkeitsrecht und findet seine gesetzliche Ausprägung in § 22 des Kunsturhebergesetzes (KUG). Diese Regelung schreibt vor, dass Bildnisse lediglich mit Einwilligung des Abgebildeten verbreitet oder öffentlich zur Schau gestellt werden dürfen.

2. EINWILLIGUNG DES PATIENTEN IMMER ERFORDERLICH?

Dies heißt nichts anderes, als dass grundsätzlich die Einwilligung des Patienten vorliegen muss, wenn ein Foto von ihm, sei es im Rahmen eines Vortrags vor Fachkreisen, der Werbung auf der Praxishomepage oder in sonstiger Weise, veröffentlicht werden soll.

Dies gilt jedoch nicht in jedem Fall: Die Rechtsprechung sieht ein schutzwürdiges Interesse des Abgebildeten immer nur dann, wenn er in einer für Dritte erkennbaren Weise wiedergegeben wird. Ist also der Patient auf dem Foto nicht erkennbar und auch sein Name nicht veröffentlicht, besteht nicht die Verpflichtung, dessen Einwilligung einzuholen. In Fällen, in denen intraoperativ Bilder von Gewebe, Knochen oder Organen gemacht werden, ist daher keine Einwilligung

des Patienten erforderlich, wenn diese Bilder anonym veröffentlicht werden.

Vorsicht ist jedoch geboten, wenn Fotos vom äußeren Erscheinungsbild des Patienten gemacht werden (z. B. bei Erkrankungen oder Behandlungsverfahren, bei denen die Gesichtszüge des Patienten erkennbar sind). Selbst wenn Teile des Gesichts (z. B. durch Balken oder Verpixeln) unkenntlich gemacht werden, sollte bei solchen Bildern stets die schriftliche Einwilligung des Patienten eingeholt werden. Denn hier ist die Rechtsprechung streng: Nach einer Entscheidung des Oberlandesgerichts Düsseldorf vom 09.02.2010 (I 20 U 151/09) genügt es, dass die Erkennbarkeit für einen mehr oder weniger großen Bekanntenkreis besteht. Zudem kann sich die Erkennbarkeit nach einem Urteil des OLG Zweibrücken vom 07.06.2010 (4 W 53/10) auch aus sonstigen Merkmalen des Bildes, dem beigefügten Text oder dem Zusammenhang mit früheren Veröffentlichungen ergeben. Bei Fotos, auf denen Personen vollständig bzw. das Gesicht abgebildet ist, ist daher die Einwilligung des Patienten erforderlich. Gleiches gilt für Fälle, in denen aufgrund besonderer körperlicher Merkmale, wie etwa auffälliger Narben, Amputationen, Pigmentierungen, Tätowierungen etc. jedenfalls Rückschlüsse auf die Person des Abgebildeten möglich sind. Auch bei Röntgenbildern kann es in Einzelfällen möglich sein, aufgrund spezifischer anatomischer Besonderheiten Rückschlüsse auf die Person des Patienten zu ziehen, in aller Regel wird eine Erkennbarkeit aber nicht zu befürchten sein.

3. DATENSCHUTZRECHTLICHE LEGITIMATION?

§ 28 Abs. 8 i. V. m. Abs. 6 Nr. 4 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) erlaubt eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten, zu denen Röntgenbilder und Patientenfotos zählen, zwar auch ohne Einwilligung des Patienten, wenn dies zur Durchführung wissenschaftlicher Forschung erforderlich ist und das wissenschaftliche Interesse an der Durchführung des Forschungsvorhabens das Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung überwiegt. Hieraus kann sich also in Einzelfällen die Berechtigung ergeben, auch ohne

eine ausdrückliche Einwilligung des Patienten Bilder für die wissenschaftliche Forschung zu verwenden, was allerdings im Einzelnen vom Arzt zu beweisen wäre. Für die bloße Veranschaulichung oder Werbung gilt dies in jedem Fall nicht.

4. RECHTLICHE KONSEQUENZEN EINER UNZULÄSSIGEN VERÖFFENTLICHUNG

In Zweifelsfällen gilt: Besser die Einwilligung des Patienten einholen, da bei einer nicht autorisierten Veröffentlichung trotz Erkennbarkeit des Patienten auch eine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht und damit eine Strafbarkeit, des weiteren auch berufsrechtliche Konsequenzen für den Arzt im Raum stehen. Dem Patienten können Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche zustehen, des Weiteren kann er die Löschung der veröffentlichten Bilder auf Kosten des Veranlassers verlangen. Da der Arzt die Beweislast dafür trägt, dass er zur Veröffentlichung der Fotos berechtigt ist, sollte er daher auch in Zweifelsfällen – also immer dann, wenn eine Erkennbarkeit des Patienten nicht ganz auszuschließen ist – dessen Einwilligung einholen. Dies sollte aus Nachweisgründen am besten schriftlich erfolgen. Von einer Einwilligungsklausel in Allgemeinen Geschäfts- oder Krankenhausaufnahmebedingungen ist dagegen abzuraten. Zwar gibt es hierzu noch keine einheitliche Rechtsprechung, jedoch dürfte eine solche Klausel für die meisten Patienten überraschend und damit unwirksam sein. Im

Übrigen muss die schriftliche Einwilligung des Patienten keine besondere Form haben; sie muss allerdings Hinweise darüber enthalten, auf welche Art von Bildern oder Abbildungen sich die Einwilligung zur Veröffentlichung bezieht, in welchen Medien die Publikation erfolgen soll und dass ein jederzeitiger Widerruf der erteilten Einwilligung möglich ist.

5. VORSICHT VOR UNBEFUGTER NUTZUNG FREMDER BILDER

Ungeachtet der Frage, ob möglicherweise mit der Veröffentlichung das Recht am eigenen Bild des Patienten verletzt wird, ist im Vorfeld immer zu prüfen, wem das Urheberrecht und etwaige Nutzungsrechte an den Bildern zustehen. Denn in den seltensten Fällen wird der Arzt das Röntgenbild tatsächlich selbst angefertigt haben und auch bei intraoperativen Aufnahmen führt häufig ein Assistent den Kameratrokar. Urheber im Rechtssinn ist aber immer derjenige, der auf den Auslöser drückt bzw. die wesentlichen Parameter – Lage, Einstellung, Ausschnitt etc. – vorgibt, also bei Röntgenbildern in aller Regel eine MTA-R. Das Urheberrecht ist nicht übertragbar, jedoch werden die Nutzungs- und Verwertungsrechte an den entstandenen Bildern stillschweigend auf den Arbeitgeber, also den Praxisinhaber oder das Krankenhaus, übertragen. Will daher ein Arzt diese Bilder nutzen oder veröffentlichen, muss er sich diesbezügliche Nutzungsrechte erst einräumen lassen. Eine Ausnahme gilt, wenn die Bilder im

Rahmen einer wahlärztlichen Leistung oder Privatambulanz oder in der eigenen Praxis eines niedergelassenen Arztes entstehen, da die Nutzungsrechte dann dem betreffenden Arzt unmittelbar zustehen.

FAZIT

Bei der Veröffentlichung von Patientenfotos oder Röntgenbildern gilt folgende Regel:

Zum einen ist zu prüfen, ob und inwieweit eine Legitimation zur Veröffentlichung erforderlich ist. Dies gilt in Bezug auf Urheber- und Nutzungsrechte, da diese häufig der jeweiligen klinischen Einrichtung zustehen, in der die (Röntgen-) Bilder erstellt worden sind und in der der Arzt angestellt ist.

Zum anderen ist in Bezug auf schutzwürdige Rechte des Patienten zu prüfen, ob und inwieweit durch die Veröffentlichung der Abbildungen Rückschlüsse auf die Person des Patienten möglich sind. Ist dies der Fall oder jedenfalls in allen Zweifelsfällen, ist eine schriftliche Einwilligung des Patienten einzuholen. Häufig wird es sich aber um (intraoperative oder radiologische) Bilder von einzelnen Organen, Körperteilen oder Knochen handeln, sodass – die erforderliche Anonymisierung vorausgesetzt – keinerlei Hinweise auf die Identität des Patienten gegeben werden. In diesem Fall können die Bilder ohne Information und ohne Einwilligung des Patienten verwendet und veröffentlicht werden. ○

Frage & Antwort



Durchführung der Anamnese eines Unfalls vom Pflegepersonal



ANTWORT VON DR. JUR.

JÖRG HEBERER:

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

FRAGE:

Ein Oberarzt fragt an, ob im Rahmen der Aufnahme von Patienten die Anamnese, insbesondere Fragen zum Unfallzeitpunkt und Unfallhergang, bereits vom Pflegepersonal durchgeführt werden kann.

ANTWORT:

Die Anamnese steht unter dem Arztvorbehalt und zählt nach herrschender Meinung in Rechtsprechung und Literatur zu den höchstpersönlichen Leistungen des Arztes, d. h. diese Leistungen können nicht an nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden, sondern müssen von einem Arzt erbracht werden. Dies deshalb, da die mitgeteilten Informationen

bedeutend für Diagnose und Therapie sind. Aus Sicht des Verfassers gehören Unfallzeitpunkt und Unfallhergang im Rahmen einer Unfallverletzung zur Anamnese.

Allerdings ist es nach Auffassung des Verfassers zulässig, wenn als Vorbereitungsmaßnahme der Anamnesefragebogen durch qualifizierte und angelernte nichtärztliche Mitarbeiter mit dem Patienten durchgegangen wird und sodann im anschließenden Gespräch eine selbständige Nachprüfung und unter Umständen Ergänzung der Angaben durch den Arzt erfolgt. ○

Heberer J. F+A: Durchführung der Anamnese eines Unfalls vom Pflegepersonal. Passion Chirurgie. 2017 November; 7(11): Artikel 04_11.



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

Frage & Antwort



Auskunftsanspruch von Patienten gegenüber der Klinik



ANTWORT VON DR. JUR. JÖRG HEBERER:

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

Heberer J. F+A: Auskunftsanspruch von Patienten gegenüber der Klinik. Passion Chirurgie. 2017 November; 7(11): Artikel 04_12.



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

FRAGE:

Hat ein Patient einen Auskunftsanspruch gegenüber der Klinik über Namen und Privatanschrift der an der Behandlung beteiligten Ärzte?

ANTWORT:

Die Antwort auf diese Frage lautet aus Sicht des Verfassers aufgrund der Rechtsprechung richtigerweise „nicht in jedem Fall“. Ein uneingeschränkter Auskunftsanspruch besteht hiernach jedenfalls nicht.

Das OLG Hamm hat hierzu sehr aktuell entschieden, dass ein Patient aufgrund des Behandlungsvertrages nur dann einen Auskunftsanspruch über Namen und Privatanschrift der an der Behandlung beteiligten Ärzte gegenüber dem Krankenhausträger geltend machen könne, wenn ihm der Nachweis eines berechtigten Interesses an diesen Daten gelinge. Verlange er hingegen lediglich pauschal generelle Auskünfte, so bestehe kein Anspruch (vgl. OLG Hamm, Urteil vom 14.07.2017 – 26 U 117/16).

Hinsichtlich des Nachweises eines berechtigten Interesses bedarf es aus Sicht des OLG-Senats der Darlegung des Patienten, dass die

Ärzte entweder als Anspruchsgegner oder als Zeugen wegen eines Behandlungs- oder Aufklärungsfehlers in Frage kommen könnten.

Nachdem unabhängig hiervon ohne Weiteres der Herausgabeanspruch bezüglich der Patientenakte in Abschrift besteht, könne der Patient auch schon aus diesen übersandten Unterlagen die Information erhalten, um eine Klage gegen die behandelnden Ärzte richten zu können. Folglich reiche ein pauschal generelles Auskunftsbegehren für einen Auskunftsanspruch nicht aus (vgl. OLG Hamm, a. a. O.).

Mit diesem Urteil verfolgt das OLG Hamm auch den vom BGH mit Urteil vom 20.10.2015 – VI ZR 137/14 eingeschlagenen Kurs. Dieser hatte nämlich bereits vor ca. zwei Jahren schon entschieden, dass ein Patient keinen Anspruch gegen einen Klinikträger auf Preisgabe der Privatanschrift eines angestellten Arztes hat. Begründet hat das der BGH wie folgt:

„Zwar hat der Patient gegenüber Arzt und Krankenhaus grundsätzlich auch außerhalb eines Rechtstreites Anspruch auf Einsicht in die ihn betreffenden Krankenunterlagen, soweit sie Aufzeichnungen über objektive physische Befunde und Berichte über Behandlungsmaßnahmen (Medikation,

