

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

JOURNALISTENPREIS –
DIE GESCHICHTE HINTER
DER GESCHICHTE

im Fokus

KONGRESS-HIGHLIGHTS
2018

06 | II | 2018

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



GUT LEBEN AUF GESUNDEN BEINEN



VenaSeal™
Closure System



ClosureFast™
Endovenöses Radiofrequenz
Ablations-System

Krampfaden können auf eine ernsthafte Erkrankung des Venensystems hinweisen. Medtronic bietet zwei moderne Verfahren zur effektiven Behandlung an.

Closure Fast™ – Segmentale Radiofrequenz Ablation

Unsere innovative Lösung zur Behandlung von chronisch venöser Insuffizienz. Evidenzbasierte Studienergebnisse bestätigen die Vorteile des Verfahrens wie zum Beispiel:

- 94% Verschlussrate nach fünf Jahren
- Einfache Handhabung
- Weniger Schmerzen
- Schnelle Rekonvaleszenz

VenaSeal™ – Closure System

Nicht-thermisches, tumensenzfreies Verfahren, das Patienten eine schnellere Rückkehr zu normalen Aktivitäten im Alltag ermöglicht:

- Keine Infiltrationseinstiche - weniger Schmerzen
- Vermeiden von thermisch induzierten Nebenwirkungen
- Kompressionstherapie ist nicht erforderlich
- Drei klinische Studien bestätigen die Evidenz

Krampfaden modern therapiert –

Einblick in unser Verfahren gibt Ihnen die Hospitation „Von der Diagnose bis zur Behandlung“:

09./10. Oktober 2018, 16 Uhr bis 14 Uhr
MVZ Regiomed Rothenburg o.d.T.
Dr. Markus Zoller

Neugierig geworden? Kontaktieren Sie
Thorsten Bassler-Hollenbach
Telefon: 0800-0868 700
E-Mail: endovenous.de@medtronic.com

2018

Kongress-Highlights



**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)
Luisenstr. 58/59,
10117 Berlin
praesident@bdc.de,
h-jmeyer@dgch.de

Auch in diesem Jahr können wir wieder auf erfolgreiche Kongresstage zurückblicken: Auf den 135. Kongress der DGCH in Berlin und den etwas „jüngeren Vertreter“, den 25. Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg. Ich möchte die Gelegenheit nutzen und noch einmal allen Organisatoren, Referenten, Besuchern und Ausstellern für die Ausgestaltung beider Kongresse danken, denn ohne sie wäre ein solcher Erfolg nicht möglich gewesen.

Beim diesjährigen Jubiläum des Bundeskongress Chirurgie Ende Februar standen die Auswirkungen des Koalitionsvertrages für niedergelassene Chirurgen im Vordergrund der politischen Diskussionen. Die Bedeutung und Gestaltung der sektorenübergreifenden Versorgung war ebenfalls wichtiges Thema. Der BDC hat gemeinsam mit dem BNC und BAO ein umfangreiches Fortbildungsprogramm zusammengestellt. Das Hauptaugenmerk beim Angebot an Fachvorträgen und Workshops lag ganz klar auf der praktischen Fortbildung unter dem Motto „How I do it“. Aber auch globale Themen wie „Ein Blick in die Zukunft des OP-Saals“ wurden in Sitzungen angesprochen. Einige ausgewählte Inhalte vom Bundeskongress können Sie in dieser Ausgabe nachlesen, so auch „Die Geschichte hinter der Geschichte“ von Nataly Bleuel, der diesjährigen Gewinnerin des Journalistenpreises der Deutschen Chirurgen, der in Nürnberg verliehen worden ist.

Der 135. Kongress der DGCH stand in diesem Jahr unter dem Motto „Tradition – Innovation

– Globalisierung“. Es ist kaum möglich aus diesen vier Kongresstagen bei insgesamt 950 eingereichten Abstracts die zahlreichen Highlights für diese Ausgabe im Einzelnen als Kongressnachlese darzustellen. Daher haben wir mit verschiedenen Beiträgen vom Organspendelauf, bis hin zu den Themen Arztassistenten, chirurgischer Nachwuchs sowie Europäische Referenznetzwerken, Integration von ausländischen Mitarbeitern und einigen Kongress-Reden

u. a. in der Rubrik DGCH INTERN versucht, eine „bunte Mischung“ zusammenzustellen, welche punktuell die Kongressinhalte widerspiegeln.

Gerade im Rückblick auf die beiden Kongresse möchte ich hervorheben, dass sich besonders in der wissenschaftlichen und berufspolitischen Entwicklung unseres Berufs – auch um zukünftig Nachwuchs für unser Fach

zu begeistern – nur ein gemeinsames Auftreten und Vorgehen Beachtung finden kann. Wir müssen also innerhalb der verschiedenen Fachgesellschaften gemeinsam auch mit dem Berufsverband Lösungsansätze für die zahlreichen übergreifenden Probleme suchen, aber auch gleichzeitig stets mit allen Anstrengungen für unseren besonderen Beruf eintreten. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen viel Freude bei der Lektüre und hoffe, Sie bereits jetzt für die Besuche der kommenden Kongresse motivieren zu können, da bekanntermaßen nach dem Kongress jeweils wieder vor dem Kongress ist.

Ihr H.-J. Meyer



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 (V.i.S.d.P.)
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg (dr.rueggeberg@t-
online.de)
Dr. rer. pol. Ronny Dittmar (ronny.dittmar@bdc.de)
Karin Kammerer (Tel.: +49 (0) 30 28004-202 |
passion_chirurgie@bdc.de)
Julia Weilbach

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/StGrafix, Teaserfotos von iStock
oder von den Autoren.

ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

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



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

Auflösung Gewinnspiel Q1/2018:

Kaiserschnitt

EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

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

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

BDC IM WEB 2.0:



6



22

INHALT

1 EDITORIAL

1

im Fokus KONGRESS-HIGHLIGHTS 2018

H.-J. Meyer

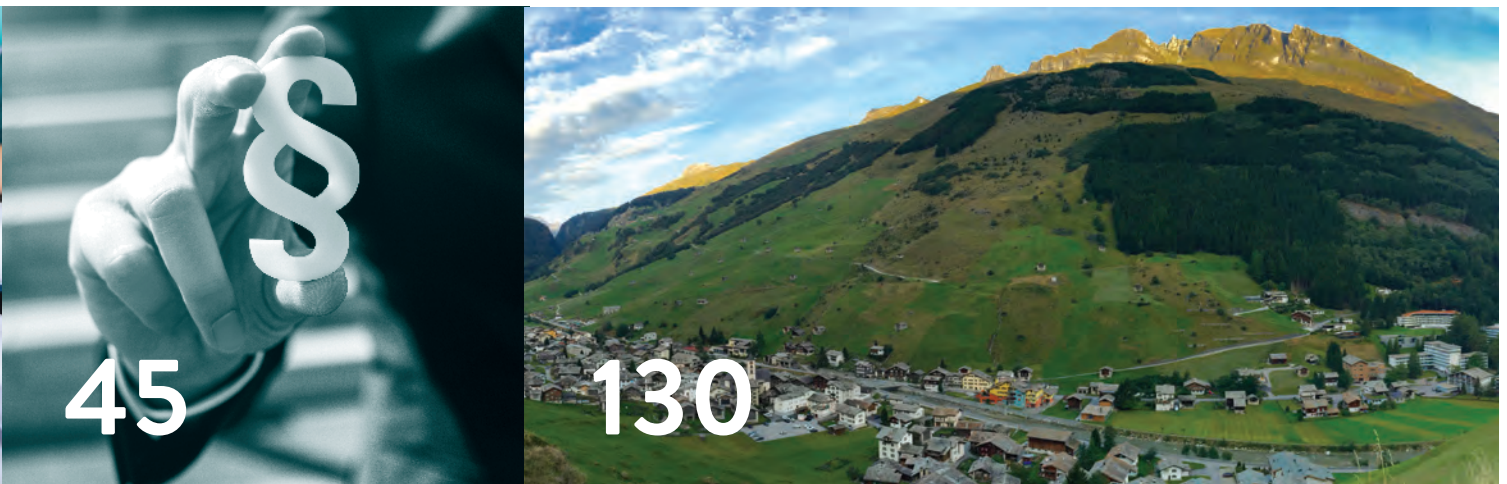
4 SCHAUFENSTER

6 CHIRURGIE

- 6 Herniennotfälle – wer ist tatsächlich
gefährdet? *R. Lorenz, F. Köckerling*
- 14 Muss eine Blinddarmentzündung bei Kindern noch
operiert werden? *B. Tillig*
- 19 Ein Blick in die Zukunft des OP-Saals *J. Weilbach*

22 CHIRURGIE⁺

- 22 Masterplan Medizinstudium 2020 – Was bedeutet er
für Lehre und Prüfungen?
B. Kütting, J. Jünger, N. Senninger
- 26 Nachwuchssitzungen auf dem DGCH-Kongress
S. O. Faber, B. J. Braun
- 30 Webinar-Termin im Juli: Benigne
Schilddrüsenerkrankungen
- 31 Integration von ausländischen Mitarbeitern – Kliniken
zwischen Freude und Frust *M. Patrzyk, H.-J. Kock*
- 36 Prämienanpassung in der Allgemeinen
Haftpflichtversicherung *T. Brozio*
- 39 Hygiene-Tipp: Händedesinfektionsmittel – Künftig
auch Biozide möglich *W. Popp, K.-D. Zastrow, J. Gebel*



42 **Rezension:** Allgemein- und Viszeralchirurgie essentials *H. J. Schlitt*

43 Personalia

45 RECHT

45 Update 2018: Honorararzt und Antikorruption *O. Butzmann, J. Heberer*

48 Frage & Antwort: Änderung an der Eingriffseinwilligung zur OP durch Datenschutzgrundverordnung *J. Heberer*

49 GESUNDHEITSPOLITIK

49 Arztassistenten: Die Rolle des Physician Assistant im Krankenhaus

51 Sektorübergreifende Versorgung – Mehr als nur ein Schlagwort? *J.-A. Rüggeberg*

53 Europäische Referenznetzwerke für Seltene Erkrankungen und die Zentralisierung in Deutschland *L. Wessel*

57 INTERN

57 DGCH

57 Kommentar des Generalsekretärs *H.-J. Meyer*

61 Nachlese Chirurgenkongress 2018

62 Präsidentenrede *J. Fuchs*

69 Bildergalerie zur Eröffnungsveranstaltung

71 Ehrungen, Preisverleihungen und Vergabe von Stipendien

74 Wahl des Präsidenten 2020/2021 *M. Ehrenfeld*

75 „Damenrede“ *M. Anthuber*

79 Impressionen vom DGCH-Kongress 2018

82 Organspendelauf 2018 *A. Schmidt*

83 Einladung zum 136. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie *M. Anthuber*

86 Protokoll der DGCH-Mitgliederversammlung 2018

89 Ausschreibung Preise und Stipendien 2019

91 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

96 Fachgesellschaften erinnern an das Schicksal jüdischer Chirurgen

98 **Rezension:** Zugueignet – Medizinische und andere Erinnerungen aus fünf Jahrzehnten

99 Abschiedsrede für Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Köle im Grazer Dom

101 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

105 DGCH-Präsidium ab 1. Juli 2018

109 BDC

109 20 Jahre „Gemeinsam stark“ *J. Weilbach*

112 Patientensicherheit durch bessere intersektorale Zusammenarbeit

113 Protokoll der BDC-Mitgliederversammlung 2018

116 Schlank und professionell: Die neue Satzung des BDC *J.-A. Rüggeberg*

117 Beim BDC sind Ihre Daten in guten Händen

118 BDC|Landesverbände

120 Termine BDC|Akademie

124 Fachexkursion nach Moskau und St. Petersburg – Roboterassistierte Chirurgie

130 PANORAMA

128 Journalistenpreis – Die Geschichte hinter der Geschichte *N. Bleuel*

132 Bilderrätsel

Chirurgen und Pflegerat fordern steuerfinanziertes Sofortprogramm für Pflege

Immer häufiger müssen Operationssäle leer stehen und Intensivbetten gesperrt werden, weil in den Kliniken das Fachpersonal fehlt. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und der Deutsche Pflegerat e.V. (DPR) fordern daher in einer gemeinsamen Stellungnahme ein steuerfinanziertes Sofortprogramm zur Schaffung von 50.000 Planstellen für Pflegepersonal, eine bessere Vergütung und eine Umsetzung von Personalschlüsseln, die Schweregrade bei der Versorgung flexibel berücksichtigen. Über die aktuelle Situation und den notwendigen Änderungsbedarf informieren Experten auf einer Pressekonferenz anlässlich des 135. Chirurgenkongresses in Berlin.

In Deutschland arbeiten derzeit etwa 384 000 Pflegefachpersonen. Viel zu wenige, wie Experten feststellen, die klinisch tätig sind. So sollte eine Pflegekraft auf Intensivstationen maximal zwei Patienten betreuen, bei schwerem Organversagen sogar nur einen Erkrankten. „In der Realität liegt dieses Verhältnis jedoch nachts oft bei 1:3“, stellt DGCH-Präsident Professor Dr. med. Jörg Fuchs fest. Das habe zu hohen physischen und psychischen

Belastungen bei den Pflegenden geführt, mit hohen Ausfallzeiten und der Tendenz, den Beruf ganz zu verlassen. „Es dauert mittlerweile mehr als fünf Monate, eine freie Stelle in der Pflege zu besetzen“, berichtet Franz Wagner, Präsident des DPR. Nach Einschätzung des DPR fehlen in Deutschland in den Krankenhäusern aktuell mindestens 50 000 Pflegefachpersonen. „Wir müssen Operationen absagen, weil die pflegerische Versorgung vor, während und nach dem Eingriff nicht gewährleistet werden kann“, betont Fuchs. „Ganze Stationen werden wegen Pflegepersonal mangels gesperrt“, ergänzt Wagner, „und die Reaktionszeit bei Schmerzen ist leider oftmals viel länger als wünschenswert.“

Auch in den OP-Sälen bestimmen zunehmend personelle Engpässe die Situation. „Immer häufiger fehlen operationstechnische, chirurgisch-technische und anästhesietechnische Assistenten“, kritisiert Fuchs. „Der Chirurg kann ja nicht allein operieren, wir müssen die Eingriffe dann verschieben.“

Mehr lesen:

www.bit.ly/2rgqXTR

STUDIUM

6. Chirurgische Woche für Studierende



Zum sechsten Mal findet vom 08. bis 12. Oktober die Chirurgische Woche des Universitätsklinikum Tübingen statt – initiiert durch die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie und den Berufsverband der Deutschen Chirurgen. Studierende können sich jetzt bewerben.



Diese und aktuelle Nachrichten finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de).

Infos zur Bewerbung: www.bit.ly/2w3vG0T

UMFRAGE

**Schnittstellenmanagement
zwischen Chefärzten und
Geschäftsleitungen**

2018

Mit der Umfrage will der BDC den Status quo erheben, Vergleiche zu den Umfrageergebnissen 2012 durchführen und auf Basis der Ergebnisse weitere Strategien für die berufspolitische Arbeit entwickeln. Es soll ein Umdenken eingeleitet werden, das eine Kooperation auf Augenhöhe zum Wohle der Patienten zum Ziel hat. Nur gemeinsam können die Herausforderungen der Zukunft im Gesundheitssystem gemeistert werden. Deshalb ist es wichtig, dass möglichst viele leitende Ärzte an dieser Umfrage teilnehmen, um ein realistisches Bild von der aktuellen Situation zu erhalten. Vielen Dank!

Zur Umfrage:
www.bit.ly/2HJndoK



HYGIENE



Hygiene-Filme: KAMPF DEM KEIM

Das Krankenhaus Bethel Berlin macht allen Kliniken im deutschsprachigen Raum ein außergewöhnliches Geschenk: Fünf Videos zur Krankenhaushygiene, die völlig frei von Lizenzgebühren zur Aufklärung und Schulung von Mitarbeitern, Patienten und Besuchern verwendet werden können – ohne jegliche Werbung. Damit können auch KMU-Krankenhäuser, die sich keine aufwändige Video-Produktion oder teure Lizenzen leisten können, ihre Mitarbeiter, Patienten und Besucher unterhaltsam auf das Thema aufmerksam machen.

Mehr lesen: www.bit.ly/2l6PagI

Mastertrainer- programm für die strukturierte Weiterbildung

Das Mastertrainermodell beschreibt ein klassisches Train-the-Trainer-Konzept kombiniert mit einem Schneeballsystem zur dezentralen Verbreitung. Dabei werden erfahrene Weiterbilder in einem ersten Schritt zu Mastertrainern ausgebildet und in der Anwendung einfacher Instrumente zur Strukturierung der Facharztweiterbildung in ihren Einrichtungen geschult.

Aktuelle Termine:
www.bit.ly/2rfqQZD

BUNDESKONGRESS
CHIRURGIE

Hernien- chirurgie





Dr. med. Ralph Lorenz

1. Vorsitzender des Landesverbandes
BDC|Berlin
Vorstandsmitglied der Europäischen
Herniengesellschaft (EHS)
2. Vorsitzender der Deutschen
Herniengesellschaft (DHG)
Praxis 3+CHIRURGEN
Klosterstrasse 34/35
13581 Berlin
lorenz@3chirurgen.de



**Prof. Dr. med. Ferdinand
Köckerling**

Department für Allgemein-, Viszeral-
und Minimalinvasive Chirurgie
Vivantes Klinikum Spandau
Neue Bergstrasse 6
13585 Berlin

Lorenz R, Köckerling F: Herniennotfälle – wer ist
tatsächlich gefährdet? *Passion Chirurgie*. 2018
April, 8(04): Artikel 03_01.



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

Herniennotfälle – wer ist tatsächlich gefährdet?

Bei jeder Diagnosestellung einer Hernie wird im Rahmen der Operationsaufklärung vom Chirurgen auf die Gefahr einer Einklemmung (Inkarzeration) der Bauchorgane hingewiesen. Typische Komplikationen der Einklemmung stellen Ileus und Darmwandperforationen dar. Vor diesem Hintergrund ist es tägliche Praxis bei der Diagnosestellung einer Hernie sofort zu einer Operation zu raten. Dementgegen warten doch zahlreiche Patienten bisweilen Jahre bis sie sich zu einer Operation entschließen. In den letzten Jahren wurde insbesondere bei jüngeren Patienten mit asymptomatischen Leistenhernien die Option *Watchful Waiting* diskutiert (Fitzgibbons 2006, O'Dwyer 2006). In weiteren Nachuntersuchungen wurde jedoch ebenso festgestellt, dass die Mehrheit der asymptomatischen Patienten in den ersten zwei Jahren nach Diagnosestellung doch Beschwerden entwickelten und daraufhin auch operiert wurden (Fitzgibbons 2013).

Wir haben die Daten des Deutschen Hernienregisters Herniamed im Jahr 2017 analysiert, um zu prüfen wie hoch die Notfallgefahr tatsächlich ist und insbesondere welche Patientengruppen und welche Hernienarten besonders gefährdet sind.

In der wissenschaftlichen Literatur findet man zahlreiche Fallberichte oder Fallserien über Inkarzerationen insbesondere bei seltenen Hernien wie beispielsweise Obturatorhernien, Spiegelh'ernien, Bochdalek'ernien

und Lumbale Hernien. Primäre Ventralhernien scheinen entsprechend einer ersten Analyse der Herniamed-Daten 2014 deutlich häufiger von Notfalleingriffen betroffen zu sein als Leistenhernien. Der Anteil an Notfalleingriffen mit Darmbeteiligung ist jedoch bei allen Hernien äußerst gering (**Tab.1**).

In einer detaillierten Untersuchung haben wir 2017 die Herniamed-Datensätze von 212.591 Leistenhernien-Patienten mit komplettem ein-Jahres Follow-Up statistisch ausgewertet. Dabei haben wir alle Notfalleingriffe mit den Elektiveingriffen sowohl bei Frauen als auch bei Männern miteinander verglichen.

Bei Leistenhernien besteht demnach ein Anteil von ca. 2,5 Prozent Notfalleingriffen. Dies deckt sich mit internationalen Daten. Es bestehen jedoch erhebliche Geschlechtsunterschiede. Das Notfallrisiko scheint bei Frauen erheblich höher zu sein als bei Männern. Der Notfalleingriffsanteil liegt bei Frauen mehr als fünf Mal so hoch wie bei Männern (**Tab.2**).

ABER WELCHE HERNIENPATIENTEN UND HERNIENARTEN SIND BESONDERS BETROFFEN?

Im direkten Vergleich von Elektiv- und Notfalleingriffen fällt auf, dass überwiegend ältere Patienten bei Notfällen betroffen sind (**Abb.1, 2**).

Tab. 1: Notfalleingriffe bei primären Hernien

(Herniamed Daten 2014)

Hernienart	Notfälle	Notfälle mit Darmbeteiligung
Inguinal	3,06 %	0.30 %
Umbilical	7,67 %	0.36 %
Epigastrisch	7,88 %	0.32 %
Alle Hernien	4,06 %	0.38 %

Tab.2: Geschlechtsverteilung der Notfalleingriffe bei Leistenhernien

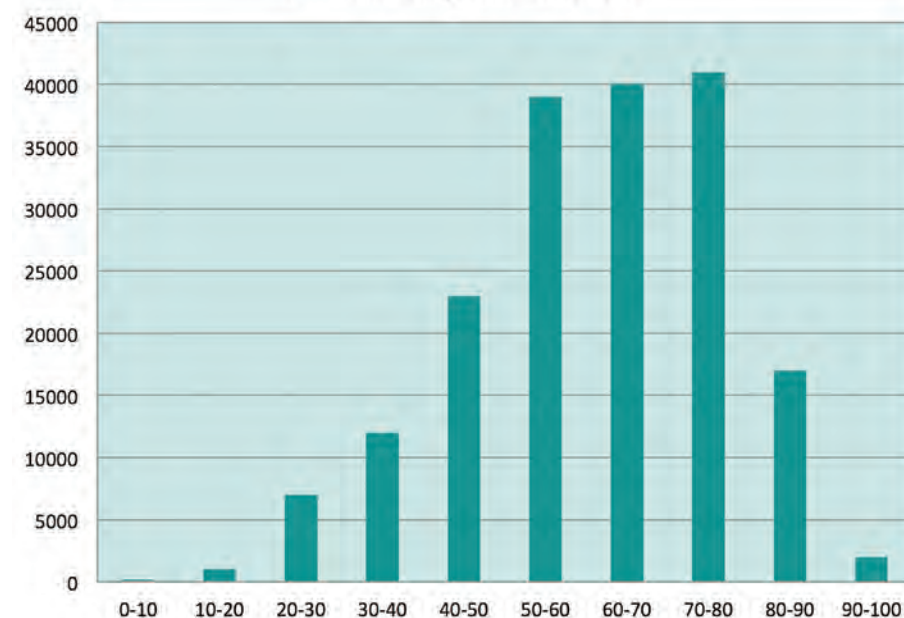
	Männer		Frauen	
	N	%	N	%
Elektiveingriffe	183.901	98,4	23.481	91,9
Notfalleingriffe	3.135	1,6	2.074	8,1

Es zeigt sich bei Frauen, dass fast die Hälfte der Notfälle durch femorale Hernien hervorgerufen wird (**Abb.4**). Bei Männern sind die größten Unterschiede zwischen Elektiv- und Notfalleingriffen bei Skrotal- und Femoralhernien zu verzeichnen (**Abb.3**). Die weiteren Statistiken zeigen auch dass die Herniengrößen bis drei Zentimeter häufiger zu Notfällen führen als größere Bruchlückendurchmesser.

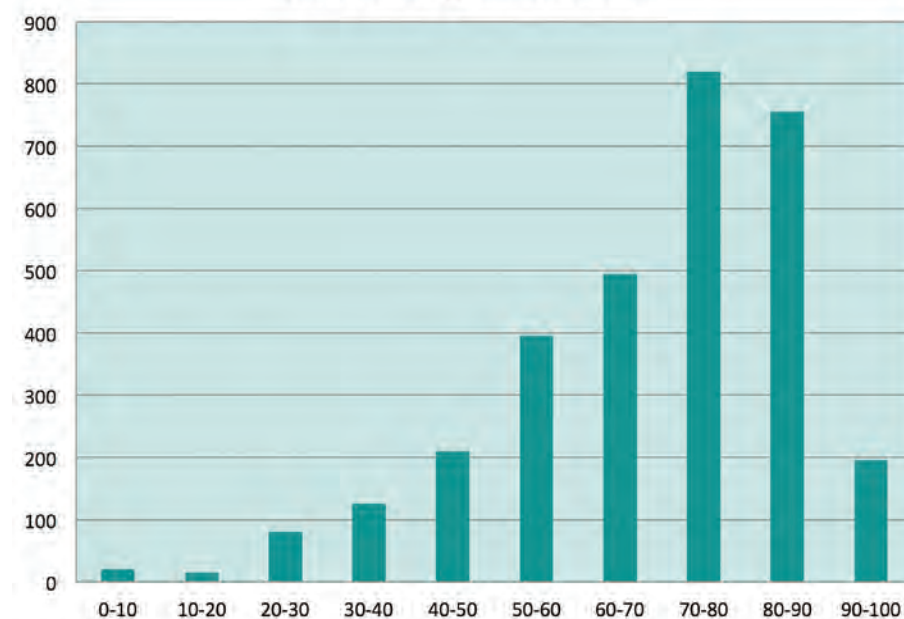
WELCHE VORTEILE BESTEHEN BEI OFFENEM ODER ENDOSKOPISCHEM VORGEHEN?

Grundsätzlich bietet der offene Zugangsweg zwar einen einfachen und sicheren Zugangsweg jedoch ist eine Beurteilung des Darmes bei endoskopischem Vorgehen deutlich besser möglich. Ebenso ist eine Reposition des Darmes aus der Bruchpforte unter visueller Kontrolle ein eindeutiger Vorteil des endoskopischen Zugangsweges.

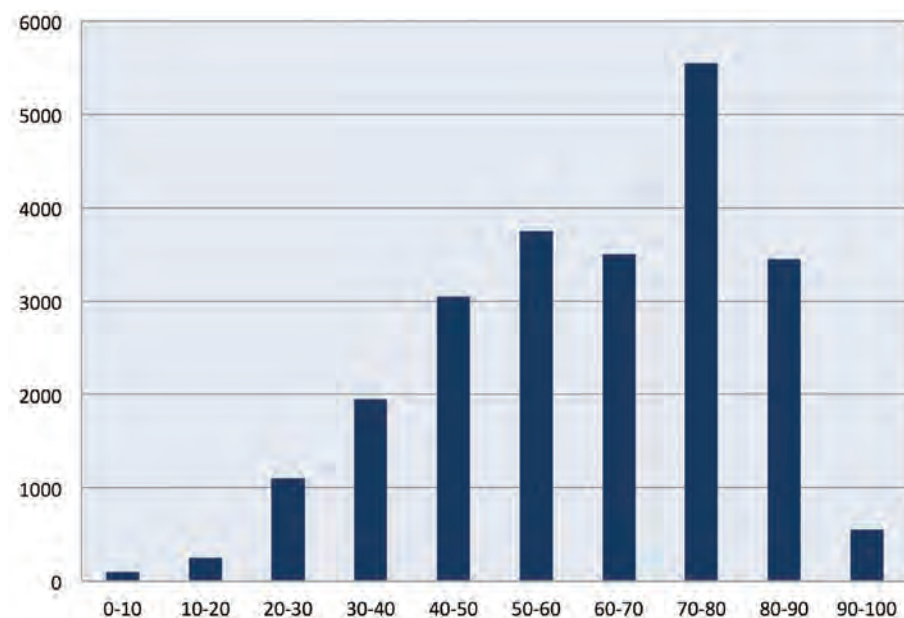
Elektiveingriffe Männer

**a. Elektiveingriffe**

Notfalleingriffe Männer

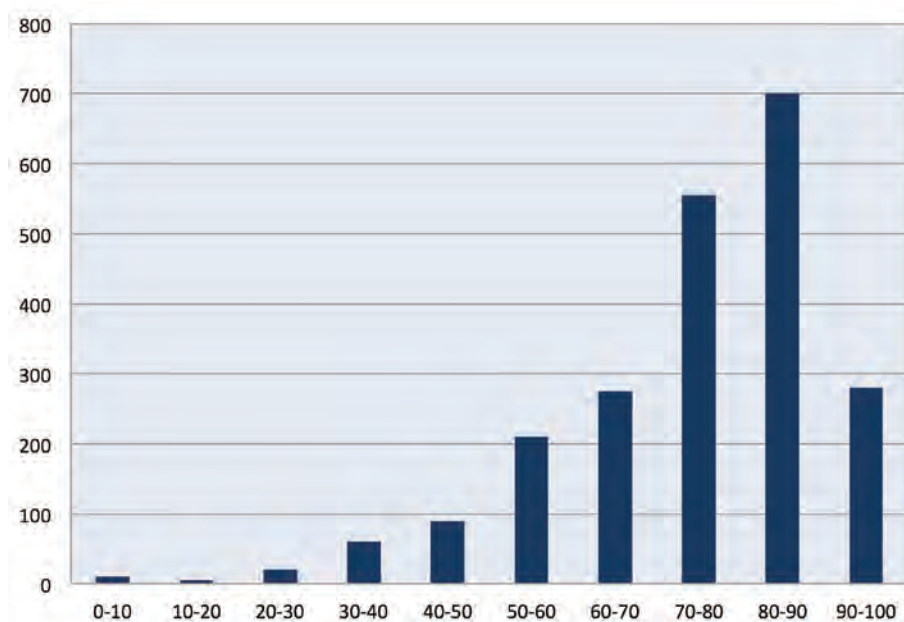
**b. Notfalleingriffe****Abb. 1:** Altersverteilung bei a. Elektiv- und b. Notfalleingriffen bei Männern

Elektiveingriffe Frauen



a. Elektiveingriffe

Notfalleingriffe Frauen



b. Notfalleingriffe

Abb. 2: Altersverteilung bei a. Elektiv- und b. Notfalleingriffen bei Frauen

Wie werden Notfallhernien in Deutschland operativ versorgt?

Werden die Vorteile des endoskopischen Zugangs in der täglichen Routine tatsächlich genutzt? Die Realität scheint hier entgegengesetzt zu sein. In Deutschland werden Notfall-eingriffe häufiger offen operiert und auch auffällig häufig ohne Netz operiert (**Tab. 3, 4**).

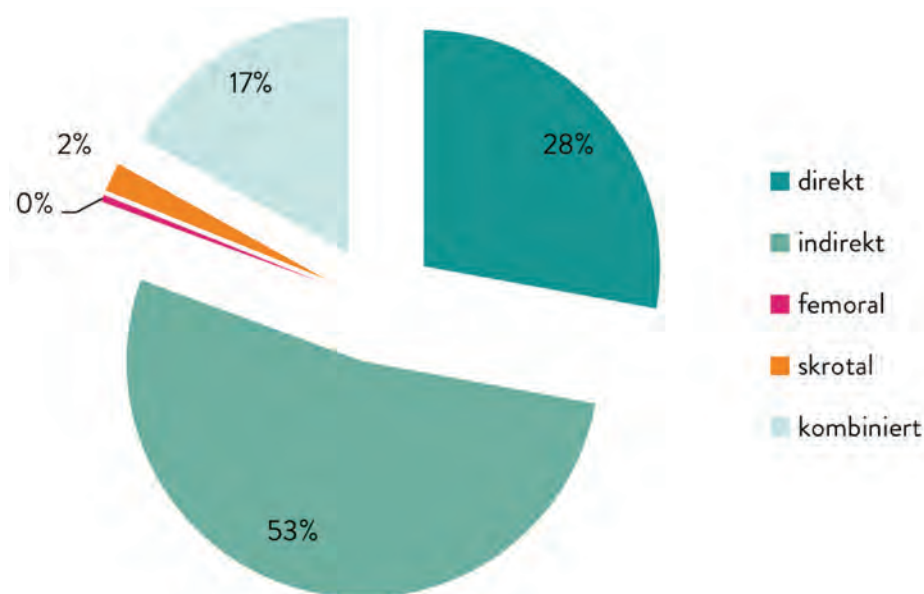
Tab. 3: Verteilung der Operationsmethoden bei Notfall- und Elektiveingriffen bei Männern

	Notfalleingriffe		Elektiveingriffe	
	N	%	N	%
TAPP	770	23,4	105.373	46,4
TEP	294	8,9	67.684	29,8
Lichtenstein	1.732	52,6	44.881	19,8
Shouldice	141	4,3	2.416	1,1
Plug	38	1,2	1.740	0,7
Bassini	73	2,2	132	0,06
GILBERT	6	0,2	2.290	1,0
TIPP	21	0,6	986	0,4
Bruchsackverschluss	78	2,4	0	0
Sonstige	137	4,2	1.701	0,7
	3.290		227.203	

Tab. 4: Verteilung der Operationsmethoden bei Notfall- und Elektiveingriffen bei Frauen

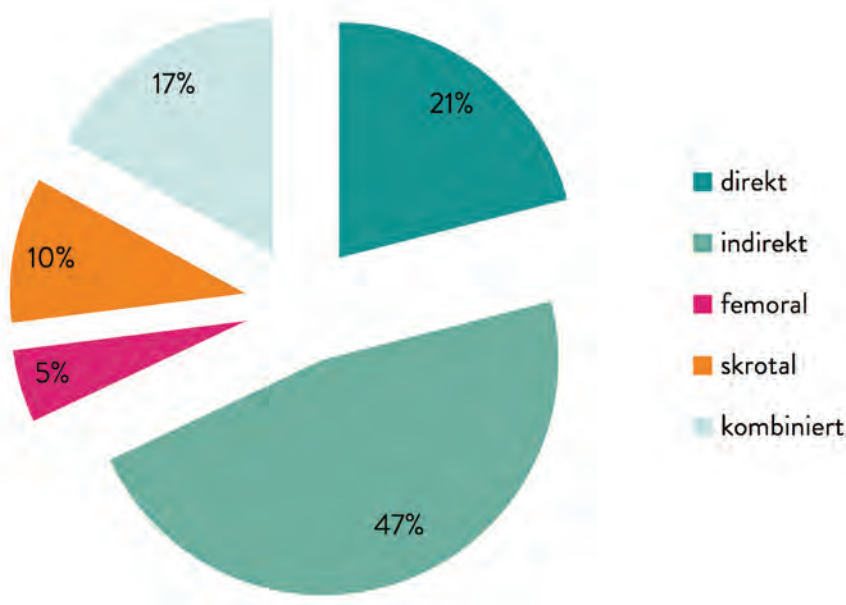
	Notfalleingriffe		Elektiveingriffe	
	N	%	N	%
TAPP	557	25,9	12.651	47,3
TEP	137	6,4	6.578	24,6
Lichtenstein	556	25,9	5.067	18,9
Shouldice	118	5,5	1.049	3,9
Plug	47	2,2	251	0,9
Bassini	65	3,0	113	0,4
GILBERT	4	0,2	275	1,0
TIPP	32	1,5	247	0,9
Bruchsackverschluss	147	6,8	0	0
Sonstige	483	22,5	539	2,0
	2.146		26.770	

Elektiveingriffe Männer



a. Elektiveingriffe

Notfalleingriffe Männer



b. Notfalleingriffe

Abb. 3: Vergleich der Hernienarten bei Elektiv- und Notfalleingriffen bei Männern

In zahlreichen wissenschaftlichen Studien wird der Einsatz von Fremdmaterialien selbst im Falle von Dünndarmresektionen empfohlen (Kamto 2014, Wysocki 2014, HerniaSurge 2018). Dennoch verhalten sich die deutschen Chirurgen derzeit bei Notfällen zurückhaltender bezüglich der Verwendung von Fremdmaterialien. Notfalleingriffe sollten entsprechend den aktuellen HerniaSurge Leitlinien stets unter Single-Shot-Antibiose erfolgen (HerniaSurge 2018).

ZUSAMMENFASSUNG

Der Anteil der Notfalleingriffe bei Leistenhernien liegt bei ca. 2,5 Prozent. Primäre Ventralhernien, wie epigastrische und Nabelhernien haben einen Anteil von über 7 Prozent.

NOTFÄLLE TRETEN BESONDERS HÄUFIG AUF ...

- bei Frauen
- im höheren Lebensalter
- und bei femoralen Hernien

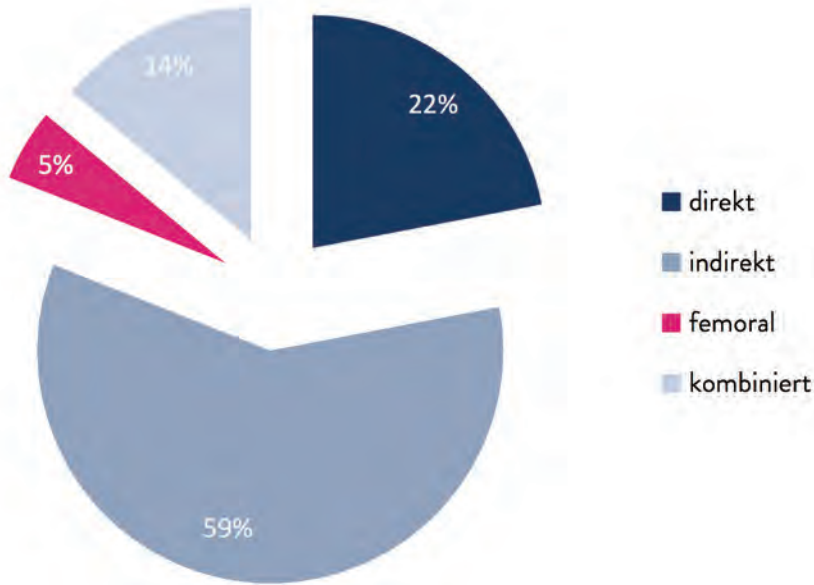
Die Vorteile der Laparoskopie im Rahmen der Notfalleingriffe werden derzeit in Deutschland noch nicht genutzt.

Nach den derzeitigen wissenschaftlichen Daten ist der Einsatz von Netzmaterialien auch bei Notfalleingriffen selbst mit Dünndarmresektion möglich. Notfalleingriffe sollten immer unter Single-Shot-Antibiose erfolgen.

LITERATUR

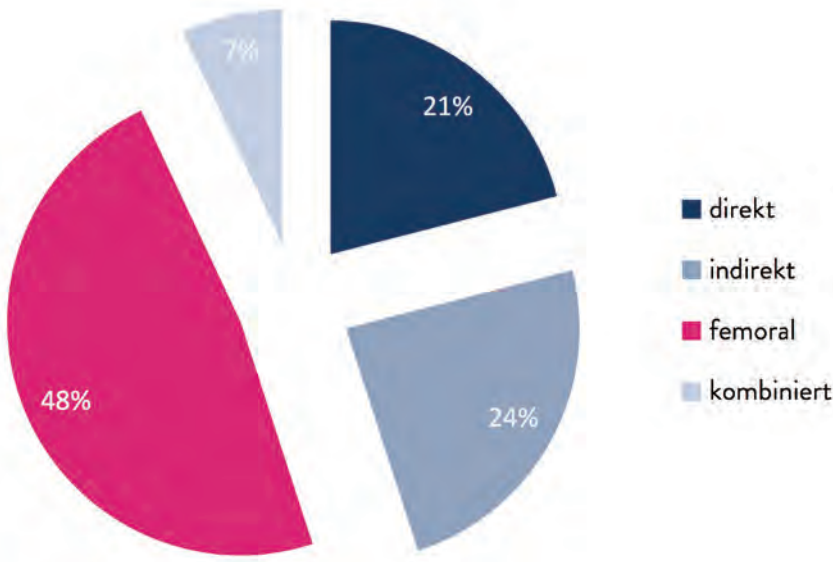
Fitzgibbons RJ, Giobbie-Hurder A, Gibbs JO et al. Watchful waiting vs repair of inguinal hernia in minimally symptomatic men: a randomized clinical trial. JAMA. 2006;295(3):285-292.

Elektiveingriffe Frauen



a. Elektiveingriffe

Notfalleingriffe Frauen



b. Notfalleingriffe

Abb. 4: Vergleich der Hernienarten bei Elektiv- und Notfalleingriffen bei Frauen

Fitzgibbons RJ Jr, Ramanan B, Arya S, Turner SA, Li X, Gibbs JO, Reda DJ. Long-term results of a randomized controlled trial of a nonoperative strategy (watchful waiting) for men with minimally symptomatic inguinal hernias. *Ann Surg.* 2013 Sep;258(3):508-15.

HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia.* 2018 Jan 12: 1-165. doi: 10.1007/s10029-017-1668-x. [Epub ahead of print] PMID: 29330835

Kamto G Effectiveness of mesh hernioplasty in incarcerated inguinal hernias. *Wideochir Inne Tech Malo Inwazyjne.* 2014 Sep;9(3):415-9.

O'Dwyer PJ, Norrie J, Alani A, Walker A, Duffy F, Horgan P. Observation or operation for patients with an asymptomatic inguinal hernia: a randomized clinical trial. *AnnSurg.* 2006;244(2):167-173.

Wysocki A, Short- and long-term outcomes of incarcerated inguinal hernias repaired by Lichtenstein technique, *Wideochir Inne Tech Malo Inwazyjne.* 2014 Jun;9(2):196-200

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



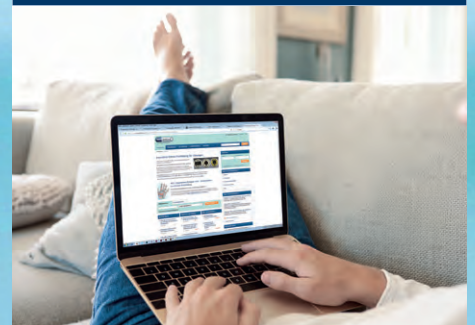
Die umfangreiche Mediathek der DGCH mit fachlichen Fortbildungsvideos ist nun auch für BDC-Mitglieder kostenfrei zugänglich.

Von Chirurgen für Chirurgen – praxisnäher lässt sich Fortbildung nicht darstellen. Es können auch eigene Fortbildungsfilme eingereicht werden!

mediathek
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

www.mediathek-dgch.de

[eCME-CENTER]



Über 600 strukturierte Fortbildungsmodulen 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

DGCH-KONGRESS

Blinddarm- entzündung

Muss eine Blinddarmentzündung bei Kindern noch operiert werden?

Bereits vor ca. drei Jahren wurde in der Fachliteratur eine wissenschaftliche Pilot-Studie veröffentlicht, die zeigte, dass es offensichtlich möglich ist, bei Kindern die Blinddarmentzündung (Appendizitis) ohne Operation und nur mithilfe von Antibiotika sicher zu behandeln [1]. Diese Untersuchungen wurden an dem renommierten Astrid Lindgreen Kinder-Hospital der Karolinska Universität in der schwedischen Hauptstadt, Stockholm, durchgeführt. Damit wurde das lang bestehende Paradigma erschüttert, dass ein akut entzündeter Blinddarm unverzüglich und dringend mit einer Operation entfernt werden muss. Natürlich haben diese und inzwischen weitere internationale Studien, in denen die operative Behandlung mit der nicht operativen Antibiotikabehandlung bei

akuten Appendizitis verglichen wurde, in medizinischen Kreisen viel Diskussion hervorgerufen. Die Ergebnisse dieser Studien scheinen allerdings bisher wenig Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit hervorgerufen zu haben. Aktuell werden Komplikationen in der Behandlung der akuten Appendizitis von der Öffentlichkeit und vor allem auch von juristischer Seite noch vorwiegend allein auf eine zu späte Operation zurückgeführt, was allerdings meist wissenschaftlich widerlegt werden kann. Aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie sind Information und Aufklärung der Öffentlichkeit über den aktuellen Erkenntnisstand zur Behandlung der akuten Blinddarmentzündung und ganz besonders der oft unklaren und dabei sehr raschen Verläufe dieser Erkrankung bei





Prof. Dr. med. Bernd Tillig
Stellvertretender Präsident der
Deutschen Gesellschaft für
Kinderchirurgie
Chefarzt und Direktor der
Klinik für Kinderchirurgie,
Neugeborenenchirurgie und
Kinderurologie
Ärztlicher Leiter des Vivantes MVZ
Prenzlauer Berg Vivantes Klinikum
Neukölln
Rudower Straße 48
12351 Berlin

Tillig B. Muss eine Blinddarmentzündung bei Kindern noch operiert werden?
Passion Chirurgie. 2018 Januar, 8(06):
Artikel 03_02.



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

Kindern erforderlich, um die Vertrauensbasis zwischen Chirurgen und Patienten bzw. deren Eltern und Angehörigen nicht zu gefährden.

Die antibiotische Behandlung der akuten Appendizitis ist nicht neu. Sie gehört seit langem vor und nach der Operation zum üblichen Vorgehen. In den Fällen mit einer sogenannten komplizierten, das heißt perforierten Appendizitis, bei denen der Blinddarm bereits geplatzt (perforiert) ist, die Entzündung auf den Bauchraum übergegriffen und sich ein Abszess gebildet hat, ist die primäre und alleinige Antibiotikatherapie eine bereits etablierte Behandlungsoption.

In mehreren internationalen Studien wurden nun die Ergebnisse der operativen mit denen nach konservativer Behandlung der akuten Appendizitis wissenschaftlich verglichen. Nach konservativem Vorgehen nur mit Antibiotika bei unkomplizierter Appendizitis (nicht perforiert) wurde eine Misserfolgsrate von bis zu 40 Prozent ermittelt, wobei in bis zu 30 Prozent der Fälle in der Folgezeit wieder eine Blinddarmentzündung auftrat (Rezidiv). Bei der konservativen Antibiotikabehandlung der komplizierten Appendizitis (perforiert mit Abszess) wurden eine Misserfolgsquote von bis zu 20 Prozent und eine Rezidivrate von über 30 Prozent festgestellt. Im akuten Stadium traten bei der konservativen Behandlung weniger Komplikationen als nach der primär operativen Behandlung auf [2-6].

Diese aktuellen Studien zeigten aber vor allem auch, dass der Ultraschalluntersuchung vor allem bei Kindern neben der klinischen Untersuchung der größte diagnostische Wert zukommt. Nach aktuellen Studien ist es möglich, den Wurmfortsatz mit einer professionellen Ultraschalluntersuchung eindeutig darzustellen und die Diagnose einer akuten Appendizitis mit einer Wahrscheinlichkeit von ca. 90 Prozent sicher zu stellen bzw. mit ca. 95-prozentiger Sicherheit auszuschließen [7]. Die professionelle Ultraschalluntersuchung ist damit die wichtigste Voraussetzung

für eine sichere Diagnosestellung und unbedingt erforderlich, um die Behandlungsstrategie festlegen zu können.

Es konnte also gezeigt werden, dass auch bei Kindern die akute Appendizitis ohne Operation und vor allem bei der komplizierten Appendizitis nur oder zumindest initial mit Antibiotika behandelt werden kann. Allerdings spielt die Operation nach wie vor eine zentrale Rolle, sowohl als primäre, unmittelbar wirksame Therapieoption mit besten Langzeitergebnissen, als auch sekundär bei Versagen der konservativen Behandlung oder als sogenannten Intervallappendektomie [8] nach erfolgreicher Antibiotikatherapie, um das Wiederauftreten einer Blinddarmentzündung zu vermeiden.

LITERATUR

- [1.] Svensson et al. Nonoperative Treatment With Antibiotics Versus Surgery for Acute Nonperforated Appendicitis in Children - A Pilot Randomized Controlled Trial. *Ann Surg* 2015; 261:67-71.
- [2.] Steiner et al. A role for conservative antibiotic treatment in early appendicitis in children. *J Pediatr Surg* 2015; 50:1566-1568.
- [3.] Hartwich et al. Nonoperative treatment: feasibility. *J Pediatr Surg* 2016; 51:111-116.
- [4.] Caruso et al. Acute appendicitis in children: not only surgical treatment. *J Pediatr Surg* 2017; 52:444-448.
- [5.] Tanaka et al. Long-term outcomes of operative versus nonoperative treatment for uncomplicated appendicitis. *J Pediatr Surg* 2015; 50:1893-1897.
- [6.] Talishinskiy et al. Factors associated with failure of nonop. Treatment. *J Pediatr Surg* 2016; 51:1174-1176.
- [7.] Cundy et al. Benchmarking the value of ultrasound for acute appendicitis in children. *J Pediatr Surg* 2016; 51:1939-1943.
- [8.] Tanaka et al. Is interval appendectomy necessary? *J Pediatr Surg* 2016; 51:1957-1961.



Die smarte Lösung für Ihr Vermögen.

Unsere Vermögensverwaltung **apoVV SMART***.
Mehr Zeit für Privates.



Ganz privat – können wir auch.

*schon ab 50.000 Euro.



BUNDESKONGRESS
CHIRURGIE

Zukunft im OP

Ein Blick in die Zukunft des OP-Saals

INTERVIEW MIT PROF. DR. STEFAN STOLL

Medizin 4.0: Robotik, Big Data, E-Health – nur einige Schlagworte, die oft fallen, wenn es um die digitale Chirurgie geht. Aber was genau wird sich für Chirurginnen und Chirurgen ändern? Darüber haben wir beim Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg mit Stefan

Stoll gesprochen. Er ist Leiter des Studiengangs Wirtschaftsinformatik an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg in Villingen Schwenningen. Auch durch die Zusammenarbeit mit Medizintechnik-Unternehmen beschäftigt Stoll sich schon seit einigen Jahren mit der Digitalisierung in der Chirurgie.

**Julia Weilbach**

Presse- & Öffentlichkeitsarbeit im
BDC

Luisenstraße 58/59

10117 Berlin

weilbach@bdc.de

Weilbach J: Ein Blick in die Zukunft des
OP-Saals. *Passion Chirurgie*. 2018 März, 8(03):
Artikel 03_02.



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

WIE WIRD DIE ZUKUNFT DER CHIRURGIE AUSSEHEN?

Prof. Stoll: Der OP der Zukunft ist mit dem Internet verbunden. Von allen Geräten und auch vom Patienten wird es einen „Digitalen Zwilling“ geben. Digitale Zwillinge kennen wir aus unserem Alltag. Wenn Sie z. B. die Reise eines Pakets, das Sie bestellt haben, auf Ihrem Laptop verfolgen, dann verfolgen Sie seinen „Digitalen Zwilling“. Das Paket hinterlässt eine Datenspur im Internet. Ebenso generiert jeder medizinische Eingriff unzählige Daten. Diese Daten ermöglichen nun eine bisher nicht vorstellbare „feingranulare“ Sicht auf Patienten und auf das Operationsumfeld. Die Digitalisierung wird Chirurgeninnen und Chirurgen noch besser machen und keinesfalls überflüssig. In der Chirurgie ist das Thema Robotik natürlich ganz groß – aber auch das ist in erster Linie als eine „Verlängerung“ der chirurgischen Hand zu sehen und nicht als Substitut.

WAS WIRD SICH KONKRET IM OP-SAAL VERÄNDERN?

Prof. Stoll: Die digitale Transformation wirft die grundsätzliche Frage auf, wie man Instrumente, Abläufe und Verfahren digitalisieren kann. Das heißt, in Zukunft werden chirurgische Instrumente Sensoren haben, die dem Arzt in Echtzeit Informationen liefern. Die Instrumente sind dann nicht nur lokal innerhalb des Saals miteinander vernetzt, sondern auch weltweit. Das wird beispielsweise schon bei einigen Hüftoperationen durchgeführt. Die Implantate enthalten Sensoren, die schon beim Einsetzen Signale senden. Gleichzeitig wird eine solche Hüfte zu einem Teil des „Internets der Dinge“. Die von dieser einzelnen Hüfte generierten Daten werden mit den Daten anderer, ebenfalls mit Sensoren ausgestatteter Hüften, auf großen Computern (CloudComputing) zusammengeführt und dort analysiert. Ärzte erhalten somit Daten (OP-Verfahren, Komplikationen, Wundheilung, Rehabilitation etc.), die in Quantität und Qualität (empirische Evidenz) weit über den bisher zur Verfügung stehenden Daten liegen.

BEDEUTEN MEHR INFORMATIONEN AUCH MEHR KONTROLLE ÜBER CHIRURGINNEN UND CHIRURGEN?

Prof. Stoll: Das wird von Ärzten natürlich kritisch gesehen. „Wir wollen nicht so beobachtet werden“, habe ich vor kurzem erst von ambulanten Chirurgen gehört. Aber letztendlich werden wir neue Daten gewinnen, die Chirurgen helfen werden, sich zu verbessern. Die Geräte und Instrumente werden über eine Cloud miteinander vernetzt sein, sodass eben nicht nur die Erfahrungen und Ergebnisse eines einzelnen Chirurgen betrachtet werden, sondern zig tausende Patientendaten ausgewertet werden können. Wir haben dann Daten, die belegen, was gut funktioniert und was nicht.

Ich beschäftige mich jetzt seit mehreren Jahren mit diesem Thema und in erster Linie ist es großes Interesse, was mir bei dem Thema entgegen gebracht wird. Im Kern wollen alle Chirurgen noch bessere Chirurgen werden. Und dabei hilft die Digitalisierung im OP.

WAS BEDEUTET DAS FÜR DIE WEITERBILDUNG VON CHIRURGINNEN UND CHIRURGEN?

Prof. Stoll: Wir können die Operateure auf eine ganz neue Stufe der Performance heben. Das gilt natürlich vor allem im Bereich der Weiterbildung. Dabei rede ich nicht von absoluten Spezialisten, die auch ohne digitalisierte OP-Säle *State of the Art* operieren. Aber die Frage ist doch, wie die Operateure dorthin gelangt sind. Und das können wir durch die Vernetzung der Daten für Chirurgen vereinfachen und die Chirurgie für Patienten wahrscheinlich insgesamt noch sicherer und zuverlässiger gestalten.

WIE KANN DIE QUALITÄT GENAU GESTEIGERT WERDEN?

Prof. Stoll: Eine Analogie, die ich gerne als Beispiel erzähle – die vor allem auch Kritiker der Digitalisierung zum Nachdenken bringt: Gemeinsam mit einem Werkzeughersteller haben wir überlegt wie Handwerker auf

internationalen Baustellen schnellen Zugriff auf die jeweiligen Richtlinien (vergleichbar mit DIN-Normen) bekommen. Im ersten Versuch haben wir Tablets mit den Richtlinien auf den Baustellen verteilt – sie wurden nicht genutzt. Am Ende war die praktikabelste Lösung, dass die Werkzeuge direkt über eine Software die passende Richtlinie abrufen konnte. So kann man sich das Prinzip auch für den OP vorstellen: Die aktuellen AWMF-Leitlinien werden durch Software direkt auf Instrumente und Geräte übertragen – nach dem Motto: Software is eating the world. Die Leitlinie als Service integrieren, darin sehe ich unsere Aufgabe.

WIE WEIT SIND WIR IN DEUTSCHLAND?

Prof. Stoll: Dabei muss man ganz klar zwischen zwei „Geschwindigkeiten“ unterscheiden. Die Digitalisierung innerhalb der Medien, des Handels oder auch innerhalb der Industrie ist schon weit fortgeschritten und bereits Teil des Alltags geworden. In diesen Branchen musste schnell gehandelt werden, um wettbewerbsfähig zu bleiben. Bereiche wie die Verwaltung und eben auch der Gesundheitssektor „ticken“ dagegen etwas

langsamer. Meines Erachtens hemmen gerade im Gesundheitswesen die vielen Player und politische Reglementierung den Fortschritt. In den USA wird beispielsweise nicht gewartet bis sich Gesetze ändern. Ein kleines Unternehmen (Start-Up) entwickelt eine Software und fordert damit über Nacht eine ganze Branche heraus. So hat das Unternehmen „Netflix“ nie gefragt, wie der Öffentlich-Rechtliche Rundfunk in Deutschland funktioniert. Sie haben über Vernetzung durch das Internet, Software und Algorithmen eine neue Möglichkeit für Film- und Videokonsum geschaffen. Und wir Deutschen lieben es, wie auch der Rest der Welt. Ebenso fragte Google nie, wie Werbung funktioniert. Man setzte auf Vernetzung, Software und Algorithmen und wurde damit zum größten Werbeunternehmen der Welt. Es stehen zahlreiche Unternehmen bereit, um auch den Gesundheitsmarkt in Deutschland zu „disrupten“. Wir müssen also handeln!

WAS MÜSSEN WIR IN BEZUG AUF DATENSCHUTZ IN DEUTSCHLAND LERNEN?

Prof. Stoll: Dabei muss uns klar sein, wohin wir eigentlich wollen – der Patient muss im

Fokus stehen. Wenn wir dem Wunsch von Patienten nachgehen und Gesundheitsinformationen intersektoral zwischen den Ärzten ausgetauscht werden sollen, kommen wir nicht umhin, Daten digital zu übermitteln. Der Digitale Zwilling der Patientenakte wandert somit mit dem Patienten und ist damit auch überall vollständig und in Echtzeit verfügbar. Was für ein Vorteil. Für Patienten, wie auch für Ärzte! Sicher muss der Datenschutz, gerade bei sensiblen Patientendaten, eingehalten werden. Aber in anderen Bereichen z. B. beim Steuerberater oder bei der Benutzung unserer Smartphones denken viele gar nicht darüber nach, welche Daten wo gespeichert werden. Im Gesundheitswesen muss jeder Bürger die Möglichkeit bekommen, zu bestimmen wie viele Daten er oder sie preisgeben möchte. Gleichzeitig muss aber endlich auch deutlich gemacht werden, welche Vorteile jeder Einzelne davon haben wird. ○

ZUR PERSON

Prof. Dr. Stefan Stoll



Diplom-Volkswirt
Institut für Digitale Technologien und Innovationen,
Freiburg
Leiter des Studiengangs Wirtschaftsinformatik
Business Engineering, Digital Management, Technologie & Innovationsmanagement
Fakultät für Wirtschaft
Dualen Hochschule Baden-Württemberg
Karlstraße 29
78054 Villingen-Schwenningen
07720 3906-161
stoll@dhbw-vs.de

Zum Lebenslauf: <https://bit.ly/2kAz4aL>



© iStock/alsieet

Masterplan Medizinstudium 2020 – Was bedeutet er für Lehre und Prüfungen?

Der im März 2017 beschlossene Masterplan Medizinstudium 2020 [1] stellt eine grundlegende akademische Reform des Humanmedizinstudiums dar. Neben der Neuordnung des Humanmedizinstudiums soll mit dem Masterplan gleichzeitig die Zulassung zum Medizinstudium neu geregelt und eine flächendeckende hausärztliche Versorgung unterstützt werden. So sollen die Zulassungskriterien stärker auf die Anforderung an ärztliche Tätigkeiten ausgerichtet werden, neben der Abiturnote sollen mindestens zwei weitere, bislang nicht näher definierte Krite-

rien angewandt werden (<30> - <32>*). Um mehr ärztlichen Nachwuchs für eine flächendeckende, hausärztliche Versorgung zu erreichen, wurden die Maßnahmen zur Stärkung der Allgemeinmedizin (<33> - <37>*) konzipiert.

Durch die Ausbildungsreform soll erreicht werden, dass künftige Medizinergenerationen, den neuen Herausforderungen bedingt durch demographischen Wandel und sich ändernde Versorgungspraxis gerecht werden. Da sich die ärztliche Versorgung zunehmend



Prof. Dr. med. Birgitta Kütting

Leiterin des Fachbereichs Medizin
Ständige Vertreterin der Direktorin
Institut für Medizinische und
Pharmazeutische Prüfungsfragen
(IMPP)
Große Langgasse 8
55116 Mainz
bkuetting@impp.de

Prof. Dr. med. Jana Jünger

Direktorin
Institut für medizinische und
pharmazeutische Prüfungsfragen
(IMPP), Mainz



Prof. Dr. med. Dr. h.c. Norbert Senninger, FACS, FRCS

em. Direktor der Klinik für Allgemein-
und Viszeralchirurgie
Universitätsklinikum
Waldeyerstrasse 1
48149 Münster
Senninger@ukmuenster.de

Kütting B, Jünger J, Senninger N: Masterplan
Medizinstudium 2020 – Was bedeutet er für
Lehre und Prüfungen? *Passion Chirurgie*. 2018
Juni, 8(06): Artikel 04_01.



„Masterplan Medizinstudium 2020“,
Beschlusstext zum Nachlesen
<https://bit.ly/2rh22iK>



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

in den ambulanten Bereich verlagern wird, sollen Studierende neben den für Universitätsklinik typischen, eher komplexeren Erkrankungsfällen auch „alltägliche“ Erkrankungen aus der ambulanten Versorgung im Studium kennenlernen.

Diese Reform der Ausbildung soll sich auch in den neuzugestaltenden Staatsexamensprüfungen und in der Weiterentwicklung der Gegenstandskataloge widerspiegeln. Auf die Maßnahmen, die sich mit der Neustrukturierung von Lehre (<1> - <22>*) und Prüfungen (<23> - <29>*) im Medizinstudium befassen, möchten wir im Folgenden näher eingehen.

Die 22 zur Lehre formulierten Maßnahmen lassen sich unter fünf übergeordneten Zielen zusammenfassen:

1. Stärkung der Vermittlung arztbezogener Kompetenzen, d. h. neben reinem Faktenwissen sollen auch Fähigkeiten, Fertigkeiten und Haltungen vermittelt werden (<1> - <13>*).
2. Durchführung einer praxisnahen Ausbildung durch enge Verknüpfung von klinischen und theoretischen Inhalten von Beginn des Studiums bis zum Ende (<14> - <15>*).
3. Systematische, strukturierte Vermittlung von Wissenschaftskompetenz mit nicht näher spezifiziertem Leistungsnachweis (<10>*).
4. Stärkung sowohl der Arzt-Patient-Kommunikation als auch der interprofessionellen Kommunikation (Zusammenarbeit) (<7> und <8>*).
5. Stärkung der Allgemeinmedizin in Studium und Forschung (<16> - <22>*).

NEUGESTALTUNG DES STUDIUMS DER HUMANMEDIZIN – FOKUS AUF KOMPETENZORIENTIERUNG UND WEITERE ARZTROLLEN NEBEN DER KLASSISCHEN ÄRZTLICHEN EXPERTENROLLE

Neben reinem Faktenwissen sollen Studierende bereits mit Beginn des Studiums arztrelevante Kompetenzen erwerben, früher klinische Praxis erfahren und stärker mit Patienten und Patientinnen in Berührung kommen. Im vorklinischen Studienabschnitt sollen theoretische Inhalte mit

klinisch-praktischen Aspekten verknüpft werden. Diese enge Verknüpfung zwischen Theorie und Praxis soll sich auch im klinischen Studienabschnitt fortsetzen. Ein neuer Schwerpunkt liegt auf der interprofessionellen Kommunikation, so sollen künftige Ärzte und Ärztinnen effektiv mit Angehörigen anderer Berufe des Gesundheitswesens zusammenarbeiten können (Arztrolle: Mitglied eines Teams).

Die Stärkung der Wissenschaftskompetenz wird in der Präambel und in einer eigenen Maßnahme zum Ausdruck gebracht. Neben der Nutzung von Forschungsergebnissen für die evidenzbasierte Behandlung eines individuellen Patienten soll ebenfalls ein stärkeres Engagement in der klinischen Forschung gefördert werden (Arztrolle: Gelehrter).

Um Prüfungsinhalte zu fokussieren und eine sinnvolle Neuverteilung des Lernstoffes zu erreichen, ist es notwendig, bereits definierten Lernstoff zu reduzieren. Eine Reduzierung des vorhandenen Prüfungsstoffes um 20 bis 25 %, wie sie im Gutachten des Wissenschaftsrates zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums formuliert ist [2], könnte das Ziel sein.

Für die fächerübergreifende Vermittlung von arztbezogenen Kompetenzen soll der nationale kompetenzbasierte Lernzielkatalog (NKLM) [3], der auf dem 76. ordentlichen medizinischen Fakultätentag im Juni 2015 als Empfehlung verabschiedet wurde, als Wegweiser dienen. Hierzu soll der NKLM weiterentwickelt werden (<1>*), der weiterentwickelte NKLM soll als Bestandteil der ärztlichen Approbationsordnung Verbindlichkeit erlangen (<4>*). Studien und Prüfungsinhalte sollen künftig stärker auf wesentliche Lernziele fokussiert sein, Studieninhalte universitärer Curricula besser aufeinander abgestimmt sein und Redundanzen vermieden werden (<5>*). Im Sinne eines „constructive alignment“ soll das IMPP bei der Überarbeitung der Gegenstandskataloge die bisherigen Prüfungsinhalte reduzieren, diese den neuen Lernzielen anpassen, einen größeren Praxisbezug herbeiführen und allgemeinmedizinische Inhalte stärker in den Fokus nehmen (<6>*).

STÄRKUNG VON WISSENSCHAFTSKOMPETENZ

Die Befähigung zum wissenschaftlichen Arbeiten soll weiter gestärkt werden, daher muss der routinierte Umgang mit wissenschaftlichen Konzepten, Methoden und Befunden bereits während der Ausbildung strukturiert vermittelt werden. Eine im Masterplan nicht näher spezifizierte Leistungskontrolle soll verpflichtend werden.

STÄRKUNG VON KOMMUNIKATION

Interprofessionelle Zusammenarbeit soll stärker in gemeinsame Lehrveranstaltungen mit Auszubildenden bzw. Studierenden anderer Gesundheitsfachberufe in Curricula integriert werden. Das Mustercurriculum nationales longitudinales Kommunikationscurriculum in der Medizin soll in die Curricula der Hochschulen umgesetzt werden und spezielle Prüfungsformate sind hierfür zu ermitteln.

STÄRKUNG DER ALLGEMEINMEDIZIN

Die Allgemeinmedizin soll in der Ausbildung den Stellenwert erhalten, der ihr in der Versorgung zukommt. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) wird einen Impuls zur weiteren Stärkung der Allgemeinmedizin in der Forschung durch die Förderung einer nachhaltigen Netzwerkstruktur von Forschungspraxen geben. Damit soll eine stabile Infrastruktur für allgemeinmedizinische Forschung in Deutschland geschaffen werden, durch die auch klinische Studien patientenorientiert, effizient und den methodischen Standards entsprechend durchgeführt werden können.

WAS KÖNNEN WIR VONSEITEN DES IMPP ZUR UMSETZUNG DES MASTERPLANS SCHON MIT IM RAHMEN DER DERZEIT GÜLTIGEN ÄRZTE-APPROBATIONSORDNUNG (ÄAPPRO) BEITRAGEN?

Im Sinne des Grundsatzes „Assessment Drives Learning“ kann das IMPP durch Umgestaltung und Neuausrichtung der bundeseinheitlichen schriftlichen MC-Prüfungen zu einer Änderung des Lernverhaltens der Studierenden

und damit indirekt zur Neuausrichtung mit stärkerer Kompetenzorientierung beitragen. Im Rahmen der derzeit gültigen ÄAppro ist es bereits möglich, stärker als bisher Handlungs- und Begründungswissen zu prüfen, und somit auf der Miller-Pyramide ein höheres Kompetenzniveau zu erreichen. Daher wurde im Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung auf Fallstudien im Key-Feature-Format umgestellt, um die Kompetenz zur klinischen Entscheidungsfindung oder die Anwendung von Wissen auf den klinischen Fall zu prüfen. Für ein Key-Feature, welches als ein „Schlüsselschritt beim Lösen eines klinischen Problems“ gekennzeichnet ist, reicht das Erinnern von reinem Faktenwissen zur erfolgreichen Lösung von Aufgaben in diesem Format nicht aus [4]. Da mittelfristig eine Umstellung der schriftlichen IMPP-Prüfungen auf elektronische Prüfungen erfolgen soll (<24.2>*), ist dieses neue Aufgabenformat eine vorbereitende Maßnahme. Hinzukommt, dass für dieses Format bereits gezeigt werden konnte, dass Prüfungsergebnisse sehr gut die spätere Performanz als Arzt vorhersagen können und mit dem Behandlungsergebnis korrelieren [5]. Zugleich besteht ein weiterer Vorteil darin, dass nicht erst longitudinal über verschiedene IMPP-Examina eine Repräsentativität der Prüfungen zu erreichen ist, sondern schon innerhalb eines Examens eine höhere Diversität und Inhaltsvalidität erreicht wird.

Im ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung versuchen wir stärker als bisher den präklinischen Prüfungsstoff mit klinischen Fallvignetten zu versehen. So werden zusätzlich klinische Sachverständige in Fragenrevisions-sitzungen für den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung eingebunden.

Eine Auswertung für die Examina des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung 2016 zeigte, dass die Arztrolle „der Arzt als Gelehrter“ nur zu einem Prozent vertreten war und nur sieben Prüfungsaufgaben, also insgesamt ein Prozent der 640 IMPP-Prüfungsaufgaben, die Thematik Wissenschaftskompetenz adressierten.

Um Wissenschaftskompetenz zu stärken, wurden IMPP-Sachverständige gebeten, MC-Fragen zur Wissenschaftskompetenz

(WK) mit klinischem Bezug einzureichen. In der ersten Expertensitzung wurden 40 Fragen zur WK diskutiert, die Hälfte verabschiedet, sodass der Anteil von bisher einem Prozent in zukünftigen Examina erhöht werden kann. Gleichzeitig wurde deutlich, dass sich Fragen zur WK gut in klinische Problemstellungen integrieren lassen.

Durch ein am IMPP neuimplementiertes, multidimensionales Prüfungsfragen-Klassifikationssystem, welches eine Klassifizierung nach NKLM-Kriterien, GK-Ziffer, Fächerzuordnungen, Taxonomie, Patientenvignette (Alter, Geschlecht, Versorgungs-setting etc.) erlaubt, wird der Prozess der Neuausrichtung der Staatsexamina effizient unterstützt. So lässt sich schnell feststellen und ggf. nachadjustieren, ob beispielsweise allgemeinmedizinisch relevante Inhalte neben den jeweiligen, spezielleren fachspezifischen Inhalten in jeder klinischen Fachdisziplin ausreichend berücksichtigt wurden. Ebenso werden zu jeder Aufgabe Prüfziele festgehalten, diese dienen neben anderen Kriterien als weiteres Merkmal zur Qualitätssicherung und Relevanzbeurteilung.

Konkrete Vorstellungen zu den neu zu strukturierenden mündlich-praktischen Prüfungen nach drei, fünf und sechs Jahren wurden von Jünger [6] publiziert, sodass wir an dieser Stelle nicht näher darauf eingehen werden.

Mit externen Experten und in enger Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Fakultätentag (MFT) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), gleichzeitiger Kooperation bei der Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog (NKLM)-Weiterentwicklung, werden wir unsere IMPP-Gegenstandskataloge überarbeiten, synergistische Effekte aus beiden Weiterentwicklungsprozessen nutzen, um dabei die Gegenstandskataloge zu kompetenzorientierten Gegenstandskatalogen weiterentwickeln.

WAS BEDEUTET DER MASTERPLAN FÜR DAS FACH CHIRURGIE

Die angesprochenen Modifikationen im Studium und langfristig in der Qualität der

ärztlichen Versorgung sind in hohem Maße begrüßens- und unterstützungswert. Hierbei steht die Chirurgie vor den gleichen Herausforderungen wie alle anderen klinischen Fächer. Die geplante Reform wird die klinischen Disziplinen stärken, ihre Umsetzung wurde in der Chirurgie schon begonnen, z. B. durch die Erstellung eines kompetenzorientierten Lernzielkataloges Chirurgie, der das Absolventenprofil für das Fach Chirurgie nach Ende des Praktischen Jahres festlegt [8], die Einrichtung von Skills Labs und vielerorts auch durch die Implementierung von OSCE-Prüfungen. Die Lösung der derzeit bestehenden ungleichen Verteilung zwischen Klinikärzten und Landärzten ist aber nicht durch alleinige Steuerung möglich, sondern muss durch weitere Maßnahmen begleitet werden. Hier illustrieren Umfrageergebnisse der Universitäten Bochum und Münster einen wichtigen Aspekt der allgemeinen Stimmungslage: Noch während des Studiums gibt ein hoher Anteil der Studierenden großes Interesse zu erkennen, in die Praxis des Landarztwesens zu wechseln, aber in der Weiterbildungszeit sinkt dieser Anteil. Ursachenforschung tut hier bitter Not, denn es sollte vermieden werden, dass die anderen klinischen Fächer durch Umverteilung der Absolventen ebenfalls in Nachwuchsschwierigkeiten geraten. Zusätzlich muss die Landarztpraxis daher an Attraktivität aus sich heraus gewinnen.

Bedenklich – bei allen unstrittig auch guten und zukunftsweisenden Ideen – stimmt aber auch, dass der Bedarf an benötigten Geldern und vor allem an hochmotivierten Aus- und

Weiterbildern nur zu einem kleinen Teil bisher kalkuliert wurde. Die Belastung der derzeit Tätigen in tragenden Teilen der Medizin ist nicht ohne weiteres zu steigern. Die erfolgreiche Umsetzung des Masterplans verlangt eine enge Abstimmung unter allen Mitwirkenden. Inhalte und Ausrichtung des Medizinstudiums sollten sich in den schriftlichen Staatsprüfungen des IMPP widerspiegeln, hier ist eine sehr enge Abstimmung zwischen Fakultäten und IMPP erforderlich. Die Formulierung von Zielen, Inhalten und Ideen muss ganz besonders auch aus den Fakultäten kommen. Das IMPP unternahm und unternimmt hier immense Anstrengungen, genau diese Ressource zu erschließen. Da hier keine Impact-Punkte verliehen werden, ist das Engagement bisher – neutral formuliert – ein zu verbesserndes.

FAZIT

Auch die aktuelle politische Entwicklung zeigt, dass der Masterplan 2020 für die neue Bundesregierung ein wesentliches Anliegen ist. Im kürzlich zwischen CDU, CSU und SPD geschlossenen Koalitionsvertrag [7] findet sich zum Masterplan Medizinstudium 2020 folgendes Bekenntnis: „Den Masterplan Medizinstudium 2020 **wollen** wir insbesondere im Hinblick auf die Neuregelung des Studienzugangs, die Stärkung der Allgemeinmedizin sowie die Landarztquote zügig umsetzen. [...]“

*** bezieht sich auf die Maßnahmennummern des Masterplans Medizinstudium 2020**

LITERATUR

- [1] „Masterplan Medizinstudium 2020“ -BMBF. <https://www.bmbf.de/de/masterplan-medizinstudium-2020-4024.html>
- [2] Gutachten des Sachverständigenrates (2014): Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmedizinischen Modellstudiengänge <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/4017-14.pdf>
- [3] Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin. www.nklm.de/
- [4] Kopp V, Möltner A, Fischer MR. Key-Feature-Probleme zum Prüfen von prozeduralem Wissen: Ein Praxisleitfaden. GMS Z Med Ausbild. 2006; 23(3):Doc50.
- [5] Hrynchak P, Glover Takahashi S, Nayer M: Key-feature questions for assessment of clinical reasoning: a literature review. Medical Education 2014; 48: 870–883
- [6] Jünger J: Kompetenzorientiert prüfen im Staatsexamen Medizin. Bundesgesundheitsbl 2018, 61: 171-177
- [7] Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 14.03.2018. <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/koalitionsvertrag-inhaltsverzeichnis.html>
- [8] Kadmon M, Bender M, Adili F, Höfer S, Hofmann H.-S., König S., Ruesseler M, Walcher F: Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Chirurgie (NKLC) – Eine Chance zur Verbesserung der studentischen Ausbildung. ZBL CHIR 2016, 141(04):355-357





© iStock/Steve Debenport

Nachwuchssitzungen auf dem DGCH-Kongress



GEDANKEN EINER STUDENTISCHEN TEILNEHMERIN UND EINES SITZUNGSORGANISATORS

Der 135. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ist beendet. Als Perspektivforum Junge Chirurgie, der Nachwuchsvertretung der DGCH, konnten wir einige interessante Sitzungen zu verschiedenen Aspekten unserer Arbeit als Vortragende und Vorsitzende mitgestalten. Dazu gilt zunächst der DGCH mit Vorstand und Präsidium sowie den Mitgliedern, Organisatoren und den Kongresspräsidenten der einzelnen Gesellschaften und Berufsverbänden unser Dank.

EINIGE GEDANKEN VORWEG: DAS PROBLEM

Das Thema Nachwuchsmangel wird nach wie vor kontrovers diskutiert. Ob dieser nun in konkreten Zahlen (errechneter Bedarf versus Anzahl Bewerbungen), in der Motivation der Bewerber, oder nur in „pessimistischen Stimmen“ zum Ausdruck kommt, soll hier nicht thematisiert werden. Ich denke, es ist aber für alle Fächer unserer Chirurgie unabdingbar wichtig, über ausreichenden und vor allem motivierten Nachwuchs zu verfügen, damit Standorte, Innovation, Versorgung, Forschung und vor allem Lehre gesichert werden können. Zur Lösung sind alle gefragt



Svea Olivia Faber

Charité Universitätsmedizin Berlin
11. Semester (PJ)
Svea-Olivia.faber@charite.de



Dr. med. Benedikt Johannes Braun

Vertreter für Nachwuchsförderung im
BDC (ab Juli 2018)
Sprecher Perspektivforum Junge
Chirurgie (DGCH)
Universitätsklinikum des Saarlandes
Klinik für Unfall-, Hand- und
Wiederherstellungschirurgie
Kirrberger Straße, Gebäude 57
66421 Homburg
benedikt.braun@uks.eu

und niemand wird freigesprochen: Es bedarf engagierter Studierender, unabhängig von der Fachpräferenz, um eine exzellente Ausbildung zu ermöglichen. Es braucht junge Assistentinnen und Assistenten, die bereit sind, sich für ihr schönes Fach einzusetzen und so die mitunter widrigen Rahmenbedingungen Schritt für Schritt abzubauen. Oberärztinnen und Oberärzte müssen den Charakter der jeweiligen Ausbildungsstätte, sei es klinisch-, lehr-, oder forschungstechnisch, gezielt und unter den gegebenen Bedingungen vorleben. Chefärztinnen und Chefärzte sind aufgerufen, ihre Position zu nutzen, diese Bestrebungen der jüngeren Kollegen zu stützen, Begeisterung zu vermitteln und als Führungsinstanzen – in den lokalen und überregionalen Gremien – die Rahmenbedingungen unserer Ausbildung zu verbessern. Wie auf dem Kongress einige Institute eindrucksvoll demonstrieren konnten, ist es möglich, trotz vermeintlich widriger Bedingungen (wie Überstunden mit gleichzeitiger Forschungs- und Lehrverpflichtung) einen erfolgreichen Klinikbetrieb mit überproportional zufriedenen Patienten und Kollegen zu sichern. Um diese „Leuchtturmprojekte“ als Modell in der Breite umzusetzen, braucht es Selbsterkenntnis und Problembewusstsein in der eigenen Institution und einen ehrlichen Diskurs ohne pauschalisierende, hier provokativ formulierte Aussagen wie: „alle Bewerber aus der Generation Y/Z sind unmotiviert und fordern zu viel“ oder „bei uns läuft alles super, Nachwuchsmangel gibt es hier nicht; nur die anderen machen etwas falsch“, aber auch „die Chefs sind für den Mangel verantwortlich“.

WARUM DIESER ARTIKEL

In den Diskussionen unserer Sitzungen und auf den Fluren des Kongresses besteht zu großen Teilen Einigkeit. Der oben geforderte Diskurs findet statt (über seine Ernsthaftigkeit lässt sich manchmal noch streiten, gefühlt hat sich hier aber schon viel getan). Aber mit wem und vor wem? In der Sitzung zur PJ-Lehre für Weiterbildungskliniken unseres Forums zielte die Frage einer Studierenden aus Berlin auf den Kern des Problems: Sinngemäß fragte sie mich, warum all diese guten Möglichkeiten entwickelt werden, um

alle möglichen Belange des, wie auch immer gearteten, Nachwuchsmangels zu adressieren, wenn immer nur die gleichen wenigen in diesen Sitzungen sind, wo es doch die Kliniken in der Breite sind, die erreicht werden müssten. Sie schaut sich im erfreulich gut gefüllten Saal um, stellt auf Nachfrage aber fest, dass die überwältigende Mehrheit Studierende und Assistenten sind und diejenigen Anwesenden in leitender Funktion auch noch die Wenigen sind, die schon viele innovative Konzepte umgesetzt haben. Der Amerikaner würde sagen „preaching to the choir“. Ich lud sie daher ein, ihre Kritik doch in der Passion Chirurgie einer breiten Chirurgenschaft zu Gehör zu bringen. Hierzu hat sie folgenden Brief formuliert:

DER BRIEF

„Sehr geehrte Damen und Herren,

erst einmal möchte ich mich für Ihr Engagement in der Nachwuchsförderung bedanken. Leider musste ich jedoch feststellen, dass in den jeweiligen Sitzungen hauptsächlich junge Assistenten oder Studierende saßen, die sich natürlich einig waren, dass sich etwas ändern muss, aber diejenigen, die etwas ändern können: Die Ober- und Chefärzte, die waren in diesen Sitzungen maximal unterrepräsentiert. Deutlich wurde dies in der Sitzung über Konzepte zur Verbesserung des PJs. Da ja doch ein Großteil der Studenten ihre Fachrichtung im PJ entscheidet, wäre hier ja der Ansatzpunkt durch ein spannendes chirurgisches PJ Nachwuchs zu generieren. Die Realität sieht jedoch anders aus, selbst die vor dem PJ „Chirurgie-Motivierten“ werden während des PJs vergrault und nicht etwa die „Chirurgie-Unmotivierten“ doch noch für die Chirurgie begeistert. In der Sitzung saßen zu ca.