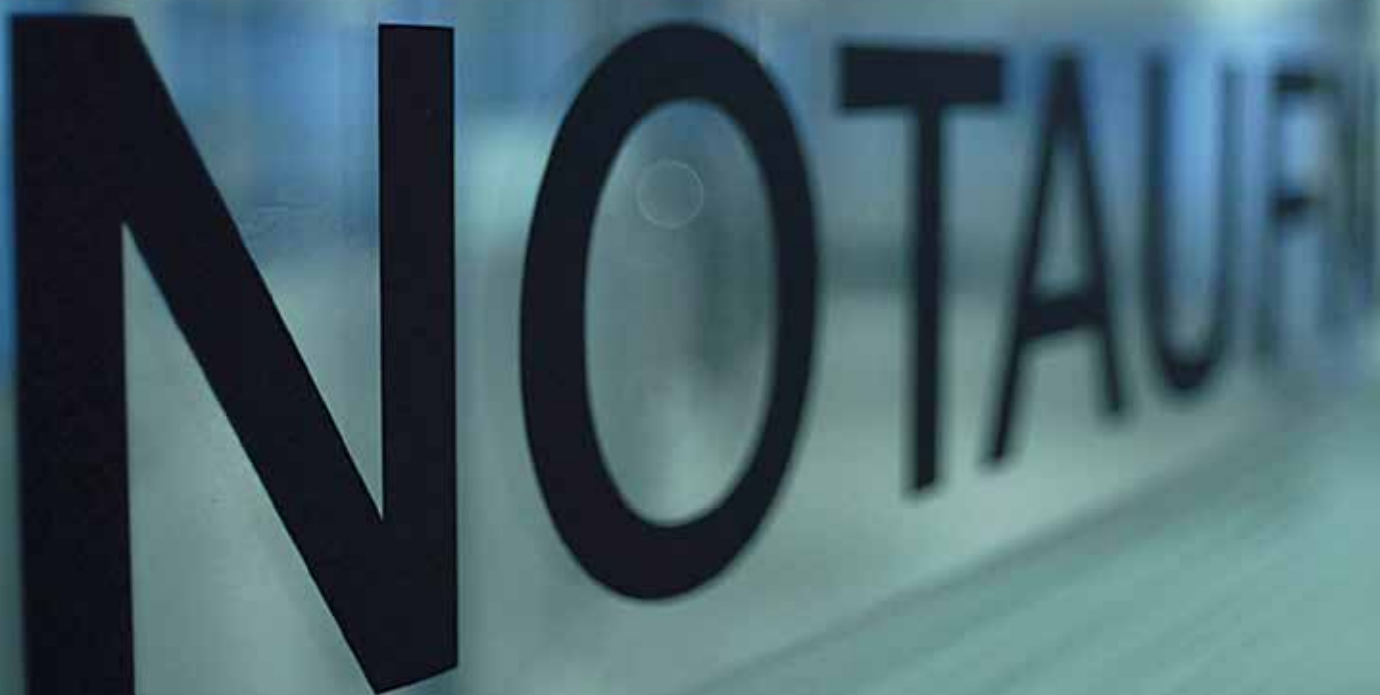
Operation etc.) betreffen. Der Klinikträger ist auch grundsätzlich gehalten, dem Patienten den Namen des ihn behandelnden Arztes mitzuteilen. Der klagende Patient brauchte aber zur Führung des Zivilprozesses nicht die Privatanschrift des Arztes, weil auch die Klinikanschrift geeignet war, die Klageschrift zuzustellen. Der Auskunftserteilung steht außerdem die datenschutzrechtliche Vorschrift des § 32 Abs. 1 Satz 1 Bundesdatenschutzgesetz entgegen. Die Regelung gestattet dem Arbeitgeber grundsätzlich einmal die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten für Zwecke des Beschäftigungsverhältnisses. Der Arbeitgeber ist aber grundsätzlich nicht berechtigt, personenbezogene Daten, die für Zwecke des Beschäftigungsverhältnisses erhoben worden sind, an Dritte weiterzuleiten. Da die Daten für die Zwecke des Beschäftigungsverhältnisses erhoben worden sind, ist die Übermittlung an Dritte nach dem für den Datenschutz geltenden

Zweckbindungsgebot grundsätzlich als zweckfremde Verwendung ausgeschlossen. Eine Weiterleitung privater Kommunikationsdaten an Dritte bedarf vielmehr der Einwilligung des Betroffenen oder der besonderen Gestattung durch eine Rechtsvorschrift. An beidem hat es vorliegend gefehlt (vgl. BGH, a. a. O.).“

STELLUNGNAHME

Nach Ansicht des Verfassers ist dieser Rechtsprechung vollumfänglich zuzustimmen. Denn vor allem die Bekanntgabe der Privatanschrift kann nicht ohne jeglichen Schutz für den Arzt Gegenstand eines pauschalen Auskunftsanspruchs sein. Insofern ist die Forderung nach der Darlegung eines berechtigten Interesses an diesen Daten durch den Patienten nicht nur aus Datenschutzgründen nach Auffassung des Verfassers nachvollziehbar und wichtig. Berechtigtes Interesse bedeutet,

dass dieses rechtlich anerkannt sein muss. In Frage kommen hier somit grundsätzlich wirtschaftliche, ideelle oder rechtliche Interessen. Die Verfolgung eines Schadensersatzanspruchs aufgrund eines Behandlungs- oder Aufklärungsfehlers bzw. die diesbezügliche mögliche Anspruchsgegner- oder Zeugenstellung des Arztes begründen deshalb ein berechtigtes Interesse. Wie hoch die Anforderungen an die Nachweisführung des Vorliegens eines berechtigten Interesses sind, wird man nach Meinung des Verfassers stets an den konkreten Umständen des Einzelfalls zu beurteilen haben. Ob das OLG Hamm in seiner vorgenannten Entscheidung hierzu auch Stellung genommen hat, ist derzeit nicht ersichtlich, da die vollständigen Urteilsgründe noch nicht vorliegen. In der Regel wird man hier aber wohl schon bei der Darlegung konkreter Angaben für ein rechtliches Interesse den Nachweis als geführt ansehen können. ○



© iStock/Saho_H

Die Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat erstmals in seiner mehr als dreißigjährigen Geschichte vor offizieller Übergabe eines Gutachtens einen Einblick in seine laufende Gutachtenarbeit gewährt: Im Rahmen eines Werkstattgesprächs wurden in Berlin Analysen zum Status quo sowie Empfehlungen zur Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland vorgestellt. Die unerwartet hohe Zahl von über 200 Teilnehmern aus den Bereichen Gesundheitspolitik, Gesundheitsversorgung, Selbstverwaltung und Gesund-

heitsforschung zeigt, dass Reformbedarf in der Notfallversorgung gesehen wird.

An der Diskussion der Vorschläge des Sachverständigenrats nahmen neben den Ratsmitgliedern teil: Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe, MdB; Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV); Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG); Johann-Magnus von Stackelberg, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des Spitzenverbands der Gesetzlichen Krankenversicherungen

**SACHVERSTÄNDIGENRATS
ZUR BEGUTACHTUNG
DER ENTWICKLUNG IM
GESUNDHEITSWESEN**

Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach,
MPH

Vorsitzender

c/o Institut für Allgemeinmedizin
Goethe-Universität Frankfurt am Main
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main

(GKV-SV) sowie Prof. Dr. André Gries von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Experten, Praktiker und Verbandsvertreter im Publikum brachten sich gezielt mit Fragen und Anregungen in die Diskussion ein.

Zur Beurteilung der aktuellen Notfallversorgung hat der Sachverständigenrat zahlreiche nationale und internationale Beispiele und Konzepte verschiedener Institutionen bzw. Organisationen herangezogen. Vier Ratsmitglieder hatten sich im Vorfeld zudem in Dänemark über die Umsetzung der weitreichenden Reformen der dortigen Krankenhaus- und Notfallversorgung informiert.

In Deutschland werden Notfälle derzeit in drei voneinander getrennten Bereichen, dem ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD), dem Rettungsdienst und den Klinikambulanzen behandelt. Besonders auffällig sind stark steigende Inanspruchnahmen in Klinikambulanzen Rettungsdienst sowie generell eine häufig nicht bedarfsgerechte Notfallversorgung auf höheren Versorgungsebenen. Als Folge kommt es zur Überlastung und Unzufriedenheit des Personals sowie vermeidbaren Kosten, auch im ÄBD der niedergelassenen Ärzte.

Der Rat empfiehlt die Schaffung voll integrierter, regionaler Leitstellen, die über eine bundes-einheitliche Rufnummer erreichbar sind und je nach Patientenliegen die individuell beste Versorgungsoption wählen. Das für viele Patienten unverständliche Nebeneinander verschiedener Rufnummern (vor allem 112 und 116117) soll damit zukünftig entfallen. Die integrierten Leitstellen können eine telefonische Beratung durch geschultes Personal sowie auch durch erfahrene Ärzte anbieten. Je nach Bedarf erfolgt eine direkte Terminvergabe in Praxen niedergelassener Ärzte oder in integrierten Notfallzentren (INZ). Auch Hausbesuche des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und Rettungseinsätze werden hier koordiniert. Wichtig ist dem Rat die nahtlose Verzahnung der bislang drei getrennten Bereiche und die damit einhergehende Bildung von Zentren. INZ sollen möglichst auch ambulante kinder- und augenärztliche Angebote sowie psychiatrische Kriseninterventionsdienste, idealerweise auch mit Zugang zu spezialisierten stationären Kapazitäten, etwa

zur Behandlung von Schlaganfällen, Herzinfarkten oder Polytraumen, umfassen.

Integrierte Leitstellen und INZ können Patienten in einem nach Schweregraden und Dringlichkeit gestuften Versorgungskonzept gemeinsam eine bestmögliche Erreichbarkeit und eine gezielte Steuerung zu bedarfsgerechten Strukturen anbieten. IT-gestützte Versorgungspfade, eine einheitliche sektorenübergreifende Dokumentation für alle Beteiligten sowie persönliche, mehrsprachige Patienteninformationen sollen flankierend genutzt werden. Die Vergabe eines individuellen Termins in einem konkreten INZ soll daher nur bei vorherigem Anruf bei einer integrierten Leitstelle erfolgen. Patienten, die durch Selbstüberweisung ohne vorherige telefonische Abklärung kommen und bei denen im Rahmen der orientierenden Eingangsuntersuchung keine Dringlichkeit festgestellt wird, müssen ggf. längere Wartezeiten in Kauf nehmen.

Die neu geschaffenen sektorenübergreifenden INZ sollen an bestehenden Kliniken, aber als eigenständige organisatorisch-wirtschaftliche Einheit angesiedelt werden. Als Träger können Kassenärztliche Vereinigungen und Kliniken gemeinsam agieren. Zur Vermeidung unangemessener Anreize zur stationären Aufnahme sollten diese jedoch von Kassenärztlichen Vereinigungen betrieben werden. Die Länder sollen die INZ-Standorte, ggf. auch durch Ausschreibungen, festlegen und so die Balance zwischen notwendiger Zentralisierung und Flächendeckung gewährleisten. Die Finanzierung soll durch einen extrabudgetären, aus ambulanten und stationären Budgets bereinigten, separaten Finanzierungstopf für sektorenübergreifende Notfallversorgung erfolgen. Die Vergütung soll vereinfacht werden und sieht eine dreistufige Grundpauschale für alle Vorhaltekosten nach Kapazität und Ausstattung des Notfallzentrums vor bzw. Notaufnahmen mit langen Wartezeiten für Patienten, ebenfalls stark steigende Transportzahlen im Unabhängig von Fallschwere und Ort der Leistungserbringung soll eine Vergütung je Fall erfolgen. Ein Zuschlag soll nur für eine Beobachtung über Nacht gezahlt werden. Der Rettungsdienst soll als eigenständiger Leistungsbereich im SGB V etabliert werden.



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

Zur Beseitigung des Fehlanreizes, Patienten unnötig ins Krankenhaus zu bringen, soll die medizinische Leistung und nicht wie bisher nur die Transportleistung abgerechnet werden.

Zur Entlastung der Notfalleinrichtungen sollen die Ausweitung der Sprechzeiten niedergelassener Hausärzte sowie Samstag- und Abendsprechstunden in der vertragsärztlichen Versorgung besonders gefördert werden. Multimediale Aufklärungskampagnen sowie Informations-portale und Notfall-Apps sollen die Bevölkerung über die Angebote der gestuften Notfallversorgung in Deutschland aufklären und bei der Nutzung unterstützen.

Der Ratsvorsitzende, Prof. Ferdinand Gerlach: „Ich freue mich über das große Interesse, das unser Werkstattgespräch gefunden hat, und über die Fragen und Anregungen, die wir heute zu unseren Vorschlägen erhalten haben. Wir werden diese Hinweise auswerten und in unserem Gutachten berücksichtigen. Ziel ist eine bürgernähere, bedarfsgerechtere, qualitativ bessere und zugleich auch kosteneffektivere Notfallversorgung. Die Ratsmitglieder sind vorsichtig optimistisch, dass uns genau das in Deutschland auch gelingen wird.“

Die endgültigen Empfehlungen zur Zukunft der Notfallversorgung will der Rat im

2. Quartal 2018 im Rahmen eines Gutachtens zur bedarfsgerechten Steuerung des Angebots und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen dem Bundesministerium für Gesundheit übergeben. Sie werden dann auch dem Bundestag und dem Bundesrat übermittelt.

Die Übersichtsgrafik zur vorgeschlagenen integrierten Notfallversorgung sowie alle Präsentationen zum Werkstattgespräch sind online unter www.svr-gesundheit.de verfügbar. 



© iStock/Katarzynabialasiewicz

Notfallversorgung: Was ist wichtig für Kinder?

Die Zahl der Notfallbehandlungen in den Krankenhäusern hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Die „Not der Notaufnahmen“ und die Neustrukturierung der Notfallversorgung werden viel diskutiert und sind aktuell große Themen. Die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. (DGKCH) fordert alle beteiligten Akteure dazu auf, die besonderen Bedürfnisse von Kindern nicht zu vergessen. „Bei der Neustrukturierung der Notfallversorgung darf bei allen Vergütungs-, Belegungs-, Budgetierungs- und Verteilungsinteressen nicht untergehen, dass unsere kleinsten Patienten und auch deren Eltern in der Notaufnahme sehr spezielle Bedürfnisse

haben“, erklärt der Präsident der DGKCH, Prof. Dr. med. Peter Schmittenebecher anlässlich der Herbsttagung der DGKCH in Köln.

Der Notfall im Kindesalter bedürfe einer entsprechenden Beachtung, denn auch in den Kindernotaufnahmen seien die Zahlen gestiegen. Und das, obwohl es schon an vielen Stellen und seit geraumer Zeit die Integration kinderärztlicher Notfallpraxen in Kinderkliniken gibt. Erfreulicherweise ist die Kinderheilkunde ja noch ein Fach, in dem es vielerorts einen fachärztlichen Notdienst gibt. „Notfälle im Kindesalter sind immer von besonderer emotionaler Brisanz für die Familien“, betont Schmittenebecher. Sie machen

**DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
KINDERCHIRURGIE**

Präsident: Prof. Dr. med. Peter
Schmittenebecher, Karlsruhe
Geschäftsstelle:
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
info@dgkch.de

(bis zum 18. Lebensjahr) knapp zehn Prozent aller Notfälle aus. „Selbst bei offensichtlichen Bagatellverletzungen dauert es im Einzelfall meist länger als die dafür vorgesehenen zwei Minuten, besorgte Eltern von der begrenzten Schwere der Verletzung zu überzeugen und damit länger als die Verletzung tatsächlich zu versorgen.“ Zudem sei aufgrund der altersbedingt oft begrenzten Kommunikationsmöglichkeit mit den kleinen Patienten die Festlegung der Verletzung als „Bagatelle“ sehr schwierig. „Da helfen auch die in der neuen Vergütungsstruktur ausgelobten 9,48 Euro Zuschlag wegen schwieriger Kommunikation – aber nur nachts; tagsüber hält man Kinder offensichtlich für kommunikativer – nicht entscheidend weiter“, so der Präsident der DGKCH.

Kindernotfälle umfassen nicht nur internistische Krankheitsbilder, sondern auch chirurgische. Die Kinderchirurgie ist eines der Fachgebiete, in denen das Netz der niedergelassenen Ärzte so weitmaschig ist, dass eine entsprechende Notfallversorgungsstruktur nicht realisierbar ist. Kinderchirurgische Kassensitze zählen zur Chirurgie. Ist also der chirurgische kassenärztliche Bereitschaftsdienst zuständig? „Nur partiell, möchte man sagen, denn auch für kinderchirurgische Notfälle gilt, dass sich hier viele Krankheitsfälle

anders darstellen als bei Erwachsenen, im Erwachsenenalter überhaupt nicht vorkommen oder aber eine besondere Diagnostik/Therapie erfordern“, erklärt Schmittenebecher. Daraus resultiert die Forderung der DGKCH nach einer separaten Regelung der Notfallversorgung im Kindesalter mit eigenen Strukturen.

Dem kommt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bereits nach, indem die Notfallversorgung im Kindesalter im Abschnitt VI der entsprechenden Entwurfs-Erstfassung verortet wurde (spezielle Notfallversorgung). Hier muss nun realisiert werden, dass eine Klinik, an der kein Kinderarzt/Kinderchirurg tätig ist, für das Kindesalter nur eine Basisversorgung (Stufe 3) leisten kann – unabhängig von der sonstigen Qualifikation. Nach klaren Kriterien und in einer etablierten Kommunikationsstruktur muss das Kind dann ggf. in die erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2) transportiert werden, wo eine bettenführende pädiatrische Klinik mit ärztlichem und pflegerischem Fachpersonal (24/7) und kindgerechten Diagnostik-Algorithmen vorgehalten wird. Komplexere kinderchirurgische Fälle sind auf die Ebene der umfassenden Notfallversorgung (Stufe 1) zu verlegen, wo mindestens ein Facharzt für Kinderchirurgie in Rufbereitschaft ist. ○



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

AKTUELLE MELDUNGEN



25.10.2017

38 PROZENT DER KRANKENHAUSPATIENTEN WURDEN IM JAHR 2016 OPERIERT

Bei 38 % (7,1 Millionen) der knapp 19,0 Millionen stationär in allgemeinen Krankenhäusern behandelten Patientinnen und Patienten wurde im Jahr 2016 eine Operation durchgeführt...



25.10.2017

BDC⁺ GESUNDHEITSPOLITISCHE AGENDA FÜR DIE 19. LEGISLATURPERIODE

Unabhängig von den Fragen, wann sich eine neue Bundesregierung gebildet hat und aus welchen Parteien sich diese zusammensetzt, sollte die Politik in der neuen Legislaturperiode den Fokus insbesondere auf eine (weitere) Verbesserung...



24.10.2017

BDC⁺ LEISTUNGSKATALOG FÜR ÄRZTE IST NICHT VON GOTT GEGEBEN

Substituieren, delegieren oder alles beim Alten belassen? Der Ärztemangel insbesondere in den ländlichen Regionen der Bundesrepublik zwingt die am Gesundheitswesen Beteiligten, über eine Umverteilung ärztlicher Leistungen nachzudenken...



20.10.2017

WELTÄRZTEBUND VERABSCHIEDET NEUES ÄRZTLICHES GELÖBNIS

Der Weltärztebund (WMA) hat den hippokratischen Eid für Ärzte modernisiert. Die Delegierten einigten sich auf ihrer Generalversammlung in Chicago auf eine überarbeitete Fassung des Genfer Gelöbnisses, das aus dem Jahr 1948 stammt...



19.10.2017

BDC⁺ DIE NOTFALLVERSORGUNG VON MORGEN

In seinem Beitrag für IMPLICON berichtet Helmut Laschet über das Konzept des Sachverständigenrates Gesundheitswesen zur Notfallversorgung von Patienten, das in einem Werkstattgespräch Anfang September vorgestellt wurde. Die Neuordnung der Notfallversorgung sieht vor, dass...



17.10.2017

MEDIZINKLIMAINDEX ERREICHT HÖCHSTSTAND: ÄRZTE SIND OPTIMISTISCH

Ärzte, Zahnärzte und Psychologische Psychotherapeuten in Deutschland beurteilen ihre wirtschaftliche Lage und Zukunft optimistischer denn je. Mit einem Gesamtwert von +7,4 liegt der Medizinklimaindex (MKI) für Herbst 2017 auf dem bislang höchsten gemessenen Stand...

Erste Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung



PROF. DR. MED. DR. H.C. HANS-JOACHIM MEYER

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)
Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
praesident@bdc.de, h-jmeyer@dgch.de

Im Auftrag des Präsidenten lade ich hiermit alle Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zur **Mitgliederversammlung** anlässlich des 135. Kongresses der DGCH 2018 in Berlin sehr herzlich ein.

Die Mitgliederversammlung inkl. Wahlen findet am Donnerstag, 19. April 2018, um 12.30 bis 14.00 Uhr, in Saal A7 statt.

TAGESORDNUNG

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

zu TOP 2: Wahlen

In Vollzug der gültigen Satzung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sind folgende Positionen des Präsidiums ab 01. Juli 2018 neu zu besetzen:

1. Dritter Vizepräsident 2018/2019, dann Präsident 2020/2021
2. Schatzmeister

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 2018/2019 und Präsident 2020/2021 wird der Mitgliederversammlung Herr Prof. Dr. Michael Ehrenfeld aus München vorgeschlagen.

Zu 2.: Als Schatzmeister 2018/2022 wird der Mitgliederversammlung Herr Prof. Dr. Jens Werner aus München vorgeschlagen.

Berlin, im Oktober 2017

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



135. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 2018

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,

zum 135. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) möchte ich Sie ganz herzlich in unsere Hauptstadt Berlin einladen. Traditionsgemäß werden auf diesem Kongress die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) ihre Jahrestagungen und die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG), sowie die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) ihre Frühjahrstagungen abhalten. Wir freuen uns auch auf die Teilnahme und Mitgestaltung des Kongresses durch den Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC), der niedergelassenen Chirurgen, der Bundeswehr, dem Berufsverband für Pflegeberufe und der Rettungsdienste.

Wir erwarten in Berlin zahlreiche internationale Gäste und unsere Partnergesellschaften aus Österreich, der Schweiz, England, Japan sowie den USA.

In der langen Geschichte unserer Fachgesellschaft wurde Spanien erstmalig als Gastland ausgewählt und wir freuen uns ganz besonders auf die Teilnahme der spanischen Kolleginnen und Kollegen. Offizieller Repräsentant wird Prof. P. Brechta-Boix, Präsident der „Spanish Society of Surgical Oncology“ sein.

Das Motto des Kongresses lautet: **Tradition – Innovation – Globalisierung**

Der Kongress wird auch im Jahr 2018 zweisprachig (deutsch/englisch) abgehalten werden. Für den 135. Kongress wurde gemeinsam mit MCN eine neue und komplett

überarbeitete Kongresshomepage erstellt (www.chirurgie2018.de).

Ein Novum des 135. Kongresses sind interaktive Sitzungen mit Ärzten, Verwaltungsangestellten und Vertretern der Industrie. Hier werden wichtige Themen der Zeit wie die Prozessoptimierung, das Vergaberecht, die Digitalisierung in der Chirurgie, der Operationssaal der Zukunft und echte „Start-up“-Innovationen näher beleuchtet.

Besonders erfreulich ist neben den interdisziplinären Sitzungen mit der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin, eine neue Konzeption mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, gemeinsame Sitzungen zu gestalten. Wir möchten damit insbesondere die Aspekte der personalisierten Medizin auf den Gebieten der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, der vaskulären Medizin, aber auch den Stellenwert der Chirurgie in der geriatrischen Medizin beleuchten.

Das Engagement für junge Chirurginnen und Chirurgen ist ein wesentlicher Garant dafür, dass alle Fachbereiche innerhalb der





PROF. DR. MED. J. FUCHS
Präsident der DGCH 2017/2018
info@dgch.de

Chirurgie in der Zukunft medizinische Spitzenleistungen anbieten können, um im globalen Wettbewerb Bestand zu haben. Demzufolge wird u. a. ein Schwerpunkt des Kongresses die Innovation und Motivation in der Weiterbildung darstellen.

Auf diesem Sektor wird sich das Perspektivforum Junge Chirurgie mit eigenen Sitzungen engagieren. Hier wird neben der Förderung der PJ-Studenten, über Weiterbildungs-konzepte bis hin zur Attraktivität von Chefarztpositionen diskutiert werden. Weiterhin werden attraktive Simulationstools für das Schockraummanagement, die Sectio chirurgica und Möglichkeiten der webbasierten Chirurgie, Innovationen in der radiologischen Bildgebung und vieles mehr dargestellt.

Hinzukommen die chirurgischen Trainingslabore, fachspezifische Workshops, Seminare und interessante Industriesymposien.

Wichtige Themen werden auch die transnationale und internationale Forschung, die Telemedizin sowie die europäischen Netzwerkbildung innerhalb der Chirurgie sein. Weitere Aspekte für intensive wissenschaftliche und berufspolitische Diskussionen sind Konzepte zur Beseitigung des Ärzte- und Pflegemangels, zum Medizintourismus und die Herausforderung en zur Immigration und Katastrophenmedizin.

In der Posterausstellung werden in jeder Kategorie wieder die besten Poster prämiert und im Anschluss Bier und Brezel gereicht.

Der Organspendelauf wird um den City-Cube erfolgen und dient unter anderem der Unterstützung der Kinderhilfe Organtransplantation (www.kiohilfe.de).

Ein Kongress lebt nicht nur vom wissenschaftlichen Programm, die Knüpfung und Vertiefung sozialer Kontakte hat eine ebenso große Bedeutung. Der gemeinsame Gesellschaftsabend der DGCH, der DGAV, der DGKCH, der DGG und DGT ist dafür ein ideales Ereignis. Das traditionsreiche Ambiente der Orangerie des Schlosses Charlottenburg bietet alle Möglichkeiten für einen Abend in entspannter Atmosphäre.

Als Highlight der Abschlussveranstaltung am 20. April 2018 wird der Gastredner Alexander Huber sprechen. Er ist Diplom-Physiker, renommierter Bergsteiger und Buchautor zugleich und wird uns über seine Motivation und Herausforderungen beim Extremklettern erzählen.

An dieser Stelle möchte ich mich schon jetzt bei allen Co-Präsidenten, Kongresspräsidenten, Fachgesellschaften, Berufsverbänden und der Bundeswehr für ihre engagierte Unterstützung bei der Kongressgestaltung bedanken.

Ich freue mich, Sie auf unserem Kongress in Berlin begrüßen zu dürfen.

Ihr

Prof. Dr. med. J. Fuchs
Präsident der DGCH 2017/2018



Hospitation am Keio University Hospital in Tokyo

Mit großer Freude darf ich über meine Erfahrungen aus der Hospitation am Keio University Hospital (Tokyo, Japan) berichten. Diese Hospitation wurde dank

des Reisestipendiums der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) ermöglicht. Ich habe mich immer für die Therapie des Magenkarzinoms interessiert. Nachdem mit



**DMYTRO VLASENKO**

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Transplantationschirurgie
Klinikum Augsburg
Stenglinstraße 2
86156 Augsburg
dmytro.vlasenko@klinikum-augsburg.
de

Entwicklung endoskopischer Techniken immer mehr Magenkarzinome im Frühstadium diagnostiziert werden können, blicken auch immer mehr Endoskopiker und natürlich Chirurgen in Richtung minimalinvasiver Therapie der Magenfrühkarzinome. Der Begriff der ESD (endoskopische Submukosadisektion) bei einem Magenfrühkarzinom hat sich bereits in klinischen Zentren fest etabliert. Eine laparoskopische Gastrektomie mit D2 Lymphknotendisektion ist in asiatischen Ländern ein leitliniengerechtes Vorgehen bei frühen Stadien des Magenkarzinoms. Ich bin der festen Überzeugung, dass Patienten mit einem Magenkarzinom von einem laparoskopischen Eingriff profitieren können. Aus diesem Grund habe ich mir zum Ziel gesetzt, mir die schon weitreichenden Erfahrungen von japanischen Kollegen, die sich mit diesem Thema bereits seit vielen Jahren beschäftigen, zu Nutze zu machen.

Meine Hospitation am Keio University Hospital (KUH) hat am 30. Januar 2017 begonnen. Das KUH ist eines der drei größten japanischen Krankenhäuser, in dem Magenkarzinompatienten behandelt werden.

Für mich war es eine große Freude und Ehre, den Chefarzt der Abteilung für Allgemeine und Gastroenterologische Chirurgie, Herrn Prof. Dr. Yuko Kitagawa, kennenzulernen, der auch der Direktor des Krebszentrums im Keio University Hospital ist. Ich habe mich bei der Morgenkonferenz vorgestellt und wurde sehr herzlich von den Kollegen in Empfang genommen. Bei der Morgenbesprechung wurden klinische Fälle auf Englisch vorgestellt, so dass ich einen Überblick über die Patienten bekommen konnte, die operiert werden sollten.

Nach der Morgenkonferenz erhielt ich eine zusammenfassende Einleitung in die Struktur des Krankenhauses und der Klinik. Montags werden die Patienten mit einem Ösophaguskarzinom operiert, an anderen Wochentagen Magenkarzinompatienten. Mittwochs findet die Sprechstunde mit primär endoskopischen Untersuchungen durch die Chirurgen statt, die diese Patienten im weiteren Verlauf betreuen. Die Upper-GI-Chirurgen behandeln das ganze Spektrum der Upper-GI-Karzinome, inklusive der Frühkarzinome des Oropharynx. Sie führen selbst die endoskopische Submukosadisektion (ESD) bei Frühkarzinomen

des oberen Gastrointestinaltrakts durch und betreuen im Verlauf Komplikationen (wie z. B. Stenosen), die nach ESD entstehen können.



Die endoskopische Therapie ist Ergänzung zu den offenen und minimalinvasiven chirurgischen Therapieverfahren, die im klinischen Alltag die Hauptrolle spielen. Mich hat sehr beeindruckt, dass in der Hand eines japanischen onkologischen Upper-GI-Chirurgen die ganze Palette der modernen Therapiemöglichkeiten liegt sowie eine reiche Erfahrung zur Weiterbehandlung im Falle von Komplikationen. Diese Erfahrung schließt natürlich die enge Zusammenarbeit mit Kollegen der Gastroenterologie nicht aus.