Faber S, Braun B: Nachwuchssitzungen auf dem 135. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. *Passion Chirurgie*. 2018 Juni, 8(06): Artikel 04_02.



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

90 Prozent Studierende, der Rest waren Mitglieder des Jungen Forums Chirurgie und wenige Ärzte in Entscheidungsposition, die das Problem Nachwuchsman- gel erkannt haben und entsprechend ihr PJ strukturiert haben, Geld zahlen, Mentoren bereitstellen, die Namen der PJler kennen und diese auch namentlich auf dem OP-Plan schreiben, ihnen Anerkennung gegenüber bringen u.v.m. Jedoch war kein Einziger anderer Leiter einer chirurgischen Abteilung vor Ort. Da frag ich mich natürlich, wie hoch ist der Impact solcher Sitzungen? Dass sie nötig sind, steht außer Frage, aber ändern sie etwas? – Ich glaube nicht. Die Motivation eines Teils der Fachgesellschaften und Berufsverbände allein reicht nicht aus, um das Nachwuchsproblem zu lösen. Aber solange das Interesse der „Großen“ an solchen Themen nicht oder nur als Lippenbekenntnis vorhanden ist, wird sich nichts ändern. Die Frage ist auch: Warum ist das Interesse nicht da? Gibt es doch noch genug Bewerber? Fehlen die Bewerber nur an den kleinen Häusern, die keine Lehrkrankenhäuser sind, und haben es dadurch die Lehrkrankenhäuser nicht nötig, am PJ etwas zu verbessern? Ich denke, es muss etwas verändert werden. Wenn man sich auf PJ-Ranking mal die Bewertungen für die chirurgischen Tertiale anzeigen lässt (<https://www.pj-ranking.de/ranking/hospital/?spec=chirurgie>) kommt das erste deutsche Universitätsklinikum auf Platz 59 (Bonn), das zweite auf 71 (Köln), das dritte erst auf 98 (Kiel). Die restlichen Häuser befinden sich auf den Plätzen 100-167. Es gibt also Handlungsbedarf.

Ich werde mich im PJ jetzt in eine Klinik, die sich auf Platz 154 von 167 befindet, begeben, einfach weil ich gerne universitäre Chirurgie erleben möchte und mir da als Berliner in nur die Wahl zwischen Platz 131, 154 und 161 von 167 bleibt. Beste Grüße und viel Durchhaltevermögen von einer, die schon immer wusste, dass sie mal Chirurgin werden möchte.“

WIE KANN MAN NUN DEM BERECHTIGTEN VORWURF DER STUDIERENDEN CO-AUTORIN DIESES ARTIKELS BEGEGNEN, WELCHE MASSNAHMEN KANN NUN EINE NACHWUCHSVERTRETUNG ERGREIFEN, UM HIER VERÄNDERUNGEN ZU BEWIRKEN?

Eine klare Lösung auf diese Fragen gibt es nicht. Nachwuchsvertretungen können an Entscheidungen von Vorstand und Präsidium mitwirken und so im Kern eine Wahrung der Nachwuchsinteressen bei der Gesellschaft ermöglichen, sie können einzelne Projekte umsetzen, wie zum Beispiel das extrem erfolgreiche OPIDS Projekt eindrucksvoll belegt. Ich denke aber, um dem Anspruch des Nachwuchses Gehör und Nachdruck zu verleihen und die notwendigen und guten Gedanken zu transportieren, ist es gerade auch eine Wahrnehmung über Zeitschriften wie diese, die in der Breite gestärkt werden muss. Das ginge selbstverständlich auch auf Kongressen, aber natürlich nicht, wenn diese Sitzungen nicht von der Breite besucht werden. Es braucht einen breiten Diskurs und eine stetig wieder aufflammende Diskussion über diese Themen, um Schritt für Schritt mit geschaffenem Bewusstsein, über Veränderungen im Kleinen auch größere Fortschritte zu machen. Auch den Nachwuchs kann man aber hier nicht ganz freisprechen. Lösungsorientiertes Arbeiten ist gefragt. Die Zahl der Bekenntnisse zur Nachwuchsarbeit und die Hinweise zu den Problemen sind viele, aber die Anzahl der in der konkreten Nachwuchsarbeit bei den Gesellschaften tätigen doch mitunter noch niedrig. Projekte und

Möglichkeiten sich zu engagieren gibt es in großer Zahl.

Chirurgie macht Spaß, das Fach ist erstrebenswert, die Rahmenbedingungen manchmal nicht. Diese sind mitunter politisch und durch die Verwaltungen aufoktroziert und einer raschen Veränderungen weniger zugänglich. Viele Beispiele zeigen aber, dass es fast überall Raum gibt für kleine Verbesserungen, die manchmal schon Effekt zeigen, nur weil man sich um sie bemüht. Dazu zählen die kleinsten Dinge: Namentliche Nennungen von Studierenden, ein ehrliches Wort, Anerkennung, Wertschätzung oder auch nur ein Lachen (jeder der in der DGCH/JSS Joint Sitzung war, weiß, was hier gemeint ist). Hier kann jeder bei sich im Kleinen für entsprechende Impulse sorgen, jeden Tag. Unsere japanischen Kollegen sagen dazu Kaizen – ständiges Verbesserungsstreben. Ein Appell an uns alle!

Zum Schluss möchten wir eine herzliche Einladung an die jungen Leute zur Mitarbeit in den verschiedenen Nachwuchsvertretungen aussprechen, informiert Euch/informieren Sie sich über die tollen Arbeiten, Projekte und Publikationen dieser Vertretungen, zu denen man die Links auch über unsere Perspektivforumsseite findet, und an alle leitenden Ärztinnen und Ärzte gilt die Einladung beim nächsten Kongress auch mal eine Nachwuchssitzung zu besuchen!





Werde **Lebensversicherer**

Kein Durchschnittsjob:
Chirurgn

Workshops »Nur Mut! Chirurgie zum Mitmachen« 2018
12.09.2018 Mannheim > Congress Center Rosengarten
06.10.2018 Mechnich > Kreiskrankenhaus Mechnich GmbH
24.11.2018 Dresden > Universitätsklinikum

→ Infos und Anmeldung:
chirurg-werden.de/termine
facebook.com/chirurg.werden



Webinar-Termin im Juli: Benigne Schilddrüsenerkrankungen

Webinar-Termin im Juli: Benigne Schilddrüsenerkrankungen. *Passion Chirurgie*. 2018 Juni, 8(06).



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

Seit September 2017 stellen Ihnen monatlich ausgewiesene Experten eine Leitlinie der AWMF live vor (45 Minuten Vortrag, 15 Minuten Diskussion). Der Vortrag wird online übertragen – via Chat-Funktion können Teilnehmer Fragen stellen. Jede Teilnahme wird in der Regel mit zwei CME-Punkten akkreditiert und ist für BDC-Mitglieder kostenfrei.

WEBINARE IM ARCHIV ABRUFEN

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

WEITERE THEMEN 2018

August: S3-Leitlinie Periphere arterielle Verschlusskrankheit
 September: S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom
 Oktober: S3-Leitlinie Magenkarzinom
 November: S2e-Leitlinie Rotatorenmanschette
 Dezember: S2-Leitlinie Außenbandruptur

Registrieren Sie sich jetzt schon auf der Webinar-Webseite: Alle aktuellen Informationen und Termine finden Sie auf der Webseite unter www.bdc-webinare.de. Der BDC hält Sie mit Newslettern auf dem Laufenden.



Integration von ausländischen Mitarbeitern – Kliniken zwischen Freude und Frust

DGCH-KONGRESS

SITZUNG

Sitzung auf dem 135. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

17. bis 20. April 2018, in Berlin

Es gibt immer mehr ausländische Ärzte in Deutschland – und dies hat seine Gründe. Die deutsche Gesellschaft altert, es gibt immer mehr Behandlungsfälle. Die Arztzahlen steigen nur leicht. Gleichzeitig mit der alternden Gesellschaft altert jedoch auch die Ärzteschaft. In den nächsten Jahren plant jeder vierte niedergelassene Arzt, in den Ruhestand zu gehen. Immer mehr deutsche Mediziner scheiden aus dem Arbeitsmarkt aus oder wollen erst gar

nicht am Krankenbett arbeiten. Auf der anderen Seite erhöhte sich in den letzten zehn Jahren die Zahl der Behandlungsfälle in Krankenhäusern in Deutschland um fast 15 Prozent. Wissenschaftler prognostizieren einen weiteren Anstieg der Lebenserwartung auf deutlich über 80 Jahre. Somit ist von einer weiter steigenden Anzahl der Behandlungsfälle auszugehen. Auf dem Arbeitsmarkt sind Mediziner also weiterhin sehr gefragt.

„Gerade in ländlichen Regionen leisten Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland einen wichtigen Beitrag zur Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung. In vielen Kliniken käme es ohne sie zu erheblichen personellen Engpässen“, sagt der Präsident



Korrespondierender Autor:
PD Dr. med. Maciej Patrzyk
 lfd. Oberarzt
 Klinik und Poliklinik für Chirurgie
 Universitätsmedizin Greifswald
 Ferdinand-Sauerbruch-Straße
 17475 Greifswald
 patrzyk@uni-greifswald.de



Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Kock
 Chefarzt Unfallchirurgie
 Median Klinik am Burggraben
 Alte Vlothoer Landstraße 47-49
 32105 Bad Salzuflen
 Kock.da@t-online.de

Patrzyk M, Kock HJ: Integration von ausländischen Mitarbeitern – Kliniken zwischen Freude und Frust. *Passion Chirurgie*. 2018 Juni, 8(06): Artikel 04_03.



Ärztstatistik_Bundesärztekammer zum
 31. Dezember 2017
<https://bit.ly/2JOurVj>



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

der Bundesärztekammer, Frank Ulrich Montgomery.

Bundesweit hat sich die Zahl der ausländischen Ärzte binnen sieben Jahren mehr als verdoppelt. 2016 zählte die Bundesärztekammer 41.658 berufstätige ausländische Ärzte, das entsprach elf Prozent der Ärzteschaft. 2017 gab die Bundesärztekammer die Zahl der in Deutschland tätigen ausländischen Ärzte mit 45.370 an, Tendenz steigend. Während insgesamt 33.956 Ärzte als Herkunftskontinent Europa (ohne Deutschland) angaben, kamen mit 11.519 die meisten nicht-europäischen Ärzte aus Asien. Weitere 3.430 ärztliche Kollegen stammten aus Afrika, 432 aus Nordamerika, 333 aus Mittelamerika, 885 aus Südamerika, 42 aus Australien und Ozeanien. 211 Ärzte gaben sonstige Herkunftsländer an. Die meisten europäischen Ärzte in Deutschland kommen aus Rumänien und Griechenland. Die am stärksten wachsende Gruppe ausländischer Ärzte stammte aus Syrien.

DIE VORTRÄGE IN ALLER KÜRZE

PATRICK A. HABERLAND

Managing Partner Life Sciences Europe
 bei DHR International NEUMANN in
 Frankfurt/Main

Vortrag „Gewinnung und Integration internationaler Fachkräfte“

In den vergangenen 20 Jahren hat sich das Gesundheitswesen vom Arbeitgebermarkt zum Arbeitnehmermarkt gewandelt. Neue Arbeitszeitmodelle, EUGH-Rechtsprechung, Einführung der DRG (Diagnosis Related Groups) und die zunehmende Spezialisierung in der Medizin führten bis heute zu einem umfassenden Wandel der Arbeitswelt in Krankenhäusern. Weitere Themen wie Demografie und Generationen X, Y, Z spielen eine tragende Rolle.

SITZUNGSTEILNEHMER

MEINE BERUFLICHE INTEGRATION IN DEUTSCHLAND AUS EIGENER ERFAHRUNG

F. Abboud, BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin GmbH, Berlin

GEWINNUNG UND INTEGRATION INTERNATIONALER FACHKRÄFTE

P. A. Haberland, DHR International Neumann, Frankfurt am Main

PROJEKTE, INITIATIVEN, SPRACHKURSE, GESETZE, FORMALEN ANFORDERUNGEN – GIBT ES EINE EINHEITLICHE LÖSUNG UM DIE INTEGRATION IN DEN DEUTSCHEN KLINIKALLTAG ZU ERLEICHTERN?

A. Crusius, Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Rostock

WILLKOMMENSKULTUR FÜR AUSLÄNDISCHE ÄRZTE?

S. Gehrlein, R. Wichmann, Marburger Bund, Berlin

HEILUNG BEGINNT MIT DER SPRACHE – SPRACHANFORDERUNGEN FÜR AUSLÄNDISCHE ÄRZTE

S. Ruhkopf, Sprachschule, Bad Hersfeld

„JA CHEF“ KANN VIEL BEDEUTEN – INTEGRATION UND QUALIFIZIERUNG AUSLÄNDISCHER ÄRZTE IM RAHMEN DER CHIRURGISCHEN WEITERBILDUNG

H.-J. Kock, Klinikum Werra-Meißner, Eschwege; M. Erken, mibeg-Institut Medizin, Köln

In seinem Vortrag beleuchtet Patrick A. Haberland drei wichtigen Elemente für die „Gewinnung und Integration internationaler Fachkräfte“: Markt – Akquise – Bindung. Neben den wichtigsten Ergebnissen seiner Studie aus dem Jahr 2014 zu diesem Thema, präsentiert er Praxisbeispiele aus dem Gesundheitswesen und anderen Branchen.

Die genannte Studie zeigt die wichtigsten Treiber und Hindernisse auf, mit denen sich ausländische Fachkräfte auseinandersetzen, die sich mit dem Gedanken tragen, eine Tätigkeit in Deutschland aufzunehmen. Sie sollte aufdecken, ob es objektive Maßstäbe gibt, die Unternehmen dazu befähigen, die Gewinnung und den Einsatz ausländischer Fachkräfte planbar und nachhaltig erfolgreich zu gestalten. Ausgangspunkt war die Erhebung wissenschaftlich objektiver Daten, um transparent zu machen, was ausländische Fachkräfte überhaupt dazu bewegt, nach Deutschland kommen. Nur so viel vorweg: Das Geld allein ist es nicht!

Trotz vieler erfolgreicher Projekte in diesem Bereich, stellte sich schnell heraus, dass sich langfristige Erfolge nur dann einstellten, wenn die Klienten über professionelle Strukturen zur Integration ausländischer Fachkräfte verfügten und es sich nicht um einen klassischen Headhunting-Markt handelt. Immer wieder zeigte sich, dass sowohl ausländische Kandidaten als auch inländische Unternehmen mit wenig Fakten, aber vielen Ressentiments ausgestattet sind. Gelingene Integrationsprojekte und deren Erfolgsfaktoren werden im Rahmen des Vortrages vorgestellt.

Mit dem zum 1. April 2012 in Kraft getretenen „Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen“ - kurz: Anerkennungs-gesetz - hat es diesbezüglich wesentliche Veränderungen gegeben. Die gesetzliche Regelung ermöglicht die Prüfung von ausländischen Berufsausbildungen auf Gleichwertigkeit mit deutschen Abschlüssen und hat die Förderung der Integration von Fachkräften aus dem Ausland in den deutschen Arbeitsmarkt zum Ziel. Für Ärzte hatte dies zur Folge, dass die Erteilung einer Approbation nicht

DR. MED ANDREAS CRUSIUS

Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
August-Bebel-Straße 9 a
18055 Rostock
presse@aeak-mv.de

Vortrag: „Projekte. Initiativen. Sprachkurse. Gesetze. formale Anforderungen - gibt es eine einheitliche Lösung, um die Integration in den deutschen Klinikalltag zu erleichtern?“

länger von ihrer Staatsangehörigkeit abhängig ist. Bei EU-/EWR-Ausbildungen erfolgt in den allermeisten Fällen (99 Prozent) eine Anerkennung. Für Ärzte aus Nicht-EU-Staaten ohne gleichwertige Ausbildung ist eine an das Staatsexamen angelehnte Kenntnisprüfung notwendig, um die Approbation erhalten zu können. Übergangsweise ist die Erteilung einer Berufserlaubnis möglich, die jedoch auf eine nicht selbstständige und nicht leitende Tätigkeit beschränkt bleibt und medizinische Eingriffe lediglich unter Aufsicht eines approbierten Arztes erlaubt.

Am Beispiel Mecklenburg-Vorpommerns wird kurz dargestellt, mit welchen Projekten und Initiativen die Integration ausländischer Ärzte unterstützt werden kann. Über Förderprogramme wie „Integration durch Qualifizierung“, Projekte wie „IQNied MV - Kompetenzen für internationale Ärztinnen und Ärzte“, und Angebote zur berufsbezogenen Sprachförderung können zugewanderte Fachkräfte innerhalb des Anerkennungsverfahrens sowohl beraten und begleitet, als auch für den Arbeitsalltag in deutschen Praxen und Kliniken vorbereitet werden. Angesichts des zunehmenden Ärztemangels ist die Gewinnung und berufliche Integration ausländischer Kollegen eine der wesentlichen Herausforderungen für die Zukunft der Gesundheitsversorgung in Deutschland.

STEFANIE GEHRLEIN, RUTH WICHMANN

Marburger Bund, Berlin

Vortrag „Willkommenskultur für ausländische Ärzte?“

Ausländische Ärzte werden in Deutschland gebraucht. Das sogenannte „Anerkennungsgesetz“ wurde 2012 erlassen, um unter anderem diesem Personenkreis Chancen zu eröffnen und für eine bessere berufliche Integration zu sorgen. Die Abschaffung des Staatsbürgerschaftsvorbehalts bei der Approbationserteilung war zweifellos ein erster wichtiger Beitrag zur Etablierung einer Willkommenskultur. Bei der weiteren praktischen Umsetzung der gesetzlichen Regelungen wurden in den letzten 6 Jahren zwar Fortschritte erzielt, beispielsweise durch die Einrichtung der zentralen Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe, die Vereinheitlichung bei der Kenntnisprüfung und beim Niveau der erforderlichen Deutschkenntnisse, aber es gibt auch Hürden, die ausländische Ärzte weiterhin vor Probleme stellen. So ist beispielsweise eine bürokratiearme Antragstellung aus dem Ausland - und zum Teil auch aus dem Inland - vielfach nicht möglich, die notwendige Zentralisierung der Gleichwertigkeitsprüfung wurde erst im Ansatz verwirklicht, Anträge werden oftmals nicht innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Fristen bearbeitet und Prüfungen nicht immer zeitnah angeboten.

Um die Willkommenskultur für ausländische Ärzte, die einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung der hiesigen Gesellschaft leisten, weiter zu verbessern, ist es notwendig, die bekannten Herausforderungen jetzt anzugehen. Der zügige Ausbau der Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe und die entsprechende personelle Ausstattung der Behörden sind hierfür wichtige Schritte. Fehlen darf es zudem nicht an einer guten Einarbeitung und Unterstützung ausländischer Ärzte in den Kliniken und ambulanten Einrichtungen sowie an interkulturellen Schulungen aller Mitarbeiter, sodass Missverständnisse vermieden und ein wertschätzender Umgang miteinander gefördert wird. Auch hierfür müssen die notwendigen finanziellen und zeitlichen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

SABINE RUHKOPF MA, DIPL.-PÄD.

Bad Hersfeld

Sprachtraining und Sprachkompetenz in verschiedenen Bezügen Deutsch für Mediziner, Deutsch in internat. Konzern- u. Wirtschaftsbezügen, Deutsch i. d. Migration

SabineRuhkopf@web.de

Vortrag: „Heilung beginnt mit der Sprache – Sprachanforderungen an ausländische Ärzte“

„Ja, Herr Doktor“. Was bedeutet das? Heilung oder Behinderung von Heilung?

Grundlage: Beziehung des Arztes zu Patient und Pflegepersonal – ausgedrückt in verbaler und nonverbaler Kommunikation. Inklusiv des „Ja, Herr Patient, ich habe verstanden“ vom Arzt.

Kommunikationspartner des Arztes sind Kollegen, Pflegepersonal, Versicherungen, Patienten. Das heißt vom **Wissenden** über den **Halbwissenden** zum **Unwissenden**.

Die einfache, weil präzise und kurze, Dauer der Informationsweitergabe nimmt entsprechend ab.

Beispiel Grundlage: Diagnose Pankreaskarzinom

- Arzt: drei Begriffe, kurze Angaben
- Patient: Angst, viele Fragen, ausführliche Informationen

Anforderung an den Arzt:

er ist **Übersetzer zwischen mindestens zwei Welten**

Anforderung sprachliche Fähigkeit: verbaler Teil verschieden, je nach Kommunikationspartner

Anforderung kommunikative Fähigkeit: nonverbale Sprache (Körpersprache, Pausen) einsetzen, Empathie als übersprachliche Kompetenz, Arzt und Patient müssen verstehen.

Vorbereitung für den ausländischen Arzt auf die Sprachanforderungen

- **Schwerpunkt auf Alltags-/ Umgangssprache** liegen in der Hierarchie der Sprache (Fachsprache -> übersetzte Fachsprache -> Alltagssprache)
- **Wortschatz für Umgangssprache** erarbeiten, Idiome und Metaphern langsam verstehen. (ähnliches kennt jeder Arzt aus seiner Muttersprache).
- Sich **einlassen auf die Lebenswelt** der Menschen, Ziel: Beherrschen sprachlicher **Bilder aus dem Alltagsleben**. („der hat ein Brett vorm Kopf“)
- Empfehlung: Fotos beschreiben; Lokale Zeitungen mit Lokalkolorit und Krimis mit aktuellen Themen lesen (spannend ist, was gut beschrieben wird);
- **Nachfragen als kommunikative Kompetenz und Verstehenssicherung** verstehen und üben.
- Bilddarstellungen auch bei sprachungeübten ausländischen Patienten einsetzen.
- **Sprachhilfe durch Schwestern und Pfleger** als kollegial und nicht als Schwäche sehen.

DR. MARTINA ERKEN

mibeg-Institut Medizin

Sachsenring 37-39

50677 Köln

medizin@mibeg.de

www.mibeg.de/medizin

www.erkennung-medin.de

Vortrag „Ja Chef“ kann viel bedeuten – Integration und Qualifizierung ausländischer Ärzte im Rahmen der chirurgischen Weiterbildung

Krankenhäuser und Praxen haben einen unverändert hohen Personalbedarf, insbesondere im ärztlichen und pflegerischen Bereich, aber auch bei weiteren Gesundheitsfachberufen in den Aufgabenfeldern der Labordiagnostik, der radiologischen Diagnostik und der Physiotherapie. Eine wichtige Zielgruppe bei der Personalgewinnung sind Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige von Gesundheitsfachberufen, die aus dem Ausland kommen. Hier müssen Verfahren der beruflichen Anerkennung gut und rasch funktionieren und Qualifizierungen bereitgestellt werden, die sprachlich, fachsprachlich und fachlich adäquat auf die Berufstätigkeit in stationären und ambulanten Versorgungsbereichen vorbereiten. Die Qualitätsstandards in der gesundheitlichen Versorgung sind hoch, entsprechend hoch sind die Anforderungen an die Berufszulassung.

Das mibeg-Institut Medizin hat mit dem Programm IQaMed und unterstützt durch das Förderprogramm IQ mit Mitteln des Bundes und des Europäischen Sozialfonds in den letzten drei Jahren über 2.000 Gesundheitsfachkräfte beraten. Über 1.500 Ärztinnen und Ärzte sowie weitere Gesundheitsfachkräfte haben an einem Informationsseminar zur Anerkennung und zu Qualifizierungsmöglichkeiten teilgenommen. In Nordrhein-Westfalen konnten allein mit diesem Projekt über 600 Gesundheitsfachkräfte auf die berufliche Anerkennung erfolgreich vorbereitet werden. Dabei zielen die Seminare auf die anspruchsvollen Fachsprachprüfungen vor den Landesärztekammern und auf die Eignungs- und Kenntnisprüfungen, die, organisiert durch das zuständige Landesprüfungsamt, an Universitäten abgenommen werden.

Das Projekt IQaMed des mibeg-Instituts Medizin zeigt, dass mit adäquaten Qualifizierungskonzepten sehr kostengünstig und schnell eine berufliche Anerkennung erlangt werden kann.

PD DR. MACIEJ PATRZYK

Fazit der Diskussion mit den Vortragenden aufgrund der bisherigen Erfahrungen mit der Integration ausländischer Ärzte in die chirurgische Weiterbildung

ANFORDERUNGEN AN AUSLÄNDISCHE ÄRZTE

- möglichst gute Deutschkenntnisse (gefordert C1 und mehr)
- gute medizinische Grundkenntnisse absolut gefordert (entsprechend dem Deutschen Staatsexamen Humanmedizin)
- kulturelles Verständnis (Emanzipation von Frauen, Akzeptanz westlicher Werte)
- Integrationswunsch und Integrationsfähigkeit
- hohe Eigenmotivation wünschenswert

ANFORDERUNGEN AN CHIRURGISCHE WEITERBILDER

- gute chirurgische Fachkenntnisse und Lehrfähigkeit
- Motivation zur fachärztlichen Ausbildung (auch außerhalb der Klinik oder Praxis)
- Teambildung, Teamentwicklung, Teamcoaching und Teamleitung im Focus der Integration der ausländischen Mitarbeitern
- Grundverständnis für andere Werte und Kulturen
- Förderung der Integration sowohl am Arbeitsplatz als auch im privaten Leben
- „Empathiefähigkeit“ für Ausländer

ANFORDERUNGEN AN KLINIKVERWALTUNGEN, BEHÖRDEN UND SONSTIGE INSTITUTIONEN

- Praktische Unterstützung durch die Klinik-Verwaltungen
- Kostenübernahme und Budgets für die Integration ausländischer Ärzte
- transparentere Anforderungen der Landesbehörden für die Anerkennung
- bessere Unterstützung und viel mehr praktische Hilfe vor Ort in den Kliniken (LÄK, BDC, Landesbehörden, Kommunen)
- Kommunikationsverbesserung durch verbesserten Sprachunterricht (Suche nach alternativen und unkonventionellen Sprachschulen, z. B. Sprachunterricht am Arbeitsplatz)
- Bewusstsein für eine „Willkommenskultur“ in der Chirurgie weiter stärken ○

Schicken Sie Ihre PJ'ler und Famulanten zum Nachwuchs-Kongress ›Staatsexamen & Karriere‹!

Optimale Vorbereitung auf die 3. Ärztliche Prüfung in Chirurgie und Innerer Medizin mit Vorträgen, Fallbeispielen, Videositzungen und praktischen Workshops
→ **Berlin, 28.–29.09.2018**

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Michael Denking, Ulm, BDI e. V.

Dr. med. Andreas Jerrentrup, Marburg, BDI e. V.

PD Dr. med. Andreas Kirschniak, Tübingen, BDC e. V.

Prof. Dr. med. Carsten J. Krones, Aachen, BDC e. V.





(c) Stock/om_france

Prämienanpassung in der Allgemeinen Haftpflichtversicherung

ANPASSUNGEN VON 10 PROZENT ZU ERWARTEN

Nachdem es in den vergangenen zwei Jahren nicht zu einer bedingungsgemäßen Prämienanpassung in der Allgemeinen Haftpflichtversicherung (Betriebs-, Berufs-, Privat-Haftpflichtversicherungen usw.) gekommen ist, kann es mit der Hauptfälligkeit ab dem 01.07.2018 eine Prämienanpassung um 10 Prozent geben. Laut den Allgemeinen Bedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB) haben Versicherer die Möglichkeit, die Prämien an die Schadenteuerung anzupassen.

Zu beachten: Von den bedingungsgemäßen zu unterscheiden sind **individuelle** Prämienanpassungen der Versicherer, die diese auch unabhängig von den AHB einfordern können. Davon betroffen sein können z. B. Ärzte, deren Versicherungsvertrag eine individuelle Prämienanpassungsklausel enthält.

AHB: TREUHÄNDER ERMITTELT JÄHRLICH

Wenn sich die durchschnittlichen Schadenzahlungen der Versicherer im abgelaufenen

**Tim Brozio**

Ecclesia Versicherungsdienst GmbH
 BDC-Versicherungsservice
 Klingenbergstraße 4, 32758 Detmold
 Telefon 0800 603 603 0
bdc-versicherungsservice@ecclesia.de

Brozio T: Prämienanpassung in der Allgemeinen
 Haftpflichtversicherung. *Passion Chirurgie*. 2018
 Juni, 8(06): Artikel 04_04.



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

Jahr gegenüber dem Vorjahr erhöht oder verringert haben, sehen die AHB eine *bedingungsgemäße* Prämienanpassung gemäß Treuhänderermittlung vor.

Das Verfahren: Jedes Jahr evaluiert ein unabhängiger Treuhänder, ob sich Änderungen ergeben haben. Der Treuhänder vergleicht dafür die Schadenzahlungen sämtlicher Anbieter der Allgemeinen Haftpflichtversicherung aus dem vergangenen Jahr mit denen aus dem Jahr davor (darunter fallen nicht nur die Versicherungsleistungen selbst, sondern auch Aufwendungen für die Ermittlung des Schadenumfangs oder der -ursache).

Aus der so berechneten Differenz leitet sich der treuhänderisch ermittelte Prozentsatz ab. Bei diesem Wert handelt es sich um die prozentuale Abweichung, abgerundet auf eine durch fünf teilbare Zahl. Der alljährlich veröffentlichte Prozentsatz entscheidet, ob die Prämien sich im darauffolgenden Jahr ändern.

FÜNF-PROZENT-HÜRDE: DARUNTER KEINE ANPASSUNG

Erst ab einem Wert von 5 Prozent kann es zu einer bedingungsgemäßen Prämienanpassung

kommen. Diese wird dann zur nächsten Hauptfälligkeit wirksam.

Ermittelt der Treuhänder einen Prozentsatz von unter 5 Prozent, bleibt die Prämienhöhe – so in den beiden Vorjahren – zunächst unverändert. Nicht prämienrelevante Werte fallen allerdings nicht einfach unter den Tisch, sondern werden auf die Berechnungen der Folgejahre vorgetragen.

VORTRÄGE AUS DEN VORJAHREN FÜHREN ZU EINER PRÄMIENANPASSUNG AB DEM 01.07.2018

Der unabhängige Treuhänder hat unter Berücksichtigung der Vorträge aus den Ermittlungen in den Jahren 2016 und 2017 insgesamt eine Erhöhung des Durchschnitts der Schadenzahlungen von 13,6 Prozent festgestellt. Bedingungsgemäß ist daher bei allen Verträgen mit Hauptfälligkeit ab dem 01.07.2018 eine Beitragsangleichung um 10 Prozent möglich. ○

**RECHT &
VERSICHERUNG**

Versicherungs- angebote des BDC



Diese Leistungen sind in Ihrem BDC-Mitgliedsbeitrag erhalten:

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

Weitere Versicherungsangebote für BDC-Mitglieder über Rahmenverträge

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

NEU Versicherungsschutz für Berufseinsteiger

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

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

BDC-VERSICHERUNGSMAKLER ECCLESIA VERSICHERUNGSDIENST GMBH

BDC-Versicherungsservice

Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold

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

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de

Hygiene-Tipp:

Händedesinfektionsmittel – Künftig auch Biozide möglich



Prof. Dr. med. Walter Popp
Deutsche Gesellschaft für
Krankenhausthygiene e.V. (DGKH)
Joachimsthaler Str. 10
10719 Berlin

Bisher waren Händedesinfektionsmittel in Deutschland laut Gesetz Arzneimittel, womit man sich von fast allen anderen EU-Ländern unterschieden hat. Durch die europäische Biozidprodukte-Verordnung von 2013 wird sich dies in nächster Zeit sehr wahrscheinlich ändern. N-Propanol wurde auf europäischer Ebene auch für die Händedesinfektion eindeutig als Biozid eingeordnet. In Deutschland können Altpreparate weiterhin als Arzneimittel vermarktet werden. Biozide unterliegen bezüglich der hygienischen Sicherheit weniger strengen Auflagen als Arzneimittel.

Es ist damit zu rechnen, dass der Markt in Deutschland mit einer Fülle neuer Produkte überschwemmt wird. Weiterhin empfiehlt sich jedoch, dass nur VAH-gelistete Produkte eingesetzt werden. Daher sollte unbedingt mit Einkauf und Apotheke geklärt werden, dass Umstellungen von Produkten nur in Absprache mit der Krankenhaushygiene erfolgen.

Der Kurztipp gibt die Meinung der Autoren wieder.



Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Zastrow
Institut für Hygiene und
Umweltmedizin
Klinikum Spandau
Neue Bergstraße 6
13585 Berlin

Dr. rer. nat. Jürgen Gebel
Abteilungsleiter
Desinfektionsmittel-Testung
Institut für Hygiene und Öffentliche
Gesundheit
Universität Bonn

Popp W, Zastrow KD Gebel J: Hygiene-Tipp:
Händedesinfektionsmittel - Künftig auch Biozide
möglich. *Passion Chirurgie*. 2018 Juni; 8(06):
Artikel 04_05.



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



© iStock/tomml

Latexfreier OP-Saal für die Allergieprävention

Dr. Yasser Abdalla



Schutzhandschuhe im Gesundheitswesen

Medizinische Schutzhandschuhe zählen neben der Händedesinfektion zur wichtigsten Infektionsprophylaxe im Gesundheitswesen. Daneben bieten sie einen Schutz vor Gefahrstoffen, Chemikalien sowie Reinigungs- und Desinfektionsmitteln und müssen somit ganz unterschiedliche Anforderungen erfüllen. Insbesondere in der Chirurgie sind medizinische Fachkräfte neben der vorrangigen Schutzfunktion auf einen guten Tragekomfort und den Erhalt der taktilen Sensitivität angewiesen.

Schutz oder Risiko?

OP-Handschuhe sind auf die Bedürfnisse der Chirurgen und des Pflegepersonals angepasst. Gegenwärtig dominieren noch latexhaltige Produkte die deutschen OP-Säle. Schutzhandschuhe mit hohen Latexanteilen bieten jedoch nicht nur Vorteile – sie können speziell bei Vielanwendern auch Allergien auslösen. 70 % aller latexbedingten Reaktionen entfallen auf Fachkräfte im Gesundheitswesen; einer von 50 Beschäftigten entwickelt pro Jahr eine Latexallergie [1].

Naturlatex wird aus dem Milchsafte brasilianischer Gummibäume (*Hevea brasiliensis*) gewonnen. Eine Latexallergie, die sich als IgE-vermittelte Typ-I- (Soforttyp) oder T-Lymphozyten-vermittelte Typ-IV-Allergie (Spättyp) manifestiert, wird durch eine intensive Exposition gegenüber den darin enthaltenen pflanzlichen Proteinen induziert. Die Allergene gelangen meist von der Handschuhoberfläche in die Haut und die oberen Atemwege. Folglich treten u. a. Juckreiz, Rötungen und Quaddeln an der Haut sowie Schleimhautreaktionen (allergischer Schnupfen, Luftnot, Schluckbeschwerden) bei den Betroffenen auf, die zu einem anaphylaktischen Schock führen können [2]. Insbesondere Personen, die zu atopischen Reaktionen neigen, weisen ein erhöhtes Latexallergierisiko auf. Etwa 50 % der latexsensibilisierten Beschäftigten, die Asthma entwickeln, müssten ihren Beruf aufgeben, wenn latexhaltige Produkte in Zukunft auch weiterhin in medizinischen Einrichtungen dominieren würden [3].

„Seit 1994 leide ich an einer Latexallergie. Damals wurden die Abstände zwischen dem Tragen von latexhaltigen OP-Handschuhen und dem Einsetzen der Symptome immer kürzer. Zum Schluss konnte ich den Handschuh keine fünf Minuten mehr tragen. Ohne latexfreie OP-Handschuhe hätte ich meinen Beruf an den Nagel hängen müssen.“

Dr. Yasser Abdalla, Chefarzt der Klinik für Neurochirurgie und Direktor des Zentrums für Wirbelsäulenchirurgie im Nordwest-Krankenhaus Sanderbusch, Lehrkrankenhaus der European Medical School Oldenburg-Groningen.

Häufigkeit der Latexallergie

Aufgrund der früher zunehmenden Verwendung gepudelter, latexhaltiger Handschuhe war die Zahl der Latexallergien auf 10 – 17 % im Medizinbereich angestiegen [4]. Die steigende Anzahl der Betroffenen mit Latexallergie führte dazu, dass Naturgummikautschuk als Atemwegs- und hautsensibilisierender Stoff im Verzeichnis der Technischen Regel für Gefahrstoffe (TRGS) 901 aufgenommen wurde und die am meisten untersuchte berufliche Allergenquelle darstellt [5]. Seit 1998 besteht daher im OP-Bereich eine Austauschpflicht für gepuderte Handschuhe aus Naturlatex gegen un gepuderte, allergenarme Produkte, die weniger als 30 µg Protein pro Gramm Handschuhmaterial enthalten [4]. Aufgrund des Bewusstseinswandels haben die Latexallergiefälle seitdem kontinuierlich abgenommen [6, 7]. Derzeit beträgt die durchschnittliche Prävalenz der Latexallergie bei Beschäftigten im Gesundheitswesen weltweit noch immer 9,7 %, bei Risikopatienten 7,2 % und bei der Allgemeinbevölkerung 4,3 % [8].

Prophylaxe als einzige kausale Therapie

Die derzeit einzige Strategie zur Minimierung allergischer Reaktionen bei sensibilisierten Personen sowie die Vermeidung neuer Sensibilisierungen in Risikopopulationen ist die Expositionsprophylaxe gegenüber latexhaltigen Produkten. Auch die passive Exposition durch Kollegen kann zu einer Zunahme der allergischen Symptome führen. Eine einmal erworbene Sensibilisierung bleibt ein Leben lang bestehen. Immer mehr Krankenhäuser gehen daher dazu über, latexhaltige Produkte vollständig zu eliminieren, um das medizinische Fachpersonal proaktiv vor Latexallergien zu schützen. Durch die Vermeidung von latexhaltigen Produkten konnte in verschiedenen Studien die Prävalenz von Latexsensibilisierungen signifikant gesenkt werden [9-11].

Latexfreie Alternativen

Da bei der Anwendung latexfreier Produkte lange Zeit Bedenken hinsichtlich Komfort und Schutz geäußert wurden, ist der Ersatz von Naturlatex durch synthetische Materialien (z. B. Polyisopren) in medizinischen Einrichtungen bislang noch nicht ausreichend verbreitet. Inzwischen konnten diese Bedenken jedoch vollständig ausgeräumt werden. Daher ist es notwendig, das Personal über die Risiken einer Latexallergie zu informieren, latexhaltige Produkte in der gesamten Einrichtung zu identifizieren sowie Produkte zu vermeiden, die nachweisbare Mengen an natürlichem Latex enthalten. Der OP-Saal ist meist, bis auf die Verwendung latexhaltiger OP-Handschuhe, bereits latexfrei. Schlüsselfaktoren für die Umstellung auf eine latexfreie Umgebung sind vor allem die allgemeine Akzeptanz der Chefärzte in chirurgischen Kliniken, zentralisierte Einkäufe von medizinischen Verbrauchsgütern (einschließlich steriler Handschuhe) sowie eine stetige Weiterbildung und Wachsamkeit [12].

Heutzutage sind die neuen Generationen der latexfreien OP-Handschuhe aus dem Mölnlycke-Sortiment mit latexhaltigen Produkten äquivalent. Viele Anwender berichten darüber, keinen Unterschied in Bezug auf Tragekomfort, Tastsensibilität und Sicherheit zu empfinden. Mit den sterilen Biogel®-Handschuhen wird die taktile Sensitivität durch die vollanatomische Passform auch bei filigranen Operationen, wie z. B. in der Neurochirurgie, nicht beeinflusst. Das Tragekomfort-orientierte und dabei volle Sensitivität-vermittelnde latexfreie Doppelhandschuhsystem (z. B. Biogel® PI Micro Indicator System) identifiziert zusätzlich 97% aller Perforationen und reduziert nachweislich das Infektionsrisiko [13].