Im Anschluss an die Begrüßung und Einführung erfolgte eine kurze Führung durch das Krankenhaus, die im OP-Bereich endete. Die erste Operation, die ich miterleben durfte, war eine thorakoskopisch assistierte Ösophagektomie mit Restgastrektomie bei einem Patienten, der in der Vorgeschichte ein Magenkarzinom hatte und bereits einer distalen Gastrektomie unterzogen worden war. Die minimalinvasive Ösophaguschirurgie wird in 3-D-Technik durchgeführt, wodurch eine exzellente Abbildungsqualität (z. B. N. recurrens oder Ductus thoracicus) erreicht wird.



VLASENKO D: HOSPITATION AM
KEIO UNIVERSITY HOSPITAL IN
TOKYO. PASSION CHIRURGIE. 2017
NOVEMBER, 7(11): ARTIKEL 06_03.

Der abdominelle Teil der Operation wurde bei voroperiertem Situs offen durchgeführt. Der Eingriff wurde mit einer Ösophagus-Fistel am Hals beendet und einem Jejunostoma zur Ernährung des Patienten. Die Rekonstruktion sollte sechs Wochen später mit einem Kolon-Interponat erfolgen. Die primäre Aufarbeitung des Operationspräparates wird durch die chirurgischen Assistenzärzte im OP-Saal durchgeführt. Es wird makroskopisch der Abstand vom Tumorrand bis zur Resektionsgrenze begutachtet und alle Lymphknotenstationen werden vom Gesamtpräparat entfernt, markiert und erst dann in die Pathologie versandt.



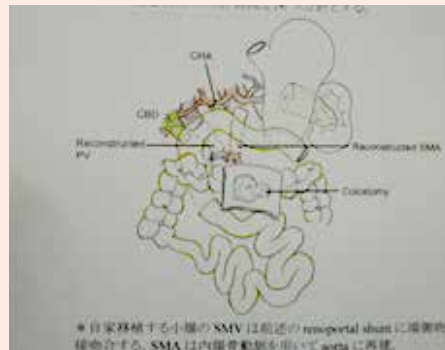
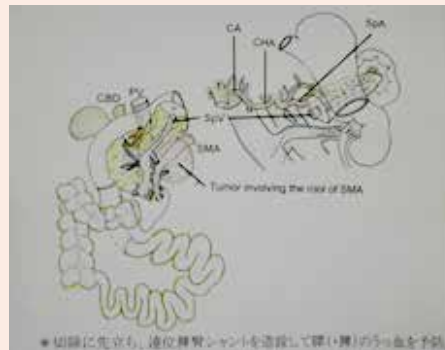
Während meiner weiteren Hospitation habe ich von Herrn Prof. Kitagawa und seinen erfahrenen Kollegen alle vorstellbaren laparoskopischen Mageneingriffe im OP live miterleben können. Zu diesen zählten die laparoskopische totale Gastrektomie, die distale Gastrektomie mit B-I- und B-II-Rekonstruktionen und die proximale Gastrektomie mit laparoskopischer Ösophagogastrostomie. Alle Eingriffe wurden mit einer D-2 Lymphknotendisektion durchgeführt. Interessant ist, dass bei laparoskopischen Gastrektomien immer nur eine partielle Omentektomie durchgeführt wird. Bei Eingriffen wurde ich ausführlich informiert, wie z. B. unter Berücksichtigung der anatomischen Besonderheiten Trokare platziert werden, welche Gefahren bei bestimmten Schritten bestehen und erhielt viele Tipps, damit das beste postoperative Ergebnis erreicht werden kann. Intraoperativ wird zur Festlegung der oralen Resektionsgrenze routinemäßig eine ÖGD durchgeführt. So kann intraoperativ ein sicher ausreichender Abstand vom makroskopisch erkennbaren Tumorrand festgestellt werden. Alle endoskopischen Untersuchungen werden

sowohl präoperativ, als auch intraoperativ von Chirurgen durchgeführt.

Am Ende jeder Operation (unabhängig vom offenen oder laparoskopischen Zugang) wird noch eine endoskopische Untersuchung durchgeführt, um die Anastomose zu beurteilen und intraoperative Komplikationen, wie z. B. eine Blutung aus der Anastomose, auszuschließen.

Außer der Magen- und Ösophaguschirurgie konnte ich auch Erfahrungen in der kolorektalen und Leberchirurgie hinzugewinnen, und hatte die außergewöhnliche Gelegenheit bei einer ex situ Operation dabei zu sein.

Die ex situ Operation wurde bei einem Patienten durchgeführt, der ein Tumorrezidiv eines Duodenalkarzinoms mit Ummauerung der A. mesenterica superior hatte. Der Eingriff wurde von Herrn Dr. Tamaoki Kato durchgeführt, dem Chefarzt der Klinik für Abdominal Organ Transplantation des New Yorker Presbyterian Hospitals.



Die Kollegen haben einen Organkomplex bestehend aus dem Pylorus, Duodenum, Pankreaskopf und Teilen des Korpus, Dünndarm, Colon ascendens und der Gallenblase en block entnommen. Die A. mesenterica superior wurde direkt an der Aorta abgesetzt, die V. porta wurde reseziert. Das Präparat wurde nach Spülung mit UW Lösung ex situ operiert

mit Entfernung der vom Tumor betroffenen Strukturen. Der Dünn- und Dickdarm wurden dann reimplantiert mit einer Pankreatiko-Gastrostomie, Gastro-Jejunostomie, biliodigestiver Anastomose und einem doppelläufigen Dickdarmstoma. Die Gefäße wurden rekonstruiert. Diese Operation hat mich sehr begeistert und inspiriert, weil ich miterlebt habe, wie ein erfahrenes Team gemeinsam mit dem Patienten an die nahezu kaum vorstellbare Grenze der Therapiemöglichkeiten gegangen ist.

Zusätzlich zur Arbeit in OP konnte ich an den regelmäßigen gastroenterologischen Konferenzen teilnehmen. Bei diesen wurden die geplanten klinischen Fälle diskutiert, und ich konnte alles über das gesamte OP-Programm und jeden Patienten für die kommende Woche erfahren. Am Ende jeder Woche fand eine Konferenz statt, bei der die chirurgischen Ergebnisse der bereits durchgeführten Operation berichtet und besprochen wurden.

An den letzten Tagen meiner Hospitation fand die Besprechung der wissenschaftlichen Vorträge im Rahmen der Vorbereitung zum „The 89th Meeting of the Japanese Gastric Cancer Association“ (Hiroshima University, 8th - 10th of March 2017) statt. Hier wurden Ergebnisse der minimalinvasiven Behandlung der Magentumore vorgestellt. Ich durfte an den Diskussionen aktiv teilnehmen und habe viele Fragen gestellt.



Nach der Rückkehr aus Tokyo habe ich an einem Hands-on-Course „Minimally invasive laparoscopic oesophagectomy and gastrectomy“ vom 16. bis 17. März 2017 in Utrecht (Niederlande) teilgenommen, der von der European Society of Surgical Oncology organisiert wurde. Hier hatte ich die perfekte Gelegenheit Chirurgen kennenzulernen, die Magen- und Ösophaguskarzinome seit vielen

Jahren in Europa minimalinvasiv operieren. Natürlich war für mich sehr wichtig zu klären, ob tatsächlich große Unterschiede von chirurgischer Seite zwischen der asiatischen und der europäischen Bevölkerung festzustellen sind. An diesem Kurs konnte ich nicht nur meine theoretischen Kenntnisse vertiefen, sondern auch eine Gastrektomie und Ösophagektomie an einem Kadaver durchführen. Die Operationen erfolgten unter Anleitung der erfahrenen Spezialisten mit zahlreichen praktischen Empfehlungen.

Zusammenfassend war meine Fortbildungsreise nach Japan in Bezug auf den Inhalt und die Erfahrungen, die ich sammeln konnte, sehr umfangreich. Sehr wichtig war auch die Teilnahme an dem von der ESSO organisierten Hands-on-Course, bei dem ich wichtige praktische Erfahrungen sammeln konnte. Ich habe meinen chirurgischen Horizont in der minimalinvasiven Behandlung von Magenkarzinomen erheblich erweitert. Ich habe über laparoskopische Magen Chirurgie viel gelernt, unzählige Tipps und Tricks

gesehen und dokumentiert, und rechne damit, dass ich meine „japanischen Erfahrungen“ zeitnah bei ausgewählten Patienten mit Magenfrühkarzinomen im Klinikum Augsburg implementieren kann.

Ich bedanke mich herzlich beim Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie für das Vertrauen und für die Unterstützung auf dem Weg meiner beruflichen Weiterentwicklung. ○

Bestimmung über die Verleihung des „Nachwuchsförderpreises der Sektion Chirurgische Forschung“

PROF. DR. MED. BRIGITTE VOLLMAR

Direktorin
Institut für Experimentelle Chirurgie
Universität Rostock
Universitätsmedizin
Schillingallee 69a
18057 Rostock
Tel. +49 381 494-2500
Fax +49 381 494-2502
Brigitte.Vollmar@med.uni-rostock.de

Der Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische Forschung soll der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der akademischen Chirurgie dienen. Der Preis wird der besten eingereichten einschlägigen Originalarbeit aus dem Bereich der chirurgischen Forschung zuerkannt. Die Zuerkennung des Preises ist mit Urkunde und einer Prämie in Höhe von 1.000 Euro verbunden. Der Preis wird jährlich ausgeschrieben.

Die Zuerkennung des Preises erfolgt durch einen Preisrichterausschuss, dem folgende Mitglieder angehören:

- a) Vorstand der Sektion Chirurgische Forschung
- b) Leiter/in des Wissenschaftsressort der DGCH

VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE BEWERBUNG

Jedes Mitglied der Sektion Chirurgische Forschung unter 35 Jahren kann sich mit einer wissenschaftlichen Arbeit um den Preis bewerben. Der/die Bewerber/in muss Erstautor/in der eingereichten Arbeit sein. Die Arbeit sollte eine peer-review, Pub-Med gelistete englischsprachige Originalarbeit sein und kann in den beiden dem Vergabejahr vorangegangenen Kalenderjahren erschienen sein.

Die Bewerbung ist mit der Preisarbeit und dem Lebenslauf (jeweils in vierfacher Ausfertigung) bis zum **31. Januar des Vergabejahres** als pdf-Datei bitte an die/den Vorsitzende/n der Sektion Chirurgische Forschung zu richten.

Eine bereits ausgezeichnete Arbeit darf nicht eingereicht werden. Der Preisrichterausschuss hat das Recht, Arbeiten, die den wissenschaftlichen Anforderungen nicht genügen oder in einer der Würde und dem Ansehen des Preises abträglichen Form eingereicht werden, von der Beurteilung auszuschließen. Eine Anfechtung der Entscheidung des Preisrichterausschusses ist ausgeschlossen.

Der Preis wird auf der Eröffnungsveranstaltung des DGCH-Kongresses vergeben. An die Preisverleihung ist die Vorstellung der Preisarbeit im Rahmen der Chirurgischen Forschungstage des Vergabejahres gebunden.

Die Bewertung der eingereichten Arbeiten erfolgt nach den Kriterien Originalität, wissenschaftliche Qualität und wissenschaftliche Relevanz mit der möglichen Vergabe von jeweils maximal fünf Punkten. Die Arbeit mit der höchsten Punktschnee wird ausgezeichnet. Bei gleicher Punktschnee entscheidet der/die Vorsitzende der Sektion Chirurgische Forschung unter Zugrundelegung der vorliegenden Beurteilung der Preisrichter.

Die Arbeiten werden den Preisrichtern zugesandt. Jeder Preisrichter muss spätestens sechs Wochen vor dem DGCH-Kongress dem/der Vorsitzenden seine Bewertung bekanntgeben.

Die Entscheidung des Preisrichterausschusses ist in einem Protokoll festzuhalten, das von allen Mitgliedern zu unterzeichnen ist. Ein Exemplar der ausgezeichneten Arbeit bleibt beim Vorstand der Sektion. Der/die Vorsitzende der Sektion benachrichtigt den/die Autor/in der prämierten Arbeit. ○

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

LAUFENDE STUDIEN

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

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

Quelle: Der Chirurg 2017. Klinische Studien. 88. Springer Medizin Verlag Berlin 2017

KONTAKT

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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: ANTERIOR APPROACH, Registrierungsnummer: ISRCTN 45066244				
Prof. Dr. J. Weitz	Synchrone oder metachrone kolorektale Lebermetastasen, potentiell kurative Hemihepatektomie rechts Experimentelle Gruppe: Anterior approach Resektion Kontrollgruppe: Konventionelle Leberresektion	FPI: 10.02.2003 83 von 150 Patienten	- Kein Fallgeld	Prof. Dr. J. Weitz Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie T: 0351/458-2742 F: 0351/458-4395 E: Direktor-VTG-Chirurgie@uniklinikum-dresden.de



STUDIENZENTRUM DER
DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR
CHIRURGIE. REKRUTIERENDE
MULTIZENTRISCHE CHIRURGISCHE
STUDIEN IN DEUTSCHLAND.
PASSION CHIRURGIE. 2017 JULI,
SEPTEMBER 7(09): ARTIKEL 06_01.