Neben dem medizinischen Personal sind sich auch viele Patienten ihrer Latexallergie nicht bewusst. Durch die konsequente Vermeidung der Allergene könnte das potenzielle Risiko von allergischen Reaktionen auch bei diesen Personen umgangen werden.



Literatur

- [1] Mercurio J. Creating a latex-safe perioperative environment. OR Nurse 2011;5(6):18 – 25
- [2] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS); TRGS 401: Gefährdung durch Hautkontakt, Ermittlung – Beurteilung – Maßnahmen. 2008. https://www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Regelwerk/TRGS/pdf/TRGS-401.pdf?__blob=publicationFile, abgerufen am: 28.02.2018
- [3] Kelly KJ, Sussman G. Latex Allergy: Where are we now and how did we get there? J Allergy Clin Immunol Pract 2017;5(5):1212 – 6
- [4] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. Arbeitsschutz hautnah – Haut- und Infektionsschutz im Gesundheitswesen. 2002
- [5] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS); TRGS 901: Verzeichnis sensibilisierender Stoffe und von Tätigkeiten mit sensibilisierenden Stoffen. 2011. https://www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Regelwerk/TRGS/pdf/TRGS-907.pdf?__blob=publicationFile, abgerufen am: 28.02.2018
- [6] Allmers H, Schmengler J, Skudlik C. Primary prevention of natural rubber latex allergy in the German health care system through education and intervention. J Allergy Clin Immunol 2002; 110(2):318 – 23
- [7] Allmers H, Schmengler J, Nickau L, et al. Latexerkrankungen. Trauma und Berufskrankheit 2008;10(1):72 – 4
- [8] Wu M, McIntosh J, Liu J. Current prevalence rate of latex allergy: Why it remains a problem? J Occup Health 2016;58(2):138 – 44
- [9] Cremer R, Kleine-Diepenbruck U, Hering F, et al. Reduction of latex sensitisation in spina bifida patients by a primary prophylaxis programme (five years experience). Eur J Pediatr Surg 2002;12 Suppl 1:S19 – 21
- [10] Blumchen K, Bayer P, Buck D, et al. Effects of latex avoidance on latex sensitization, atopy and allergic diseases in patients with spina bifida. Allergy 2010;65(12):1585 – 93
- [11] LaMontagne AD, Radi S, Elder DS, et al. Primary prevention of latex related sensitisation and occupational asthma: a systematic review. Occup Environ Med 2006;63(5):359 – 64
- [12] Brown RH, McAllister MA, Gundlach AM, et al. The final steps in converting a health care organization to a latex-safe environment. Jt Comm J Qual Patient Saf 2009;35(4):224 – 8
- [13] Wigmore SJ, Rainey JB. Use of coloured undergloves to detect glove puncture. Br J Surg 1994; 81(10):1480

„Es gibt keine Gründe, latexhaltige Handschuhe zu benutzen. Die neuen Generationen der latexfreien OP-Handschuhe sind hinsichtlich Tragekomfort, Gefühlsechtheit und Schutz mit latexhaltigen Produkten vergleichbar – wenn nicht sogar komfortabler und gefühlsechter. Die Prophylaxe ist die einzige Therapie, deswegen muss man letztendlich auf latexhaltige Handschuhe im OP komplett verzichten und die Verwendung latexfreier Produkte vertreten.“

Dr. Yasser Abdalla, Chefarzt der Klinik für Neurochirurgie, Direktor des Zentrums für Wirbelsäulenchirurgie im Nordwest-Krankenhaus Sanderbusch, Lehrkrankenhaus der European Medical School Oldenburg-Groningen.

Rezension:

Allgemein- und Viszeralchirurgie essentials



Allgemein- und Viszeralchirurgie essentials

Hrsg. Nicolas T. Schwarz, Neumünster
Thieme-Verlag
8., vollständig überarbeitete Auflage
2017
400 S., 170 Abb.
ISBN: 9783131263483
129,99 Euro

Beim Verlag bestellen

<https://bit.ly/2JhLQG9>

Rezensent:

Prof. Dr. Hans Jürgen Schlitt
Universitätsklinikum Regensburg
Klinik und Poliklinik für Chirurgie
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93053 Regensburg
hans.schlitt@klinik.uni-regensburg.de

Mit dem Buch „Allgemein- und Viszeralchirurgie“, herausgegeben von Nicolas T. Schwarz aus Neumünster, legt der Thieme-Verlag die inzwischen 8. Auflage dieses „Intensivkurses zur Weiterbildung“ vor. Es ist vom Herausgeber beschrieben als „Repetitorium ohne unnötigen Ballast“ und „Crashkurs vor der Facharztprüfung“. Das Buch umfasst auf etwa 370 Seiten die gesamten Themen der Viszeralchirurgie inklusive der Endokrinen Chirurgie, einem kurzen Kapitel zur Perioperativen Medizin sowie zusätzlichen Abschnitten über Weichteiltumoren und einige Aspekte der Gefäß- und der Unfallchirurgie. Innerhalb der einzelnen Kapitel werden jeweils stichpunktartig die Anatomie und Physiologie dargestellt und danach die verschiedenen Pathologien bzw. Erkrankungen des Organs mit ihren Symptomen und ihrer Diagnostik und ggf. mit Aspekten ihrer Epidemiologie abgearbeitet. Bei verschiedenen Therapieoptionen werden diese oft in Form eines Algorithmus gut verständlich graphisch dargestellt. Darüber hinaus werden jeweils entsprechende Klassifikationen der Erkrankungen bzw. TNM- und UICC-Stadien im Detail beschrieben. Es folgen dann die jeweiligen Therapieoptionen. Hier sind die OP-Techniken in farblich hervorgehobenen Kästen stichpunktartig schrittweise beschrieben und teils mit Zeichnungen grafisch erläutert.

Insgesamt gibt das Buch damit zur Vorbereitung auf eine Facharztprüfung einen guten und kompakten Überblick über viele relevante Themen. Die sehr kompakte und stichpunktartige Darstellung führt allerdings dazu, dass die Übersichtlichkeit etwas verloren geht und es schwierig ist, die Übergänge von verschiedenen Abschnitten und Themen eines Kapitels gut zu erkennen. Somit ist die „Lesbarkeit“ des Buches eingeschränkt. Auch sind Themen, die chirurgisch für die Facharztausbildung nur geringe Relevanz besitzen (z. B. die komplexen Therapieschema des M. Crohn) relativ gesehen zu ausführlich dargestellt. Chirurgisch relevante Themen, wie z. B. spezifische Komplikationen und Risiken, über die vor bestimmten Operationen aufgeklärt werden soll, oder Häufigkeiten typischer postoperativer Komplikationen kommen hingegen deutlich zu kurz. Auch fehlen viele perioperativen Aspekte wie z. B. Details zur Thromboseprophylaxe, der postoperativen Ernährung und der Schmerztherapie, die jede Chirurgin und jeder Chirurg kennen sollte.

Zusammenfassend kann das Buch daher als „Intensivkurs zur Weiterbildung“ für die „Allgemein- und Viszeralchirurgie“ nur mit gewissen Einschränkungen empfohlen werden. ○

Schlitt HJ. Rezension: Allgemein- und Viszeralchirurgie essentials. Passion Chirurgie. 2018 Mai, 8(06): Artikel 04_06.



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

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).

Dr. med. Christian Biancosino leitet seit dem 01. März 2018 die Klinik für Thoraxchirurgie des HELIOS Klinikum Wuppertal. Er war dort zuvor als leitender Oberarzt beschäftigt.

Frank Blömker, ehemals Chefarzt der Unfall- und Handchirurgie, Sporttraumatologie der AGAPLESION Ev. Bathildis-Krankenhaus gGmbH, leitet seit April die Klinik für Unfallchirurgie der Kath. Hospitalvereinigung Weser-Egge, St. Vincenz-Krankenhaus, in Brakel.

Dr. med. Philipp Bula ist seit dem 01. März 2018 der Chefarzt der nun neu strukturierten Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Orthopädie, Plastische- und Handchirurgie am Klinikum Gütersloh. **Dr. med. Bernd Ruhnke**, ehemaliger Chefarzt der Klinik für Plastische-, Ästhetische- und Handchirurgie, verabschiedete sich in den Ruhestand.

Dr. med. Mario Dietzel leitet seit dem 01. März 2018 die Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Kreiskrankenhauses Greiz. Er war zuvor Chefarzt und Leiter der Endoprothesenzentren im Klinikverbund Adorf-Schöneck.

Dr. med. Anand Esapathi ist neuer Chefarzt der Gefäßchirurgie des St. Martinus-Hospitals in Olpe. Der ehemalige Oberarzt ist Nachfolger von **Dr. med. Everard Braganza**, der nach langjähriger Tätigkeit als Chefarzt und als stellvertretender Ärztlicher Direktor in den Ruhestand ging.

Ilias Fanoulas M.Sc. ist seit dem 01. Februar 2018 Chefarzt der Orthopädie der Herzog-Julius-Klinik Bad Harzburg. Er war zuvor Oberarzt an der Maternus-Klinik für Rehabilitation in Bad Oeynhausen.

PD Dr. med. Frank Fischer wechselte als Chefarzt von der HELIOS Frankenwaldklinik Kronach an das Elisabeth Klinikum Schmalkalden. Dort leitet er die Abteilung Allgemein- und Viszeralchirurgie, Gefäßmedizin.

Dr. Heiner Gellhaus wechselte als Chefarzt vom St. Ansgar-Krankenhaus in Höxter an das Brüder-Krankenhaus St. Josef in Paderborn. Dort leitet er seit Anfang 2018 die Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie.

Dr. med. Florian Höhler ist seit Februar 2018 als Chefarzt der Chirurgie der Kliniken Nordoberpfalz AG, Krankenhaus Kemnath.

Dr. med. Roland Hutzschenreuter leitet seit April 2018 zusammen mit **Dr. med. Martin Littmann** die Allgemein- und Viszeralchirurgie des St. Josef Krankenhauses in Engelskirchen. Die Abteilung wird im Kollegialsystem geführt bis Herr Dr. Hutzschenreuter im Laufe des Jahres 2019 die alleinige medizinische Verantwortung übernehmen wird. Dr. Littmann wird dann in den Ruhestand gehen.

Dr. med. Johannes Kormann leitet seit dem 19.03.2018 die Chirurgie des Malteser-Krankenhauses St. Johannes in Kamenz. Bis dahin arbeitete er als Oberarzt im Diakonissen-Krankenhaus Dresden in der Viszeralchirurgie und Proktologie.

Dr. med. Albrecht Krause-Bergmann, Facharzt für Chirurgie und Plastische Chirurgie, ist seit Mai 2018 Chefarzt der Plastischen Chirurgie am Klinikum Gütersloh.

Dr. med. Heike Kremser ist neue Chefarztin der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimalinvasiver Chirurgie der Asklepios Stadtklinik Bad Tölz. Die Fachärztin für

Chirurgie zählt unter anderem die Bauchchirurgie, die Hernienchirurgie und die Koloproktologie zu ihren Schwerpunkten und ist seit 2009 in der Stadtklinik tätig.

Prof. Dr. med. Carsten J. Krones, Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimalinvasive Chirurgie im Marienhospital Aachen, ist im Mai 2018 zum außerplanmäßigen Professor der RWTH Aachen berufen worden.

Prof. Dr. med. Dietmar Lorenz hat zum 15.02.2018 seine neue Chefarztstelle am Klinikum Darmstadt angetreten. Der Spezialist für Viszeral- und Thoraxchirurgie leitet dort die Chirurgische Klinik I.

Dr. med. Jörn Maroske wechselte zum 01. April 2018 als Chefarzt der ANregiomed Klinik Rothenburg ob der Tauber an das Klinikum Main-Spessart in Lohr. Dort leitet er die Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer ist seit dem 25. April 2018 Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin.

Dr. med. Ralf A. Nettersheim MHBA leitet seit 01. Juli 2017 die Viszeralchirurgie im Bergmannsheil in Bochum. Davor war er 18 Jahre im Klinikum Dortmund bei Löhlein, Hartel und Schmeding tätig, zuletzt als geschäftsführender Oberarzt und Leiter des MIC-Zentrums.

Christian Neuhäuser leitet seit April 2018 die Abteilung Orthopädie und Traumatologie am SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach. Neuhäuser ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und Facharzt für Chirurgie mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Unfallchirurgie.

Prof. Dr. med. Kai Nowak, leitender Oberarzt der Chirurgischen Klinik der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg, wechselte nach 16-jähriger Tätigkeit an der Klinik in die Allgemein-, Gefäß- und Thoraxchirurgie des RoMed Klinikums Rosenheim.

Dr. med. Michael Pfeiffer, bisher leitender Oberarzt der Chirurgie, übernahm zum 1. April 2018 die Leitung der Chirurgie - Unfallchirurgie im Krankenhaus Maria Hilf in Daun.

PD Dr. med. Thorsten Plusczyk ist neuer Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie am Diakonieklinikum Neunkirchen.

Dr. med. Christian Poguntke leitet seit Januar 2018 die Chirurgie des Westmecklenburg Klinikums Helene von Bülow in Hagenow. Er war zuvor Oberarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie des Hufeland Klinikums in Mühlhausen, Thüringen.

Prof. Dr. med. Christoph Reißfelder hat zu Anfang April 2018 die Aufgabe des Direktors der Chirurgischen Klinik der Universitätsmedizin Mannheim übernommen und

wurde zudem auf den Lehrstuhl für Chirurgie der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg berufen. Er war zuvor als Stellvertretender Direktor und Leitender Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden tätig.

Prof. Dr. med. Wolfgang Steuer wechselte zum 01. April 2018 von der Allgemein- und Viszeralchirurgie des Robert-Bosch-Krankenhauses in Stuttgart in das Krankenhaus Leonberg Klinikverbund Südwest.

PD Dr. med. Andreas Thalheimer, Chefarzt der Chirurgie in der RoMed Klinik Bad Aibling, wurde ab dem 01. April 2018 zum ärztlichen Direktor der Klinik bestellt.

Dr. med. Michael Uhl gab seinen Chefarztposten in der Unfallchirurgie im Haus Haßfurt der Haßberg-Kliniken zum Ende des Jahres 2017 auf und arbeitet seitdem als Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie im Medizinisches Versorgungszentrum Haßfurt.

Thomas Wendrich, ehemals Oberarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie der HELIOS Frankenwaldklinik in Kronach, leitet die Abteilung seit Anfang des Jahres als Sektionsleiter.

Dr. med. Erik Wilde, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, hat sich zum 01. April 2018 in der Chirurgische Gemeinschaftspraxis Dres. Olms, Sax, Boger, Randt, Schulze und Wilde in Bad Schwartau niedergelassen. ○

Update 2018: Honorararzt und Antikorrupption

BUNDESKONGRESS
CHIRURGIE

RECHT

Zunächst bleibt es dabei: In der Gesamtschau mit den Risiken der Scheinselbstständigkeit, den Problemen bei der Erbringung von Wahlleistungen und der Gefahr eines „verdeckten Belegarztverhältnisses“ raten wir nach wie vor zu Teilzeit-Anstellungen zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern anstelle von Honorararztverträgen.

Der reine Honorar- bzw. Kooperationsarzt hat dort nach wie vor seine Berechtigung, wo tatsächlich eine nur konsiliarärztliche Hinzuziehung in besonderen Fällen und die Behandlung von Regelleistungspatienten des Krankenhauses im Vordergrund stehen.

Auch im Anstellungsverhältnis sind die Themen der erforderlichen Angemessenheit der Vergütung bzw. des lautereren Wettbewerbs und der Zuweiserpauschale jedoch relevant. Es reicht mithin nicht, bestehende Kooperationen umzustellen. Die Partner müssen sich dezidiert mit den vorgenannten Rechtsfragen befassen, um zu einer rechtskonformen und für beide Parteien tragfähigen Lösung zu kommen. Das Dilemma der Ärzte ist es, dass es nach wie vor eine rechtssichere Ausgestaltung mangels klarer gesetzlicher Vorgaben oder verbindlicher höchstrichterlicher Rechtsprechung nicht gibt. Es gibt bis dato nicht einmal erstinstanzgerichtliche Urteile,

**Korrespondierender Autor:**

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

**Oliver Butzmann**

Fachanwalt für Medizinrecht
Mediator (univers.)
Rechtsanwaltskanzlei
Paul-Hösch-Str. 25 A
81243 München

welche die Grenzen angemessener Vergütung im Sinne der antikorrupsionsrechtlichen Vorgaben festlegen würden.

Es ist hierbei jedoch nach einer sich offenbar zunehmend durchsetzenden Auffassung der falsche Ansatz, die Angemessenheit der Vergütung der mit einem Krankenhaus kooperierenden Ärzte und BAGen rein in der „Welt“ Krankenhaus zu beurteilen und z. B. allein die in der InEK-Matrix ausgewiesenen ärztlichen Bestandteile wie für reine Krankenhausärzte als maßgeblich anzusehen. Denn auch bei einer Teilzeittätigkeit bleibt der niedergelassene Arzt ein primär freiberuflicher Unternehmer, dessen versorgungsübergreifende Position in der heutigen Realität der Krankenhäuser für diese und für die Sicherstellung der Versorgung allgemein von essenzieller Wichtigkeit ist. Dieser besonderen Situation des Arztes, der sich eben in zwei „Welten“ bewegt, müssen die Vertragspartner gerecht werden.

Gerade die hoch spezialisierten und qualifizierten teilszeitig angestellten Ärzte, insbesondere auch deren kooperierende BAGen erbringen in aller Regel diverse Begleitleistungen im Sinne des Krankenhauses, wie z. B. Ausbildung, Qualitätsmanagement, Beurteilung von MDK-Gutachten, Zertifizierungshilfe etc. Diese Leistungen werden von InEK eben nicht abgebildet und führen auch nicht zu einer verdeckten Belegarztstellung, da sie krankenhausspezifisch sind.

Auch werden in aller Regel durch diese externen Ärzte weniger Ressourcen in Anspruch genommen als vom Durchschnitt der Abteilungen. Dies lässt die Wirtschaftlichkeit einer solchen Abteilung im Unterschied zur Kontrolle der Gesamtwirtschaftlichkeit eines Hauses völlig anders aussehen.

Es kann deshalb nicht dem laueren Wettbewerb widersprechen, wenn sich der KH-Träger gerade unter Beachtung seiner eigenen Wirtschaftlichkeit ein solches „Gesamtpaket“ für eine entsprechende faire Honorierung einkauft, dies hat nichts mit Zuweiserpauschalen zu tun.

Für die Beurteilung angemessener DRG-Anteile von Kooperationsärzten können zudem

die Unterschiede zwischen Beleg- und HA-DRG viel aussagekräftiger als die InEK-Matrix sein, da sich hieraus Anhaltspunkte für die Bewertung der stationären Leistungen des niedergelassenen Arztes widerspiegeln.

Nach dem aktuellen DRG-Bericht für 2018 ergibt sich bei den kalkulierten belegärztlichen DRG über alle Fachgruppen errechnet eine Differenz zu den Hauptabteilungs-DRG von sogar 32,8 Prozent! Im Bereich der Orthopädie und Unfallchirurgie beträgt die Differenz immer noch 18,2 Prozent.

Von wesentlicher Relevanz ist in diesem Zusammenhang auch die Tatsache, dass beim Honorar-Belegarztmodell gem. § 121 Absatz 5 SGB V eine Reduzierung des HA-DRG um 20 Prozent erfolgt, was sich allein durch das Einsparpotenzial bei der Kooperation mit einem niedergelassenen Arzt rechtfertigt.

Auch aus unserer Sicht bedeutet dies schon im Hinblick auf die Unterschiede der Arztanteile in den DRG und des variierenden Umfangs der vorgenannten Begleitleistungen nicht, dass eine pauschale DRG-Beteiligung in bestimmter Höhe über alle Leistungen hinweg als variable Vergütung grundsätzlich gerechtfertigt ist. Es ist aber gleichzeitig aus den vorgenannten Gründen eben doch denkbar, dass bei entsprechender umfassender Würdigung der konkreten Situation der kooperierenden Ärzte auch ein erheblich über der reinen InEK-Bewertung liegender Anteil an einer DRG als Vergütungsanteil im Einzelfall angemessen sein kann und von den Ärzten im Rahmen der Verhandlungen berechtigterweise eingefordert wird.

Das Bundesgesundheitsministerium ist bei seinen bisherigen Verlautbarungen in diesem Zusammenhang erfreulich differenziert und praxisnah. So stellt es wiederholt in den Vordergrund, dass die sektorenübergreifende Kooperation grundsätzlich gewollt und im Interesse des Patienten sei. Eine angemessene Vergütung sei zulässig und notwendig. Diese sei im Einzelfall anhand aller Umstände zu beurteilen.

Ein dogmatisches Abstellen rein auf die InEK-Matrix, für jeden Arzt, der sich auf eine stationäre Tätigkeit einlässt, wird also auch vom

Heberer J, Butzmann O. Update 2018:
Honorararzt und Antikorrupsion. Passion
Chirurgie. 2018 Juni, 8(06): Artikel 04_08.



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

Ministerium nicht vertreten. Folgen können wir aber der auch dort vertretenen Ansicht, dass die Parteien gehalten sind, die Hintergründe, Kalkulationsgrundlagen und wirtschaftlichen Gesichtspunkte, die zu der vereinbarten Honorierung führten, so transparent und nachvollziehbar wie möglich auszugestalten. Hierzu gehört als wesentlicher Bestandteil aus unserer Sicht auch eine genaue Wirtschaftlichkeitsanalyse für die Abteilung, die die vorgenannten Besonderheiten und Begleitleistungen hinreichend berücksichtigt.

Dringend empfehlen wir zudem die Einbindung der Kooperation in ein professionelles Compliance-Management seitens der

KH-Träger. Zu dessen Aufgabe gehört z. B. die Kontrolle des Anteils selbst eingewiesener Patienten an der Gesamttätigkeit des angestellten Kooperationsarztes. Aus unserer Sicht ist auch sicherzustellen, dass die Drittkontrolle der Krankenhauseinweisung durch einen weiteren Arzt durchgeführt wird. Denn die Prüfung des Vorliegens eines stationären Falls durch den selbst aus seiner eigenen ambulanten Praxis einweisenden Operateur birgt bereits den Anschein einer Zuweiserproblematik bzw. eines verdeckten Belegarztverhältnisses.

Nicht vergessen werden darf bei der Diskussion um die Ausgestaltung der Kooperationen

aber, dass der Gesetzgeber durchaus konkrete Regelungen für die sektorenübergreifende Versorgung vorgesehen hat – nämlich in Form des Belegarztes. Das Belegarztwesen bedarf nach allgemeiner Auffassung in diversen Bereichen jedoch dringend einer strukturellen und finanziellen Anpassung. Hier ist der Gesetz- und Verordnungsgeber gefragt. Er könnte durch eine zeitgemäße und attraktivere Ausgestaltung diese Kooperationsform selbst rechtssicher gestalten, anstelle das Problem durch schwammige gesetzliche Vorgaben auf Ärzte, Krankenhäuser und die Rechtsprechung abzuwälzen. 

eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-CENTER

[eCME-CENTER]

eCME-center.org
continuing medical education



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

www.ecme-center.org

BDC
Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

Frage & Antwort



Änderung an der Eingriffseinwilligung zur OP durch Datenschutzgrundverordnung



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob sich durch die ab 25.05.2018 in Kraft tretende Datenschutzgrundverordnung die Anforderungen an die Eingriffseinwilligung zu einer OP ändern und wo es Hilfestellungen bezüglich der zu treffenden Maßnahmen nach der EU-DSGVO gibt.

ANTWORT:

Hinsichtlich der Einwilligung zu ärztlichen Eingriffen ändert sich aus Sicht des Verfassers nichts durch die EU-DSGVO. Die Anforderungen an eine rechtswirksame Behandlungs- bzw. Eingriffseinwilligung erfahren hierdurch keine Änderungen. Die Vorschriften zur

Einwilligung in der EU-DSGVO beziehen sich ausschließlich auf die Einwilligung der Patienten zur Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten.

Hinsichtlich der durch die EU-DSGVO zu ergreifenden Maßnahmen und der damit verbundenen tatsächlichen Umsetzungsfragen empfiehlt der Verfasser, sich rechtzeitig mit dem zuständigen Landesdatenschutzbeauftragten in Verbindung zu setzen bzw. sich über dessen Homepage oder insbesondere auch über die Website der jeweiligen Landesärztekammer, KV und KBV zu informieren, da hier in der Regel diverse Informationen und konkrete Hilfestellungen angeboten werden. ○

Heberer J. F+A: Änderung an der Eingriffseinwilligung zur OP durch Datenschutzgrundverordnung. *Passion Chirurgie*. 2018 Juni; 8(06): Artikel 04_09.



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

Arztassistenten: Die Rolle des Physician Assistant im Krankenhaus

DGCH-KONGRESS

ASSISTENTEN

CHIRURGEN UND ANÄSTHESISTEN FORDERN EIN KLARES AUSBILDUNGSKONZEPT

In den vergangenen Jahren müssen sich Ärzte im Krankenhaus neben der Patientenbetreuung zunehmend auch um administrative und bürokratische Tätigkeiten kümmern. Diese verschlingen häufig mehrere Stunden pro Tag – Kapazitäten, die in der Patientenversorgung fehlen. Arztassistenten, sogenannte Physician Assistants, sollen Ärzten künftig als neue Fachkräfte Unterstützung bieten. Doch wie deren Ausbildung aussehen soll und welche Befugnisse Arztassistenten haben dürfen, ist bislang nicht einheitlich geregelt. Auf einer Pressekonferenz am 18. April 2018 in Berlin anlässlich des 135. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

(DGCH) diskutieren Experten, was die neuen Fachkräfte leisten können. Zugleich fordern sie die Einbeziehung der medizinischen Fachgesellschaften in die Ausgestaltung der Ausbildungsvorgaben.

In den USA ist der Arztassistent, der so genannte „Physician Assistant“ (PA), bereits seit den 1960er Jahren etabliert. Seit einigen Jahren gibt es auch in Deutschland einen entsprechenden Ausbildungsberuf. Acht Ausbildungsstätten stehen hierzulande zur Verfügung, etwa 300 Arztassistenten sind derzeit tätig, vor allem in Kliniken – Tendenz steigend. „Wir begrüßen diese Entwicklung, kann die neue Berufsgruppe Ärzte doch insbesondere beim Abbau bürokratischer Aufgaben entlasten“, betonen Professor Dr. med.



© Fotolia/beerhoff

**Deutsche Gesellschaft für
Chirurgie e.V.**
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
www.dgch.de

Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH), und Professor Dr. med. Hugo Van Aken von der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI). „Bislang gibt es jedoch noch keine einheitlichen Standards für deren Ausbildung“, kritisieren die beiden Experten.

Die DGCH und DGAI fordern daher ein bundeseinheitlich ausgestaltetes Curriculum. „Erst seit vergangenem Jahr gibt es ein Positionspapier der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung mit darin enthaltenen Ausbildungsvorgaben und Einsatzmöglichkeiten für diese derzeit noch nicht staatlich anerkannte Ausbildung“, erläutert Meyer, der auch Präsident des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) ist. DGAI und DGCH kritisieren, dass für die Erarbeitung des Papiers keine Abstimmung mit den medizinischen Fachgesellschaften stattgefunden habe. „Ärzte tragen bei der Delegation ihrer Leistungen die Verantwortung. Sollen Arztassistenten Teile ärztlicher Tätigkeiten übernehmen, müssen die Ärzte auch mitbestimmen können, welche dies sein können und dürfen. Folglich sollten sie die Rahmenbedingungen für diesen neuen Gesundheitsberuf klar mit definieren“, erklären Chirurgen und Anästhesisten.

Die ärztlichen Kernkompetenzen, die von den jeweiligen Fachgesellschaften definiert wurden, müssten daher in einem Ausbildungskonzept Berücksichtigung finden. So dürften

reine Anästhesieleistungen in keinem Fall durch Nichtärzte ausgeführt werden, wie ursprünglich im Konzept vorgesehen. Diese Entwicklung könnte das Patientenwohl gefährden.

Auf dem 120. Deutschen Ärztetag 2017 in Freiburg wurde dem Modellversuch eines Arztassistenten mit Übertragung ärztlicher Aufgaben nach dem Delegationsprinzip zugestimmt. Die Substitution ärztlicher Kernkompetenzen durch nicht ärztliche Gesundheitsberufe wurde eindeutig abgelehnt. In den USA führen Arztassistenten auch kleinere Operationen durch wie etwa die Entfernung eines Muttermals oder legen Therapiepläne fest. Dies lehnen die Fachgesellschaften hierzulande ab: Arztassistenten sollten Ärzte unterstützen und entlasten, können sie aber nicht ersetzen. „Auch sollte der Arztassistent nicht als ‚Arzt light‘ zur Lösung eines Ärztemangels herangezogen werden“, kritisieren die Vertreter der Fachgesellschaften und weisen dabei auf etwaige finanzielle Motivationen der Krankenhäuser hin, Arztassistenten dem ärztlichen Stellenplan zuzuordnen.

Einigkeit besteht bei den Experten darin, dass Arztassistenten bei den im Kern nicht-ärztlichen Tätigkeiten wirkungsvoll unterstützen könnten, so beispielsweise bei bürokratischen Aufgaben. Daher streben die Fachgesellschaften für die Zukunft eine gute Kooperation zwischen den ärztlichen und neuen Berufsgruppen an.

DGCH. Arztassistenten: Die Rolle des Physician Assistant im Krankenhaus. *Passion Chirurgie*. 2018 Juni, 8(06): Artikel 05_01.



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

Sektorübergreifende Versorgung – Mehr als nur ein Schlagwort?

BUNDESKONGRESS
CHIRURGIE

VERSORGUNG

Der Begriff „Sektorübergreifende Versorgung“ beherrscht in zunehmendem Maße die öffentliche Diskussion, unter anderem auch im aktuellen Koalitionsvertrag. In der Regel ist die Formulierung positiv besetzt als erstrebenswertes und heilbringendes Ziel, allerdings sind Hinweise zur Umsetzung eher vage, wenn überhaupt zu erkennen.

Der BDC hat seit Jahren die sektorübergreifende Versorgung auf der Agenda und bietet jedes Jahr anlässlich des Chirurgenkongresses Sitzungen mit verschiedenen Aspekten dazu an. Dennoch, trotz aller Willensbekundungen, ist es bisher keinen Schritt voran gegangen. Woran liegt das?

Ein wichtiger, vielleicht entscheidender Punkt ist bereits die Namensgebung. Es geht nämlich nur vordergründig um eine sektorübergreifende oder -verbindende Versorgung, sondern um die Überwindung fest zementierter Sektorengrenzen. Die kollegiale gemeinsame Betreuung einzelner Patienten durch Kliniker und Niedergelassene ist längst gelebte Praxis, allerdings nur in Form gegenseitiger Information und Beratung. Eine organisierte und generelle Kooperation scheitert an den Betonmauern des Systems.

Auf der einen Seite stehen die Krankenhäuser, planungstechnisch in Länderhoheit und finanziert über Fallpauschalen (DRG). Die



Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg

Vizepräsident

Berufsverband der Deutschen

Chirurgen e.V. (BDC)

Luisenstraße 58/59

10117 Berlin

dr.rueggeberg@t-online.de

Rüggeberg JA. Sektorübergreifende Versorgung
– Mehr als nur ein Schlagwort? *Passion Chirurgie*.
2018 Juni, 8(06): Artikel 05_02.



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

Ärzte sind Angestellte und weisungsabhängig von Vorgaben der Verwaltungen. Auf der anderen Seite die niedergelassenen Ärzte, zwangsorganisiert über die Körperschaft der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), ebenfalls länderspezifisch. Die Finanzierung ist hochkomplex in einem gedeckelten Budget, nicht unmittelbar leistungsbezogen und im Prinzip über Fallzahlen gesteuert. Eine Niederlassungsfreiheit gibt es nicht, Arztsitze werden über eine bundesweite Bedarfsplanung aus dem vorigen Jahrhundert vergeben. Aus der Zeit Konrad Adenauers stammt auch das Monopol der KVen auf die ambulante Versorgung gekoppelt mit dem Verzicht auf ein Streikrecht. Dieses Monopol wird inzwischen mit Billigung der Politik ausgehöhlt, indem ambulante Notfallversorgungen in großem Umfang an Kliniken erbracht werden und dafür neue Strukturen wie etwa Portalpraxen installiert werden.

Die genannten unterschiedlichen Regelungen wären nicht unüberwindbar, wenn es nicht auch eine stringente Trennung der Finanzmittel für Kliniken und Praxen bei den Krankenkassen gäbe. Einsparungen in einem Sektor

führen nicht zu einem notwendigen Transfer dieser Mittel in den jeweils anderen Bereich. Das führt naturgemäß zu einem vertiefenden Grabenkampf zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhausträgerorganisationen, denn verständlicherweise wird keiner freiwillig Honoraranteile abgeben wollen.

Ohne eine grundlegende Reform der Finanztrennung wird jeder systematische Ansatz einer sektorübergreifenden Versorgung scheitern. Allenfalls könnte man das Belegarztsystem als einen Ansatz betrachten, bei dem sowohl ambulant wie stationär derselbe Arzt tätig wird. Aber auch dieses System wird bestraft mit Erlösabschlägen, die nicht wirklich nachvollziehbar sind.

Bereits heute gibt es zahlreiche Individuallösungen, die aber immer nur auf Basis von Einzelverträgen abgeschlossen werden können. Die Bereitschaft der Ärzteschaft, im Sinne ihrer Patienten eine echte kooperative Behandlung gemeinsam über alle Bereiche zu gestalten, ist vorhanden. Allein, es fehlt der politische Wille zu einer grundlegenden Reform. ○

Europäische Referenznetzwerke für Seltene Erkrankungen und die Zentralisierung in Deutschland

DGCH-KONGRESS

NETZWERK

Die meisten Fehlbildungen, die im Neugeborenenalter operativ versorgt werden müssen, gehören zu den Seltenen Erkrankungen (SE) und treten seltener als in 1 : 2 000 Geburten auf. Obwohl es in Deutschland nur wenige große universitäre Zentren beziehungsweise große städtische Häuser mit der notwendigen Struktur zur Diagnostik, Behandlung und Nachsorge zur adäquaten Korrektur für diese Seltenen Erkrankungen (circa 30) gibt, führt gerade der Föderalismus zu einer Diversifizierung der kinderchirurgischen Kliniken. In jedem Bundesland gibt es zumin-

dest eine universitäre und in der Regel mehrere große Häuser der Maximalversorgung, die alle für sich beanspruchen, eine spezialisierte Versorgung anbieten zu können. Die Folge ist, dass, obwohl so viele Kliniken vorhanden sind, diese anspruchsvollen Korrekturoperationen in den jeweiligen Kliniken vielfach weniger als dreimal im Jahr vorgenommen werden. Im Januar 2006 kam das Inkrafttreten des Anforderungskatalogs zur Zertifizierung von Perinatalzentren Level 1 komplizierend hinzu und es entstanden viele, vorwiegend kleine, kinderchirurgische Einheiten, die sol-



© Istock/ ElenVD



Prof. Dr. med. Dr. h.c. Lucas Wessel

Kongresspräsident der Deutschen
Gesellschaft für Kinderchirurgie
(DGKCH)
Direktor
Klinikum Mannheim GmbH,
Universitätsklinikum
Kinderchirurgische Klinik
Theodor-Kutzer-Ufer 1-3
68135 Mannheim

che komplizierten Eingriffe oftmals seltener als einmal jährlich durchführen. Zusätzlich verhindert das Deutsche Vergütungssystem außerdem, dass Neugeborene mit seltenen Fehlbildungen in erfahrene Zentren verlegt werden, weil damit die Erlöse der zuweisenden Kliniken wegbrechen.

Die Folgen dieses Vorgehens sind für Betroffene oftmals sehr unbefriedigend und werden seit Jahrzehnten von Selbsthilfeorganisationen beklagt. Für die angeborenen Fehlbildungen ist jedoch eine interdisziplinäre Herangehensweise der Schlüssel zum Erfolg. Es müssen klare Leit- beziehungsweise Richtlinien für die prä- und postnatale Versorgung beachtet werden. In vielen Fällen existieren solche Leitlinien nur auf niedrigem Niveau in Deutschland. Diese müssen außerdem nicht zwingend eingehalten werden, sofern keine Komplikationen eintreten. Mögliche Begleitfehlbildungen müssen antizipiert und aktiv gesucht beziehungsweise ausgeschlossen werden. Die Behandlung der Fehlbildungen setzt aber auch eine strukturierte Nachsorge voraus, damit Komplikationen und vor allem übliche Probleme nach dem Korrektureingriff frühzeitig detektiert und adäquat behandelt werden können, nicht zuletzt um vermeidbare Folgeerkrankungen und Re-Operationen zu vermeiden sowie die Teilhabe der Betroffenen zu gewährleisten. Prinzipiell können mithilfe einer Strukturabfrage der Kliniken die notwendigen Voraussetzungen überprüft werden.

Aus anderen Bereichen der Chirurgie ist hinreichend bekannt, dass eine Zunahme der Fallzahlen (das Stichwort ist hier „Mindestmenge“) die Expertise steigen lässt, zu weniger Komplikationen und somit zu besseren Endergebnissen führt. Man muss jedoch berücksichtigen, dass es sich um Erkrankungen handelt, die höchstens 200- bis 250-mal jährlich in Deutschland anzutreffen sind. Bei einigen Fehlbildungen kann die Diagnose bestenfalls zu 80 Prozent pränatal gestellt werden, aber es bleiben trotz aller Sorgfalt genügend Fälle, die überraschend bei der Geburt festgestellt werden. Das bedeutet, dass trotz einer möglichen Zentralisierung hohe Mindestmengen einfach nie zu erreichen sind. Trotzdem gibt es genügend

Anzeichen, die für die Zentralisierung und die Einführung von Mindestmengen sprechen. Die Etablierung von Zentren ist ein wichtiger Schritt, um dieses Ziel zu erreichen.

Die Definition eines Zentrums ist bislang kein geschützter Begriff und erst mit den Europäischen Referenznetzwerken ERN (European Reference Networks) und NAMSE (Nationales Aktionsbündnis für Menschen mit Seltene Erkrankungen) wurden klare Kriterien definiert, die ein Zentrum für SE ausmachen. Allerdings sagt eine Definition über Mindestmengen nicht aus, ob in der jeweiligen Klinik auch die notwendige Infrastruktur vorhanden ist. Dies beinhaltet Aspekte wie spezielle, kindgerechte, diagnostische Verfahren, Intensivkapazitäten, Interdisziplinarität und Hilfsangebote wie Sozialarbeiter beziehungsweise Psychologen. Auch wenn solche Kriterien mittlerweile formuliert wurden, gibt es für die Kinderchirurgie nach wie vor keine Instanz, die ein kinderchirurgisches Zentrum definiert, geschweige denn eine belastbare Zertifizierung durchführt. Außerdem gibt es keine geregelte Finanzierung für zertifizierte Zentren. Dieses Thema liegt seit 2013 beim Gesetzgeber und wurde bis dato noch nicht verabschiedet.

Grund für die Bildung von ERN war die Feststellung, dass gemäß Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention die Vertragsstaaten erstens das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit anerkennen und sich bemühen, sicherzustellen, dass keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten wird. Und zweitens: Die Vertragsstaaten sich bemühen, die volle Verwirklichung dieses Rechts sicherzustellen.

Ziel war es, europaweit Kliniken mit einer besonderen Expertise in den jeweiligen SE zu vernetzen, um so den Informationsaustausch zu vereinfachen und damit sicherzustellen, dass die besondere Expertise in ganz Europa zur Verfügung steht. In insgesamt 24 Netzwerken, die wiederum untereinander verlinkt sind, werden die circa 6 000 SE abgebildet.

Wessel L. Europäische Referenznetzwerke für Seltene Erkrankungen und die Zentralisierung in Deutschland. *Passion Chirurgie*. 2018 Juni, 8(06): Artikel 05_03.



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

Zur Vernetzung wurde die IT-Plattform Clinical Patient Management System (CPMS) geschaffen, die virtuelle Boards und damit den Informationsaustausch ermöglicht. Es werden innerhalb der einzelnen Netzwerke Guidelines erarbeitet, die die Diagnostik und Therapie europaweit vereinheitlichen sollen. Schließlich bieten die ERN eine Webseite, die es den Betroffenen und Behandlern ermöglicht, Zentren mit besonderer Expertise zu identifizieren. Für Kinder gibt es insgesamt vier ERN.