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: AWARE₂ Registriernummer: NCT01181206				
Dr. J. C. Lauscher Prof. Dr. J.-P. Ritz Prof. Dr. H. J. Buhr	Oligosymptomatische Narbenhernie (Abwesenheit des hernienbezogenen Schmerzes oder von Beschwerden, die die normalen Aktivitäten beeinträchtigen) Experimentelle Gruppe: Watchful waiting Kontrollgruppe: operative Versorgung (offene Netzverfahren, laparoskopische Netzverfahren, offene Nahtverfahren)	FPI: 14.11.2011 474 von 636 Patienten	DFG 610 € (zzgl. Umsatzsteuer)/Patient	Dr. J. Lauscher Universitätsmedizin Berlin, Charité Campus Benjamin Franklin Chirurgische Klinik I T: 030/8445-2948 F: 030/450-522 902 E: johannes.lauscher@charite.de
Studientitel: BariSurg₃ Registriernummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. L. Fischer	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m² Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP Kontrollgruppe: Magenbypass-OP	FPI: 27.11.2013 78 von 248 Patienten	– Kein Fallgeld	Prof. Dr. L. Fischer Universitätsklinikum Heidelberg Chirurgische Klinik T: 06221/56-39493 F: 06221/56-7470 E: Lars.Fischer@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: CoCStom₄ Registrierungsnummer: DRKS00005113				
Prof. Dr. P. Kienle	Patienten mit Rektumkarzinom UICC II-III nach neoadjuvanter Radiochemotherapie und TAR mit TME und protektivem Stoma Experimentelle Gruppe: Frühe Stomarückverlagerung 8–10 Tage nach Tumorresektion, anschließend Chemotherapie Kontrollgruppe: Späte Stomarückverlagerung 4 Wochen nach Beendigung der adjuvanten Chemotherapie	FPI: 27.12.2013 212 von 257 Patienten	DFG 1.000 €/Patient	Dr. F. Şandra-Petrescu Dr. F. Herrle Universitätsmedizin Mannheim Chirurgische Klinik T: 0621/383-4453 oder -1501 F: 0621/383-1955 E: flavius.sandra-petrescu@umm.de E: florian.herrle@umm.de
Studientitel: DiaSurg 2-Studie₅ Registrierungsnummer: DRKS 00004550				
Prof. Dr. M.W. Büchler PD Dr. B.P. Müller	Insulinabhängiger Diabetes mellitus Typ 2 und BMI 26–35 kg/m² Experimentelle Gruppe: Magenbypass Kontrollgruppe: Optimale medikamentöse Therapie	FPI: 25.03.2013 21 von 400 Patienten	Manfred Lautenschläger-Stiftung, Covidien AG, Schweiz 500 €/Patient	Prof. Dr. B.P. Müller Universitätsklinikum Heidelberg Chirurgische Klinik Sektion Minimalinvasive Chirurgie T: 06221/56-8641 F: 06221/56-8645 E: beat.mueller@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: FREY-BERNER₆ Registrierungsnummer: ISRCTN 26157183				
Prof. Dr. H. Witzmann	Chronische Pankreatitis Experimentelle Gruppe: Duodenumerhaltende Pankreaskopfresektion nach Frey Kontrollgruppe: Duodenumerhaltende Pankreaskopfresektion in der Berner Modifikation	FPI: 16.03.2006 65 von 66 Patienten	– Kein Fallgeld	Dr. U. Ringel und K. Westphal Städtisches Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie T: 0351/480-1520 F: 0351/480-1149 E: ringel-ul@khdf.de, Katina-Westphal@web.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: Gastripec I, Registrierungsnummer: DRKS 00003078 EudraCT-Number: 2006-006088-22				
Prof. Dr. B. Rau, MBA	Magenkarzinompatienten inkl. AEG mit einer primären Peritonealkarzinose ohne weitere Fernmetastasen außer Krukenberg tumor Experimentelle Gruppe: Neoadjuvante Chemotherapie, zytoreduktive Chirurgie und hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC), postoperative Chemotherapie Kontrollgruppe: Neoadjuvante Chemotherapie, zytoreduktive Chirurgie, postoperative Chemotherapie	FPI: 05.03.2014 90 von 180 Patienten	DKH 300€/Patient	Prof. Dr. B. Rau, MBA Universitätsmedizin Berlin Charité Campus Mitte Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie T: 030/450-622214 F: 030/450-7522214 E: beate.rau@charite.de
Studientitel: Nabelhernie: IPOM vs. Sublay, Registrierungsnummer: NCT01201564				
Prof. Dr. D. Oertli PD Dr. O. Heizmann	Patienten mit nicht inkarzierter Nabelhernie ≥ 1 cm Durchmesser Experimentelle Gruppe: Laparoskopisch appliziertes intraperitoneales Onlay Mesh (IPOM) Kontrollgruppe: Sublay-Netzplastik	FPI: 15.09.2010 105 von 306 Patienten	Universitätsspital Basel, Schweiz Kein Fallgeld	Dr. D. Matz Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg Wümme T: 04261/77-2757 F: 04261/77-2140 E: d.matz@diako-online.de
Studientitel: PAKMAN_{10a} Registrierungsnummer: DRKS00007784				
Dr. P. Knebel	Patienten mit Indikation zur elektiven Pankreatoduodenektomie Experimentelle Gruppe: Intraoperative Allgemeinanästhesie und postoperative patientenkontrollierte intravenöse Analgesie (IV-PCA) Kontrollgruppe: Kombinierte Allgemein- und epidurale Anästhesie und postoperative epidurale Analgesie (EDA)	FPI: 30.06.2015 366 von 370 Patienten	Dietmar Hopp Stiftung 700 €/Patient	PD Dr. P. Knebel Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Heidelberg T: 06221/56-35154 oder -39652 F: 06221/56-33850 E: phillip.knebel@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: RELY_{III} Registrierungsnummer: NCT01073358				
Prof. Dr. J. Weitz	Patienten zur geplanten R0-Resektion von kolorektalen Lebermetastasen Experimentelle Gruppe: Resektion der kolorektalen Lebermetastasen mit hilärer Lymphadenektomie Kontrollgruppe: Resektion der kolorektalen Lebermetastasen ohne hiläre Lymphadenektomie	FPI: 09.03.2010 232 von 224 Patienten	– Kein Fallgeld	PD Dr. N.N. Rahbari Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden T: 0351/458-19260 F: 0351/458-7273 E: nuh.rahbari@uniklinikum-dresden.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: SAWHI-V.A.C.® Study¹² Registrierungsnummer: DRKS00000648, NCT01528033				
D. Seidel	Primär verschlossene abdominelle Wunden mit Wundheilungsstörung im postoperativen Verlauf nach chirurgischem Eingriff ohne Faziendehiszenz manifestiert als einer oder mehrerer der folgenden Zustände: -eine Wunde mit spontaner Dehiszenz -eine Wunde, welche eine aktive Wiedereröffnung der Naht durch den behandelnden Arzt erfordert -eine Wunde, welche primär nicht verschlossen werden kann und weitere Behandlung zum Erreichen eines definitiven Wundverschlusses erfordert Experimentelle Gruppe: Vakuumversiegelungstherapie (Vacuum Assisted Closure® (V.A.C.®) Therapy) Kontrollgruppe: Übliche Standardwundtherapie (Standard Conventional Wound Therapy (SCWT)) gemäß des institutionellen klinischen Standards	FPI: 01.08.2011 495 von 600 Patienten	KCI- Kinetic Concepts Incorporated 1.000 €/Patient	Dr. D. Seidel Universität Witten/Herdecke Institut für Forschung in der Operativen Medizin Köln T: 0221/98-95731 F: 0221/98-95730 E: doerthe.seidel@uni-wh.de
Studientitel: WOPP14* Registrierungsnummer: NCT01855464				
Prof. Dr. T. Walles, FETCS Prof. Dr. J. Neudecker (Stellvertreterender Studienleiter)	Patienten (15–40 Jahre) mit Rezidiv eines primären Spontanpneumothorax (PTX) oder therapierefraktärem PTX Erstereignis Experimentelle Gruppe: Lungenkeilresektion mit parietaler Pleurektomie Kontrollgruppe: Alleinige parietale Pleurektomie	FPI: 19.11.2013 237 von 360 Patienten	DFG 525 €/Patient	Prof. Dr. T. Walles, FETCS Studienbüro: Universitätsklinikum Würzburg Zentrum Operative Medizin Klinik und Poliklinik für Thorax-, Herz- und thorakale Gefäßchirurgie T: 0931/201-33016 F: 0931/201-33019 E: Denninger_S@ukw.de Stellvertretender Studienleiter: Prof. Dr. J. Neudecker Charité - Universitätsmedizin Berlin Campus Charité Mitte Campus Virchow-Klinikum Chirurgische Klinik Chirurgisches Regionalzentrum Berlin des CHIR-Net T: 030/450-622132 F: 030/450-522929 E: Jens.Neudecker@charite.de

- [1] Influence of two different resection techniques of liver metastasis from colorectal cancer on hematogenous tumor cell dissemination – prospective randomized multicenter trial
- [2] Randomisierte, multizentrische Studie mit der primären Hypothese, dass kontrolliertes Warten (watchful waiting) dem chirurgischen Verschluss asymptomatischer sowie oligosymptomatischer Narbenhernien nicht unterlegen ist hinsichtlich Schmerzen und Beschwerden während normaler Aktivitäten
- [3] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35-60 kg/m² – a multicenter randomized trial
- [4] Prospective randomised multicentre investigator initiated study: Randomised trial comparing completeness of adjuvant chemotherapy after early versus late diverting stoma closure in low anterior resection for rectal cancer
- [5] Chirurgische vs. medizinische Therapie des insulin-abhängigen Typ 2 Diabetes mellitus bei Patienten mit einem Body Mass Index zwischen 26 und 35 kg/m²: Eine randomisiert kontrollierte nationale Multizenterstudie.
- [6] Comparison of duodenum-preserving pancreatic head resection after Frey and Berner as treatment of chronic pancreatitis
- [7] Prospektive multizentrische Phase III-Studie zur zytoreduktiven Chirurgie mit hyperthermer intraperitonealer Chemoperfusion nach präoperativer Chemotherapie beim Magenkarzinom inkl. AEG mit primärer peritonealer Metastasierung
- [8] Einfluss einer präoperativen Vitamin D-Gabe auf die postoperative Hypokalzämie bei Patienten, welche sich einer totalen Thyreoidektomie unterziehen müssen
- [9] Comparative Study Matching Intraperitoneal Onlay Mesh (IPOM) and Sublay Mesh to Treat Umbilical Hernia
- [10] Intravenöse vs. epidurale Analgesie zur Reduktion gastrointestinaler Komplikationen nach elektiver Pankreatoduodenektomie
- [11] Eine randomisierte, kontrollierte Studie zur Lymphknotenentfernung bei Resektion kolorektaler Lebermetastasen
- [12] Treatment of Subcutaneous Abdominal Wound Healing Impairment after surgery without fascial dehiscence by Vacuum Assisted Closure™ versus standard conventional wound therap
- [13] Resection of the primary tumor versus no resection prior to systemic therapy in patients with colon cancer and synchronous unresectable metastases (UICC stage IV)
- [14] Pulmonary wedge resection plus parietal pleurectomy (WRPP) versus parietal pleurectomy (PP) for the treatment of recurrent primary pneumothorax

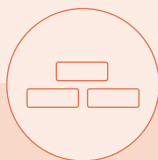
* Diese Studie wird im Verbund des chirurgischen Studiennetzwerkes Deutschland CHIR-Net durchgeführt.

Stand: Juni 2017



SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

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

Überweisungen mit Angabe von Namen und Adresse des Spenders werden erbeten auf das Konto der DGCH bei der Deutschen Apotheker- und 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. J. Fuchs

Präsident

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

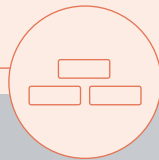
Generalsekretär

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 Büchler,
Heidelberg
DGTHG – 1971 mit Dank an die
Gründungsmitglieder
Herr Prof. Dr. med. Joachim Jähne, Hannover
in memoriam Manfred und Helmi Jähne,
Essen
Herr Prof. Dr. med. Uwe Klinge, Aachen
Herr Prof. Dr. med. Erhard Kiffner, Karlsruhe
in memoriam Prof. Dr. med. W. Brendel,
Prof. Dr. med. R. Zenker, Dr. med.
R. Kiffner
AIOD Deutschland e. V., Düsseldorf
Familie und Freunde Dr. Schreiter,
Hamburg
in memoriam Dr. med. Friedemann
Schreiter
Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau,
Bochum
Deutsche Gesellschaft der Plastischen,
Rekonstruktiven und Ästhetischen
Chirurgen e.V.
Herr Dr. med. Ernst Derra und Frau Dr. med.
Hildegard Derra-Henneke, Düsseldorf und
München
in memoriam Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.
Ernst Derra, Düsseldorf
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Roland
Hetzer, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Roderich Schwarz, Bristol
in memoriam Prof. Dr. med. Wilhelm
Müller, Rostock
Herr Prof. Dr. med. Egbert Schwarz, Erfurt

BAUSTEIN IN SILBER

Herr Prof. Dr. med. Leonhard Schweiberer,
München
Herr Prof. Dr. med. Klaus Junghanns,
Ludwigsburg
Herr Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, Neuötting
Herr Prof. Dr. med. Hendrik Dienemann,
Thoraxklinik Heidelberg
Herr Prof. Dr. med. habil. Dr.-Ing. Dr. med.
h.c. Michael Ungethüm, Tuttlingen
Herr Prof. Dr. med. Hartmut Siebert,
Schwäbisch-Hall
Herr Prof. Dr. med. Karl Herbert Welsch,
München
Herr Prof. Dr. med. Stefan Wysocki,
Heidelberg
Herr Dr. med. Jürgen Meier zu Eissen,
Hannover
Herr Prof. Dr. med. Stefan Post, Mannheim
Herr Prof. Dr. med. Wolf Mutschler, München
Frau Prof. Dr. med. Ursula Schmidt-
Tintemann, Vaterstetten
Herr Prof. Dr. med. Matthias Rothmund,
Marburg
Herr Prof. Dr. med. Christian H. Siebert,
Hannover
Herr Prof. Dr. med. Volker Bühren, Murnau
Herr Dr. med. Abdullah Mury, Heide
Herr Dr. med. Andreas Ungeheuer, München
Herr Prof. Dr. med. Wolf Schellerer, Bamberg
Herr Prof. Dr. med. Tilman Mischkowsky,
Berlin
Herr Prof. Dr. med. Hans-Joachim Wiendl,
Bamberg
Herr Prof. Dr. med. Klaus Roosen, Würzburg
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Gert Carstensen,
Mülheim
Herr Prof. Dr. med. Peter M. Vogt, Hannover
Herr Prof. Dr. med. Fritz L. Ruëff, München
Herr Prof. Dr. med. Karl-Joseph Paquet, Bad
Kissingen
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Volker
Schumpelick, Aachen
Herr Prof. Dr. med. Yoshiki Hiki, Tokio/Japan
Herr Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith,
Konstanz
Herr Dr. med. Goswin von Mallinckrodt,
München
Herr Prof. Dr. med. Lothar Kinzl, Ulm
Frau Ingrid und Herr Dr. med. Robert Raus,
Riedlingen