Ein gutes Beispiel der erfolgreichen europäischen Zusammenarbeit sind die entsprechenden Leitlinien und Empfehlungen zur

Behandlung der angeborenen Zwerchfellhernien und der Gallengangsfehlbildungen, insbesondere der Gallengangsatresie. Diese führten dazu, dass zumindest die schweren Fälle zentralisiert wurden, was zu einer deutlichen Verbesserung der Prognose und einer Abnahme schwerwiegender Komplikationen und Folgeerkrankungen führt.

Um die Nachsorge zu verbessern, sind die ERN ebenfalls maßgebend. Ein hilfreiches Mittel ist die „Standardized Clinical Assessment and Management Plan“-(SCAMP-)Methode, die ursprünglich in der Kinderkardiologie zur strukturierten Nachsorge entwickelt und

derzeit für weitere angeborene Fehlbildungen angewendet wird.

Insgesamt muss festgestellt werden, dass die Zentralisierung und somit die Umsetzung von Mindestmengen auch in Deutschland zu einer Verbesserung der Versorgung von angeborenen Fehlbildungen führen wird. Voraussetzung dazu ist, dass die jeweiligen Zentren auch entsprechend den Notwendigkeiten personell und finanziell ausgestattet werden, sodass sie sich nicht nur um die Patienten, sondern ebenfalls um die notwendigen Register, die strukturierte Nachsorge und insbesondere die Versorgungs- und Grundlagenforschung kümmern können. ○

eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-
CENTER

MEDIATHEK



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

Von Chirurgen für Chirurgen –

praxisnäher lässt sich Fortbildung nicht darstellen.

Es können auch eigene Fortbildungsfilme eingereicht werden!

www.mediathek-dgch.de

mediathek
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

BDC | Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.



BDC|Mobile

Die schnellsten Infos für
Chirurginnen und Chirurgen

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

Jetzt noch
umfang-
reicher!

BDC|Mobile beinhaltet:

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



Wie bekomme ich BDC|Mobile?

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



Kommentar des Generalsekretärs



AUS DER
DGCH

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

erfreulicherweise hat trotz winterlicher Temperaturen nachwehen und einiger frühzeitigen Wetterkapriolen nun der Frühling Einzug gehalten. Verbunden damit ist auch seit 1980 die obligate Umstellung der Uhren auf die Sommerzeit. Nach einer Studie der DAK-Gesundheit unter mehr als 1.000 Befragten waren 73 Prozent gegen eine solche regelmäßige Zeitumstellung, obwohl knapp drei Viertel der befragten Bundesbürger keinerlei gesundheitliche Probleme angegeben haben. Mehr als die Hälfte in dieser Umfrage klagte allerdings über Schlafprobleme und Schlafstörungen, wobei sie sich müde und schlapp gefühlt haben, vor allem Menschen mittleren Lebensalters. Somit hofft fast jeder Dritte, dass in den nächsten fünf Jahren die Zeitumstellungen beendet werden. Mit einem Intervall von drei Wochen nach Beginn der Sommerzeit war die diesjährige Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie von oben angeführten Problemen der Zeitumstellung völlig unberührt. Etwa 5.000 Besucher fanden den Weg in den CityCube in Berlin und konnten auch bei fehlenden Grußworten des neuen Gesundheitsministers zahlreiche Höhepunkte im wissenschaftlichen Programm erleben. Bei verstärkter Berücksichtigung von Themenkreisen für die Klinikverwaltungen war in diesem Jahr ebenfalls ein Besuch bei der ConHIT-Tagung im Messegelände möglich. Bei reger Beteiligung war der Wettergott dem Organspendelauf im wahrsten Sinn sehr wohlgesonnen. Insgesamt also wiederum ein äußerst erfolgreicher und gelungener Chirurgenkongress 2018 in einem würdigen Rahmen, wofür wir dem Präsidenten, Herrn Professor Jörg Fuchs, ganz herzlich gratulieren und danken möchten.

ÄRZTESTATISTIK 2017

Nach Angaben der Bundesärztekammer waren noch nie so viele Ärzte wie im Jahr 2017 in Deutschland tätig. Bei einer Zunahme von 6.542 waren dies insgesamt 385.149 Ärzte, womit numerisch ein Arzt 214 Einwohner in unserem Land versorgt. Die Zahl der Krankenhausärzte stieg um 2,1 Prozent auf 198.500. Im niedergelassenen Bereich ist hingegen die Zahl um 1,1 Prozent auf 118.156 leicht rückläufig. Auffällig ist dabei die Anzahl der angestellten Vertragsärzte, die bei einer Zunahme von knapp 10 Prozent im Vergleich zum Vorjahr mit 36.013 Ärzten einen Höchstwert zu verzeichnen haben. Gering zugenommen mit 46,8 Prozent hat der Anteil der Ärztinnen unter den berufstätigen Medizinerinnen. Insgesamt nimmt die Chirurgie mit 36.991 Ärzten unter den verschiedenen Fachgebieten nach der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin den Platz drei ein.

Trotz der hohen Zahl der berufstätigen Ärzte zeichnet sich insgesamt in der Zukunft eine Nachwuchsproblematik ab. Neben dem generellen demographischen Wandel zeigt sich dieser auch in der Ärzteschaft, indem besonders bei den niedergelassenen Ärzten der Anteil der mindestens 60-jährigen zunimmt. Zudem strebt die jüngere Ärztegeneration eine ausgeglichene Bilanz zwischen Beruf, Familie und Freizeit an. Es wird sich also ein Kapazitätsproblem hinsichtlich fehlender Arztstunden ergeben, so zumindest die Meinung des Präsidenten der Bundesärztekammer. Aufgefangen wird diese Entwicklung derzeit unter anderem noch dadurch, dass die Ärzte in der Regel mehr als andere Berufsgruppen bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit aller Erwerbstätigen von 35,6 Stunden arbeiten. Niedergelassene Ärzte



**Prof. Dr. med. Dr. h.c.
Hans-Joachim Meyer**
Generalsekretär der
Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V.
(DGCH)
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
h-jmeyer@dgch.de

Präsident des Berufsverbandes der
Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
praesident@bdc.de

arbeiten im Schnitt mehr als 50 Stunden pro Woche. Nach Erhebungen des Marburger Bundes arbeiten 40 Prozent der Klinikärzte 49 bis 59 Stunden wöchentlich, 20 Prozent sogar 60 bis 80 Stunden einschließlich der Dienste und Überstunden. Bei wachsendem Behandlungsbedarf einer alternden Gesellschaft wird sich diese Situation noch verschärfen. Eine weitere Zunahme der ausländischen Ärzte von mittlerweile 50.809 Medizinern ist sicherlich allein nicht ausreichend. Es muss vielmehr die Zahl der Medizinstudierenden gesteigert werden, auch wenn sich dieses dann erst in 10 bis 15 Jahren in der ärztlichen Versorgung auswirken kann.

DIE „NEUE“ BUNDESREGIERUNG UND IHR GESUNDHEITSMINISTER

171 Tage nach der letzten Bundestagswahl konnte das politische Vakuum endlich beendet werden. Die Bundesrepublik Deutschland hat wieder eine handlungsfähige Regierung mit unterschriebenem Koalitionsvertrag. Die wesentlichen gesundheitspolitischen Inhalte dieses recht allgemein gehaltenen Vertrags mit teilweise vagen Absichtserklärungen sind bereits früher vorgestellt worden. Nun begann also das Besetzungskarussell der Ministerposten und nach korrigierter Zwischenmeldung konnte der aufgrund seiner Zeit als gesundheitspolitischer Sprecher der Unionsfraktion teilweise als „Gesundheitsfachmann“ bezeichnete Jens Spahn Hermann Gröhe beerben. Den zukünftigen Aufgabenkatalog bis zur parlamentarischen Sommerpause erläuterte der neu ernannte Minister in seiner ersten Rede am 23. März 2018 vor dem Parlament, zu der er vom Bundestagsvizepräsidenten Oppermann als „Dr. Jens Spahn für Gesundheit“ aufgerufen wurde. Vier Punkte sollen dabei im Vordergrund stehen: Es handelt sich dabei um das Sofortprogramm mit Einrichtung von 8.000 Stellen in der Altenpflege, wobei auch umgehend ein Pflegeberufsgesetz in das Parlament eingebracht werden soll. Weiter ist eine Ausweitung der Servicestellen zur Vermittlung von zeitnahen Facharztterminen bei Erweiterung der Sprechstunden der niedergelassenen Ärzte von wöchentlich 20 auf 25 Stunden vorgesehen. Letzteres auch als sogenannte offene Sprechstunden bzw. vermehrte

Online-Sprechstunden. Nach Einschätzung Spahns unterscheiden Krankheiten nicht zwischen „gesetzlich oder privat“. Ab 2019 soll die paritätische Finanzierung der Zusatzbeiträge bei der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt werden, was nach Meinung des Ministers einem Beschäftigtenentlastungsgesetz von etwa 8 Milliarden Euro entspricht. Als weiteres Hauptanliegen wird die Digitalisierung im Gesundheitswesen angesehen, wobei Spahn nach eigenen Worten in diesem Problemfeld „viel“ vorhat. Dass dieses generell zutrifft, hat er durch einen schnellen Umbau im Organigramm seines Ministeriums bis hin zum Pressesprecher erkennen lassen. Weiterentwickeln will Spahn auch die Qualitätsmessungen im Krankenhaus einschließlich der entsprechenden Indikatoren mit nachfolgenden Konsequenzen, denn „schlechte Qualität muss früher oder später vom Netz“.

Bei seiner Rede zur Eröffnung des Deutschen Ärztetags bezeichnete der Gesundheitsminister das deutsche Gesundheitssystem als eines der besten der Welt, das er noch besser machen wolle; dann dankte er allen im Gesundheitswesen tätigen Akteuren, besonders den Ärzten und dem Pflegepersonal für ihre tägliche Arbeit. Er bekannte sich aber auch klar zu den Vorgaben aus dem Koalitionsvertrag, wobei er mehrfach ein Angebot zur konstruktiven Debatte und Zusammenarbeit aussprach. Wie diese aber im Einzelnen aussehen soll, blieb offen, gerade bezüglich der Berücksichtigung des ärztlichen Sachverstands bei der Reform der Gebührenordnung, wobei ein erfolgreiches System wie die private Krankenversicherung nicht abgeschafft werden solle bzw. bei den sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen. Abschließend forderte Spahn ausdrücklich den Ausbau der Telemedizin, wobei gemeinsam mit der Ärzteschaft eigene Angebote geschaffen werden müssen.

Nach Meinung von F. U. Montgomery habe der Minister aufgezeigt, dass es viel Spielraum zur Zusammenarbeit gäbe und eine gute Politik mit dem Minister gelingen würde. Die Mehrheit der anwesenden Ärzteschaft war davon wohl eher nicht so überzeugt, denn der Beifall, mit dem der Minister bedacht wurde, war gewiss nicht als überwältigend zu bezeichnen.

121. DEUTSCHER ÄRZTETAG

Der diesjährige Deutsche Ärztetag fand vom 8. bis zum 11. Mai 2018 in Erfurt statt und leitete dabei auch gleichzeitig das letzte Amtsjahr des Präsidenten der Bundesärztekammer Ärztekammer, Professor F. U. Montgomery, ein.

Nach der sehr ausgewogenen Eröffnungsrede des Präsidenten der Bundesärztekammer, in der die Ärzte aufgefordert wurden, sich aktiv an dem sich abzeichnenden Wandel im Gesundheitswesen, sei es durch neue Gesetzesvorgaben, der Einwanderung von Ärzten aus Drittstaaten außerhalb der Europäischen Union, der Digitalisierung etc., einzubringen, auch zu ihrem eigenen Nutzen. Danach begannen dann die verschiedenen Sitzungen und damit die Arbeit der Delegierten auf diesem Ärztetag. Unter den zahlreichen Beschlüssen und Entscheidungen, die teilweise sehr kontrovers diskutiert wurden, seien exemplarisch einige aufgeführt.

Die Erhöhung der ärztlichen Pflichtsprechstundenzeit für gesetzlich Versicherte von 20 auf 25 Stunden, wie von der Politik vorgesehen, wurde nach bereits geäußelter massiver Kritik zurückgewiesen, da dies aus Sicht des Ärztetags einen „nie da gewesenem Eingriff in die ärztliche Selbstverwaltung“ darstellt. Der Ärztetag fordert Gesundheitsminister Spahn auf, diesen unweigerlich auf Konfrontation ausgelegten Weg umgehend zu verlassen.

Statt der bisherigen sogenannten Gleichwertigkeitsprüfung, die allerdings nicht die Kompetenz wie die der in Deutschland ausgebildeten Mediziner sicherstellt, sollen nach Willen des Ärztetags Mediziner aus Ländern außerhalb der Europäischen Union, die in Deutschland tätig werden, das Medizinstatexamen ablegen. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, eine entsprechende Regelung zu finden, damit diese Ärzte über den gleichen Kenntnisstand verfügen wie nach ärztlicher Ausbildung in Deutschland. Unter

Aspekten der Patientensicherheit soll analog dem dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung relevantes medizinisches Wissen geprüft werden. Zudem muss die Fähigkeit der sprachlichen Kommunikation nachgewiesen werden.

Die Diskussion über eine Fernbehandlung im Rahmen der Telemedizin war nicht erst durch die Modellprojekte in Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein wieder entfacht worden, wobei stets der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt als sogenannter Goldstandard angeführt worden war. Auf diesem Ärztetag wurde auch unter Berücksichtigung bereits bestehender kommerziell betriebener Callcenter-Medizin, der Lockerung des Fernbehandlungsverbots mit großer Mehrheit zugestimmt, was auch von der Politik positiv vermerkt worden ist. Eine Veränderung der Musterberufsordnung der Ärzte sieht künftig im § 7 vor, dass eine Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien auch ohne persönlichen Erstkontakt im „Einzelfall“ erlaubt ist, sofern dies ärztlich vertretbar und die erforderliche Sorgfalt gewahrt ist. Zudem muss der Patient entsprechend aufgeklärt werden. Die Ausstellung von Verordnungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen wird vorerst abgelehnt. Nun liegt es also an den Landesärztekammern, diese Empfehlungen entsprechend zu übernehmen.

Nach der letzten Reform der Weiterbildungsordnung aus dem Jahr 2003 wurde jetzt die Novelle der Weiterbildungsordnung auf kompetenzbasierte Grundlage beschlossen. Es werden also nicht mehr Zeiten und Richtgrößen vorgegeben, sondern Erkenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten müssen erworben werden. Zudem stand eine Abstimmung über diverse Zusatz-Weiterbildungen an; dabei wurde unter anderem die Zusatzbezeichnung „spezielle Viszeralchirurgie“ wie auch „Phlebologie“ beibehalten. Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildungen müssen noch festgelegt werden. Die neuen Strukturvorgaben sollen in den Landesärztekammern möglichst

schnell und bundeseinheitlich umgesetzt werden, genauso wie ein entsprechendes elektronisches Logbuch, durch welches der Kompetenzerwerb während der Weiterbildung für die Ärztekammern nachgewiesen werden kann. Ein solches Logbuch muss allerdings noch durch ein externes Unternehmen entwickelt werden.

Ein Ende der Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄneu) ist weiterhin nicht abzusehen. Tatsache ist, dass bislang mehr als 5.500 Leistungslegenden definiert worden sind. Die Erarbeitung der betriebswirtschaftlichen Bewertung, also Kalkulation der Erlöse, ist bei weitem noch nicht abgeschlossen, da teilweise völlig unterschiedliche Zeitanlagen für die gleiche Leistung vorliegen. Erneut aber wurde die Bundesärztekammer einstimmig beauftragt, ihre Arbeiten bei dieser Novellierung fortzusetzen. Dabei bleibt abzuwarten, welche Ziele die Expertenkommission zur Vorbereitung eines modernen Vergütungssystems verfolgt, auch wenn der Gesundheitsminister derzeit für einen Erhalt der privaten Krankenversicherung plädiert. Die Forderung der Ärzteschaft zur Berücksichtigung in dieser Kommission aufgrund der medizinisch-wissenschaftlichen Kompetenz kann nur unterstützt werden.

Abschließend eine bemerkenswerte Mitteilung aus prospektiven Beobachtungsstudien in den USA, trotz aller Einschränkungen solcher Untersuchungen. Danach kann bei Beachtung von fünf Regeln zu einer gesunden Lebensführung die Gesamtsterblichkeit signifikant gesenkt werden. Bei Verzicht auf Nikotin, gesunder Ernährung, regelmäßigen Sport, fehlendem Übergewicht und mäßigem Alkoholgenuß können Männer im Alter von 50 Jahren die Gesamtlebenszeit um zwölf Jahre, Frauen um 14 Jahre verlängern. Auf die resultierende Lebensqualität wird dabei nicht dezidiert eingegangen. Insgesamt also ganz einfach, aber irgendwie doch schon seit längerem bekannt!



136. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

Präsident:

Prof. Dr. med. Matthias Anthuber

26. bis 29. März 2019
ICM, München

CHIRURGIE 2019

Zusammen mit

21. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Präsident: Prof. Dr. med. Jörg C. Kalff, Bonn

Kongresspräsident: Prof. Dr. med. Albrecht Stier, Erfurt

57. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie

Präsident: Prof. Dr. med. Peter P. Schmittenbecher, Karlsruhe

Kongresspräsident: Prof. Dr. med. Stephan Kellnar, München

7. Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin

Präsident: Prof. Dr. med. Dittmar Böckler, Heidelberg

Tagungspräsident: Prof. Dr. med. Markus Steinbauer, Regensburg

5. Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie

Präsident: Prof. Dr. med. Erich Stoelben, Köln

1. Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen

Präsident: Prof. Dr. med. Riccardo Giunta, München

Kongresssekretariat der DGCH

Dr. med. Bernd Geißler

E-Mail: dck2019@klinikum-augsburg.de

Veranstalter, Information und Organisation

MCN Medizinische Congress-
organisation Nürnberg AG

E-Mail: veith@mcn-nuernberg.de

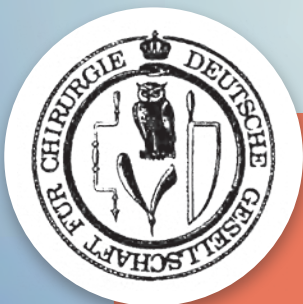
Internet: www.mcn-nuernberg.de

www.chirurgie2019.de

info@chirurgie2019.de



AUS DER
DGCH



Nachlese Chirurgenkongress 2018

BEITRÄGE:

- 62. PRÄSIDENTENREDE
- 69. BILDERGALERIE ZUR ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG
- 71. EHRUNGEN, PREISVERLEIHUNGEN UND VERGABE VON STIPENDIEN
- 74. WAHL DES PRÄSIDENTEN 2020/2021
- 75. „DAMENREDE“
- 79. IMPRESSIONEN VOM DGCH-KONGRESS 2018
- 82. ORGANSPENDELAUF 2018
- 83. EINLADUNG ZUM 136. KONGRESS DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
- 86. PROTOKOLL DER DGCH-MITGLIEDERVERSAMMLUNG 2018
- 89. AUSSCHREIBUNG PREISE UND STIPENDIEN 2019

CHIRURGENKONGRESS 2018 PRÄSIDENTENREDE

Präsidentenrede zum

135. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Sehr geehrte Frau Staatssekretärin Weiss,
Sehr geehrter Herr Bundesärztekammerpräsi-
dent Montgomery,
Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,
Liebe Kolleginnen und Kollegen,

**„DIE MODERNE CHIRURGIE IST WEIT MEHR
BESTREBT, ZU ERHALTEN ALS ZU ZERSTÖREN.
MAN HAT EINGESEHEN, DASS ES WENIGER
WICHTIG IST, NEUE OPERATIONEN ODER
OPERATIONSMETHODEN ZU ERFINDEN,
ALS MITTEL UND WEGE AUFZUSUCHEN, UM
OPERATIONEN ZU VERMEIDEN, ODER, WO
SIE UNVERMEIDBAR SIND, IHRE ERFOLGE ZU
SICHERN“**

Dieses Zitat stammt von Bernhard von Lan-
genbeck, formuliert auf dem ersten Chirur-
genkongress hier in Berlin, im Jahre 1872.

Seine bemerkenswerte Aussage ist eine Vision,
die die Innovation als eine „conditio sine qua
non“ für den Fortschritt in unserem Fach
deklariert. Letztlich unterstreicht Langenbeck
damit die hohe Bedeutung der Interdisziplina-
rität in der Medizin und sieht die Chirurgie als
einen der wesentlichen Mosaiksteine in der
Behandlung kranker Menschen. Ist diese aber
indiziert, muss sie schlussendlich in höchster
Perfektion durchgeführt werden.

Diese Weitsicht spiegelt sich heute unter ande-
rem in der personalisierten Medizin wider.
Chirurginnen und Chirurgen sind nicht mehr
allumfassend tätig, sondern haben auf Grund
ihrer Spezialisierung eine besondere Kompe-
tenz in zahlreichen Teilbereichen. Die rasante
Entwicklung und die erzielten Fortschritte in
der Hochleistungsmedizin erfordern immer

CHIRURGENKONGRESS 2018 PRÄSIDENTENREDE



Prof. Dr. med. Jörg Fuchs
Präsident DGCH 2017/2018
info@dgch.de

mehr eine interdisziplinäre Kooperation der chirurgischen Fachdisziplinen, um den optimalen Ausgang komplexer Krankheitsbilder zu ermöglichen. Die Kompetenz und Souveränität in der Chirurgie lassen sich nicht mehr ausschließlich auf manuelle Fertigkeiten oder die exzellente perioperative Betreuung des Patienten reduzieren. Wir benötigen umfangreiche Kenntnisse in der konservativen und interventionellen Medizin, um z. B. die richtigen Therapieentscheidungen bei der Indikationsstellung zur Operation und der Beherrschung der perioperativen Herausforderungen einleiten zu können.

Diese neue und spannende Qualität der Zusammenarbeit innerhalb der Chirurgie, aber auch mit Vertretern der konservativen Medizin, haben meine chirurgische Tätigkeit mit einem besonderen Fokus auf das kranke Kind maßgeblich geprägt.

Gestatten Sie mir hierzu einen kleinen Exkurs in einen Teilbereich meines eigenen Fachgebiets, der onkologischen Chirurgie im Kindesalter.

In den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts war ein dreijähriges Kind mit einem soliden Tumor nahezu dem Tode geweiht. Die perfekt durchgeführte Operation schenkte nur jedem fünften Kind das Leben. 80 Prozent aller dieser Kinder starben. 30 Jahre später überleben 80 Prozent aller Kinder mit soliden Tumoren. Eigentlich eine Revolution in der Medizin, die aber sehr still und von vielen unbemerkt stattgefunden ist. Der Schlüssel des Erfolges war nicht die viel zitierte Implementierung der präoperativen Chemotherapie. Nein, es war der Enthusiasmus der interdisziplinären Zusammenarbeit von vielen Ärztinnen und Ärzten aus nahezu allen Professionen der Medizin, die auf der Grundlage einer prospektiven wissenschaftlichen Arbeit erfolgreich so genannte

Therapieoptimierungsstudien für alle kindlichen Tumorentitäten etabliert haben.

Die Chirurgie spielte dabei immer eine maßgebliche Rolle und hat gegenwärtig durch neue interdisziplinäre chirurgische Behandlungskonzepte einen besonders hohen Stellenwert.

Ein Kind mit einem Wilms-Tumor und einem Tumorthrombus bis in den rechten Vorhof reichend hat heute durch eine interdisziplinäre Operation an der Herz-Lungen-Maschine bestehend aus einem Spitzenteam von Kinderchirurgen und Herz-/Thoraxchirurgen nahezu die gleiche Überlebenschance wie ein Kind mit einem simplen Nierentumor.

Chirurgische Interdisziplinarität, meine Damen und Herren, ist einer der wichtigsten Zukunftsaspekte unseres Faches.

Nun stehe ich vor Ihnen als Kinderchirurg, dessen Fachgebiet sich erst in den späten 50er Jahren aus der Chirurgie als eigenständiges Fach entwickelt hat und bin in meinem jetzigen Amt Repräsentant der ältesten medizinischen Fachgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Sie können mir glauben, dass mich das mit Ehrfurcht, Respekt und Hochachtung gegenüber meinen Vorgängern, aber auch mit ein wenig Stolz und vor allem Verpflichtung für die Chirurgie im Allgemeinen und für mein eigenes Fach im Besonderen erfüllt.

In diesem Zusammenhang ist es mir besonders wichtig zu betonen, dass die Spezialisierung in der Chirurgie auch ihre Grenzen hat. Eine fundierte und traditionelle chirurgische Basisausbildung ist der Garant für einen erfolgreichen chirurgischen Spezialisten.

CHIRURGENKONGRESS 2018

PRÄSIDENTENREDE

WARUM IST DIE TRADITION IN UNSEREM FACH SO WICHTIG?

Die Tradition unserer Gesellschaft ist durch die Etablierung chirurgischer Schulen geprägt und ihre Initiatoren haben dadurch nachfolgende Generationen maßgeblich geformt.

Ferdinand Sauerbruch leitete aus der Beschäftigung mit der chirurgischen Vergangenheit folgenden Satz ab:

**„GESCHICHTLICHE
BETRACHTUNGSWEISE
IN DER MEDIZIN
MACHT BESCHIEDEN
UND SCHÜTZT VOR
ÜBERSCHÄTZUNG
DER EINZELLEISTUNG.
ABER SIE LEHRT
AUCH, WIE DURCH
ZÄHE ARBEIT UND
SIEGHAFTEM GLAUBEN
AN FORTSCHRITT UND
ENTWICKLUNG NEUE
GEBIETE UNSERER
KUNST EROBERT
WERDEN KÖNNEN.“**

Die historische Betrachtung des Wirkens unserer Vorgänger offenbart eine Fülle von Innovationen, die der deutschen Chirurgie

ein hohes internationales Ansehen verschafft haben.

Axel Haverich hat anlässlich des 100-jährigen Bestehens des Langenbeck-Virchow-Hauses wesentliche bahnbrechende Innovationen der deutschen Chirurgie ohne Anspruch auf Vollständigkeit zusammengefasst. Unter diesen waren die z. B. von Kausch 1909 implementierte partielle Duodenopankreatektomie, welche 1972 von Beger zur duodenumerhaltenden Pankreaskopfresektion weiterentwickelt wurde, die im Jahre 1939 von Küntscher eingeführte Marknagelung und die von Pichlmayr im Jahre 1988 durchgeführte erste ex situ Leberresektion. Diese eindrucksvolle Liste könnte bis zum heutigen Tage weiter fortgeführt werden.

Letztlich möchte ich Ihnen damit nur veranschaulichen, dass die Tradition Stimulator für Innovation ist und die Chirurgie durch hochmotivierte junge Chirurginnen und Chirurgen ständig weiterentwickelt wird.

Wir benötigen deshalb einen leistungsorientierten Nachwuchs, denn nur so werden wir in Zukunft in der globalen Welt bestehen können.

Die Globalisierung wird eine der größten Herausforderungen in der Medizin. Diesen Prozess gilt es auf der Grundlage unserer ärztlichen Wertevorstellungen mitzugestalten indem wir Chancen nutzen, Risiken erkennen, um letztlich die notwendigen Konsequenzen für unser eigenes ärztliches Handeln festzulegen.

Ich möchte in meiner Ansprache nun etwas detaillierter auf folgende vier Aspekte eingehen.

1. Die Herausforderung der Nachwuchs- und Exzellenzförderung
2. Die Globalisierung unter dem Blickwinkel der Digitalisierung
3. Die globale Kommerzialisierung der Gesundheitsbranche

4. Arbeitsmigration und deren Folgen für Länder mit niedrigem und mittleren Einkommen

BEGINNEN WIR MIT DEN HERAUSFORDERUNGEN DER NACHWUCHS- UND EXZELLENZFÖRDERUNG

Grundvoraussetzung für die Nachhaltigkeit in unserem Fach Chirurgie ist ein unermüdliches Engagement für unseren Nachwuchs auf den Ebenen der Weiterbildung und Forschungsförderung.

Eine Analyse des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen (BDC) zeigt, dass bis zum Jahre 2020 11.000 Chirurginnen und Chirurgen in unserem Land das Rentenalter erreichen. Das betrifft 50 Prozent aller niedergelassenen und ca. ein Drittel aller stationär tätigen Kolleginnen und Kollegen. Laut Studie der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Price Waterhouse Coopers (PWC) werden wir im Jahr 2030 23 Prozent unbesetzte Facharztstellen in der Chirurgie haben.

Demgegenüber stehen folgende Fakten: Chirurgen unterschiedlichster Fachgebiete führten im Jahre 2005 12,1 Millionen und zehn Jahre später bereits 16,4 Millionen Operationen durch. Ein Plus von immerhin 30 Prozent. In nahezu allen Krankenhäusern unseres Landes ist die Chirurgie an der Erwirtschaftung des Gesamtumsatzes der jeweiligen Klinik mit ein Sechstel bis ein Fünftel direkt und indirekt beteiligt.

In Anbetracht dieser Zahlen ist das dargestellte Zukunftsszenario unseres Faches sehr, ich betone nochmals, sehr ernst zu nehmen.

Unsere gemeinsame Aufgabe besteht demzufolge darin das Berufsbild „Chirurgie“ in Zukunft spürbar attraktiver zu gestalten. Dieser Aufgabe sind sowohl wir als einzelne

CHIRURGENKONGRESS 2018 PRÄSIDENTENREDE

Personen, als Fachgesellschaften aber auch unsere Gesundheitspolitiker verpflichtet.

Die Bewerberzahlen für das Studentenforum auf diesem Kongress zeigen ein hohes Interesse an den operativen Fächern. Trotzdem orientieren sich nicht wenige Studentinnen und Studenten gerade nach Absolvierung ihres praktischen Jahres zur konservativen Medizin um. Hier liegt nur eines unserer Schlüsselprobleme in der Nachwuchsakquise. Die Gründe dafür sind sehr vielfältig. Die alleinigen Erklärungen in den gesetzlichen Vorgaben von Arbeitszeitregelungen, der hohen physischen Arbeitsbelastung oder der „Work Life Balance“ zu suchen, sind weder zukunftsorientiert noch zielführend.

Einige Dinge können wir selbst verbessern. Dazu zählt die Begeisterung der Studierenden im Praktischen Jahr durch die Vermittlung unserer traditionellen Wertevorstellungen in der Chirurgie. Oberärztinnen und Oberärzte sowie Chefs können den Nachwuchs mit ihrer eigenen Faszination für das jeweilige Fach in der Chirurgie motivieren. Die Studierenden dürfen nicht zum Hakenhalter degradiert werden, sondern die Integration in die chirurgischen Entscheidungsprozesse des Alltags durch ein Mentoring-System haben für die Entscheidung pro Chirurgie eine ebenso eminente Bedeutung wie die Darlegung von Perspektiven in der Forschung in unserem Fach.

In der sich anschließenden Weiterbildung benötigen wir mehr Flexibilität im Arbeitszeitgesetz. Hier sollten neue Gestaltungsmöglichkeiten geschaffen werden. In dieser Frage sind vor allem unsere Politiker gefordert, denn so manche EU Regelung, ich beziehe mich hier auf den neuesten Richterspruch, dass Rufbereitschaft Arbeitszeit gleichzusetzen ist, geht nicht nur in unserem Land an der gelebten Realität vorbei.

Wir sollten individuelle Karrierewege für den Nachwuchs planbar machen und daran

arbeiten, dass Rotationen mit den geforderten Inhalten abgeleistet werden und Operationskataloge auch reell erfüllt werden können.

Aktuelle Untersuchungen des BDC dazu offenbaren verbesserungswürdige Ergebnisse. Mehr als 86 Prozent der Befragten weisen z. B. darauf hin, dass am Anfang ihrer Laufbahn kein konkretes Weiterbildungscurriculum festgelegt wird.

Zweifelsohne haben wir heute viele neue und auch wichtige Instrumente in der Weiterbildung wie die Sectio chirurgica, Methoden der Simulation durch 3D-Bioprinting oder Osteosynthesekurse, um nur einige Beispiele zu nennen. Mit diesen realistischen Simulationsmodellen in der Fort- und Weiterbildung wird die Lernkurve für chirurgische Prozeduren verkürzt und Patientensicherheit um ein Vielfaches erhöht. Diese für unser Fach kostenintensive Weiterbildung sollte aber durch Krankenhausträger finanziert und fester Bestandteil einer Unternehmensstrategie sein, da nur somit eine nachhaltige Mitarbeiterbindung stattfindet. Aktuelle Recherchen zeigen, dass nur 30% der Krankenhäuser auf Einhaltung der Weiterbildungszeit achten. Finanzielle Unterstützungen in der Weiterbildung sind abhängig von der gesamtwirtschaftlichen Situation des Krankenhausträgers. Kettenverträge von Weiterzubildenden sind eher die Regel als die Ausnahme.

Meine Damen und Herren, das ist wenig sozial kompetent und erscheint mir nicht förderlich für eine Karriere- und Familienplanung von Chirurginnen und Chirurgen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist ein klares Bekenntnis zur Exzellenzförderung. Die öffentlichen Diskussionen zum Thema „Elite und Exzellenz“ werden immer wieder kontrovers geführt. Es ist fatal das Potential besonders talentierter und karrierewilliger Chirurginnen und Chirurgen brach liegen zu lassen.

DAS UNMISSVERSTÄNDLICHE BEKENNTNIS ZUR EXZELLENZFÖRDERUNG SOLLTE AUF EINER GESAMTGESELLSCHAFTLICHEN WERTSCHÄTZUNG BERUHEN UND DIESE IN BESONDERER WEISE FÖRDERN.

Die Chirurgie als wissenschaftliches Fach in der Medizin ist demzufolge stringent weiterzuentwickeln. Dazu gehört in erster Linie die enge Anbindung an die wissenschaftliche Grundlagenforschung. Mit alleiniger Versorgungsforschung und klinischer Forschung werden wir den Anschluss zu unseren Nachbardisziplinen verlieren und erheblich an Bedeutung einbüßen.

Neben der translationalen Forschung spielen internationale Forschungsvorhaben und Forschungsnetzwerke auf EU-Ebene eine immer größere Rolle. Ich denke, hier müssen wir in Zukunft deutlich mehr integriert werden. Kritisch ist festzustellen, dass die Chirurgie derzeit von Exzellenzinitiativen oder Sonderforschungsbereichen an den Universitäten am wenigsten profitiert.

Forschung erfordert finanzielle Ressourcen und personelle Freiräume. Die Feierabend- und Wochenendforschung ist in sehr vielen Universitätskliniken immer noch die Realität. Die nicht selten bis zu 100-prozentige Integration von Chirurgen in den klinischen Versorgungsauftrag aus dem Forschungs- und Lehrbudget der medizinischen Fakultäten

CHIRURGENKONGRESS 2018 PRÄSIDENTENREDE

wird von der DFG mit Sorge betrachtet, da somit der Wissenschaftsstandort Deutschland gefährdet wird.

Eine Grundvoraussetzung für Aufrechterhaltung der Freiheit von Forschung und Lehre an unseren medizinischen Fakultäten ist eine stärkere finanzielle Unterstützung der Hochschulmedizin, wie Sie vom Verband der Universitätsklinika Deutschlands gefordert wird. Trotz Krankenhausstrukturgesetz zeigen sich aktuell keine erkennbaren finanziellen Verbesserungen bei den Extremkostenfällen oder der Notfallversorgung an den Universitätskliniken, um nur einige Beispiele zu nennen. Die Unterdeckung beträgt im Durchschnitt 4 Millionen Euro pro Universitätsklinik in unserem Land bei deutlich steigenden Fallzahlen.

Wie soll bei diesen Fakten ein reeller Freiraum für die Finanzierung von Forschung realisiert werden? Wir benötigen sehr zeitnah eine Lösung. Beim Studium des Koalitionsvertrages vermisste ich dieses wichtige Element, was letztlich für die Zukunft des Medizinstandorts Deutschland von entscheidender Bedeutung ist.

In dieser Hinsicht wäre es wünschenswert, wenn auch von Seiten des BMBF diese notwendigen Entwicklungen durch mehr Ausschreibungen von zentralen chirurgisch orientierten Gesundheitsprojekten gefördert werden.

Ein positives Beispiel stellt das Chir-Net und das Studienzentrum der DGCH dar. Die industrieunabhängige Förderung dieser Strukturen durch die DFG und das BMBF bis zum Jahre 2014 ermöglichte mit nahezu 11.000 in Studien erfassten Patienten eine Entwicklung zu Deutschlands größtem Netzwerk für klinisch-chirurgische Studien. Außerdem sollten wir unsere Präsenzen in den wissenschaftlichen Beiräten der drittmittelgewichteten Förderinstitutionen unbedingt ausbauen!

KOMMEN WIR NUN ZUM ZWEITEN THEMENKOMPLEX: GLOBALISIERUNG UND DIGITALISIERUNG

Die Digitalisierung der Medizin wird das heutige Gesundheitssystem grundlegend verändern und den Arbeitsalltag vor allem durch die Implementierung künstlicher Intelligenz revolutionieren. Diese Entwicklung wird uns von der Diagnostik über Gesundheits-Apps, der Robotik bis hin zur überregionalen Patientendatenauswertung beeinflussen. Somit werden neue Standards in unserem medizinischen Repertoire etabliert. Die künstliche Intelligenz à la Dr. Watson wird ad hoc alle notwendigen wissenschaftlichen Daten für eine Diagnosestellung und Therapieempfehlung parat haben.

Allerdings ergeben sich hier auch erhebliche Risiken. Werner Bartens fasste diese kürzlich in der Süddeutschen Zeitung unter dem Slogan „Big Data - Big Error“ zusammen. Harvard Mathematiker weisen auf die Masse an falsch positiven Daten hin und fassen diese Entwicklung als „Wissenschaft im Größenwahn“ zusammen. Die damit verbundenen Unsicherheiten werden unweigerlich zu einer technisch aufgerüsteten Absicherungsmedizin führen und auch relevante Mehrkosten für unser Gesundheitssystem verursachen.

Grundsätzlich stellt sich die Frage wo wir uns in dieser Hinsicht als Individuum positionieren. Ich bin sicher, dass die persönliche Expertise in der Chirurgie, moralisches Denken und Empathie auch in Zukunft gefragt sein werden.

Die Mitgestaltung dieser Entwicklung durch uns gemeinsam mit Einrichtungen wie dem BMBF, der DFG, der Fraunhofer Gesellschaft und anderen ist außerordentlich wichtig. Die enge Zusammenarbeit mit der Industrie in der Innovationsforschung kann nicht genug betont werden. Deutschland nimmt in der Medizintechnik weltweit einen Spitzenplatz

ein, und die Vernetzung von universitärer Forschung mit der Industrie im Kontext der Digitalisierung kann ein Erfolgsmodell sein.

Können wir diese Prozesse in Zukunft überhaupt maßgeblich mitgestalten? Elite-Universitäten in den USA und die Schaffung von ca. 1.000 Lehrstühlen für künstliche Intelligenz in China zeigen wie hoch der internationale Druck in dieser Richtung ist. Die Forschungsstrukturen in unserem Land sind durchaus zukunftsorientiert. Das BMBF hat sehr wohl erkannt, dass diese Herausforderungen nur translational und europaweit, also durch Networking mit Bildung von Exzellenzclustern angegangen werden können. So wurden bundesweit sechs Zentren für Gesundheitsforschung gebildet, an denen derzeit mehr als 80 Standorte mitwirken. 150 Millionen Euro werden in Zukunft für die Etablierung eines digital vernetzten Gesundheitssystems vom BMBF investiert. Diese Maßnahmen sollten von uns positiv aufgenommen werden und zur Mitarbeit an diesen Projekten inspirieren.

Aber es ist fünf vor zwölf! Die DGCH hat deshalb eine Arbeitsgemeinschaft Digitalisierung in der Chirurgie ins Leben gerufen, um diese Aufgaben zu bewältigen.

GESTATTEN SIE MIR NUN ZUM DRITTEN PUNKT MEINER ANSPRACHE, DER GLOBALEN KOMMERZIALISIERUNG DER GESUNDHEITSBRANCHE STELLUNG ZU BEZIEHEN

Die Gesundheits- und Medizinbranche gehört international zu den elf strategisch wichtigsten Wirtschaftssegmenten. Weltweit entstehen mehr und mehr Krankenhauskonzerne, die im Sinne eines „Joint ventures“ mit niedrigen Lohnkosten vor Ort agieren und damit einen nie dagewesenen Behandlungstourismus, also einen globalen Konkurrenzkampf auf dem Gesundheitssektor auslösen. Ungefähr 40 Länder konkurrieren um den lukrativen Tourismuspatienten. Länder wie die USA,

CHIRURGENKONGRESS 2018 PRÄSIDENTENREDE

Schweiz, die Türkei, Indien und Singapur nehmen dabei einen Spitzenplatz ein. Ungefähr 300.000 unserer deutschen Patientinnen und Patienten lassen sich im Ausland behandeln.

Besonders herausfordernd ist aus meiner Sicht das Thema der Organtransplantation. Der internationale Organhandel, fernab von unseren ethischen Wertevorstellungen und gesetzlichen Regelungen, hat mittlerweile einen Zenit erreicht.

Aktuell sind wir von der Tatsache den Bedarf von Organen durch Allokation aus unserer Bevölkerung zu decken weit entfernt. Die Anzahl der Organtransplantationen in unserem Land ist einerseits dramatisch gesunken (2.664 transplantierte Organe und 620 Lebendspenden 2017) und andererseits stehen mehr als 10.000 Menschen auf der Warteliste von Eurotransplant.

Im Jahr 2017 wurden in unserem Land nur 9,3 Spender auf eine Million Einwohnern registriert, in Spanien hingegen 46,9 Spender auf eine Million Einwohner. Wir benötigen deshalb eine innovative nationale Lösung durch Änderungen in der Gesetzgebung. Der Fokus liegt dabei auf moderneren Kriterien in der Spenderallokation und der Einführung eines Transplantationsbeauftragten in den Kliniken. Meines Erachtens sollten Regelungen wie in den Niederlanden wo jeder Mensch, der sich nicht ausdrücklich gegen eine Organentnahme ausspricht, ein potentieller Spender ist, ernsthaft evaluiert werden.

Welche Position nimmt nun unser Land im globalen Gesundheitsmarkt ein? Die Deutsche Medizin ist so attraktiv wie nie zuvor. Die ausländischen Patienten schätzen unseren hohen Behandlungsstandard und die Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Kliniken. Dieser Prozess ist hinsichtlich des Renommées und zum Teil aus medizinökonomischer Sicht positiv zu bewerten. Andererseits müssen aber auch die strukturellen

Voraussetzungen für eine ärztliche und pflegerische Versorgung der Patienten gegeben sein. In diesem Sinne begrüßen wir zwar die von der Bundesregierung angestrebte Erhöhung der Anzahl der Fachkräfte in der Pflege um 8.000 Stellen. Allerdings fokussiert man sich hier ausschließlich auf den Bereich der Altenpflege und weniger auf die Ausbildung von Pflegekräften im OP- und Intensivbereich. Die angestrebte Erhöhung der Ausbildungsstellen ist in Anbetracht des historischen Rückgangs der jährlichen Ausbildungszahlen und einem Bedarf von 50.000 Pflegestellen in keiner Weise ausreichend. Hier sind also dringend Nachjustierungen erforderlich.

DIESE PROBLEMATIK LEITET UNMITTELBAR ZUM LETZTEN THEMENKOMPLEX DER GLOBALISIERUNG, DER ARBEITSMIGRATION UND IHRE AUSWIRKUNGEN AUF LÄNDER MIT NIEDRIGEM UND MITTLEREM EINKOMMEN ÜBER

Meine sehr geehrten Damen und Herren, unser Land steht im internationalen Kontext für Humanität, Wirtschaftskraft, Innovation und Willkommenskultur. Die weltpolitischen Ereignisse in den letzten Jahren haben mehr als veranschaulicht, dass Frieden, Basiswohlstand und eine grundlegende medizinische Versorgung der Menschen Voraussetzungen dafür sind Migration zu verhindern und die globale Integrität der Welt aufrechtzuerhalten. Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob die Industrienationen in der Lage sind dazu nachhaltige Konzepte zu erarbeiten. Die weltpolitische Realität ist aktuell von konstruktiven und globalen Lösungskonzepten weit entfernt.

International verzeichnen wir ein so genanntes „Brain Drain“ aus den Ländern wie Indien, Südafrika, Philippinen, Balkanstaaten in die USA, Großbritannien und Deutschland. Diese Entwicklung stellt uns vor viele strukturelle Herausforderungen auf die ich aus Zeitgründen im Detail nicht eingehen kann. Vieles

dazu wird Diskussionsgegenstand in den Sitzungen auf diesem Kongress sein.

Mir erscheint es jedoch wichtig Ihnen abschließend einige globale Aspekte für die chirurgische Versorgung in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen aufzuzeigen.

Erfreulicherweise haben wir weltweit einen deutlichen Rückgang von Infektionskrankheiten zu verzeichnen. Allerdings stehen in Ländern mit niedrigem pro Kopf Einkommen maximal zwei Ärzte auf 100.000 Einwohner zur Verfügung. Fachärzte gibt es oft nur in Ballungsgebieten oder gar nicht.

Mittlerweile sind chirurgische Erkrankungen wesentliche Ursache für die unzureichende globale Gesundheit. Schätzungen gehen weltweit von fast 17 Millionen Todesfällen aus, die durch eine adäquate chirurgische Behandlung vermeidbar wären. Einen Spitzenplatz nehmen die Folgen von Unfällen ein. Die Wahrscheinlichkeit in diesen Ländern an den Folgen eines Unfalls zu versterben ist etwa sechsmal höher als in den Industrienationen.

Das Engagement von nationalen und internationalen Hilfsorganisationen in Katastrophengebieten ist wichtig und kann nicht hoch genug bewertet werden. Trotzdem sind die Probleme dadurch auf Dauer nicht lösbar. Es bedarf eines sektorenübergreifenden Masterplans im Global-Health-Care-Konzept.

Das Programm der *Lancet Commission on Global Surgery* zur Verbesserung der chirurgischen Basisversorgung evaluierte z. B. weltweit die Erreichbarkeit, Funktion und Qualität chirurgischer Einheiten und leitete daraus konkrete Empfehlungen, wie einen Basisbedarf von 20 Ärzten/100.000 Einwohner oder die Erreichbarkeit einer Gesundheitseinrichtung innerhalb von zwei Stunden, ab.

CHIRURGENKONGRESS 2018

PRÄSIDENTENREDE

Für die Umsetzung eines solchen Konzeptes wurde ein weltweiter Bedarf von unglaublichen 1,3 Millionen „Chirurgen, Anästhesisten und Geburtshelfern“ ermittelt. Ich denke diese Sachverhalte sind für uns kaum vorstellbar, verdeutlichen aber unmissverständlich, dass wir uns hier gemeinsam mit Vertretern der Politik international engagieren müssen.

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren, ich habe in meiner Rede nur einige gesundheitspolitische Herausforderungen angesprochen.

Unser ehemaliger Generalsekretär der DGCH, Hartwig Bauer, hat sich einmal intensiv mit der Position von Fachgesellschaften in unserer berufspolitischen Landkarte beschäftigt. Er stellte fest, dass Fachgesellschaften mangelnde Objektivität und Vertretung von überwiegend eigenen Interessen vorgehalten und deren Kompetenzen für die Schaffung von notwendigen Strukturveränderungen in der Gesundheitspolitik unterschätzt werden. Ich finde das nicht nur schade, sondern eher sehr bedenklich.

Sehr geehrte Frau Staatssekretärin Weiss, erlauben Sie mir deshalb einen Appell:

Die Chirurgeninnen und Chirurgen in diesem Land arbeiten fleißig, überdurchschnittlich engagiert und zeichnen sich durch eine außerordentliche Kompetenz aus.

Wir möchten als Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, die mit ihren zehn Fachgesellschaften mehr als 20.000 Chirurgeninnen und Chirurgen repräsentiert, mit Ihnen und Ihrem Team intensiver zusammenarbeiten. Wir möchten Rahmenbedingungen vorfinden und mitgestalten wo Krankenversorgung, Forschung, Nachwuchsförderung, ärztliches und pflegerisches Personal so finanziert und gefördert werden, dass wir auf dem globalen Markt konkurrenzfähig bleiben.

Sehr geehrte Damen und Herren, abschließend möchte ich noch ein persönliches Statement zu unserer Profession im Kontext von Tradition und Innovation abgeben:

„DIE GRÖSSTE FREIHEIT DES CHIRURGEN BESTEHT IN DER SELBSTBESCHRÄNKUNG, DEM ERKENNEN VON PERSÖNLICHEN GRENZEN UND DER OFFENBARUNG ZUR ALLUMFASSENDEN INTERDISZIPLINARITÄT. FÜR DIE BEHANDLUNG UNSERES HÖCHSTEN GUTES, DEM KRANKEN MENSCHEN, SOLLTE ES JEDOCH KEINE GENERELLEN GRENZEN IN DER CHIRURGISCHEN BEHANDLUNG GEBEN, DENN DIESE WERDEN DURCH UNS TÄGLICH NEU DEFINIERT. LEDIGLICH DER PATIENT SELBST ERLEGT UNS BESCHRÄNKUNGEN DURCH SEINE PARTIZIPATIVE ENTSCHEIDUNGSFINDUNG AUF.“

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

CHIRURGENKONGRESS 2018

BILDERGALERIE

BILDERGALERIE ZUR ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG



Grußwort BMG: Sabine Weiss, MdB,
Parlamentarische Staatssekretärin



Grußwort BÄK: Präsident der BÄK
Prof. Dr. F. U. Montgomery



Grußwort DGAV: Präsident der DGAV
Prof. Dr. A. Stier



Grußwort DGKCH: Präsident der DGKCH
Prof. Dr. Dr. P. P. Schmittenebecher



**Grußwort Spanish Society of Oncologic
Surgery:**
Präsident Dr. P. Brechta-Boix MD, PhD, EBSO



Verleihung Ehrenmitgliedschaft:
Prof. Dr. R. C. Shamberger



Verleihung Ehrenmitgliedschaft:
Prof. Dr. J. Tovar



Verleihung Ehrenmitgliedschaft:
Prof. Dr. F. Höppner



Vergabe der Senatorwürde an:
Prof. Dr. J. Jähne

CHIRURGENKONGRESS 2018 BILDERGALERIE



W. Körte-Medaille Gold:
Prof. Dr. W. Schwenk



W. Körte-Medaille Silber:
Christiane Jurek



Siegel:
Prof. Dr. Dr. R. Hoffmann



V. Langenbeck-Preis:
PD Dr. Tobias Hirsch



R.-Zenker-Preis:
Prof. Dr. Dr. h.c. mult. K.-W. Jauch



K.H.-Bauer-Preis:
Prof. Dr. Dr. h.c. mult. M. Büchler



F.-Steichen-Preis:
PD Dr. H. Fuchs



K.-Storz-Preis:
Dr. S. Mkalaluh



**Nachwuchsförderpreis der Sektion
Chirurgische Forschung:**
T. Später, M.Sc.

CHIRURGENKONGRESS 2018

EHRUNGEN, PREISVERLEIHUNGEN UND STIPENDIEN

EHRUNGEN, PREISVERLEIHUNGEN UND VERGABE VON STIPENDIEN

Preis	Name/Klinik bzw. Funktion	Vergabe für
Ehrenmitglieder der DGCH	Prof. Dr. Frank Höppner em. Chefarzt der Abteilung für Kinderchirurgie Städtisches Krankenhaus München/Schwabing	Herausragendes berufspolitisches Engagement, die akribische Aufarbeitung der Geschichte der Kinderchirurgie und seinen großen Einsatz für Kinder mit Spina bifida.
	Prof. Dr. Robert C. Shamberger Chief of Surgery Boston Children's Hospital, USA	Honored for his national and international commitment to surgically ill children with main focus on pediatric oncology and for his outstanding scientific work.
	Prof. Dr. Juan A. Tovar Emeritus Professor Department of Pediatric Surgery Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain	Honored for his national and international commitment to surgically ill children with main focus on liver surgery and liver transplantation and his outstanding scientific work.
Senator auf Lebenszeit	Prof. Dr. Joachim Jähne Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie Diakovere Henriettenstift gGmbH, Hannover	Anerkennung und Würdigung seiner langjährigen Verdienste um die DGCH, vor allem als ihr Präsident im Jahr 2013/2014.
Werner-Körte-Medaille in Gold	Prof. Dr. Wolfgang Schwenk Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie Städtisches Klinikum Solingen gGmbH, Solingen	Langjährige Unterstützung unserer Gesellschaft, speziell für die erfolgreiche Entwicklung und Fortführung der chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Perioperative Medizin der DGCH.
Werner-Körte-Medaille in Silber	Christiane Jurek Managing Editor Redaktion Fachzeitschriften Medizin/Psychologie Springer Medizin Verlag GmbH, Heidelberg	Langjährige Verdienste um die Förderung der wissenschaftlichen Chirurgie, für die sie sich persönlich mit ihrem Unternehmen in besonderer Weise engagiert hat.
Siegel der DGCH	Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann BG-Unfallklinik Frankfurt/Main	Zeichen der Verbundenheit mit der Gesellschaft für Unfallchirurgie und für seine Verdienste bei der Entwicklung einer weiteren engen fachlichen und freundschaftlichen Kooperation mit der DGCH.
Karl-Heinrich-Bauer-Preis für Chirurgische Tumorforschung	Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Markus Büchler Chirurgische Klinik des Universitätsklinikums Heidelberg	Für seine langjährige chirurgischen Aktivitäten und Innovation in der onkologischen Chirurgie, speziell der malignen Tumoren der Pankreas.

CHIRURGENKONGRESS 2018

EHRUNGEN, PREISVERLEIHUNGEN UND STIPENDIEN

Preis	Name/Klinik bzw. Funktion	Vergabe für
Von-Langenbeck-Preis	PD. Dr. Tobias Hirsch Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannheil GmbH, Bochum	„Regeneration of the entire human epidermis by transgenic stem cells“
Rudolf-Zenker-Preis	Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Karl-Walter Jauch Ärztlicher Direktor des Klinikums Großhadern der Ludwig-Maximilians-Universität, München	Herausragende Leistungen in der Weiterentwicklung der Tumorchirurgie und Transplantationsmedizin in Deutschland haben national und international höchste Anerkennung gefunden. Durch seine unermüdlichen Anstrengungen im Sinne der gesamten Chirurgie hat er wesentlich zur Stärkung der DGCH beigetragen.
Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische Forschung	Thomas Später, M.Sc. Universität des Saarlandes Institut für Klinisch-Experimentelle Chirurgie, Homburg-Saar	„Seeding density is a crucial determinant for the in vivo vascularisation capacity of adipose tissue-derived microvascular fragments“
Fritz-Linder-Preis	Dr. Levent Dizdar	Die BRAFV600E Mutation: Eine neue Zielstruktur in der Therapie kolorektaler neuroendokriner Karzinome
Edgar-Ungeheuer-Preis	Dr. Nick Spindler Universitätsklinikum Leipzig	„Der gefäßgestielte Omentumlappen zur Behandlung tiefer sternaler Wundinfekte“
Karl-Storz-Preis	Dr. Sabreen Mkalaluh Universitätsklinikum Heidelberg Chirurgische Klinik, Heidelberg	„Early and Long-Term Results of Minimally Invasive Mitral Valve Surgery Through A Right Mini-Thoracotomy Approach: A Propensity-Score Matched Analysis“
Felicien-Steichen-Preis	PD Dr. Hans Fuchs Universitätsklinikum Köln Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie, Köln	„Durch die intraoperative endoskopische Injektion von Botulinum Toxin während totaler robotischer Ösophagektomie werden Pyloromyotomie oder postoperative Interventionen wie die endoskopische Pylorusdilatation obsolet“
W.-Müller-Osten-Preis	Dr. Tobias Huber Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie Universitätsmedizin Mainz	„Neue Dimensionen in der chirurgischen Weiterbildung: Immersive laparoscopic Simulation in der Virtuellen Realität begeistert Chirurgen“
Video-Film-Preis	Dr. Maximilian Brunner Chirurgische Klinik des Universitätsklinikum Erlangen	„Die Hemithyreoidektomie Schritt für Schritt - ein Assistenteneingriff?“
Posterpreis	Dr. med. Sonja Chiappetta	Das Suchtverhalten vor und nach adipositaschirurgischen Eingriffen
Stipendium als Fortbildungshilfe	Dr. Akio Sakaki Helios Klinikum Emil von Behring Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité Universitätsmedizin Berlin	Zur Verbesserung der Kenntnisse auf dem Gebiet der Ösophaguschirurgie in Japan
	Dr. Benedikt Braun Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar	Zur Verbesserung der Kenntnisse auf dem Gebiet der Unfallchirurgie in den USA
H.-Junghanns-Stipendium	Dr. Mark Malota Klinikum Schwabing Städtisches Klinikum München GmbH Klinik für Kinderchirurgie	Zur Vertiefung der kinderchirurgischen Kenntnisse in den USA

CHIRURGENKONGRESS 2018

EHRUNGEN, PREISVERLEIHUNGEN UND STIPENDIEN

Preis	Name/Klinik bzw. Funktion	Vergabe für
Reisestipendium zum Kongress zum des ACS	PD Dr. Carsten Kamphues Charité Centrum für Chirurgische Medizin, Berlin	
	Dr. Wibke Schulte Chirurgische Klinik Campus Charité Mitte, Berlin	
Reisestipendium zum Japanischen Chirurgenkongress	PD Dr. Peter P. Grimminger Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz Klinik für Allgemein, Viszeral- und Transplantationschirurgie	
Wolfgang-Müller-Osten-Stipendium für ausländische Hospitanten	Dr. Andrey Shulaev City Clinical Hospital Moscow	Weiterbildung an einer deutschen Klinik für Chirurgie
	Dr. Slaviša Mihajlović Chirurgische Klinik Banja Luka Bosnien-Herzegowina	Für einen Forschungsaufenthalt an dem Universitätsklinikum Heidelberg



CHIRURGENKONGRESS 2018

PRÄSIDENTENWAHL

Wahl des Präsidenten

2020/ 2021



**Prof. Dr. med. Dr. med. dent.
Michael Ehrenfeld**
Direktor Klinik und Poliklinik für
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Klinikum der Ludwig-Maximilians-
Universität München

CURRICULUM VITAE

PROF. DR. MED.

DR. MED. DENT.

MICHAEL EHRENFELD

1974-1979

Studium der Zahnmedizin an der Johann-Wolfgang-Goethe Universität Frankfurt

1977-1982

Studium der Medizin in Frankfurt am Main

1982-1986

Facharztausbildung an der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universität Tübingen (Direktor: Prof. Dr. mult. N. Schwenzer)

1987

Ernennung zum Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universität Tübingen

1988

Hans-von-Seeman-Preis, Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie

1989

Habilitation im Fach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universität Tübingen

1990

Stellvertretender Klinikdirektor der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universität Tübingen

1990

Martin-Waßmund-Preis, Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

1996-heute

Direktor Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Klinikum der Universität München

2005-2012

Chairman International AOCMF Specialty Board

2008-heute

Vorsitzender des Arbeitskreis Wissenschaft der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

2012-2014

Vorsitzender des DÖSAK (Deutsch-Österreichisch-Schweizerischer Arbeitskreis für Kiefer- und Gesichtstumoren)

2014-2016

Vizepräsident Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG)

2014-heute

Vorstandsmitglied Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

2016-2018

Stellvertretender Vorsitzender Zertifizierungskommission Kopf-Hals-Tumorzentren der Deutschen Krebsgesellschaft

ab 2018

Vorsitzender der Zertifizierungskommission Kopf-Hals-Tumorzentren

2016-heute

Präsident Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG)

KLINISCHE SCHWERPUNKTE

Behandlung von angeborenen Fehlbildungen, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie, Traumatologie, Mikrochirurgie, Präprothetische Chirurgie inklusive dentaler Implantologie

PUBLIKATIONEN

Über 180 Publikationen in wissenschaftlichen Zeitschriften und Buchbeiträge, Herausgabe von 10 Fachbüchern

CHIRURGENKONGRESS 2018

DAMENREDE

„Damenrede“

Die Damenrede! Begegnet ist sie mir zum ersten Mal als Kindergartenkind, als ich bei einem Theaterspiel das hohe Lied auf eine Prinzessin und die sie umgebenden Hofdamen halten durfte. Das war gut zu machen, da es einen vorgefertigten Text in Versform gab, der jedoch auswendig vorzutragen war. Meine zweite Damenrede durfte ich als Incoming

Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen bei der Tagung 2008 in Traunstein halten. Und das auf spontanen Zuruf! Am Festabend beim bayerischen Chirurgenkongress an Bord eines Restaurantschiffes auf dem Chiemsee hat mich der damalige Schriftführer Hardy Bauer mit ernster Miene zur Seite genommen und mir mitgeteilt, dass man zwischen den Gängen des Menüs von mir eine Damenrede erwarten würde. Ich dachte, dass sie längst abgeschafft worden sei, aber da lag ich wohl falsch. Für Aufregung oder gar Vorbereitung war keine Zeit, sodass ich meine erste Stegreif-Damenrede halten durfte. Ein Erlebnis der besonderen Art. Aber die Rede ist weder positiv, aber noch viel wichtiger, auch nicht negativ in Erinnerung geblieben, sonst stünde ich heute wohl nicht hier. Also nun, dritter Aufschlag und, so Gott will, der letzte, um in dieser Form der Damenwelt meine Reverenz zu erweisen!

Es ist gerade einmal zwei Jahre her, dass erstmals beim Präsidentenessen auf dem Kongress der DGCH keine Damen-, sondern eine sehr geistreiche und humorvolle Herrenrede gehalten wurde. Oder besser, gehalten werden musste. Gabi Schackert, damals Incoming Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, hat sozusagen als „The very First Lady“ die männerdominierte Bastion der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und ganz allgemein das Verhältnis zwischen den Geschlechtern in vielen Lebensbereichen mit spitzer Zunge, Charme und Humor ins Visier genommen.

Dadurch ist mit Händen zu greifen, was man im Verlauf der vergangenen 15 Jahre immer wieder gehört, gelesen und erlebt hat: „Die Medizin wird weiblich!“ Diese fundamentale Veränderung hat mit beeindruckender Durchdringung mittlerweile auch die operativen Fächer erreicht, die bislang nicht gerade eine Domäne der Frauen waren: ich nenne mal die



CHIRURGENKONGRESS 2018

DAMENREDE



Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
Präsident der DGCH 2018/2019
Klinikum Augsburg
Allgemein-, Viszeral- und
Transplantationschirurgie
Stenglinstr. 2
86156 Augsburg
anthuber@klinikum-augsburg.de

Unfallchirurgie, die Allgemein- und Viszeralchirurgie, aber auch die Herz- und Thoraxchirurgie. Fächer, von denen man meinte, dass nur testosteronimprägnierte Machos die physischen und psychischen Belastungen würden aushalten können. Die Gegenwart lehrt uns: diese Grundannahme war schlicht und ergreifend falsch!

In operativen Fächern wie der Gynäkologie oder auch HNO – ich vermeide hier bewusst die Begrifflichkeit der kleineren chirurgischen Fächer, weil kleiner als weniger bedeutend und weniger bedeutend von bösemeinnenden Personen als geeignet für Frauen interpretiert werden könnte – also, in den genannten Fächern war es schon seit Jahren üblich Damen an den Schaltstellen der Macht erfolgreich agieren zu sehen. Diese Disziplinen haben auch viel früher gelernt den im Beruf und in der Familie engagierten Mitarbeiterinnen Arbeitsangebote zu unterbreiten, die es erlaubt haben als Ärztin, Ehefrau und Mutter erfolgreich zu sein.

Ist eine Damenrede also heute noch zeitgemäß? In einer Zeit der Feminisierung der Medizin und auch der zunehmenden Übernahme von Führungspositionen durch Frauen in Medizin und anderen Berufsfeldern? „Ja“ und „Nein“ möchte man meinen. Ich meine eher „Nein“, die klassische Damenrede hat sich überlebt! Aber, keine Bange, an diesem Punkt wird meine Damenrede heute nicht enden, möglicherweise werden jedoch meine Nachfolger von dieser Pflicht befreit. Man darf gespannt sein!

Wie dem auch in Zukunft sein wird, die Damenrede bietet immer wieder eine besondere Gelegenheit für ansonsten in ihren Berufsfeldern durchaus standfeste und nicht an Minderwertigkeitskomplexen leidenden Männern sich auf fremdem Terrain ordentlich zu blamieren. Man begibt sich auf sehr

dünnes Eis! Tiefenpsychologisch betrachtet gefällt sich in dieser Rolle nur derjenige, der dem Typus des Hysterikers zuzuordnen ist. Frei nach dem Motiv: „Ich bin, weil ich wahrgenommen werde!“ Aber, so jedenfalls die Interpretation der Tiefenpsychologen: es geht dem Hysteriker dabei nicht wirklich gut – er kompensiert!

Die Damenrede sollte nicht zu kurz und nicht zu lang sein, schon gar nicht langatmig oder gar langweilig, sie soll locker, leicht und geschmeidig daher kommen, darf aber gleichzeitig eine gewisse Tiefgründigkeit nicht vermissen lassen. Sie soll Charme und Humor mit feiner Ironie miteinander verbinden, darf aber keinesfalls ins Anzügliche verfallen. Kurzum, die Damenrede ist ein Balanceakt, und der Damenredner schwankt gleich einem Turner, der sich ungelenkt auf einen Schwebebalken verirrt hat – wo er ja eigentlich auch nicht hingehört, weil dieser ja den Turnerinnen vorbehalten ist – zwischen Peinlichkeit und gefälliger Unterhaltung!

Jörg Fuchs, unser verehrter Präsident, hat im vergangenen Jahr bei seiner Damenrede schon darauf hingewiesen, dass die Damenrede aus dem Vereinsleben von studentischen Verbindungen stammt. Über die Jahre und Jahrhunderte hat sie ihren Weg in das Vereinsleben von vielen, männerdominierten Verbänden, Sportvereinen und Organisationen geschafft. So auch in die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. Nach meinem Kenntnisstand ist nicht überliefert, wer der erste Präsident der DGCH war, dem das Privileg vergönnt war, die erste Damenrede zu halten. Für die erste Herrenrede ist uns das, wie schon vorher kurz erwähnt, bestens bekannt.

Was ist das Motiv für die Damenrede? Einfach nur eine Bewährungsprobe für den, der dran ist, zur Belustigung der Zuhörer, frei nach dem Motto: „Schafft der das“?

CHIRURGENKONGRESS 2018

DAMENREDE

Ja, sicherlich auch! Vor allem aber soll die Damenrede die Verdienste der Frauen hinter den sogenannten erfolgreichen Männern würdigen. Ein Bild, das man heute in dieser Form nicht mehr uneingeschränkt positiv zeichnen kann oder gar darf, weil manche Dame dieses Rollenverständnis als misogyn empfindet. Die Zeiten sind wohl vorbei, wo der Hausherr von der stolzen Gattin zum Kongressbesuch mit den Worten verabschiedet wurde: „Sei bedeutend!“

Ja, und natürlich soll die Damenrede den Damen schmeicheln. Mein Verdacht ist aber, dass sie bei den Studentenverbindungen vor allem deshalb so nachhaltig den Weg in das Vereinsleben gefunden hat, um die leidgeprüften Damen zu besänftigen. Sie werden sich fragen: „Warum sollten die Damen von ihren „Helden“, ich nenne sie mal: ihren „Testosteronis“, besänftigt werden müssen?“ Ich denke, das liegt auf der Hand: die Karriere-süchtigen und in ihrer Bedeutung und Selbsteinschätzung doch häufig hoch fliegenden Herren der Schöpfung sind so gut wie nie zu Hause, abgesehen davon, zu Hause als dienstbare Geister auch nicht wirklich zu gebrauchen. Aber noch viel wichtiger: wenn sie denn vor allem in jungen Jahren von ihren Treffen in den Männerclubs dieser Welt nach Hause kommen, reicht die Zustandsbeschreibung von leicht beschwipst, über gut dabei bis hin zu nicht mehr ansprechbar! Die Dame des Hauses hat dann mit dem alkoholdurchtränkten Häuflein Elend ihr Leid. Gott sei Dank verliert sich bei den meisten Männern mit den Jahren der Hang zum alkoholischen Exzess, so natürlich auch in unserem erlauchten Kreis.

Also, mir scheint, dass die Damenrede die in blumige Worte und Sätze geronnene Pauschalentschuldigung bedeutsamer Männer für den bunten Strauß an männlichem Fehlverhalten ist, die wenigstens einmal im Jahr in honorigem Kreis, feierlicher Stimmung und zum Zwecke der Verehrung der Damen zum Besten gegeben werden muss.

Was sind Argumente, warum die Damenrede aus der Zeit gefallen zu sein scheint? Das Wichtigste habe ich eingangs bereits genannt: die Tatsache, dass Frauen im Beruf, den Männern gleich, höchste Positionen und Anerkennung erreicht haben. Mit anderen Worten, die häufig zitierte „gläserne Decke“ wurde und wird immer häufiger durchstoßen. Meine Einschätzung ist, dass wir gerade eine Zeit erleben, in der die gläserne Decke durch tiefgehende und in alle Richtungen ausstrahlende Sprünge in Form vieler kleiner Glassplitter zu Boden stürzt und die Männer gut beraten sind sich an den herabfallenden Scherben keine blutige Nase zu holen.

Ich oute mich hier als jemand – und das mögen mir andersdenkende Damen und Herren nachsehen – der nicht allzu viel von einer verordneten Frauenquote hält. Meine feste Überzeugung ist, dass die überwiegende Zahl der Frauen, die in der Chirurgie, aber auch in jedem anderen Berufsfeld erfolgreich sind und erfolgreich sein wollen, selbst nicht viel davon hält. Mit dieser Einschätzung bin ich im Übrigen in bester Gesellschaft: erst kürzlich hat die jüngste deutsche Nobelpreisträgerin in der Medizin, Frau Prof. Nüsslein-Volhard aus Tübingen, zur Frage einer Quotenregelung folgende Feststellung getroffen, ich zitiere: „Ich halte Quoten für unwürdig!“ Zitatende.

Die meisten Frauen wollen eben nicht wegen ihres Geschlechts, sondern wegen ihrer gleichwertigen oder den Männern überlegenen Leistungen Führungsverantwortung übernehmen. Der Ruf nach der Frauenquote in Führungsetagen ist nur deshalb so laut geworden, weil die Männerwelt nicht dazu imstande war, oder sich offen, teilweise auch verdeckt und, um es einmal beschönigend zu umschreiben, situationselastisch geweigert hat, laufbahnfördernde Lebens- und Arbeitsumstände für Frauen zu schaffen. Genüsslich haben so manche Männer beobachtet, wie die eine oder andere Kollegin nach der ersten Babypause und Rückkehr in das Berufsleben auf den brüchigen Sprossen der Karriereleiter

durchgebrochen und zurückgefallen ist, um schließlich nach der zweiten Babypause entnervt den Kampf um eine Führungsposition aufzugeben. Böse Zungen behaupten sogar, dass einzelne Sprossen der Karriereleiter von Männern angesägt wurden. Wir alle wissen, das geht auch anders, und das war ein sehr ernst gemeinter Teil meiner Damenrede!

Frauen sind anders als Männer! Der Austausch eines Y-Chromosoms gegen ein zweites X-Chromosom führt über hormongesteuerte Signalwege – und jetzt kommt der wissenschaftliche Teil meiner Damenrede – zu bemerkenswerten Veränderungen, die äußerlich und innerlich sehr zum Vorteil der Frauen sind. Für die gravierenden Unterschiede zwischen Mann und Frau gebe ich Ihnen ein kurzes und beeindruckendes Beispiel.

Ein verliebtes Paar steht bei lauer Sommerluft in der Abendsonne. Sie sagt zu ihm: „Hör mal die Grillen!“ Er erwidert: „Ich riech‘ nichts!“

Diese Szene ersetzt ganze Bücher, die über die Unterschiede zwischen Mann und Frau geschrieben worden sind. Während die Dame das verliebte Zirpen der Grillen wahrnimmt und sich mit ihrem Partner in gedanklichem Tiefgang verbunden in emotionalen Höhen verlieren möchte, denkt er mal wieder – typisch Mann – nur ans Essen.

Dass Frauen in ihrer Emotionalität ganz anders sind als Männer, wurde erst kürzlich wissenschaftlich von Schweizer Neuro-Ökonomen bewiesen.

Nur am Rande: Wussten Sie, dass es diese Berufsbezeichnung überhaupt gibt? Ich nicht! Also, ich zitiere die Schweizer Neuro-Ökonomen: „Er ist ein unbeirrbarer Ego-Shooter und hat nur seinen Vorteil im Blick; sie gibt gerne und hat immer ein offenes Ohr für andere – so ungefähr muss man sich die Vorurteile über das Sozialverhalten von Männern und Frauen vorstellen. Männer gelten demnach als Gefühls-Legastheniker, die hauptsächlich um

CHIRURGENKONGRESS 2018

DAMENREDE

sich selbst kreisen und nicht bemerken, wie es den Menschen in ihrer Nähe geht. Frauen hingegen sind erfüllt von Wärme und Mitgefühl und haben ein Gespür für die Nöte ihrer Umgebung. Was wie ein veraltetes Geschlechter-Klischee klingt, dafür gibt es offenbar eine Erklärung: das Gehirn von Frauen fördert demnach Großzügigkeit, jenes von Männern ist eher für egoistisches Verhalten ausgelegt. Frauen verteilen großzügiger einen Geldbetrag. Ein Grund dafür ist die Art und Weise, wie ihr Belohnungssystem im Gehirn aktiviert wird. Der sogenannte Streifenkörper, das Corpus striatum, in der Hirnmitte, der Verhalten und Gefühlsverarbeitung regelt, wird bei Frauen stärker stimuliert, wenn sie sich sozial und uneigennützig geben – sie fühlen sich dadurch besser. Bei Männern führt hingegen egoistisches Handeln zu wohligeren Gefühlen. Das Belohnungssystem von Frauen reagiert stärker auf großzügige Entscheidungen als jenes von Männern.“ Zitatende!

Im Grunde ein vernichtendes Urteil, und wir Männer wollen annehmen, dass es bislang unentdeckte Mutationen gibt, die phänotypisch eine Abweichung von diesem Stereotyp hervorrufen, ohne dass diese Mutanten gleich als Weicheier und Warmduscher disqualifiziert werden müssten. Vermutlich ist auch der Streifenkörper, das Corpus striatum, bei Frauen und Männern unterschiedlich gestaltet: Längsstreifen bei der Frau und

Querstreifen beim Mann. Sie dürfen selbst beurteilen, was die elegantere Silhouette ergibt.

Aber es gibt auch noch andere Unterschiede, die es wert sind bei einer Damenrede genannt zu werden. Wussten Sie, dass Bluttransfusionen von ehemals schwangeren Frauen bei männlichen Empfängern gefährliche Effekte wie Atemnot, Lungenödem und Blutdruckabfall auslösen können? Eine niederländische Arbeitsgruppe hat an einem Patientenkollektiv von über 31.000 Patienten, die über 60.000 Transfusionen erhalten haben, folgendes festgestellt: bei Männern, die Blutkonserven von einer schon mal schwanger gewesenen Frau erhalten haben, kam es umgerechnet auf 1.000 Personenjahre zu 101 Todesfällen, während bei Männern, die Blut von Männern bzw. Frauen, die noch nie schwanger waren, erhalten haben, nur 80 Todesfälle auftraten. Ein signifikanter Unterschied! Wenn man so will, könnte man dies als die späte Rache jener Frauen an den Männern ansehen, die durch Familiengründung auf dem Weg in berufliche Spitzenpositionen behindert wurden. Aber so einfach ist es natürlich nicht! Es scheinen tatsächlich immunologische Vorgänge dafür verantwortlich zu sein, die während der Schwangerschaft auftreten und zu dauerhaften Veränderungen im Blut der Frau führen, sodass Transfusionsreaktionen auftreten.

Und noch ein Unterschied: eine Studie der DAK aus dem Jahre 2016 zum Thema Arbeitsausfälle durch Krankheit ergab eindeutig, dass Frauen härter im Nehmen sind als Männer. Zwingt der berühmte Mörserschnupfen den Mann sogleich ins Bett, gehen Frauen auch dann noch zur Arbeit, wenn sie krankheitsbedingt wirklich zu Hause bleiben sollten. Also, der Mythos von der Frau als dem schwachen Geschlecht gehört wohl auf den Müllhaufen der Evolution!

Lassen Sie mich zum Schluss kommen: Wenn wir Männer in welcher Position oder Funktion auch immer eine Zukunft haben wollen, dann ist die letzte Brücke, die für uns trittfest ist, die Erkenntnis und die Selbstvergewisserung, dass Frauen uns Männern ebenbürtig sind.

In diesem Sinne möchte ich Sie bitten das Glas zu erheben: Wir trinken als Männer und Frauen auf all' die Frauen, die uns als Mütter das Leben geschenkt und uns meist mit eher weniger als mehr väterlicher Unterstützung groß gezogen haben, auf die Frauen, die uns unterstützende und wohlmeinende Partnerinnen sind und all jene Frauen, die jetzt und in Zukunft jenseits von Küche, Kinderzimmer, Bügelbrett und Waschküche ihre Frau stehen! Und gestatten Sie mir, dass ich das Glas besonders auf meine Liebste, meine Frau Ute, erhebe, ohne die mich mein beruflicher Weg niemals auf dieses Podium heute Abend geführt hätte!

CHIRURGENKONGRESS 2018 IMPRESSIONEN

IMPRESSIONEN VOM DGCH-KONGRESS 2018



MITGLIEDERVERSAMMLUNG



Geschäftsführender Vorstand



Bericht des Präsidenten



3. Vizepräsident Prof. Dr. Dr. M. Ehrenfeld



Schatzmeister:
Prof. Dr. J. Werner



Stipendium als Fortbildungshilfe:
Dr. B. Braun & Dr. A. Sakaki



Stipendium zum Besuch des Jahreskongresses des American College of Surgeons (ACS):
Dr. W. Schulte & PD Dr. C. Kamphues



Müller-Osten-Preis & Wolfgang-Müller-Osten-Stipendium für ausländische Hospitanten:
Dr. T. Huber, Dr. S. Mihajlović, Dr. A. Shulaev

CHIRURGENKONGRESS 2018 IMPRESSIONEN



INDUSTRIERUNDGANG



Johnson&Johnson



B. Braun Melsungen AG



Medtronic



Dr. Langer Medical

POSTERAUSSTELLUNG



CHIRURGENKONGRESS 2018

IMPRESSIONEN



ORGANSPENDELAUF



ABSCHLUSSVERANSTALTUNG



Festredner Alexander Huber



F-Linder-Preis:
Dr. L. Dizdar



DGCH-Posterpreis:
Dr. S. Chiappetta



E. Ungeheuer-Preis:
Dr. N. Spindler



Filmpreis:
Dr. M. Brunner



Übergabe des Schecks an Kinderhilfe
Organtransplantation:
KiO



DGCH 2018 Kongressteam (Tübingen)



Amtsübergabe

CHIRURGENKONGRESS 2018 ORGANSPENDELAUF

Organspendelauf 2018

Dr. med. Andreas Schmidt
UNIVERSITÄTSKLINIKUM
TÜBINGEN
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Lehrstuhl und Abteilung für
Kinderchirurgie und Kinderurologie
Assistenzarzt
Kongressteam DGCH 2017/2018
Hoppe-Seyler-Straße 1
72076 Tübingen

Am 18. April fand der diesjährige Organ-spendelauf des 135. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie statt. Insgesamt 131 Teilnehmer begaben sich bei bestem Wetter mit Temperaturen von über 20 °C und viel Sonnenschein auf den Rundkurs auf dem Messegelände, der dieses Mal durch den Sommergarten des Messegeländes und um den Berliner Funkturm führte. Angeboten wurden eine 10km Einzelstrecke und eine 4 x 2,5km Staffel. Den Lauf eröffnete André Niklaus, ehemals einer der besten internationalen Zehnkämpfer Deutschlands und großer Unterstützer der Kinderhilfe Organtransplantation (KiO). Wie im letzten Jahr wurden im Vorfeld und während des Kongresses Spenden für eine wohltätige Organisation gesammelt. Als Hauptsponsor konnte für dieses und die folgenden Jahre die Firma B. Braun gewonnen werden, die von Herrn Dr. med. Boris Fröhlich, Senior Vice President Marketing/Marketing- & Vertrieb Deutschland, während des Laufes vertreten wurde.