Frau Dr. med. Ursula Engel, Hamburg
Enddarm-Zentrum Bietigheim,
Herr Dr. med. Wolfgang Pfeiffer,
Herr Dr. med. Markus Piro-Noack,
Herr Dr. med. Edgar Kraft
Herr Prof. Dr. med. Thomas Rüedi,
Maienfeld/Schweiz
in memoriam Prof. Dr. med. Martin
Allgöwer, Chur/Schweiz
Herr Prof. Dr. med. Gert Specht, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Henning Weidemann,
Berlin
Herr Prof. Dr. med. Otto Scheibe, Stuttgart
in memoriam Prof. Dr. med. Helmut
Remé, Lübeck
Herr Prof. Dr. med. Stephan Langer,
Mönchengladbach
Herr Dr. med. José Luis Narro, Köln
Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Ulf Wayand,
Linz
Herr Prof. Dr. med. Werner Grill, Starnberg
Herr Prof. Dr. med. Fritz Kümmerle, Mainz
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Friedrich
Stelzner, Bonn
Herr Prof. Dr. med. Günther Vetter, Bad Vilbel
in memoriam Prof. Dr. med. Hans-
Bernhard Sprung, Dresden
Frau Dr. med. Eva Böhlau, Bad Soden
1991–2011 DGT in memoriam
Prof. Dr. med. Ingolf Vogt-Moykopf
zum 80. Geburtstag
Herrn Prof. Dr. med. Gerhard Krönung,
Wiesbaden
in memoriam Prof. Dr. med. Johannes
Christian Dobroschke, Regensburg
Herr Prof. Dr. med. Alois Fürst
Herr Dr. med. Arthur Heiligensetzer
Herr Dr. med. Peter Sauer
Herr Dr. med. Bernfried Pikal
Herr Dr. med. Johannes Winfried Pruy
in memoriam Prof. Dr. med. Johannes
Christian Dobroschke, Regensburg
Herr Prof. Dr. med. Christian Müller,
Hamburg
Herr Dr. med. Friedrich Klee, Heidelberg
Herr Prof. Dr. med. Karl Dinstl, Wien
in memoriam Prof. Dr. med. K. Keminger
Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim
Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen
Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing,
Recklinghausen

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

Herr Dr. med. Friedemann Schreiter,
Hamburg

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

Herr Prof. Dr. med. Konrad Schwemmle,
Linden

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

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

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

Herr Prof. Dr. med. Hermann Bunte,
Münster

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

Herr Prof. Dr. med. Gerhard Schönbach,
Freiburg

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

Herr Dr. med. Andreas Dörmer, Frankfurt/
Main

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

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

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

Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie
e.V.
in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Rehbein

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

Herr Dr. med. Christoph Bubb, Landshut
PD Dr. med. Bernhard Arlt, Herne

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

Herr Dr. med. Konrad Prenner, Salzburg

Herr Dr. med. Radovan Stojanovic, Kassel

Herr Dr. med. Jörg Kluge, Erfurt
in memoriam Dr. med. habil. Werner
Kluge, Dresden

Herr Dr. med. Roland Kluge, Dresden
in memoriam Dr. med. habil. Werner
Kluge, Dresden

Frau Dr. med. Ricarda E. Sieben,
Braunschweig

Herr Dr. med. Peter Gilsdorf, Mainz

Herr PD Dr. med. Friedrich Thielemann,
Villingen-Schwenningen

Herr Dipl.-Ing. H. - F. Bär, Werl

Herr Dr. med. Albert Schreiber, Neumarkt
in memoriam Dr. med. Claus Wiedmann

Frau Dr. med. Waltraud von Kothen

Herr Dr. med. Jürgen Friedrich, Essen

DGCH-Präsidium



ab 1. Oktober 2017

VORSTAND

Präsident	J. Fuchs, Tübingen
1. Vizepräsident	T. Pohlemann, Homburg
2. Vizepräsident	M. Anthuber, Augsburg
3. Vizepräsident	T. Schmitz-Rixen, Frankfurt
Schatzmeister	T. H. K. Schiedeck, Ludwigsburg
Generalsekretär	H.-J. Meyer, Berlin

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	A. Stier, Erfurt
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie/Vertreter Allgemeine Chirurgie	K. Rückert, Hamburg
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin	M. Steinbauer, Regensburg
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	P. Schmittenbecher, Karlsruhe
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. Guinta, München
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	W. Harringer, Braunschweig
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	E. Stoelben, Köln
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	R. Hoffmann, Frankfurt/M.
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.	J.-A. Rüggeberg, Bremen
Perspektivforum Junge Chirurgie	B. Braun, Homburg

WEITERE MITGLIEDER

Leitender Universitätschirurg	J. C. Kalff, Bonn
Leitender Krankenhauschirurg	H. J. C. Wenisch, Potsdam
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik	T. Histing, Homburg
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung	F. Fritze-Büttner, Berlin
Niedergelassener Arzt für Chirurgie	P. Kalbe, Rinteln
Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland	A. Tuchmann, Wien (AT)
Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung	B. Vollmar, Rostock

FRÜHERE PRÄSIDENTEN

J. Jähne, Hannover	2014
P. Vogt, Hannover	2015
G. Schackert, Dresden	2016

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
K.-W. Jauch, München	2013

GESCHÄFTSSTELLE DER DGCH

Prof. Dr. med. Dr. h.c. H.-J. Meyer, Generalsekretär
Frau Dipl. Kffr. C. Kilci
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
Tel.: 030/28876290





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V.

– Geschäftsstelle –

Luisenstraße 58/59

10117 Berlin

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



Nur Mut!

Kein
Durchschnittsjob:
ChirurgIn
www.chirurg-werden.de

Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2018



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: Freitag, 20. April 2018, 13:00 – 14:00 Uhr

Ort: CityCube Berlin, M1, Messe Berlin, im Rahmen des 135. Chirurgenkongresses

TAGESORDNUNG

TOP 1	Bericht des Präsidenten	Meyer
TOP 2	Bericht des Schatzmeisters	Mayer
TOP 3	Antrag auf Entlastung des Vorstandes	
TOP 4	Wahl eines Wahlleiters	
TOP 5	Wahlen des Präsidiums	
TOP 6	Bericht des Justitiars	Heberer
TOP 7	Aktuelle Probleme in der Berufspolitik Sie fragen, wir antworten	Mitglieder des Präsidiums
TOP 8	Verschiedenes	

Am Freitag, den 20. April 2018, 09:30 Uhr bis 12:30 Uhr, findet eine Rechtsberatung für BDC-Mitglieder mit dem BDC-Justitiar Dr. Jörg Heberer im CityCube Berlin, Raum O12, Mesedamm 26, 14055 Berlin statt. Eine Anmeldung via justitiar@bdc.de ist erforderlich.

BDC-SITZUNGEN AUF DEM CHIRURGENKONGRESS

Datum	Uhrzeit	Ort	Sitzungsname
18.04.2018	15:30 Uhr	Level 3 - Saal M1	Digitalisierung im Gesundheitswesen
18.04.2018	17:30 Uhr	Level 3 - Saal M1	Zentrales WB-Register - Wie viel Nachwuchs brauchen wir?
19.04.2018	14:00 Uhr	Level 3 - Saal M1	Trauma Surgeon - Was heißt das?
20.04.2018	08:30 Uhr	Level 3 - Saal M1	Antikorruptionsgesetz
20.04.2018	10:00 Uhr	Level 3 - Saal M1	Was können wir von der Gesundheitspolitik erwarten?
20.04.2018	11:45 Uhr	Level 3 - Saal M1	Hygiene update
20.04.2018	13:00 Uhr	Level 3 - Saal M1	Mitgliederversammlung BDC
20.04.2018	14:00 Uhr	Level 3 - Saal M1	Sektorübergreifende Versorgung

Datum	Uhrzeit	Ort	Workshop
19.04.2018	8:30 Uhr	Raum R3	Antikorruptionsgesetz
19.04.2018	10:30 Uhr	Raum R3	Vorbereitung auf die Niederlassung

Ich wünsche Ihnen eine angenehme Anreise.
Ihr

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)

BDC-News

Update: Mehr Inhalte in der BDC|Mobile App



Ab sofort haben Sie über die BDC|Mobile App auch Zugriff auf die BDC|Webinare und den BDC|Shop. Das Update steht seit September zur Verfügung – einfach herunterladen und loslegen. Die aktualisierte App ist kompatibel mit der neuesten Android- und Apple-Software und läuft somit auf den gängigsten Smartphones und Tablets.

Über die App haben Sie außerdem Zugriff auf unser eMagazin Passion Chirurgie, den E-Learning-Bereich und den News-Feed mit aktuellen Meldungen aus der Gesundheitspolitik und dem Berufsverband.

[MEHR INFORMATIONEN ...](#)

Responsives Design im BDC|Shop



Nicht nur BDC-Mitglieder können im Online-shop der BDC Service GmbH chirurgische Stellenanzeigen aufgeben. Sondern es gibt auch ein breites Angebot von Weiterbildungsbüchern und Jahreslizenzen für die E-Learning-Plattform [eCME-Center] bis hin zu BDC-Krawatten und BDC-Lauftrikots. Neu ist das responsive Design, sodass man die Webseite auch komfortabel auf anderen Geräten wie Smartphones und Tablets bedienen kann, um bequem im BDC|Shop zu stöbern. Das neue Layout wurde auch an BDC|Online angepasst – hell und übersichtlich gestaltet.

[ZUM BDC|SHOP ...](#)

BDC|Berlin: Herbsttagung – Save the Date



Hiermit laden wir Sie sehr herzlich zur Herbsttagung des Landesverbands Berlin im BDC in das Langenbeck-Virchow-Haus ein. Bitte merken Sie sich bereits jetzt den Termin in Ihrem Kalender vor.

Mittwoch, den 15. November 2017
19:00 – 21:00 Uhr
Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin

Über das detaillierte Programm informieren wir Sie in Kürze.

BDC|BERLIN ...

BDC|Sachsen-Anhalt: Jahrestreffen 2017



Im Mittelpunkt des Jahrestreffens steht die Zukunft der Allgemeinchirurgie sowie die Gewinnung von qualifiziertem Nachwuchs in der Medizin. Im Anschluss an die Vorträge erfolgt die Wahl des neuen Vorstandes.

Freitag, den 10. November 2017
08:15 – 09.45 Uhr
Herrenkrug Parkhotel in Magdeburg

Über das detaillierte Programm informieren wir Sie in Kürze.

BDC|SACHSEN-ANHALT ...



WEITERE ARTIKEL FINDEN SIE AUF
BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE, RUBRIK
BDC-NEWS).

Versicherungssummen in der Heilwesen-Haftpflicht



BDC
Versicherungs-
Service

Gut aufgestellt mit dem
BDC-Rahmenabkommen

Die Entscheidung über die Höhe der Haftpflicht-Versicherungssumme ist oft gewagt. Sie hat in der Vergangenheit immer ausgereicht? Glück gehabt! Denn der isolierte Blick in die eigene Vergangenheit offenbart nur einen Bruchteil der Wahrheit. Bei der Beurteilung der Frage, welche Versicherungssumme angemessen ist, sind viele Aspekte zu beachten.

WIE HÄUFIG SIND GROSSE PERSONENSCHÄDEN?

Von 100 Heilwesenschäden entwickelt sich statistisch nur einer zum Großschaden. Und dieses eine Prozent bindet 65 Prozent der Schadenkosten. Zudem ist erst spät erkennbar, ob ein Schaden teuer wird oder günstig abzuwickeln ist. Dies kann z. B. an der zeitraubenden Klärung der Haftungsfrage liegen oder an Änderungen in der Entwicklung der Schadenkosten. Die Lebenserwartung der Geschädigten spielt

ebenfalls eine große Rolle. Für den Nachkauf/ die Aufstockung der Versicherungssumme ist es dabei nach Eintritt des Schadens zu spät.

WIE HABEN SICH DIE SCHADENKOSTEN IN DER VERGANGENHEIT ENTWICKELT?

Die Schadenkosten sind in den vergangenen Jahren massiv gestiegen und liegen deutlich oberhalb der allgemeinen Preisentwicklung. Der mittlere jährliche Anstieg lag gemäß dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft auch unter Berücksichtigung von Fallzahlsteigerungen und erhöhter Inanspruchnahme bei 7 Prozent. Ein Umstand, der insbesondere auf die längere Lebenserwartung schwer geschädigter Patienten zurückzuführen ist. Hinzu kommt die patientenfreundliche Rechtsprechung. Konnte ein schwerer Personenschaden in den 1980er Jahren noch mit 250.000 Euro abgefunden werden, betragen die

**SIMON BERKENKAMP**

Ambulantes Gesundheitswesen
Ecclesia Versicherungsdienst GmbH
BDC-Versicherungsservice
0800 603 603 0
bdc-versicherungsservice@ecclesia.de

Aufwendungen dafür heute durchaus 5 Mio. Euro und mehr. Abfindungen kommen oft nicht zustande, sodass lebenslange Rentenzahlungen geleistet werden müssen. Ein Schaden aus den 1980er Jahren, der sich noch immer in der Abwicklung befindet, schlägt mit den eingetretenen Kostensteigerungen zu Buche.

ANONYMISierter FALL AUS UNSERER SCHADENBEARBEITUNG

Schmerzensgeld	500.000 €
Häusliche Krankenpflege (18.000 €/Monat/Krankenkasse)	5.168.488 €
Pflegeaufwand (3.500 €/Monat)	1.007.244 €
Erwerbsschaden (2.500 €/Monat)	531.960 €
Materieller Schadenbedarf (Hausumbau etc.)	200.000 €
Gesamt	7.407.652 €

WAS PASSIERT, WENN DIE VERSICHERUNGSSUMME NICHT AUSREICHT?

Der Versicherungsnehmer wird unter Umständen schon frühzeitig an den Schadenzahlungen sowie an den Kosten des Verfahrens beteiligt. Die Versicherungsbedingungen sehen diese Beteiligung auch dann schon vor,

wenn die Versicherungssumme noch nicht verbraucht ist. Der Grundsatz lautet sinngemäß: Sind Rentenzahlungen zu leisten, deren Kapitalwert die Versicherungssumme übersteigt, wird die Rente nur im Verhältnis der Versicherungssumme zum Kapitalwert der Rente durch den Versicherer erstattet. Das heißt, der Versicherungsnehmer wird an den Rentenzahlungen von Beginn an beteiligt, wenn vorauszusehen ist, dass der Schadenfall die Versicherungssumme übersteigt. Eine Erstattung anfänglich vom Versicherungsnehmer geleisteter Gelder ist dann, wenn die Schadenaufwendungen letztlich doch unterhalb der Versicherungssumme bleiben, in den Bedingungen nicht vorgesehen.