**DIE ZAHL DER
ORGANTRANSPLANTA-
TIONEN BEI KINDERN
UND JUGENDLICHEN
IN DEUTSCHLAND IST
IM VERGANGENEN JAHR
AUF DEN NIEDRIGSTEN
STAND SEIT 2008
GESUNKEN.**

„Gleichzeitig warten viele Kinder auf ein überlebenswichtiges Spenderorgan“, bedauert Professor Dr. med. Jörg Fuchs, Präsident der DGCH. Um auf die Situation der kleinen Patienten und den Organmangel aufmerksam zu machen, wurde in diesem Jahr als begünstigte Organisation des Benefizlaufes die KiO ausgewählt. Die KiO, die sich nur aus Spenden und Mitgliedsbeiträgen finanziert, unterstützt Kinder und Familien vor und nach einer Transplantation in vielfältiger Weise. Der Spendenscheck über 12.000 Euro wurde im Rahmen der Abschlussveranstaltung am 20. April 2018 durch Herrn Prof. Dr. med. J. Fuchs an Klaus Wolfermann, Olympiasieger 1976 im Speerwerfen und Botschafter der KiO, übergeben.



CHIRURGENKONGRESS 2018 EINLADUNG ZUM 136. KONGRESS

136.

EINLADUNG ZUM 136. KONGRESS DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zum 136. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie dürfen mein Organisationsteam und ich Sie ganz herzlich nach München einladen. Wir freuen uns, dass die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) und die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) durch ihre Jahrestagungen den Kongress aufwerten und thematisch bereichern. Die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG), die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) und erstmals auch die Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie bringen sich mit ihren Frühjahrstagungen aktiv ein und leisten dadurch einen wichtigen Beitrag zur Steigerung der Attraktivität dieses traditionsreichen Kongresses. Selbstverständlich werden auch wieder der Berufsverband der Deutschen Chirurgen, die Bundeswehr, der Berufsverband für Pflegeberufe und die Rettungsdienste mit eigenen sowie interdisziplinären bzw. interprofessionellen Veranstaltungen mit dabei sein.

In Zeiten wieder zunehmender nationalistischer Bestrebungen in der Weltpolitik möchten wir unsere Kolleginnen und Kollegen aus den deutschsprachigen Nachbarländern und aus der Gemeinschaft der Chirurgen aller Länder herzlich zu uns nach Deutschland einladen und zum fachlichen Meinungsaustausch

auffordern. Kommen Sie nach München zum Kongress der DGCH und lassen Sie uns gemeinsam mit Ihnen ein Zeichen für grenzüberschreitenden Wissensaustausch und vertrauensvolle Kooperation zum Wohle der uns anvertrauten Patienten setzen!

Erstmals werden wir mit dem Sultanat Oman ein Partnerland aus dem arabischen Kulturkreis zu Gast haben. Seit Jahrzehnten werden in klinischen Spitzeneinrichtungen unseres Landes arabische Patienten erfolgreich behandelt. Aber auch die Expertise deutscher Chirurgen wird in den eigenen Kliniken vor Ort hoch geschätzt. Darüber hinaus haben mittlerweile viele Kolleginnen und Kollegen aus arabischen Ländern in unserem Land erfolgreich eine chirurgische Weiterbildung abgeschlossen und weitere werden kommen. Deshalb freuen wir uns auf die Weiterentwicklung einer vielschichtigen Kooperation mit den chirurgischen Kollegen aus diesen fernen Ländern.

Den Kongress 2019 begleitet das Motto:

**„VOLLE KRAFT VORAUSS
– MIT HERZ, HAND UND
VERSTAND!“**

Warum dieses Motto? Fortschritte in der Chirurgie und ganz besonders die bahnbrechenden Neuentwicklungen wurden nicht durch Zögern und Zaudern erreicht. Denken Sie nur an die Transplantationschirurgie, die Endoprothetik oder die endovaskulären OP-Verfahren, die durch grenzgängerische, furchtlose und entscheidungsfreudige Persönlichkeiten Quantensprünge in der Chirurgie

CHIRURGENKONGRESS 2018

EINLADUNG ZUM 136. KONGRESS



Prof. Dr. med. Matthias Anthuber

Präsident der DGCH 2018/2019
Klinikum Augsburg
Allgemein-, Viszeral- und
Transplantationschirurgie
Stenglinstr. 2
86156 Augsburg
anthuber@klinikum-augsburg.de

ermöglichten. Die optimistische Grundeinstellung und der mutige Blick nach vorne haben seit jeher den Beruf des Chirurgen, egal in welchem Teilgebiet, geprägt. Gerade auch nach enttäuschenden Behandlungsverläufen sich immer wieder aufzuraffen und nach Verbesserungen zu streben ist Bestandteil unserer „chirurgischen DNA“.

Dabei darf aber niemals ungerichteter Aktionismus in Diagnostik, Indikationsstellung und OP-Durchführung unser Handeln prägen. Grundlage von allem ist unsere Empathie. Dafür steht das Herz. Chirurgie ohne eine emotionale Bindung zum Patienten entbehrt der unverzichtbaren Vertrauensgrundlage im Verhältnis zwischen Patient und Arzt und verbreitet Kälte. Für das Verbindende in dieser Patienten-Arzt-Beziehung steht in zweierlei Hinsicht die Hand. Wir nehmen den Kranken in seiner Hilflosigkeit und in seiner Erwartung von uns Hilfe zu erhalten, emotional an die Hand. Und schließlich legen wir im wahrsten Sinne des Wortes Hand an den Patienten, um ihn Kraft unserer manuellen Fähigkeiten und erlernter OP-Techniken zu heilen. Dies ist wiederum nur möglich auf der Grundlage von Wissen und Erfahrung. Dafür steht der Verstand. Das kontinuierliche Streben nach Wissensvermehrung durch Grundlagenforschung und klinische Studien entwickelt nur dann das Potenzial für wahren Fortschritt, wenn dieses Faktenwissen reflektiert im Spiegel der eigenen Erfahrungswelt in der individuellen Situation jedes einzelnen Patienten zum Tragen kommt. Verstehen ist eben nicht gleich Verstand! Das Verstehen von Fakten bedarf der Modulation, der kritischen Einordnung durch den Chirurgen, um der Individualität des Patienten gerecht zu werden und um am Ende zu Entscheidungen zu gelangen, die vom Verstand und vom Verständnis für den kranken Menschen geleitet sind. Diese Vorstellungen von zupackender und zuversichtlicher, Menschenzugewandter

und wissenschaftlicher Chirurgie hoffen wir in den Kongresstagen in München in jeder wissenschaftlichen Sitzung und in jedem persönlichen Gedankenaustausch vermitteln zu können!

Der Kongress wird inhaltlich und strukturell bewährte Formate nicht verlassen. So erfolgt die Programmgestaltung gemeinsam und in Absprache mit den Präsidenten der teilnehmenden chirurgischen Fachgesellschaften. Viel Raum soll wieder den interdisziplinären Sitzungen gegeben werden, weil diese am besten die klinische Realität in unseren Krankenhäusern und Kliniken widerspiegeln und den Gedankenaustausch über Fachgrenzen hinweg fördern. „Sitzungs-Triple“, die sich den Schwerpunkten „Leitliniengerechte Therapie“, „Tipps und Tricks“ und „Komplikationsmanagement“ widmen, sollen kompakt, evidenzbasiert, aber gleichzeitig auch erfahrungsmoduliert aktuelle Themen darstellen. Video- und Postersitzungen, Kurse, Workshops, Satellitensymposien, das Chirurgische Trainingslabor und das Studentenforum werden in bewährter Manier die verschiedenen Interessen aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer ansprechen.

In zunehmend unsicheren Zeiten durch den weltumspannenden Terrorismus und Großschadensereignisse benötigen wir mehr denn je die Unterstützung der Kolleginnen und Kollegen der Bundeswehr und freuen uns auf deren aktive Mitgestaltung des Kongresses. Schließlich wird es auch wieder ein in den Kongress integriertes Programm für Pflegeberufe geben, das vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe eigenständig gestaltet und interprofessionelle Sitzungen ergänzen wird.

Damit wir auch in Zukunft das Gesundheitswesen aktiv mitgestalten können, bleibt es unverzichtbar auch Themen abseits des

CHIRURGENKONGRESS 2018 EINLADUNG ZUM 136. KONGRESS

kurativen chirurgischen Tagesgeschehens aufzugreifen, um in einem Gedankenaustausch und Schulterschluss mit politisch Verantwortlichen, den Administrationen von Kliniken, Berufsverbänden und den Partnern aus der Pharma- und Medizinprodukteindustrie den aktuellen Herausforderungen zu begegnen.

Ein besonderer Höhepunkt des Kongresses soll der Organspendelauf sein. Sie alle Wissen um die besorgniserregenden Entwicklungen der Organspende in Deutschland. Wir wollen dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe mit diesem Lauf und der Beteiligung nicht nur von Kongressteilnehmern, sondern auch prominenten Persönlichkeiten aus dem Leistungssport, der Politik, der Gesellschaft und der laufinteressierten Öffentlichkeit eine unüberhörbare Stimme geben.

Am Donnerstag der Kongresswoche wird die DGCH gemeinsam mit der DGAV, der DGKCH, der DGG und der DGT zum gemeinsamen Festabend an einen Veranstaltungsort einladen, den Sie so in München noch nicht kennengelernt haben. Wir sind uns sicher, dass Ort und Rahmen des Festabends Ihnen in idealer Form ausreichend Gelegenheit geben werden, abseits des wissenschaftlichen Programms in entspannter Atmosphäre Kontakte zu pflegen und neue Freundschaften zu schließen.

Freundschaft ist in allen Lebensbereichen die Grundlage eines vertrauensvollen Miteinanders. Deshalb lade ich Sie im Namen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und freundschaftlicher Verbundenheit zu allen beteiligten chirurgischen Fachdisziplinen

und deren Präsidenten zum 136. Kongress der DGCH ein. Kommen Sie zahlreich nach München und geben Sie unserem Motto „Volle Kraft voraus – mit Herz, Hand und Verstand“ einen hörbaren, vielstimmigen Widerhall!

Es grüßen Sie herzlich
Ihr

Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
Präsident der DGCH 2018/2019

mit Dr. med. Bernd Geißler, Dr. med. Florian Sommer, Dr. med. Bernadette Kriening und Dr. med. Matthias Schrepf (Organisationsteam)

CHIRURGENKONGRESS 2018

PROTOKOLL DER DGCH-MITGLIEDERVERSAMMLUNG

Protokoll DER DGCH- MITGLIEDER- VERSAMMLUNG 2018

CityCube Berlin,
19.04.2018, 12.30-14.00 Uhr, Saal A7

TOP 1: ERÖFFNUNG DURCH DEN PRÄSIDENTEN

Der *Präsident* eröffnet die Versammlung und weist auf Folgendes hin: Es wurde ordnungsgemäß rechtzeitig unter Angabe der Tagesordnung durch dreimalige Veröffentlichung in der Mitgliederzeitschrift „Passion Chirurgie“ eingeladen. Änderungsanträge sind nicht eingegangen. Laut Satzung besteht bei jeder ordnungsgemäß einberufenen Mitgliederversammlung ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienen Mitglieder Beschlussfähigkeit.

TOP 2: WAHLEN

Der *Präsident* erläutert die satzungsgemäßen unterschiedlichen Vorgaben zur Bestätigung bzw. Wahl von Mitgliedern des Geschäftsführenden Vorstands bzw. des Präsidiums sowie den Wahlmodus für ordentliche und assoziierte Mitglieder. Zum Wahlleiter wurde Herr Prof. Dr. med. Hauke Lang, Mainz vorgeschlagen und bestätigt.

Der *Generalsekretär* teilt mit: An den Eingängen zum Saal wurde die Legitimation der Teilnehmer der Mitgliederversammlung überprüft und jedem ordentlichen Mitglied zwei Stimmzettel für die anstehenden Wahlen ausgehändigt: einmal zur Abstimmung über die Personalentscheidungen und zum anderen über den Antrag auf Satzungsänderung. Den Mitgliedsgesellschaften waren Stimmzettel für die assoziierten Mitglieder zur

Abstimmung über die Personalentscheidungen und die Satzungsänderungen übergeben worden, auf denen zur Festlegung einer Vollstimme eine Stimmrechtsübertragung von maximal 19 anderen assoziierten Mitgliedern vorgenommen werden konnte. Der *Präsident* stellt die Kandidaten vor, wie sie bereits veröffentlicht worden waren. Weitere Vorschläge sind nicht eingegangen:

1. 3. Vizepräsident 2018/19 und Präsident 2020/21:

Herr Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld, München

2. Schatzmeister:

Herr Prof. Dr. med. Jens Werner, München

3. Vertreter der Allgemeinchirurgie:

Herr Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski, Magdeburg

Nach Bestätigung, dass nur Mitglieder im Saal seien und dem Schließen der Türen erfolgt die Wahl mittels Einsammeln der ausgefüllten Wahlzettel in Urnen durch mehrere Wahlhelfer. Laut Generalsekretär werden nach Überprüfung und Feststellung, dass der Wahlvorgang abgeschlossen ist, dann die Türen wieder geöffnet.

Nach abgeschlossener Auszählung dankt der *Präsident* dem Wahlleiter und gibt das Wahlergebnis bekannt:

1. Bestätigung durch die Mitgliederversammlung:

- Auf Herrn **Prof. Dr. med. Dr. dent. Michael Ehrenfeld**, 3. Vizepräsident 2018/19 und Präsident 2020/21, entfielen von 79 abgegebenen gültigen Stimmen 69 Ja-Stimmen (86 %) bei 2 Nein-Stimmen und 8 Enthaltungen.
- Auf Herrn **Prof. Dr. med. Jens Werner**, Schatzmeister, entfielen von 79 abgegebenen gültigen Stimmen 74 Ja-Stimmen (92,5 %) und 5 Enthaltungen.

2. Wahl durch die Mitgliederversammlung:

- Auf Herrn **Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski**, Vertreter der Allgemeinen Chirurgie, entfielen von 79 abgegebenen gültigen Stimmen 73 Ja-Stimmen (91 %) bei 2 Nein-Stimmen und 4 Enthaltungen.

Der *Präsident* fragt alle Kandidaten, ob sie die Wahl annehmen. Dies ist der Fall. Die gewählten Vertreter bedanken sich für das Vertrauen. Der *Präsident* stellt damit den erfolgreichen Abschluss des Wahlvorgangs fest.

CHIRURGENKONGRESS 2018

PROTOKOLL DER DGCH-MITGLIEDERVERSAMMLUNG

TOP 3: SATZUNGSÄNDERUNGEN

Da über den Antrag zur Satzungsänderung auch per Stimmzettel votiert werden muss, erläutert der 1. *Vizepräsident* die Zielstellung der temporären Vollmitgliedschaft und bittet um Zustimmung für eine einheitliche starke politische Vertretung.

Die Wahl erfolgt mittels Einsammeln des ausgefüllten Wahlzettels in Urnen durch mehrere Wahlhelfer.

WAHL DURCH DIE MITGLIEDERVERSAMMLUNG:

Zu 1.)

Zur Ermöglichung der angestrebten temporären Vollmitgliedschaft von Mitgliedern der angeschlossenen chirurgischen Fachgesellschaften innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie schlägt der Vorstand der DGCH auf Basis des Beschlusses vom 07.02.2018 der Mitgliederversammlung der Gesellschaft die Annahme folgender Ergänzung der Satzung in Fassung vom 23.03.2017 vor:

In § 5 der Satzung der DGCH in Fassung vom 23.03.2017 wird die folgende neue

Ziffer 8 aufgeführt:

„Alle assoziierten Mitglieder der angeschlossenen Fachgesellschaften („assoziierte Mitgliedschaft in der DGCH) können nur zur Erstaufnahme eine „temporäre Vollmitgliedschaft“ beantragen. Die Option der „temporären Vollmitgliedschaft“ können assoziierte Mitglieder einmal in Anspruch nehmen. Die „temporäre Vollmitgliedschaft“ ist auf die Dauer von drei Jahren ab dem Zeitpunkt der Aufnahme des Mitglieds begrenzt. „Temporäre Vollmitglieder“ bezahlen während dieser Zeit einen reduzierten Mitgliedsbeitrag von 25,- € pro Jahr. Sie sind als ordentliche Mitglieder in allen Angelegenheiten der

Gesellschaft stimmberechtigt, haben aber kein passives Wahlrecht.“

Zu 2.:

In § 5 der Satzung der DGCH in Fassung vom 23.03.2017 wird die folgende neue

Ziffer 9 aufgeführt:

„Studentische Mitglieder zahlen keinen Jahresbeitrag. Sie sind als ordentliche Mitglieder in allen Angelegenheiten der Gesellschaft stimmberechtigt, haben aber kein passives Wahlrecht“

Zu 3.:

In § 2 der Satzung der DGCH in Fassung vom 23.03.2017 wird die folgende neue Ziffer f) aufgeführt:

„Unterstützung des wissenschaftlichen Nachwuchses, z. B. durch die Vergabe von Stipendien o. ä.“

Zu 4.:

In § 2 der Satzung der DGCH in Fassung vom 23.03.2017 wird die folgende neue Ziffer g) aufgeführt:

„Die Förderung der Wissenschaft auf dem chirurgischen Gebiet, z. B. durch die Unterstützung von Nachwuchswissenschaftlern für klinische Studien o.ä.“

Zu 5.:

In § 3 Ziffer 4 wird die Begünstigte (Deutsche Forschungsgemeinschaft) ersetzt durch:

„die Stiftung Deutsche Krebshilfe“

Zu 6.:

In § 9 der Satzung der DGCH in Fassung vom 27.3.2017 wird die Ziffer 2 durch folgenden Absatz ersetzt:

„Natürliche Personen haben als ordentliches Mitglied eine Stimme. Das Stimmrecht darf auf ordentliche Mitglieder im Sinne des § 5 der Satzung (natürliche Personen) übertragen werden, jedoch auf ein Mitglied nicht mehr als fünf Stimmen. Das Stimmrecht der Fachgesellschaften bemisst sich nach der Anzahl ihrer assoziierten Mitglieder im Sinne des § 7 der Satzung. Je volle 11 assoziierte Mitglieder geben eine Stimme. Auf ein assoziiertes Mitglied mit 1/11-Stimmrecht können die Stimmen von maximal 10 weiteren assoziierten Mitgliedern übertragen werden, so dass in der Mitgliederversammlung eine Vollstimme für insgesamt 11 assoziierte Mitglieder abgegeben werden kann. Maßgebend für die Stimmenzahl ist immer die zum letzten 31.01. mitgeteilte Anzahl (§ 10 Nr. 2). Im Übrigen haben juristische Personen als ordentliche Mitglieder ebenfalls eine Stimme.“

Nach abgeschlossener Auszählung dankt der *Präsident* dem Wahlleiter und gibt das Wahl-/ Abstimmungsergebnis bekannt:

77 abgegebene gültige Stimmen
72 Ja-Stimmen (91 %)
2 Nein-Stimmen
3 Enthaltungen

Somit entscheiden sich die Mitglieder der DGCH und die assoziierten Mitglieder für die Satzungsänderungen.

Der *Präsident* bedankt sich bei allen anwesenden Mitgliedern für den Ausgang der Wahl und ihr Vertrauen. Der *Präsident* stellt damit den erfolgreichen Abschluss des Wahlvorgangs fest.

TOP 4: BERICHT DES PRÄSIDENTEN

Mittels einer Präsentation geht der *Präsident* auf Schwerpunkte im Zeitraum seit dem 134. Kongress ein. Hauptaugenmerk liegt auf der Bestrebung, bis Mitte 2019 die temporäre

CHIRURGENKONGRESS 2018

PROTOKOLL DER DGCH-MITGLIEDERVERSAMMLUNG

Vollmitgliedschaft zu erreichen und den chirurgischen Nachwuchs nachhaltig zu fördern. Es gibt keine Fragen oder Bemerkungen.

TOP 5: BERICHT DES GENERALSEKRETÄRS

Der *Generalsekretär* erläutert Aufgaben, Ziele und Probleme sowohl in der Arbeit der Fachgesellschaften als auch in politischen Gremien. Keine weitere Diskussion.

Der *Präsident* dankt dem Generalsekretär für seine Ausführungen und seine engagierte Arbeit.

TOP 6: BERICHT DES SCHATZMEISTERS

Der *Schatzmeister* bedankt sich bei allen, die ihn stets in seiner Tätigkeit unterstützen und erläutert die Entwicklung der Mitgliederzahlen.

Er legt Rechenschaft über Einnahmen und Ausgaben für das Geschäftsjahr 2017 ab.

Der *Präsident* bittet die Kassenprüfer um ihren Bericht. *Herr Germer* teilt mit (auch im Namen

von Herrn Köckerling), dass in dem Jahresabschluss keine Unstimmigkeiten aufgefunden wurden, sodass eine einwandfreie Beleg- und Kassenführung festgestellt werden konnte.

Frau Schackert stellte als Mitglied den Antrag auf Entlastung des Vorstands für das Geschäftsjahr 2017. Der *Schatzmeister* bittet um das Handzeichen. Das geschieht bei Enthaltung des geschäftsführenden Vorstands. Der Antrag wurde einstimmig von den anwesenden Mitgliedern angenommen. Damit ist der Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2017 genehmigt.

Nach der Vorstellung des Haushaltsplanes 2018 wird ebenfalls per Handzeichen über die vorgesehenen Einnahmen und Ausgaben abgestimmt. Auch der Haushaltsplan für 2018 wird per Handzeichen einstimmig verabschiedet.

Der *Präsident* dankt dem Schatzmeister für seine verdienstvolle Arbeit.

TOP 7: VERGABE DER STIPENDIEN

Präsident und *Generalsekretär* bitten die Stipendiaten und Preisträger, deren Namen projiziert werden, auf die Bühne und überreichen

ihnen unter dem Beifall der Mitglieder ihre Urkunden. Die Namen werden mit allen anderen Preisträgern wieder in der „Passion Chirurgie“ veröffentlicht.

TOP 8. VERSCHIEDENES

Der *Präsident* dankt den Herren Pohlemann und Schiedeck für ihre bisherige verdienstvolle Aufgabe im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und verabschiedet sie unter Beifall von ihrer Aufgabe als Vorstandsmitglied.

Abschließend dankt der *Präsident* dem Vorstand, den Damen der Geschäftsstelle sowie allen Mitgliedern für ihre Arbeit in der Gesellschaft. Er schließt die Sitzung um 14.00 Uhr.

Prof. Dr. med. J. Fuchs, Präsident

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

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

CHIRURGENKONGRESS 2018 AUSSCHREIBUNG PREISE UND STIPENDIEN 2019

Ausschreibung Preise und Stipendien 2019

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie vergibt im Jahr 2019 die nachfolgend aufgeführten Preise und Stipendien.

Ihre Bewerbungen wird erbeten bis spätestens zum
30.09.2018 an die

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Generalsekretär
Herrn Prof. Dr. med. Dr. h.c. H.-J. Meyer
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin

PREISE

B.-VON-LANGENBECK-PREIS

Auszeichnung für besondere wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Chirurgie. Bewerben können sich Oberärzte und Assistenten.

Dotierung: € 10.500

RUDOLF-ZENKER-PREIS, GESTIFTET VON BRAUN MELSUNGEN AG

Vergabe an Persönlichkeiten/Personengruppen, die sich in der Vergangenheit um die Weiterentwicklung der klinischen Chirurgie besonders verdient gemacht haben und damit einen Beitrag zu einer wesentlichen Verbesserung der Krankenbehandlung auf dem Gebiet der Chirurgie leisteten.

Dotierung: € 6.000

W.-MÜLLER-OSTEN-PREIS

Auszeichnung für hervorragende Leistungen auf dem Gebiet der chirurgisch-interdisziplinären Arbeit oder der Zukunftsentwicklung des Faches Chirurgie.

Dotierung: € 8.000

F.-STEICHEN-PREIS, GESTIFTET VON MEDTRONIC GMBH

Vergabe für besondere Leistungen auf dem Gebiet der viszeralchirurgischen Operationstechniken.

Dotierung: € 5.000

K.-STORZ-PREIS, GESTIFTET VON KARL STORZ GMBH CO. KG

Vergabe für besondere Verdienste und Leistungen auf dem Gebiet der Minimalinvasiven Chirurgie.

Dotierung: € 4.000

E.-UNGEHEUER-PREIS, GESTIFTET VON DER AESCULAP AKADEMIE

Verleihung für Neuaufnahmen von besonderem wissenschaftlichem und didaktischem Wert in die Mediathek der DGCH.

Dotierung: € 3.000

FILMPREIS

Der Preis wird verliehen für Filme bzw. Videos über die Chirurgie und ihre Teilgebiete, die neue wissenschaftliche oder operationstechnische Kenntnisse vermitteln sowie als Lehr- oder Unterrichtsfilme angemeldet werden.

Dotierung: € 1.500

POSTERPREIS

Gegenstand soll die Darstellung der neuesten Ergebnisse aus der klinischen und experimentellen Chirurgie sein.

Dotierung: € 1.500

F.-LINDER-PREIS

Wird an den Erstautor des besten Vortrages innerhalb der Fritz-Linder-Sitzungen zur chirurgischen Forschung vergeben.

Dotierung: € 2.500

EINSENDUNGEN FÜR DEN F.-LINDER-PREIS AN:

Frau Prof. Dr. med. B. Vollmar
Direktorin des Instituts für
Experimentelle Chirurgie der Medizinischen
Fakultät der Universität Rostock
Universitätsklinikum Rostock
Schillingallee 35
18055 Rostock

NACHWUCHSFÖRDERPREIS DER SEKTION CHIRURGISCHE FORSCHUNG

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.

Dotierung: € 1.000

STIPENDIEN

STIPENDIUM ALS FORTBILDUNGSHILFE

Beihilfe zu einer Forschungsreise zwecks Fortbildung in der Allgemeinen Chirurgie oder einem Spezialgebiet der Chirurgie.

Dotierung: € 5.000

REISESTIPENDIUM DER H.-JUNGHANNS-STIFTUNG

Die nach unserem früheren Präsidenten und langjährigen Generalsekretär benannte Herbert-Junghanns-Stiftung verleiht ein Reisestipendium, bevorzugt an einen Krankenhauschirurgen/in. Voraussetzung ist Facharztstatus und die Mitgliedschaft in der DGCH.

Dotierung: € 5.000

CHIRURGENKONGRESS 2018

AUSSCHREIBUNG PREISE UND STIPENDIEN 2019

W.-MÜLLER-OSTEN-STIPENDIUM

Zur Förderung wissenschaftlicher Arbeiten über die Geschichte der Chirurgie, die Erhaltung von Substanz und Einheit sowie der Zukunftsentwicklung der Chirurgie, der Qualitätssicherung der chirurgischen Tätigkeit in Krankenhaus und Praxis und den wissenschaftlichen und ethischen Grundlagen des chirurgischen Berufes.

Dotierung: € 5.000

W.-MÜLLER-OSTEN-STIPENDIUM FÜR AUSLÄNDISCHE HOSPITANTEN

Wird ausgeschrieben zur Weiterbildung durch Hospitation an einer selbst gewählten deutschen chirurgischen Klinik.

Dotierung: € 6.000

REISESTIPENDIUM ZUM JAPANISCHEN CHIRURGENKONGRESS

In Abstimmung mit der Japanischen Gesellschaft für Chirurgie wird die aktive Teilnahme

am Japanischen Chirurgenkongress mit anschließender Hospitation in japanischen Zentren unterstützt.

INTERNATIONALES GASTSTIPENDIUM DER DGCH

Wird verliehen an junge Chirurgen, die ihre Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie (oder entsprechende Qualifikation) in ihrem Heimatland absolviert haben und anschließend zur Ausübung ihres Berufes dorthin zurückkehren.

Dotierung: € 5.000

REISESTIPENDIUM ZUM JAHRESKONGRESS DES AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

In Abstimmung mit dem American College of Surgeons (ACS) wird die aktive Teilnahme am Jahreskongress des ACS mit anschließender Hospitation in relevanten Zentren unterstützt.

Die Bestimmungen für die Verleihung der Preise
und die Vergabe von Stipendien finden Sie im
Internet unter

www.dgch.de

Sie können auch in der Geschäftsstelle (Tel.:
030/28 87 62 90) abgefordert werden.

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

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

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

KONTAKT

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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: AWARE_® Registriernummer: NCT01181206				
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 530 von 636 Patienten	DFG 610 € (zzgl. Um- satzsteuer)/Patient	Dr. J. Lauscher Universitätsmedizin Berlin, Charité Campus Benja- min Franklin Chirurgische Klinik I T: 030/8445-2948 F: 030/450-522 902 E: johannes.lauscher@charite.de
Studientitel: BariSurg_® Registriernummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. B.P. Müller	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m ² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m ² Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP Kontrollgruppe: Magenbypass-OP	FPI: 27.11.2013 92 von 248 Patienten	– Kein Fallgeld	Prof. Dr. B.P. Müller Universitätsklinikum Heidelberg Chirurgische Klinik Sektion Minimalinvasive Chirurgie T: 06221/56-8641 F: 06221/56-8645 E: beat.mueller@med.uni-heidelberg.de



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
BIOLAP				
Registrierungsnummer: DRKS00010178				
Prof. Dr. med. M. Heiss	Primäre bilaterale Leistenhernien Laparoskopische Operation bilateraler Leistenhernien unter Verwendung von synthetischen und biologischen Netzen. Die Studienteilnehmer werden keiner Gruppe zugeordnet; jeder Patient erhält auf einer Seite das biologische und auf der anderen Seite das synthetische Netz. Jeder Patient stellt somit seine eigene Kontrolle dar.	17.08.2017 39 von 496 Patienten	DFG 750 € / Patient	Dr. J. Knievel IFOM - Institut für Forschung in der Operativen Medizin Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin Universität Witten/Herdecke Ostmerheimer Str. 200, Haus 38 51109 Köln 0221 98957-24 0221 98957-30 Judith.Knievel@uni-wh.de
Studientitel: CoCStom₊				
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 247 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-Studie₊				
Registrierungsnummer: DRKS 00004550				
Prof. Dr. M.W. Büchler PD Dr. B.P. Müller	Insulinabhängiger Diabetes mellitus Typ 2 und BMI 26–35 kg/m ² Experimentelle Gruppe: Magenbypass Kontrollgruppe: Optimale medikamentöse Therapie	FPI: 25.03.2013 22 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
ESOPEC				
Registrierungsnummer: NCT02509286, DRKS00008008				
Prof. Dr. Jens Höppner	Adenokarzinom des Ösophagus und des gastroösophagealen Übergangs (AEG) Experimentelle Gruppe: Perioperative Chemotherapie (FLOT) und Tumorresektion Kontrollgruppe: Neoadjuvante Radiochemotherapie (CROSS) und Tumorresektion	09.02.2016 184 von 438 Patienten	DFG 1.500 € / Patient	Prof. Dr. med. Jens Höppner Universitätsklinikum Freiburg Department Chirurgie Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie T: 0761/270-26970 F: 0761/270-90711 E: jens.hoepfner@uniklinik-freiburg.de

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 101 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: IOWISI, Intraoperative wound irrigation to prevent surgical site infection after laparotomy Registrierungsnummer: DRKS00012251 EudraCT 2017-000152-26				
PD Dr. med Daniel Reim	offene abdominalchirurgische Eingriffe Experimentelle Gruppe: Spülung des subkutanen Gewebes nach Faszienverschluss mit Intervention 1: 0,04%iger Polyhexanidlösung Intervention 2: 0,9%iger NaCl-Lösung Kontrollgruppe keine Wundspülung	20.09.2017 109 von 540 Patienten	DFG 400 € / Patient	PD Dr. med D. Reim Klinik und Poliklinik für Chirurgie Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München (TUM) Ismaninger Str. 22 81675 München T: 089/4140-5019 E: daniel.reim@tum.de
Studientitel: PAKMAN₁₀ Registrierungsnummer: DRKS00007784				
Dr. P. Knebel	Patienten mit Indikation zur elektiven Pankreatoduodenektomie Experimentelle Gruppe: Intraoperative Allgemein-anästhesie und postoperative patientenkontrollierte intravenöse Analgesie (IV-PCA) Kontrollgruppe: Kombinierte Allgemein- und epidurale Anästhesie und postoperative epidurale Analgesie (EDA)	FPI: 30.06.2015 370 von 370 Patienten	Dietmar Hopp Stiftung 700 €/Patient	PD Dr. P. Knebel Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation-chirurgie, Universitätsklinikum Heidelberg T: 06221/56-35154 oder -39652 F: 06221/56-33850 E: phillip.knebel@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: PONIY, Postoperative negative pressure incision therapy following open colorectal surgery: a randomized-controlled trial Registrierungsnummer: DRKS00006199				
Dr. med. Rebekka Schirren	Elektiver offener kolorektaler Eingriff Experimentelle Gruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels postoperativem Wundinzisions-Unterdrucktherapie System (PIUT) für 5-7 Tage postoperativ. Kontrollgruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels sterilem Verbandsmaterial für 5-7 Tage postoperativ.	23.10.2017 11 von 340 Patienten	KCI USA, Inc. 150 € / Patient	Dr. med. R. Schirren Chirurgische Klinik und Poliklinik Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München T: 089/4140-5138 E: rebekka.schirren@tum.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: RELY_{III} Registrierungsnummer: NCT01073358				
PD Dr. N. N. Rahbari	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 255 von 366 Patienten	– Kein Fallgeld	PD Dr. N. N. Rahbari Chirurgische Klinik Universitätsmedizin Mannheim T: 0621/383-3591 F: 0621/383-3809 E: nuh.rahbari@umm.de
Studientitel: SAWHI-V.A.C.® Study_{III} 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 535 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 (Stellvertretender Studienleiter)	Patienten (15–40 Jahre) mit Rezidiv eines primären Spontanpneumothorax (PTX) oder therapierefraktärem PTX Erstereignis Experimentelle Gruppe: Lungenkeilresektion mit parietaler Pleurektomie Kontrollgruppe: Alleinige parietale Pleurektomie	FPI: 19.11.2013 260 von 360 Patienten	DFG 525 €/Patient	Prof. Dr. T. Walles, FETCS Abteilung Thoraxchirurgie Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R T: 0391/67-21905 E: Thorsten.Walles@med.ovgu.de Studienbüro: Esther Meyer T: 0391/67-24903 F: 0391/67-21906 E: Esther.meyer@med.ovgu.de Stellvertretender Studienleiter: Prof. Dr. J. Neudecker Charité - Universitätsmedizin Berlin Campus Charité Mitte Campus Virchow-Klinikum Chirurgische Klinik Chirurgisches Regionalzentrum Berlin des CHIR-Net T: 030/450-622132 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 2018

Fachgesellschaften erinnern an das Schicksal jüdischer Chirurgen

Zur Erinnerung an das Schicksal jüdischer Ärzte während des Nationalsozialismus haben die Vertreter chirurgischer Fachgesellschaften am Haus der Chirurgie in Berlin im Februar 2018 einen Gedenkstein errichtet.

Im Folgenden drucken wir die zwei Redemuskripte ab, die anlässlich der Einweihung des Gedenksteines gehalten wurden.

REDE VON PROF. DR. MED. JÖRG FUCHS, PRÄSIDENT DER DGCH 2017/2018

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie wurde 1872 auf Initiative der Herren Bernhard von Langenbeck, Gustav Simon und Richard von Volkmann gegründet.

Gemäß dem Eid des Hippokrates sollte die chirurgische Wissenschaft und Nachwuchsförderung zur Weiterentwicklung des Faches Chirurgie und zum Wohle des Patienten dienen. In vielen Bereichen unserer Profession gab es wahrhaftige Pioniere und historische Vorbilder.

Ich zitiere in diesem Zusammenhang Theodor Billroth, Mitglied des Gründungsausschusses: „Was mir am meisten Freude in meinem reichen Leben gemacht hat, ist die Begründung einer Schule, welche sowohl in wissenschaftlicher wie in humanitärer Richtung mein Streben fortsetzt und ihm dadurch etwas von Dauer verschafft.“

Deutschland erlebte von 1933 bis 1945 das dunkelste Kapitel seiner Geschichte und auch innerhalb unserer Fachgesellschaft kam es vielfach zu einer Abkehr von bisherigen Wertvorstellungen. Die Chirurgie machte hier sowohl in berufspolitischer als auch in wissenschaftlicher Hinsicht mit unfassbaren Human-Experimenten keine Ausnahme. Diese

Zeit war geprägt durch eine gnadenlose Ausgrenzung, Entwürdigung und Verfolgung von jüdischen Mitmenschen und endete in Krieg und organisierter Massenvernichtung. Nach Kriegsende existierte eine tiefe Identitätskrise und kollegiales Schweigen. Jahre der Ohnmacht folgten. Aufarbeitungen und Analysen zu den Geschehnissen dieser Zeit gestalteten sich als außerordentlich herausfordernd.

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie setzte 2011 mit dem ersten Band „Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1933-1945 – die Präsidenten“ ein Zeichen zur Aufarbeitung von Unrecht und Verbrechen an 217 jüdischen Mitgliedern der Gesellschaft während des Dritten Reiches. In einer weiteren intensiven Nachlese sind es im bald erscheinenden zweiten Band nun mehr als 315 verfolgte jüdische Kolleginnen und Kollegen, denen unser Gedenken gilt. Sie alle wurden in der Zeit des Nationalsozialismus gedemütigt, entrechtet, mussten ins Ausland fliehen oder wurden gemeinsam mit Ihren Familien in Konzentrationslager verschleppt und teils in den Tod getrieben.

Auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. errichtet die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. und die mit ihr verbundenen zehn chirurgischen Fachgesellschaften einen Gedenkstein. Der zwei Meter große Monolith aus der Bretagne findet seinen Platz hier im Garten des Langenbeck-Virchow-Hauses, dem Haus - unserem Haus - der Chirurgie. Zusammen mit einer Gedenktafel soll er am historischen Ort der Gründung unserer Gesellschaft ein Zeichen der Verantwortung gegen das Vergessen setzen.

Mit der Einweihung dieses Gedenksteines möchten wir heute gemeinsam in Demut und Ehrfurcht unserer damals verfolgten Kolleginnen und Kollegen und aller jüdischen Mitglieder gedenken, die Opfer des Nationalsozialismus wurden. Wir sind es ihnen schuldig an das unermessliche Leid, das sie erfahren mussten, zu erinnern.

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



REDE VON PROF. DR. MED HANS ZWIPP, SPRECHER DER DGU-SENATOREN

Verehrte Kollegen,

da der Stein des Gedenkens noch im ausklingenden Duemillennium des Poeten Ovid hier im Garten des Langenbeck-Virchow-Hauses am 13.12.2017 aufgestellt wurde, möchte ich auf dreierlei Metamorphosen eingehen.

Die **1. Metamorphose** ist die Verwandlung einer **Idee zum sichtbaren Stein**.

Vor gut einem Jahr wollten die Senatoren der Unfallchirurgie neben den sichtbaren Stolpersteinen in Leipzig, auch hier in Berlin, im Haus der Chirurgie ein sichtbares Zeichen der Erinnerung, der Wertschätzung und des Mahnens setzen. Aus der Idee Stele von Lothar Kinzl, initial ein Projekt der DGU-Senatoren, wurde es im Diskurs eines Jahres auch ein Projekt der DGCH und zuletzt sogar eines aller zehn chirurgischen Fachgesellschaften. Deshalb erinnern heute mit diesem Mahnmal mehrere Tausend Mitglieder der zehn chirurgischen Fachgesellschaften Deutschlands an

ihre mehrere Hundert früheren jüdischen Mitglieder. Wir gedenken ihrer in ihrer Gesamtheit, dies bewusst ohne Namen zu nennen, da etliche noch nicht gefunden, kriegsbedingt verlorengegangen, vielleicht nie wieder zu finden sind.

Die **2. Metamorphose** ist die **petrologische**, die Entstehung dieses Steines.