Aus den genannten Gründen haben wir für den Rahmenvertrag des BDC eine Erhöhung der Basis-Versicherungssumme von 6.000.000 Euro auf 7.500.000 Euro prämienneutral vereinbart. Wir empfehlen für Mediziner mit invasivem Risikoprofil allerdings die Erhöhung der Versicherungssumme auf 10.000.000 Euro gegen einen Zuschlag von 10 Prozent, um auch für künftige Entwicklungen gewappnet zu sein.

UNSERE MITARBEITENDEN BERATEN SIE GERNE

INDIVIDUELL:

Wenn Sie Interesse haben, wenden Sie sich direkt an die Ecclesia-Gruppe über Telefon: 0800 603 603 0, Fax: 05231 603 6363 oder E-Mail bdc-versicherungsservice@ecclesia.de. 

Berkenkamp S: Versicherungssummen in der Heilwesen-Haftpflicht. Passion Chirurgie. 2017 November, 7(11): Artikel 07_03.



WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA
FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE
(WWW.BDC.DE, RUBRIK
RECHT&VERSICHERUNG |
VERSICHERUNGSSCHUTZ).

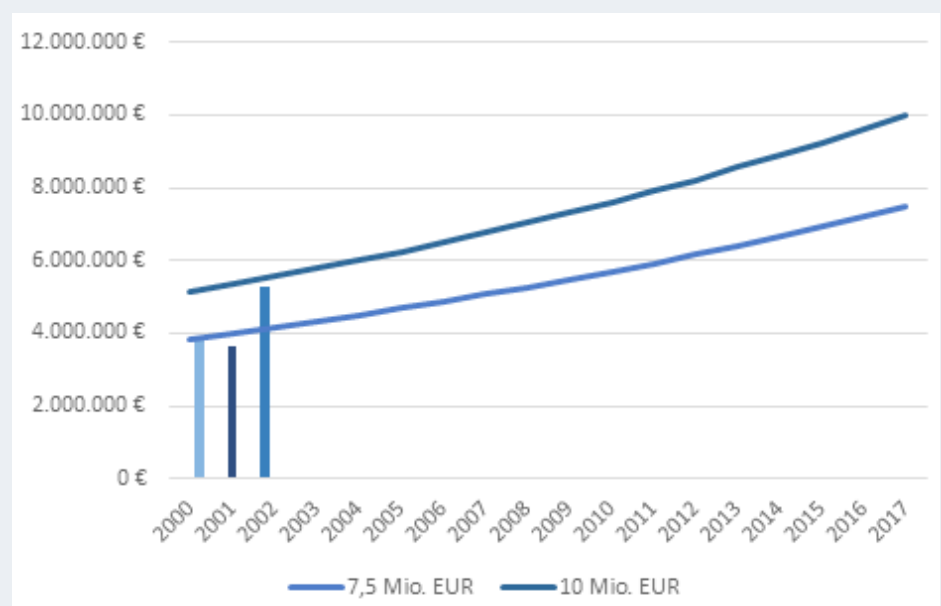


Abb. 1: Auswirkung der Inflation auf Großschäden

Inflationsbereinigte Versicherungssummen bei unterstellter Schadenkostensteigerung auf Großschäden von 4 Prozent p.a.

BDC|Landesverbände

AUS DEM
BDC



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/bdc-landesverbaende



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



www.bdc.de



BDC-PRESSESPIEGEL

13.09.2017 DocCheckNews

Facharzt für Umsatzchirurgie

Die Zahl der Operationen steigt. Vor allem in den Fachbereichen rund um die Herzchirurgie und den Bewegungsapparat. Es wird schnell und viel operiert. Zu viel? Experten kritisieren: Operationen werden besser vergütet als konservative Behandlungen.

01.09.2017 Rotenburger Rundschau

„Nur Mut“

Anfang 2008 stellte der Berufsverband der Deutschen Chirurgen die bundesweit angelegte Nachwuchskampagne „Nur Mut! Kein Durchschnittsjob – Chirurg/in“ vor. Mit ihr soll gezielt Nachwuchs angesprochen, und für eine chirurgische Laufbahn begeistert werden. Die Aktion soll realitätsnah über das Berufsbild des Chirurgen informieren und die facettenreichen Seiten der Chirurgie vermitteln. Am Donnerstag war jene Kampagne im Gymnasium Ottersberg zu Gast.

31.08.2017 MK Kreiszeitung

Berufsziel Aufschneider? Dann ran an den Endoskopietrainer

Den leibhaftigen Beweis des hemdsärmelig-humorvollen Handwerkers unter den Ärzten trat Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg, Facharzt für Chirurgie aus Ottersberg, am Mittwoch höchstpersönlich vor Zehntklässlern des Ottersberger Gymnasiums an. Denen brachte Rüggeberg das „Berufsziel Aufschneider“ nahe – mit ganz praktischen Übungen an nachgemachten Geschwüren in Apfelsinen, klaffenden Schweineherzen und am Endoskopie-Simulator.

21.08.2017 Bibliomed Manager

Modellprojekt „Hybrid-DRG“ startet in Thüringen

Die Techniker Krankenkasse (TK) hat in Thüringen ein neues Vergütungsmodell für Operationen gestartet, bei dem ambulante und stationäre Leistungen gleich bezahlt werden. Grundlagen

für die neuen „Hybrid-DRG“ sind die Fallpauschalen im Krankenhaus (DRG) und der Vergütungskatalog für ambulant tätige Ärzte (EBM), teilte die TK mit.

18.07.2017 Medscape

Chirurgen wittern im Vertrag zwischen AOK und KV Hessen eine gefährliche Verführung: Verbotene Zuweisung gegen Entgelt?

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) protestiert gegen einen Vertrag, der höhere Honorare verspricht. BDC-Vertreter wandten sich jüngst strikt gegen den Nachtrag eines Strukturvertrages zur Betreuung von Patienten mit ...

11.07.2017 Management & Krankenhaus

Prof. Jörg Fuchs: neuer Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Prof. Dr. Jörg Fuchs hat am 1. Juli für ein Jahr die Präsidentschaft der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) übernommen.

10.07.2017 Medizin Aspekte

Professor Jörg Fuchs neuer DGCH-Präsident

Mit der DGCH-Präsidentschaft übernimmt Jörg Fuchs auch die inhaltliche Planung und Ausrichtung des 135. DGCH-Kongresses, der vom 17. bis 20. April 2018 im Berliner CityCube stattfindet.

06.07.2017 aerzteblatt.de

Streit um Honorar für Beratung zur Krankenhausqualität

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) hat eine Regelung in einem Strukturvertrag zwischen AOK Hessen und Kassenärztlicher Vereinigung (KV) Hessen kritisiert.

www.bdc.de/presse/

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

Termine BDC | Akademie

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
27.11.17	01.12.17	Berlin	2017-21664	Basischirurgie: Common Trunk	Prof. Dr. med. Stephan Gretschel	400,00	600,00
01.12.17		Berlin	2017-21515	Workshop: Chirurgische Anatomie			
02.03.18		Berlin	2018-21525	Workshop: Simulationstraining Notfallmanagement	Dr. med. Jan Baus	450,00	600,00
15.03.18	17.03.18	Bochum	2015-21665	Basischirurgie - Common Trunk	Dr. med. Jörg Sauer	400,00	600,00
27.04.18	28.04.18	Leipzig	2018-21520	Seminar: Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Dr. med. Ehrhardt Weiß	100,00	200,00
17.05.18	18.05.18	Berlin	2018-21509	Basischirurgie: Praktisches Seminar - Orthopädie und Unfallchirurgie	Dr. med. Thomas Stoffels	300,00	500,00
01.06.18		Nor- derstedt	2018-21514	Workshop: Chirurgische Anatomie			
08.06.18	09.06.18	Tübingen	2017-21510	Workshop: Intensivmedizin	Dr. med. Hans Fischer		
11.06.18	14.06.18	Tuttlingen	2018-21663	Basischirurgie: Common Trunk	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	400,00	600,00
28.09.18	29.09.18	Leipzig	2018-21520	Seminar: Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Dr. med. Ehrhardt Weiß	100,00	200,00
12.10.18	13.10.18	Tübingen	2018-21511	Workshop: Intensivmedizin	Dr. med. Hans Fischer	400,00	600,00

FACHARZTVORBEREITUNG							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
12.02.18	16.02.18	Berlin	2018-23691	Facharztseminar Gefäßchirurgie	Dr. med. Ingo Flessenkämper	300,00	500,00
19.02.18	23.02.18	Augsburg	2018-22580	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Matthias Anthuber	300,00	500,00
23.04.18	27.04.18	Berlin	2018-22570	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller	300,00	500,00
23.04.18	27.04.18	Hamburg	2018-23820	Facharztseminar Orthopädie/Unfall- chirurgie	Prof. Dr. med. Wolfgang Rüther; Prof. Dr. med. Markus Kröber	300,00	500,00

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
24.11.17	25.11.17	Stuttgart		Abschlusscolloquium Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte (HBA)			
23.02.18	24.02.18	Dortmund	2018-	Abschlusscolloquium Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte (HBA) Spezialkurs für Gastroenterologen	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		
02.03.18	03.03.18	Berlin	2018-24620	Update perioperative Medizin	Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder; Dr. med. Magnus Kaffarnik; Prof. Dr. Wolfgang Schwenk; Prof. Dr. med. Johann Pratschke	350,00	450,00
23.03.18	24.03.18	Berlin	2018-24707	Abschlusscolloquium Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		
04.05.18	05.05.18	Berlin	2018-24707	Abschlusscolloquium Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
15.11.17	17.11.17	Köln	2017-23684	Viszeralchirurgie Kompakt: Pankreaschirurgie	Univ.-Prof. Dr. med. Christiane Bruns; PD Dr. med. Felix Popp	250,00	450,00
16.11.17	17.11.17	Berlin	2017-22409	Masterclass Hernienchirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
16.11.17	17.11.17	Frankfurt am Main	2017-23674	Viszeralchirurgie Kompakt: Adipositaschirurgie	Prof. Dr. med. Thomas W. Kraus; Dr. med. Sylvia Weiner	250,00	450,00
23.11.17	24.11.17	Berlin	2017-22407	CAMIC 4: Laparoskopische kolorektale Chirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
23.11.17	25.11.17	Hamburg	2017-23613	Osteosyntheseverfahren an der unteren Extremität	Prof. Dr. med. Johannes M. Rueger	400,00	600,00
01.12.17	02.12.17	Dresden	2017-23631	Kindertraumatologie für D-Ärzte	Prof. Dr. med. Guido Fitze	300,00	450,00
24.01.18	26.01.18	Augsburg	2018-23610	Spezielle Unfallchirurgie Teil I	Prof. Dr. Dr. h.c. Edgar Mayr	300,00	500,00
25.01.18	26.01.18	Berlin	2018-22400	CAMIC 1: Grundlagen der minimal-invasiven Chirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
22.02.18	23.02.18	Berlin	2018-22402	CAMIC 2: Endoskopische Hernienchirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
08.03.18	09.03.18	Berlin	2018-22404	CAMIC 3: Laparoskopische Nahttechniken	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
19.04.18	21.04.18	Hamburg	2018-23612	Osteosyntheseverfahren an der oberen Extremität	Prof. Dr. med. Johannes M. Rueger	400,00	600,00
26.04.18	27.04.18	Berlin	2018-22406	CAMIC 4: Laparoskopische kolorektale Chirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
04.06.18	06.06.18	Berlin	2018-23678	Viszeralchirurgie Kompakt: Kolorektale Chirurgie	Prof. Dr. med. Martin Kreis; Prof. Dr. med. Johann Pratschke; PD Dr. med. Felix Aigner	250,00	450,00
08.06.18	09.06.18	Mannheim	2018-23675	Viszeralchirurgie Kompakt: Proktologie	Prof. Dr. med. Dieter Bussen; Prof. Dr. Alexander Herold; Dr. Andreas K. Joos		
13.06.18	15.06.18	Köln	2018-23677	Viszeralchirurgie Kompakt: Oberer Gastrointestinaltrakt	Univ.-Prof. Dr. med. Christiane Bruns; Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder; PD Dr. med. Jessica Leers	250,00	450,00
13.06.18	15.06.18	Berlin	2018-23681	Viszeralchirurgie Kompakt: Endokrine Chirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller; Dr. Mechthild Hermanns	250,00	450,00
27.06.18	29.06.18	Berlin	2018-23671	Viszeralchirurgie Kompakt: Hepatobiliäre Chirurgie	Prof. Dr. med. Johann Pratschke; PD Dr. med. Moritz Schmelzle; PD Dr. med. Robert Öllinger	250,00	450,00

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
24.11.17	25.11.17	Berlin	2017-24600	Der Chirurg als leitender Arzt	Prof. Dr. Heinz-Jochen Gassel	400,00	600,00
27.11.17		Berlin	2017-24714	Seminar G-DRG-Update 2018	Dr. med. Rolf Bartkowski	200,00	400,00
01.12.17	02.12.17	Berlin	2017-24705	Führen im Generationenmix	Prof. Dr. soz. Margit Geiger	400,00	600,00
01.12.17	02.12.17	Berlin	2017-26536	Refresherkurs "Chirurginnen auf dem Weg nach oben"	Dr. med. Gunda Leschber; Prof. Dr. med. Katja Schlosser; Sabine Schicke	450,00	650,00
02.12.17		Berlin	2017-27707	Abrechnungsseminar EBM neu 2018	Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg	140,00	240,00
19.01.18	20.01.18	Berlin	2018-26531	Führungsseminare: Modul 1 - Führungsstrategien für Ärztinnen	Dr. med. Gunda Leschber; Prof. Dr. med. Katja Schlosser; Sabine Schicke	450,00	650,00
09.03.18	10.03.18	Berlin	2018-26532	Führungsseminare: Modul 2 - Durchsetzungsstrategien im Klinikalltag	Dr. med. Gunda Leschber; Prof. Dr. med. Katja Schlosser; Sabine Schicke	450,00	650,00
04.05.18	05.05.18	Berlin	2018-26533	Führungsseminar: Modul 3 - Erfolgsstrategien in eigener Sache	Dr. med. Gunda Leschber; Prof. Dr. med. Katja Schlosser; Sabine Schicke	450,00	650,00
25.05.18	26.05.18	Berlin	2018-27832	Praxis-Optimierung	Dr. med. Peter Kalbe	350,00	500,00
02.06.18		Berlin	2018-25590	Der Chirurg als Gutachter im Behandlungsfehlerprozess	Prof. Dr. med. Heiner Wenk	250,00	400,00
21.09.18	22.09.18	Köln	2018-25820	Begutachtung von Berufskrankheiten	Dr. med. Ekkehard Hierholzer	300,00	500,00

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
02.11.18	03.11.18	Berlin	2018-26534	Führungsseminare: Modul 4 - Gesprächsstrategie - Souverän Klartext reden	Dr. med. Gunda Leschber; Prof. Dr. med. Katja Schlosser; Sabine Schicke	450,00	650,00
16.11.18	17.11.18	Köln	2018-25810	Unfallbegutachtung in der gesetzli- chen Unfallversicherung (16.- 17.11.2018 und 23.-24.11.2018)	Dr. med. Ekkehard Hierholzer; Prof. Dr. med. Bertil Bouillon	400,00	600,00
26.11.18		Berlin	2018-24714	Seminar G-DRG-Update 2018	Dr. med. Rolf Bartkowski	200,00	400,00
08.12.18		Berlin	2018-26535	Führungsseminare: Modul 5 - Be- werbungstraining für Chirurginnen	Dr. med. Gunda Leschber; Prof. Dr. med. Katja Schlosser; Dipl.-Kffr. Elisabeth Sandbrink	300,00	500,00

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

Tel. 030/28004-120, Fax 030/28004-129 oder per E-Mail: akademie@bdc.deOder über BDC|Online unter www.bdc.de, Rubrik BDC|Akademie | Alle Veranstaltungen

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.

Langenbeck-Virchow-Haus

Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin

SPONSOREN DER BDC|AKADEMIE

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

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

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

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



Veranstaltungshinweise

Datum		Ort	Seminartitel	Veranstalter	Preis Mitglied	Preis Nicht-Mitglied
3.11.2017	4.11.2017	München	ESSKA-ESMA - 1st Open Meeting	Intercongress GmbH		
3.11.2017		Zürich	Schulthess Fortbildungskurs Handchirurgie: Arthrose des Daumens / Osteoarthritis of the thumb	Intercongress GmbH		
4.11.2017		Köthen (Anhalt)	Orthopädisch-Traumatologisches Update 2017	Eine Veranstaltung unter dem Patronat des Interessenverbandes der Unfallchirurgen Sachsen-Anhalts e. V. Landesvorsitzender: Dr. med. Lutz Lindemann-Sperfeld (HELIOS Klinik Hettstedt) Stellvertreter: PD Dr. med. habil. Fred Draijer (Klinikum Magdeburg) Geschäftsführer: Dr. med. Holger Siekmann (Universitätsklinikum Halle/Saale)		
9.11.2017	10.11.2017	Frankfurt am Main	Kongress: Qualitäts- und Sicherheitsinitiative / Endoprothetik 2017	Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik GmbH		
10.11.2017	11.11.2017	Berlin	23. Fortbildungsseminar Handchirurgie der DGH	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
17.11.2017		Köln	Konfliktmanagement mit Aikido: Patientengespräche in Arztpraxis/MVZ	Frielingsdorf Consult GmbH	390,00	490,00
18.11.2017	19.11.2017	Wendisch Rietz	Grundlagen der Beatmung (BEA)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	625,00	625,00
23.11.2017		Hamburg	Ein Blick auf die Lunge	Lungenklinik Großhansdorf		
24.11.2017	25.11.2017	Köln	6. Jahreskongress der Deutschen Kniegesellschaft - Komplexe Kniechirurgie	Intercongress GmbH		
25.11.2017	26.11.2017	Wendisch Rietz	Intensivmedizinische Techniken kompakt (GIT)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	675,00	675,00
25.11.2017		Jena	4. Jenaer Gelenksymposium - Erkrankungen und Verletzungen des oberen und unteren Sprunggelenks			
30.11.2017	2.12.2017	Stuttgart	12. Jahrestagung der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH		
1.12.2017	2.12.2017	Hamburg	19. AE-Kongress - Endoprothetik zwischen Mechanik und Biologie	Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik GmbH		
2.12.2017		Stuttgart	16. Symposium der Sportklinik Stuttgart / Sporttraumatologie In Praxis und Klinik	Sportklinik Stuttgart		
3.12.2017	4.12.2017	Wendisch Rietz	Aortenchirurgie (GAC)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	850,00	850,00
6.12.2017	8.12.2017	Leipzig	17. Kongress der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)	K.I.T. Group GmbH		
8.12.2017	9.12.2017	Frankfurt am Main	Frankfurt MuskuloSkelettal 2017	Intercongress GmbH		
9.12.2017	10.12.2017	Wendisch Rietz	Grundlagen der Beatmung (BEA)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	625,00	625,00
16.2.2018	17.2.2018	Bonn	24. Fortbildungsseminar Handchirurgie der DGH	Intercongress GmbH		
17.2.2018	20.2.2018	Leipzig	47. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie		



Senior Experten Service (SES) sucht Nachwuchs aus der Chirurgie

PANORAMA

Im Ruhestand weltweit aktiv

Er kommt. Der Tag, an dem die Nachfolge geregelt und der Arbeitsplatz geräumt ist. Dann beginnt der Ruhestand. Und dann?

Dann heißt es, frei verfügbare Zeit zu gestalten. Manch einer wird reisen, der andere Rosen züchten, sein Klavierspiel, seine Rückhand oder auch sein Handicap verbessern. Der eine ist froh, dass er Praxis, Klinik oder Labor nur noch von außen sieht, der andere bedauert es und freut sich, hin und wieder eine Urlaubsvertretung übernehmen zu können.

Jeder wird den sogenannten dritten Lebensabschnitt anders verbringen. Es gibt eine Möglichkeit der nachberuflichen Betätigung, die allen offen steht, die ihre professionelle Erfahrung und ihr Fachwissen an andere weitergeben möchten: das ehrenamtliche Engagement als Expertin oder Experte des Senior Experten Service, kurz SES.



KORRESPONDIERENDE

AUTOREN:

**DR. MED. ELISABETH
SÜMMERMANN**

Fachbereich Medizin

**DR. MED. WOLF-RÜDIGER
DINGELS**

w.dingels@ses-bonn.de

**SENIOR EXPERTEN SERVICE
(SES)**

Stiftung der Deutschen Wirtschaft für
internationale Zusammenarbeit

Gemeinnützige Gesellschaft

Buschstr. 2

53113 Bonn

Tel.: 0228 26090-0

ses@ses-bonn.de

www.ses-bonn.de

Sümmermann E., Dingels R.: Senior Experten Service (SES) sucht Nachwuchs aus der Chirurgie. *Passion Chirurgie*. 2017 November, 7(11): Artikel 08_01.



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

ÜBER DEN SES

Der SES ist die größte deutsche Entsendeorganisation für ehrenamtliche Fach- und Führungskräfte im Ruhestand oder einer beruflichen Auszeit. Seit über 30 Jahren fördert der SES den Wissenstransfer von der älteren an die jüngere Generation – rund um den Globus und in allen Branchen. Anfang 2017 hat er den Weltdienst 30+ ins Leben gerufen und entsendet seither auch Berufstätige.

NACH DEM HARTEN KLINIKALLTAG WARTET DAS ABENTEUER

Zurzeit sind beim SES mehr als 12.000 Expertinnen und Experten aus allen beruflichen Richtungen registriert und bereit, ehrenamtliche Einsätze zu übernehmen. Aufwarten kann der SES mit Basis- und Spezialwissen aus Handwerk und Technik, Handel und Industrie, Dienstleistung und Vertrieb, Bildung und Wissenschaft, Verwaltung und öffentlichem Dienst.

DRINGEND GESUCHT

Im Bereich der Chirurgie in ihren vielen Ausprägungen ist der SES dringend auf Expertennachwuchs angewiesen. Immer häufiger wird Wissen aus diesem Gebiet nachgefragt und um die Entsendung hier spezialisierten Ärztinnen und Ärzten gebeten. Aus aller Welt melden sich Kliniken, Praxen, Universitäten und Gesundheitsstationen, die Unterstützung suchen.

Besonders viele Anfragen nach medizinischem Fachwissen und chirurgischen Verfahren gehen derzeit aus Asien ein, vor allem aus den zentralasiatischen Staaten Kasachstan, Turkmenistan und Usbekistan, aus der Mongolei oder auch aus China.

Chinesische Lehrkrankenhäuser etwa interessieren sich für Operationstechniken in der Abdominalchirurgie, Herz- und Gefäßchirurgie, Neurochirurgie, Thoraxchirurgie, Tumorchirurgie und alle minimalinvasiven und laparoskopischen chirurgischen Verfahren.

Turkmenische Kliniken fragen nach Weiterbildung in den Bereichen Endoprothetik, HNO-Chirurgie, interventioneller Kardiologie und Viszeralchirurgie. In Uganda werden besonders allgemeine Unfallchirurgen gesucht. Klinikorganisation und -abläufe sind in allen Regionen vielgefragtes Thema.



Abb.1: SES-Experte Prof. Dr. med. habil. Klaus Gellert in China

Der SES hat hier bereits mit den entsprechenden Fachleuten helfen können. Unter den entsandten Spezialisten waren beispielsweise Prof. Dr. med. habil. Klaus Gellert aus Berlin (Facharzt Allgemein-, Viszeral und Thoraxchirurgie), Dr. med. Peter Merkle aus Stuttgart (Allgemein- und Viszeralchirurgie), Dr. med. Wolfgang Titius aus Mayen (Facharzt für Chirurgie und Gesundheitsökonom) und Dr. med. Wilhelm Friedrich Ullrich aus Landsberg am Lech (Unfallchirurg), vier von etwa 180 SES-Expertinnen und -Experten aus der Chirurgie.

Gemessen zum Beispiel an 1.500 Fachleuten im gesamten Bereich des Gesundheitswesens, die dem SES ihr Wissen zur Verfügung stellen, ist die Chirurgie in der Expertendatenbank des SES damit recht schwach vertreten. Entsprechend herzlich willkommen ist jeder Neuzugang.

Dringend gesucht ist Expertise aus dem gesamten Bereich der Chirurgie: von A wie Augenchirurgie, G wie gynäkologische Chirurgie, über K wie Kardiochirurgie und O wie orthopädische Chirurgie, bis hin zu V wie Viszeralchirurgie und W wie Wirbelsäulenchirurgie.

VON DER REGISTRIERUNG BIS ZUM EINSATZ

Und so wird man Expertin oder Experte des SES: Der erste Schritt ist die Aufnahme in die SES-Expertendatenbank. Diesen Schritt kann jeder tun, der im Ruhestand oder einer beruflichen Auszeit (Urlaub, Sabbatical) einen ehrenamtlichen SES-Einsatz in seinem Fachgebiet übernehmen möchte, um anderen Menschen mit seinem Wissen bei der Verbesserung ihrer Zukunftsperspektiven zu helfen.

Nur eine kleine „administrative Hürde“ ist zu nehmen: Wer im Namen des SES tätig werden will, muss einen Registrierungsbogen ausfüllen und dabei möglichst detailliert über seine Qualifikationen und sein Spezialwissen Auskunft geben. Dieser Bogen steht auf der SES-Webseite www.ses-bonn.de zum Download bereit, kann aber selbstverständlich auch in Papierform angefordert werden – ein Telefonanruf zu den üblichen Bürozeiten genügt.

Dann liegt der Ball im Spielfeld des SES. Sobald er eine Einsatzanfrage erhält, befragt er seine Expertendatenbank und spricht gezielt die Fachleute an, zu deren Spezialwissen diese Anfrage passt. Alle Einzelheiten – von der Aufgabenstellung bis hin zum Einsatzzeitraum – werden im persönlichen Gespräch geklärt, bis die richtige Person gefunden ist.

IM RUHESTAND WELTWEIT AKTIV

Ein Einsatz im Ausland dauert im Schnitt drei bis sechs Wochen oder maximal ein halbes Jahr und wird bis in alle Einzelheiten vorbereitet. Der SES sorgt für den Versicherungsschutz und kümmert sich um die gesamte Reiseorganisation. Selbstverständlich entstehen seinen Expertinnen und Experten keine Kosten, auch gehen sie mit ihrer Registrierung keinerlei Verpflichtung zur Durchführung von SES-Einsätzen ein. Das alles gilt auch für Einsätze in Deutschland, die sich jedoch – stunden- oder tagesweise – meist über längere Zeiträume erstrecken.

Die Tätigkeit im Ausland bereichert auf ganz besondere Weise: sie bietet neue Perspektiven und Einblicke, interkulturelle Kontakte, fremde Kulturen und Lebensweisen.



Abb. 2: SES-Experte Prof. Dr. med. Peter Merkle in Bhutan

Senior Experten Service (SES)

Der SES – die Stiftung der Deutschen Wirtschaft für internationale Zusammenarbeit – ist die führende deutsche Entsendeorganisation für ehrenamtliche Fach- und Führungskräfte im Ruhestand oder einer beruflichen Auszeit (Weltdienst 30+). Der SES hat seinen Sitz in Bonn. Er wird bundesweit von 15 Büros und international von 180 Repräsentantinnen und Repräsentanten in 90 Ländern vertreten.

Zurzeit sind beim SES mehr als 12.000 Expertinnen und Experten registriert. Sie bringen das Fachwissen aus über 50 Branchen mit. Ihr Durchschnittsalter liegt bei 69 Jahren, der Frauenanteil bei 18 Prozent. Seit seiner Gründung im Jahr 1983 hat der SES mehr als 42.000 ehrenamtliche Einsätze in 160 Ländern durchgeführt, etwa ein Viertel davon in Deutschland.

Träger des SES sind die Spitzenverbände der deutschen Wirtschaft: der Bundesverband der Deutschen Industrie (BDI), die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), der Deutsche Industrie- und Handelskammertag (DIHK) und der Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH).

Finanzielle Unterstützung erhält der SES von der öffentlichen und der privaten Hand: vom Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ), vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), aus der Wirtschaft und von vielen unternehmensnahen Stiftungen.



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

Ein Serviceangebot des
Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V.

www.chirurgie-suche.de