Er ist ein rot-bunter, unbehauener Schiefer, 2 m groß, 600 kg schwer, der geochronologisch im Devon, d.h. vor etwa 350 Millionen Jahren als Sedimentstein entstanden ist: aus Peliten, d. h. kleinsten Schlamm-Schotter-Sandkörnern, aus Quarz- und Feldspat-Mineralien, Kaolinit u. a. Substraten, die über Flüsse in ein Meerbecken transportiert wurden, dort langsam sinterten und mit zunehmendem Gewicht zu Tonstein kompaktierten. Durch weitere Überlagerung in etwa 7.000 m Versenkungstiefe wurde unter hohem Druck und hoher Temperatur aus dem Tonstein in seiner Metamorphose Schiefer. Sein roter Anteil ist durch Eisenerde bedingt. In seiner schönen Form und Farbe kam er vermutlich in der Jungsteinzeit, vor etwa 7.000 Jahren in

Saint Just zum Vorschein. Ein Ort in der heutigen Bretagne, wo es nach Carnac die meisten Menhire Frankreichs gibt. Seinen Weg hierher an diesen Ort hat er über Belgien genommen, um ein Stein des Erinnerns zu werden.

Die **3. Metamorphose** ist die **mythologische** Verwandlung Mensch zu Stein.

Ich erinnere an *Battus*, der von Merkur wegen Meineids in einen Stein verwandelt wurde, an *Lichas*, der zum Felsen wurde, als er unwissend Herakles das vergiftete Hemd überbrachte und an *Niobe*, die sich gegenüber der Titanin *Leto* vermaß, sodass sie alle ihre Kinder verlor und in Trauer zum Stein erstarrte, der nicht aufhörte, Tränen zu vergießen. Mit diesen Metaphern der versteinernen Schuld, „ist es gerade in der heutigen Zeit wichtig, dass sich Deutschlands Chirurgen nach so langen Jahren des Unrechts und der Verbrechen zu ihren früheren jüdischen Mitgliedern öffentlich bekennen“.

Prof. Dr. med. Hans Zwipp
Sprecher der DGU-Senatoren



Rezension:

Zugeeignet – Medizinische und andere Erinnerungen aus fünf Jahrzehnten



Zugeeignet - Medizinische und andere Erinnerungen aus fünf Jahrzehnten

Dr. med. habil. Volker Klimpel
2018, Dr. Reinhard Kaden Verlag
GmbH & Co. KG Heidelberg
ISBN 978-3-942825-9
Preis: EUR 18,50

Beim Verlag bestellen
<https://bit.ly/2JhNQy9>

Mit einem Vorwort von H. Bauer ist auf 248 Seiten ein medizinhistorisches und persönliches Buch des Gedenkens entstanden. Den Inhalt bilden 90 „Blätter der Erinnerung“, die 90 Persönlichkeiten aus Medizin, Musik und Verlagswesen zugeeignet sind. Sie verbindet eine gemeinsame wissenschaftliche und ideale Klammer für die Zeit der Teilung unseres Landes.

Von einer großen Faktendichte zeugen die 436 Literaturstellen, ein Register mit 1.089 Namen sowie zahlreiche erklärende Fußnoten. Durch die Unterteilung in überschaubare Abschnitte und durch eine gepflegte Sprache wird die Lektüre zu einer angenehmen und lehrreichen Unterhaltung.

Beispielhaft soll das Blatt der Erinnerung eines verstorbenen chirurgischen Ordinariums und ehemaligen Präsidenten der DGCH herausgehoben werden. Darin findet sich wie ein Aphorismus folgende zeitlos gültige

Empfehlung: „Misstrauen Sie einem arroganten Chirurgen und hüten Sie sich, ihn nachzuahmen! Arroganz ist ein Verstoß gegen das chirurgische Ethos und hat nichts mit Selbstbewusstsein zu tun, das ein Chirurg ausstrahlen kann, mit dem er Vertrauen erweckt. Arroganz ist ein Mangel an Selbstkritik, ein Zeichen charakterliche Unzulänglichkeit.“

„Zugeeignet“ von Volker Klimpel ist nicht nur in Dankbarkeit 90 Persönlichkeiten gewidmet, sondern dieses Erinnerungsbuch wendet sich auch an all jene, denen die Medizingeschichte und die Gemeinsamkeiten unseres ehemals geteilten Landes am Herzen liegen. Das sind keine emotionsfreien Themen und das empfindet man beim Lesen auch.

Rezensent:
W. Hartel

ehem. Generalsekretär
der DGCH

Abschiedsrede für Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Köle im Grazer Dom



in memoriam
Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c.
Wolfgang Köle
(*18.11.1919 – † 15.04.2018)

**ANSPRACHE DES EHEMALIGEN
GENERALSEKRETÄRS DER DEUTSCHEN
GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
PROF. DR. HARTWIG BAUER**

Liebe Eva, verehrte Angehörige, Schüler, Freunde und Weggefährten Wolfgang Köles, sehr geehrte, in großer Zahl versammelte Honoratioren aus dem kirchlichen, akademischen und öffentlichen Leben der Stadt Graz und weit darüber hinaus.

Sie alle, die Sie sich so zahlreich hier im Grazer Dom eingefunden haben, haben unterschiedliche Beziehungen zu dem Verstorbenen und ebenso verschieden sind Ihre Erinnerungen an ihn. Die wichtigsten Stationen seines Lebens werden noch aus berufenem Munde aufgezeigt und die Höhepunkte seiner akademischen Vita, der empathische Einsatz für seine Patienten sowie die enormen Verdienste dieser großen Chirurgenpersönlichkeit um

das Gemeinwohl werden noch angemessen gewürdigt werden.

Mir bleibt es, als Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), der besonderen Verbindungen zu unserer Gesellschaft und den deutschen Chirurgen zu gedenken, denen er seit Jahrzehnten in Freundschaft verbunden war. Herr Prof. Wilhelm Hartel, mein Vorgänger im Amt des Generalsekretärs und langjähriger Freund und Weggefährte des Verstorbenen, der dies sehr gerne übernommen hätte, ist leider krankheitsbedingt kurzfristig verhindert. Er hat mich gebeten, an seiner Stelle im Rahmen dieser Trauerfeier einige Abschiedsgedanken der deutschen Chirurgen zu Wolfgang Köle vorzutragen, den als väterlichen Freund bezeichnen zu dürfen ich sehr stolz und dankbar bin.

Mit unserer Gesellschaft kam er erstmals 1951 in Berührung, als er zum deutschen Chirurgenkongress nach München reiste. Präsident war damals Emil Karl Frey, der Vor-Vorgänger Georg Heberers auf dem Münchner Lehrstuhl in der Nussbaumstraße. 1957 wurde Wolfgang Mitglied unserer traditionsreichen Gesellschaft, die in wenigen Jahren ihr 150-jähriges Bestehen feiert. Georg Heberer, mit dem er gemeinsam mit Harald Tscherne ein weit verbreitetes chirurgisches Lehrbuch für Studierende und Ärzte herausgegeben hatte, war Präsident, als er 1980 Ehrenmitglied wurde. Die über 65 Jahre währende Treue Wolfgang Köles zur DGCH hatte historische, berufliche und freundschaftliche Gründe. Darauf baute ein österreichisch-deutscher Freundeskreis auf, dem er sich eng verbunden fühlte. Mit der gleichen Treue hielt er zu seinen Schülern und Lehrern.

Lassen wir dazu Wolfgang Köle selbst zu Wort kommen, wenn es zu beschreiben gilt, was ihn tief geprägt und ihm zeitlebens viel bedeutet hat. In seiner Erwiderung auf die Ernennung

zum Ehrenmitglied dankte er mit den Worten (Zitat): „Erlauben Sie mir bitte einen ganz kurzen Rückblick. Kriegswinter 1941/42. In einer endlos weiten einsamen und von eisigen Schneestürmen gepeitschten Tundra liegt der nördlichste Hauptverbandplatz unserer Gebirgssanitätskompanie. Hier konnte ich meinen ersten chirurgischen Eingriff unter der Anleitung eines erfahrenen bayerischen Heereschirurgen ausführen. Dieses Jahr der ersten chirurgischen Tätigkeit mit der pausenlosen Versorgung unserer verwundeten Kameraden hat sich in mein damals junges ärztliches Denken und Handeln tief und unauslöschlich eingeprägt. Von jenem Operationsbunker unmittelbar am Eismeer führt ein gewaltiger Bogen mit Verwundung, mit allen Höhen und Tiefen der Nachkriegszeit bis auf diesen Platz hier, auf dem ich nun tief gerührt vor Ihnen stehe. Ich darf in diese Ehrung alle jene mit einbeziehen, die mich auf diesem Weg begleiteten, meine liebe Frau und meine treuen früheren und jetzigen Mitarbeiter. Vor allem denke ich in dieser feierlichen Stunde in tiefer Dankbarkeit an meine drei klinischen Lehrer in einer glanzvollen Ahnenreihe: Prof. Breitner, Innsbruck und die Professoren Winkelbauer und Spath, Graz.“ (Zitat Ende).

Drei Voraussetzungen sind für einen guten Arzt unabdingbar, nämlich wissenschaftlich medizinische Kompetenz, zuhören können und humanes Augenmaß bei therapeutischen Entscheidungen. Er selbst hat das in seiner Dankesrede anlässlich des Festaktes zu seinem 90. Geburtstag so formuliert: „Halten Sie Hinwendung zum Kranken, Bescheidenheit, Wahrheit, Fortbildung, absolut zuverlässige Gewissenhaftigkeit, selbstkritisches Denken und das ausführliche persönliche Gespräch mit dem Patienten hoch. Meiden Sie das Mittelmaß und durchbrechen Sie den um sich greifenden Durchschnitt, der so vieles verkümmern lässt und werden sie durch Arbeit, Fleiß und Leistung zur Elite. Dann brauchen wir uns um die Zukunft der Medizin in unserer Heimat nicht zu sorgen.“

Und 95-jährig hat er es uns in einem Beitrag in den Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie über die Bedeutung der chirurgischen Schule in der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft gewissermaßen als Vermächtnis folgendermaßen mitgegeben: „Der Leitgedanke der Schule im Spannungsfeld zwischen operativer Medizin und persönlicher Zuwendung ist vor allem die Vermittlung von Werten vorzuleben und weiterzugeben. Es ist und bleibt eine der erhabensten Aufgaben der Ärzte, dafür zu sorgen, dass die Medizin ihr menschliches Antlitz auch in der Zukunft nicht verliert. Im Zentrum aller Überlegungen vor Durchführung einer Operation muss der Nutzen für den uns anvertrauten und uns vertrauenden Patienten stehen und für die Entscheidung darf

kein wie immer gearteter anderer Beweggrund gelten. Es ist eine beängstigende Realität, dass sich immer mehr medizinische Apparate und budgetäre Restriktionen zwischen Patient und Arzt drängen, ja manchmal die Sicht zum Patienten verwehren. Daher ist das ehrliche und vertrauensvolle Gespräch zwischen Patient und Arzt von so zentraler Bedeutung.“

Verehrte Trauergemeinde,

„Nur ein guter Mensch kann ein guter Arzt sein“

So steht es auf dem Denkmal für den Mediziner Hermann Nothnagel im Arkadenhof der Universität Wien.

Nur auf wenige trifft dies so zu wie auf Wolfgang Köle, der nicht nur in seiner aktiven

Zeit als einfühlsamer und dem Kranken zugewandter Chirurg seinen Patienten, seinen Studenten und Schülern, seinen Kollegen und Freunden in steter Erinnerung bleiben wird.

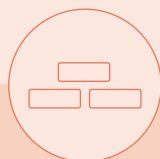
Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie und mit ihr die Gemeinschaft aller Chirurgen trauern um einen ihrer Großen, der unserem Fach in seiner ganzen Breite wichtige Impulse gegeben und national wie international viel zu deren Ansehen beigetragen hat. Von seinen Kollegen und Freunden geschätzt ob seiner Zuverlässigkeit und Herzenswärme wird er uns immer in dankbarer Erinnerung bleiben. Wir haben einen guten Freund verloren und verneigen uns in Anteilnahme vor seiner Familie.

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Dr. med. Claus Wiedmann, Schwaig	*11.06.1937 †Feb. 2017
Dr. med. Rainer Ahrens, Moosburg	*06.05.1942 †11.03.2017
Dr. med. Heinz-Adolf Treu, Hamburg	*13.12.1929 †15.03.2017
Dr. med. Manfred Zerna, Weißwasser	*27.02.1936 †09.04.2017
Prof. Dr. med. Peter Michael Langhans, Münster	*22.01.1943 †20.04.2017
Dr. med. Anwar Tarabichi, Gilching	*30.06.1965 †25.08.2017
Dr. med. Hans Georg Laubner, Herrischried	*24.11.1931 †05.10.2017
Dr. med. Martin Ankermann, Neustadt	*10.09.1935 †25.11.2017
Dr. med. Thomas M. Fritzen, Kranenburg	*15.10.1947 †27.11.2017
Prof. Dr. med. Wolfgang Meyer-Marcotty, Niederwöhren	*24.01.1939 †11.12.2017
Dr. med. Hartwig Richard Nürnberger, Dortmund	*15.06.1953 †25.12.2017
Dr. med. Reinhard Giessler, Engelskirchen	*31.03.1928 †03.01.2018
Harald Winkler, Ingolstadt	*14.08.1945 †07.01.2018
Dr. med. Franz Wopfner, Rinteln	*25.03.1942 †09.01.2018
Prof. Dr. med. Dietmar Zeidler, Bergisch Gladbach	*29.04.1939 †30.01.2018
Dr. med. Dieter Höfer, Köln	*24.12.1940 †15.02.2018
Dr. med. Klaus-Peter Adler, Langendorf	*19.08.1933 †18.02.2018
Dr. med. Siegfried Glück, Füssen	*03.07.1939 †19.02.2018
Prof. Dr. med. Klaus Laubach, Dossenheim	*13.12.1934 †23.02.2018
Dr. med. Gudrun Mehnert, Witten	*16.04.1953 †06.03.2018
Dr. med. Dimitrij Pick, Erkrath	*05.03.1929 †03.04.2018
Dr. med. Alfred Eckart, Berlin	*05.06.1923 †05.04.2018
Prof. Dr. med. Heikki Toomes, Baden-Baden	*15.06.1941 †07.04.2018
Dr. med. Dietmar Pastrnek, Delitzsch	*06.03.1942 †14.04.2018
Prof. Dr. med. Wolfgang Köle, Graz/Österreich, Ehrenmitglied	*18.11.1919 †16.04.2018
Dr. med. Friedrich Kruse, Hattingen	*23.11.1953 †25.04.2018
Dr. med. Joachim Roger, Ingolstadt	*11.06.1942 †26.04.2018
Prof. Dr. med. Sharif Nadjafi, Riehen/Schweiz	*24.10.1933 †06.05.2018
Dr. med. Horst Dobberstein, Oldenburg	*21.07.1927 †09.05.2018
Prof. Dr. med. Heiner Welter, Krailing	*03.02.1948 †10.05.2018
Prof. Dr. med. Julius Kraft-Kinz, Graz/Österreich, Ehrenmitglied	*13.12.1925 †31.05.2018
Prof. Dr. med. Gangaly Diallo, Bamako/Mali	*11.10.1953 †31.05.2018

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 Eingangsflur angebracht, würdigen wir die Spender. Sie werden auch in der Mitgliederzeitschrift *PASSION CHIRURGIE* bekannt gegeben.

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

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



Prof. Dr. med. 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,
Indiana, USA
in memoriam Prof. Dr. med. Wilhelm
Müller, Rostock und 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
 Herr Dr. med. Bernhard Arlt, Herne
 Herr Prof. Dr. Axel Laczkovics, Bochum
 in memoriam Prof. Waldemar Kozuschek, Bochum
 Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau, Bochum
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans Hellmuth Hirsch
 Herr Prof. Dr. med. Otto-Andreas Festge, Greifswald, Herr Dr. med. Reinhold Festge, Oelde, Frau Dr. med. Brigitte Festge, Greifswald
 in memoriam Dr. med. Otto Festge
 Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
 Herr Prof. Dr. med. Axel Laczkovics, Bochum
 in memoriam Prof. Dr. med. Waldemar Kozuschek, Bochum
 Herr Prof. Dr. med. Horst Hamelmann, Kiel
 Herr Prof. Dr. med. Paul Hahnloser, Zürich
 in memoriam Prof. Dr. med. Åke Senning
 Herr Dr. med. Christoph Schüürmann, Bad Homburg

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. Izbicke, Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Hans Zwipp, Dresden
 Herr Dr. med. Dusan Dragojevic, Isernhagen
 Herr Prof. Dr. med. G. Heinz Engelhardt, Wuppertal
 Proktologische Praxis Kiel,
 Herr Dr. med. Johannes Jongen,
 Herr Dr. med. Hans-Günter Peleikis,
 Herr Dr. med. Volker Kahlke
 Herr Dr. med. Wolfgang Hermes, Bremen
 Herr Dr. med. Wolf-Dieter Hirsch, Grimma

Herr Dr. med. Holger Herzing, Höchststadt/
Aisch

Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke,
Plettenberg

Herr Dr. med. Winfried Hölter, Monheim

Herr Dr. med. Matthias Becker, Possendorf

Frau Dr. med. Martina Mittag-Bonsch,
Crailsheim

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

Herr Prof. Dr. med. Stefan Riedl, Göppingen

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

Herr Dr. med. Georgios Adamidis, Pirmasens

Herr Dr. med. Orhan Özdemir, Herborn

Herr Dr. med. Marcus Giebelhausen,
Paderborn

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

Herr Dr. med. Michael Eckert, Speyer
in memoriam

Prof. Dr. med. Kurt Spohn

Herr Prof. Dr. med. Rudolf Bedacht,
München

Herr Dr. med. Hans-Joachim Wigro,
Bielefeld

Herr Dr. med. Ingolf Hoellen, Backnang

Herr Dr. med. Konrad Prenner, Salzburg

Herr Dr. med. Radovan Stojanovic, Kassel

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

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

Frau Dr. med. Ricarda E. Sieben,
Braunschweig

Herr Dr. med. Peter Gilsdorf, Mainz

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

Herr Dipl.-Ing. H. - F. Bär, Werl

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

Frau Dr. med. Waltraud von Kothén,
Tegernsee

Herr Dr. med. Jürgen Friedrich, Essen

Herr Dr. med. Arnd Siegel, Stade
in memoriam Prof. Dr. med. Rudolf Nissen

Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke,
Plettenberg

in memoriam Prof. Dr. med. E.H.
Farthmann

Saarländische Chirurgenvereinigung e.V.,
Saarbrücken

DGCH-PRÄSIDIUM

ab 1. Juli 2018



KORRESPONDENZADRESSE

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

REDAKTION MITTEILUNGEN DER DGCH

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

VORSTAND

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

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	J. C. Kalff, Bonn
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie/Vertreter Allgemeine Chirurgie	K. Ridwelski, Magdeburg
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin	M. Steinbauer, Regensburg
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	P. Schmittenbecher, Karlsruhe
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	H. P. Howaldt, Gießen
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	V. Tronnier, Lübeck
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	B. Kladny, Herzogenaurach
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen	R. Guinta, München
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	W. Harringer, Braunschweig
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	E. Stoelben, Köln
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	D. Pennig, Köln
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

P. Vogt, Hannover	2015
G. Schackert, Dresden	2016
T. Pohlemann, Hamburg	2017

SPRECHER DER SENATOREN

N. P. Haas, Berlin
J. Jähne, Hannover

SENATOREN

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



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

BUNDESKONGRESS
CHIRURGIE

2018

20 Jahre „Gemeinsam stark“

**Julia Weilbach**

Presse- & Öffentlichkeitsarbeit
im BDC
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
weilbach@bdc.de

Patientensicherheit, Hygiene, Qualitätsindikatoren und Fehlermanagement standen beim 20. Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg im Vordergrund der Diskussionen und Fortbildungen. „Die Ansätze aus dem Koalitionsvertrag zur sektorenübergreifenden Versorgung müssen jetzt im Sinne der Patientensicherheit in die Tat umgesetzt werden“, forderte BDC-Präsident Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer bei der Eröffnung in Nürnberg. „Chirurginnen und Chirurgen in Deutschland brauchen genau wie alle anderen Fachärzte vernünftige Rahmenbedingungen, vor allem bei der Honorierung, um die Sektorengrenzen zu überwinden und die Qualität der Versorgung weiter zu verbessern.“



Laut aktuellem Koalitionsvertrag wird eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe für die Weiterentwicklung zur sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Gesundheitssystems eingerichtet. „Es muss endlich allen Beteiligten klar werden, dass wir Chirurgie auf hohem Niveau nur durch starke intersektorale Zusammenarbeit gewährleisten können“, erklärt Dr. med. Peter Kalbe, Referatsleiter der niedergelassenen Chirurgen des BDC. Flächendeckende Modelle sektorenübergreifender Versorgung seien dringend notwendig, um den aktuellen Herausforderungen des Gesundheitswesens zu begegnen

und Patienten ohne Informationsverluste zu behandeln. „Durch Barrieren in der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Chirurgen können immer noch vermeidbare Fehler passieren. Es ist Aufgabe der Politik, diese Barrieren zu reduzieren“, so Kalbe.

UMFANGREICHES FORTBILDUNGSANGEBOT

Der Bundeskongress bot natürlich nicht nur Raum, um sich über aktuelle Geschehnisse auf dem gesundheitspolitischen Parkett auszutauschen und zu informieren, sondern es wurde wie jedes Jahre ein breites Fortbildungsangebot zusammengestellt.

Die unfallchirurgisch-orthopädischen Schwerpunkte wurden in diesem Jahr auf Verletzungen des Beckens sowie der Wirbelsäule gelegt. Unter dem Motto „Ran an den Rücken“ wurden wir auch konventionelle Behandlungsmöglichkeiten des akuten und chronischen Rückenschmerzes diskutieren. In der Sitzung Arzt und Recht informierte BDC-Justitiar Dr. Heberer über medizinrechtlichen Neuerungen und natürlich über Antikorruptionsrecht. Das Thema Hernien und einige Bereiche der Kinderchirurgie waren ebenfalls große Themen beim Bundeskongress.

JOURNALISTENPREIS 2018 FÜR DAS BESONDERE PORTRAIT EINES HERZCHIRURGEN

Der BDC hat auch in diesem Jahr im Rahmen des Bundeskongress Chirurgie den Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen vergeben. Unter mehr als 35 Bewerbern wurde der eindrucksvolle Beitrag aus dem ZEITmagazin MANN mit dem Journalistenpreis der

Weilbach J. 20 Jahre Bundeskongress Chirurgie –
20 Jahre „Gemeinsam stark“. Passion Chirurgie.
2018 Mai, 8(05): Artikel 04_01.



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

Mit dem Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen zeichnet der BDC jährlich journalistische Arbeiten aus, in denen chirurgische Themen aus Ärzte- und/oder Patientensicht differenziert und faktenbasierend dargestellt werden. Der BDC fördert mit dem Preis die anspruchsvolle Aufbereitung chirurgischer und gesundheitspolitischer Themen.



Deutschen Chirurgen gewürdigt. Der Preis ist mit 1.500 Euro dotiert. „Ein Glück“ heißt der Artikel von Nataly Bleuel, der einen bekannten Herzchirurgen portraitiert. Am 14. März 2017 ist der Beitrag „Ein Glück“ im ZEITmagazin MANN erschienen. Nataly Bleuel erzählt die sehr persönliche Geschichte des Chirurgen Ingo Kazmarek, der beschließt, von vorn anzufangen. „Ein Neuanfang, der nicht nur die Geschichte eines erfolgreichen Herzchirurgen und von der Faszination des Berufes erzählt, sondern auch von den Schattenseiten“, so Meyer. „Denn diese Geschichten decken auch unsere Systemfehler auf, denen wir als Berufsverband für Chirurgeninnen und Chirurgen weiter entgegnet werden.“

In der Rubrik Panorama können Sie im Artikel „Die Geschichte hinter der Geschichte“ von Nataly Bleuel nachlesen, was sie zu diesem Portrait bewegt hat, aber auch welche Hürden sie dabei überwinden musste.

BAYERISCHER RUNDFUNK BEIM BUNDESKONGRESS

Der Bayerische Rundfunk hat dem Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg einen Besuch abgestattet. Dr. med. Peter Kalbe, Referatsleiter der niedergelassenen Chirurgen im BDC, stand Rede und Antwort zum Kongress und zum Thema Hygiene in chirurgischen Praxen. Den kompletten Beitrag finden Sie **HIER** in der Mediathek. ○



SAVE THE DATE

Der nächste Bundeskongress Chirurgie wird vom 22. Bis 23. Februar 2019 stattfinden. Alle Informationen zum Programm und zur Anmeldung finden Sie rechtzeitig hier: www.bundeskongress-chirurgie.de. Wir freuen uns auf Ihren Besuch!



Patientensicherheit durch bessere intersektorale Zusammenarbeit

PRESSEMITTEILUNG ZUM BUNDESKONGRESS CHIRURGIE 2018 IN NÜRNBERG

Berlin/Nürnberg, 26. Februar 2018: Patientensicherheit, Hygiene, Qualitätsindikatoren und Fehlermanagement standen beim 20. Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg im Vordergrund der Diskussionen und Fortbildungen. „Die Ansätze aus dem Koalitionsvertrag zur sektorenübergreifenden Versorgung müssen jetzt im Sinne der Patientensicherheit in die Tat umgesetzt werden“, fordert Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC). „Chirurginnen und Chirurgen in Deutschland brauchen genau wie alle anderen Fachärzte vernünftige Rahmenbedingungen, v.a. bei der Honorierung, um die Sektorengrenzen zu überwinden und die Qualität der Versorgung weiter zu verbessern.“

Laut aktuellem Koalitionsvertrag wird eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe für die Weiterentwicklung zur sektorenübergreifenden

Versorgung des stationären und ambulanten Gesundheitssystems eingerichtet. „Es muss endlich allen Beteiligten klar werden, dass wir Chirurgie auf hohem Niveau nur durch starke intersektorale Zusammenarbeit gewährleisten können“, erklärt Dr. med. Peter Kalbe, Referatsleiter der niedergelassenen Chirurgen des BDC. Flächendeckende Modelle sektorenübergreifender Versorgung seien dringend notwendig, um den aktuellen Herausforderungen des Gesundheitswesens zu begegnen und Patienten ohne Informationsverluste zu behandeln. „Durch Barrieren in der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Chirurgen können immer noch vermeidbare Fehler passieren. Es ist Aufgabe der Politik, diese Barrieren zu reduzieren“, so Kalbe.

„In diesem Zusammenhang ist die im Koalitionsvertrag geplante Reform der Bedarfsplanung von besonderer Bedeutung“, erklärt Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg, Vizepräsident des BDC. „Eine wohnortnahe Versorgung der Patienten braucht angesichts veränderter Strukturen zwingend eine flexible Gestaltung ohne starre und realitätsferne Vorgaben.“ ○



WEITERE PRESSEMITTEILUNGEN ZUM BUNDESKONGRESS

JOURNALISTENPREIS DER DEUTSCHEN CHIRURGEN FÜR EIN BESONDERES PORTRAIT

BDC-Pressemitteilung vom 23.02.2018

PATIENTENSICHERHEIT: FEHLER IM OP ERKENNEN UND VERMEIDEN

BDC-Pressemitteilung vom 12.02.2018

www.bdc.de/presse/



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

Alle Pressemitteilungen und den
Pressespiegel finden Sie auf BDC|Online im
Bereich Presse.

CHIRURGENKONGRESS 2018

PROTOKOLL DER BDC-MITGLIEDERVERSAMMLUNG

Protokoll DER BDC- MITGLIEDER- VERSAMMLUNG 2018

Freitag, den 20. April 2018, 13:00 bis
14:00 Uhr, CityCube Berlin, M1,
Messe Berlin, im Rahmen des 135.
Chirurgenkongresses

TOP 1: BERICHT DES PRÄSIDENTEN

Der Präsident Herr Professor Meyer begrüßt die anwesenden Mitglieder. Der Präsident stellt die Entwicklung der Mitgliederzahlen und deren Zusammensetzung dar. Die aktuellen Mitgliederzahlen seien positiv und wie bereits in den letzten Jahren auf einem stabilen Niveau. Dies zeige sich in der aktuellen Mitgliederzahl von 17.566 (Stand 31.12.2017). Die mittlerweile gestiegene Zahl der Chirurgen im BDC liege aktuell bei 22 Prozent. Die Allgemein- und Viszeralchirurgie würde bei der Verteilung den Hauptanteil einnehmen, berichtet der Präsident. Aber auch der Fachbereich Orthopädie/Unfallchirurgie sei stark vertreten unter den Mitgliedern.

Der Präsident geht in seinem Rechenschaftsbericht auf die Reorganisation der Leitungsstrukturen des BDC (Vorstand und Präsidium) und der damit verbundenen Satzungsänderung ein, die zum 01. April 2018 umgesetzt worden ist. Demnach werde ab 2018 nur noch eine Präsidiumssitzung in Berlin stattfinden. Der Präsident berichtet von einem Treffen der verschiedenen Themenreferate im März in Berlin, das ebenfalls Bestandteil der Neuorganisation sei. Unter Koordination von Herrn Professor Betzler sei der Status Quo zu den Aktivitäten der Referatsleiter bei dem Treffen besprochen worden.

Anschließend geht der Präsident auf die neue Ausrichtung der Akademie ein und

dankt Herrn Professor Schröder und Herrn Dr. Dittmar für die Umsetzung. Weiter geht er auf die neue Webinar-Plattform des BDC ein und berichtet, dass diese gut angenommen würde. Im Zusammenhang mit der BDC|Akademie erwähnt der Präsident die Darstellung der Akademien auf der DGCH-Webseite und führt aus, wie wichtig die Zusammenarbeit mit anderen Fachgesellschaften sei.

Der Präsident geht außerdem auf das Projekt „Einheit der Chirurgie“ ein und berichtet, dass dieses besonders bei der Zusammenarbeit in Bezug auf die Gemeinsame Weiterbildungskommission wichtig und zielführend sei – auch wenn die entsprechenden Empfehlungen nicht angenommen worden seien. Außerdem würde im Rahmen des Projekts auch die Zusammenarbeit bezüglich der GOÄ-Novelle fortgeführt. Die weitere gemeinsame Pressearbeit, die Mitgliederzeitschrift und ein gemeinsamer Newsletter ab dem zweiten Quartal für DGCH- und BDC-Mitglieder seien ebenfalls Teil der „Einheit der Chirurgie“.

Die Nachwuchsförderung mit der Kampagne „Nur Mut! Kein Durchschnittsjob: Chirurgen“ und der Nachwuchs-Kongress „Staatsexamen & Karriere“ würden weiterhin sehr

gut angenommen. Der Präsident bedankt sich dafür bei den Organisatoren. In diesem Zusammenhang erwähnt der Präsident auch die neuen Versicherungsangebote für Berufseinsteiger, die seit 2017 vom BDC angeboten werden. Der Präsident stellt fest, dass es im BDC insgesamt eine gute Vernetzung und Information der Mitglieder über unterschiedliche Kanäle, vor allem über die neue Webseite, gebe. Dafür dankt er dem Geschäftsführer Herrn Dr. Dittmar.

Der Rechenschaftsbericht des BDC-Präsidenten Herrn Professor Meyer wurde ohne Zusatzfragen und Kommentare angenommen. Im Anschluss an den Bericht wurde der verstorbenen Mitglieder gedacht.

TOP 2: BERICHT DES SCHATZMEISTERS

Nach dem Bericht des Präsidenten stellt der Schatzmeister Herr Dr. Mayer die wirtschaftliche Situation des BDC dar. Herr Mayer fasst zusammen, dass es dem BDC wirtschaftlich gut gehe und dass das Jahr 2017 erfolgreich abgeschlossen sei. Der Schatzmeister dankt dem Geschäftsführer Herrn Dr. Dittmar sowie Frau Kiewert für die gute Zusammenarbeit und Unterstützung. Die Mitgliederentwicklung und somit auch die Einnahmen des BDC aus Beiträgen seien weiterhin stabil und belaufen sich auf knapp 1,8 Millionen Euro in 2017. Einnahmen und Ausgaben bei der Rechtsschutzversicherung hielten sich im erwarteten Rahmen. Die Kosten im Bereich

CHIRURGENKONGRESS 2018

PROTOKOLL DER BDC-MITGLIEDERVERSAMMLUNG

des Präsidiums seien laut Dr. Mayer im letzten Jahr gesunken. Dies spreche für den verantwortungsvollen Umgang des Vorstands mit den zur Verfügung stehenden Mitteln. Die Beraterkosten in Form des erweiterten Vorstands seien in der Summe gestiegen. Die Kosten der Geschäftsstelle seien stabil.

Die BDC|Akademie kann durch die Umstrukturierung und die Konzentration auf das Wesentliche – der Schatzmeister dankt Herrn Professor Schröder dafür – einen Kostenrückgang aufweisen und weist ein stabiles Ergebnis vor. Der Schatzmeister fasst zusammen, dass die Akademie als Schwerpunkt des BDC gegenüber den Vorjahren die satzungsgemäße Unterdeckung bei 16 Prozent halten konnte. Die Rechtsschutzberatung, die laut Dr. Mayer großen Mitgliederzuspruch finde, ist in der Bilanz ebenfalls konstant, wofür er dem BDC-Justitiar, Herrn Dr. Heberer, dankt.

Im Fazit stellt der Schatzmeister, trotz Umsatzsteuerprüfung bzw. -nachzahlung, ein positives, sehr stabiles Betriebsergebnis fest – mit einem Überschuss von 56.000 Euro. Im Ergebnis des Wirtschaftsprüfers würde dem BDC ein höchst seriöses Vorgehen mit den Mitgliedsbeiträgen bestätigt, berichtet der Schatzmeister.

TOP 3: ENTLASTUNG DES VORSTANDS

Auf Antrag eines Mitglieds aus der Versammlung erfolgt die Entlastung des

Vorstands, die ohne Gegenstimme bei Enthaltung der Vorstandsmitglieder angenommen wurde.

TOP 4: BESTELLUNG EINES WAHLLEITERS

Der Vizepräsident Herr Dr. Rüggeberg erläutert kurz den Wahlmodus nach der neuen Satzung und schlägt Herrn Prof. Dr. Ridwelski als Wahlleiter vor. Herr Ridwelski wird in diese Funktion einstimmig gewählt.

TOP 5: WAHLEN

Die Mandatsträger werden einzeln zur Wahl gestellt. Alle Wahlvorschläge werden ohne Gegenstimmen mit einzelnen Enthaltungen angenommen. Das Ergebnis der Wahl wird in anliegender Auflistung dokumentiert und gilt ab 01. Juli 2018:

TOP 6: BERICHT DES JUSTITIARS

Der Justitiar Herr Dr. Heberer gibt seinen Bericht ab, der sich gegenüber den Vorjahren wenig unterscheidet. Täglich werden vom Justitiar ca. neun Anfragen unterschiedlichen Zeitaufwands beantwortet. Inhaltlich würden folgende Themen bei der Rechtsberatung angesprochen: 30 Prozent betreffen das Arbeitsrecht, 25 Prozent machen Anfragen aus dem niedergelassenen Bereich der Mitglieder aus (KV, Berufsrecht, Vertragsprüfungen, Zulassung etc.), weitere 20 Prozent betreffen das Strafrecht und die restlichen 25

Prozent werden durch allgemeine Fragen beispielsweise zur Abrechnung, zu Bewertungsportalen oder zum Datenschutz abgedeckt.

Der Präsident dankt Herrn Dr. Heberer für seinen Bericht.

TOP 8: VERSCHIEDENES

Auf Antrag des Vizepräsidenten Dr. Rüggeberg wird gemäß Satzung von der Mitgliederversammlung eine Beitragsänderung wie folgt beschlossen:

„Der Beitrag für Mitglieder ohne Einkommen aus beruflicher Tätigkeit, die das 75. Lebensjahr vollendet haben und mindestens 25 Jahre Mitglied des Berufsverbandes sind, wird auf 0,- Euro festgesetzt. Die Einstufung in diese Beitragsgruppe erfolgt nur auf schriftlichen Antrag des jeweiligen Mitgliedes.“

Der Antrag wird bei einzelnen Enthaltungen angenommen.

Der Präsident beendet die Mitgliederversammlung und wünscht allen noch einen erfolgreichen Kongressverlauf.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Präsident/Versammlungsleiter

CHIRURGENKONGRESS 2018

PROTOKOLL DER BDC-MITGLIEDERVERSAMMLUNG

	Funktion	Person I	Person II	Zuständigkeit
Vorstand	Präsident	Meyer, H.-J., Berlin	-	Weiterbildungskommission
	Vizepräsidentin	Seifert, J., Berlin	-	Hygiene
	Vizepräsident	Rüggeberg, J.-A., Berlin	-	Passion Chirurgie, Presse
Erw. Vorstand	Schatzmeister	Mayer, H., Augsburg	-	Finanzen
	Akademieleiter/Stellv. Akademieleiter	Schröder, W., Köln	-	Akademie
	Referat NL	Kalbe, P., Rinteln	-	Niedergelassene Chirurgen
	Beisitzer	Betzler, M., Essen	-	Koordination der Referate
	Beisitzer	Krones, C., Aachen	-	Referat Leitende Chirurgen
Fach-Referate	Allgemein- und Viszeralchirurgie	Lorenz, D., Mannheim	-	
	Unfallchirurgie	Schäfer, W., Gummersbach	-	
	Orthopädie/Unfallchirurgie	Leunert, H., Teltow	-	
	Herzchirurgie	Harringer, W., Braunschweig	-	
	Gefäßchirurgie	Steinbauer, M., Regensburg	-	
	Kinderchirurgie	Fitze, G., Dresden	-	
	Thoraxchirurgie	Leschber, G. Berlin/Kugler, C., Großhansdorf	-	
	Plast. Chirurgie	Lehnhardt, M., Bochum	-	
	MKG-Chirurgie	Gehrke, G., Hannover	-	
	Neurochirurgie	Baum, H., Neumünster	-	
Themen-Referate	Chirurgie, Ökonomie u. Zukunftsfragen	Krüger, M., Querfurt	Tonus, C., Hamburg	
	Familie und Beruf	Schlosser, K., Gießen	Fritze-Büttner, F., Berlin	
	Presse und Öffentlichkeitsarbeit	Rüggeberg, J.-A., Berlin	Meyer, H.-J., Berlin	
	Akademie	Schröder, W., Köln	Rueger, J. M., Hamburg	
	Leitende Krankenhauschirurgen	Krones, C., Aachen	Hennes, N., Duisburg	
	Niedergelassene	Kalbe, P. Rinteln	Schmitz, R.W., Kiel/ Farghal, D., Schweinfurt	
	Oberärzte	Vallböhrer, D., Duisburg	Fuchs, H, Köln	
	Nachwuchsförderung	Kirschniak, A., Tübingen	Braun, B., Homburg	
	Med. Dokumentation, Klinik- und Leistungsmanagement	Auhuber, T., Berlin	-	
	Vertreter DGCH	Fuchs, J., Tübingen	-	

Schlank und professionell: Die neue Satzung des BDC



Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg
Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen (BDC) e.V.

Am 22. März 2017 hat die Mitgliederversammlung des BDC eine neue Satzung verabschiedet, die nach den erforderlichen Überprüfungen durch das Amtsgericht Charlottenburg beginnend mit der diesjährigen Wahlperiode unsere Arbeiten bestimmen wird. Grundlage der neuen Struktur ist der Wunsch nach mehr Effektivität und Professionalität.

Zur Verschlinkung und auch zur Reduktion kostenträchtiger Sitzungen ist die bisherige Doppelstruktur mit geschäftsführendem und erweitertem Präsidium zu einem einzigen Präsidium zusammengelegt worden. Dieses wird einmal im Jahr tagen und die Grundsätze der Verbandsarbeit festlegen. Die Landesverbände erhalten eine hervorgehobene Stellung und werden unabhängig vom Präsidium ebenfalls einmal im Jahr zusammengerufen.

Zur Stärkung der Handlungsfähigkeit unseres Verbandes wird neben dem dreiköpfigen Vorstand, bestehend aus Präsident und zwei Vizepräsidenten ein erweiterter Vorstand mit fünf weiteren Mandatsträgern gebildet. Alle Vorstandsmitglieder sollen gleichzeitig als eine Art Ministerium ein Referat verantwortlich

betreuen und damit die vielfältige Sacharbeit in der täglichen Arbeit bündeln. Der Vorstand tagt in kurzen Abständen und kann durch die neue Struktur schneller und effektiver aktuelle Entscheidungen des Tagesgeschehens treffen. Auch wenn es formal beim so genannten Ehrenamt bleibt, so bietet diese neue Struktur dennoch ein Höchstmaß an Professionalität.

Eine wichtige Änderung in der neuen Satzung betrifft die Legitimation aller Mandatsträger. Anders als in der Vergangenheit wird jetzt die Mitgliederversammlung als oberstes demokratisches Organ alle Präsidiumsmitglieder zu wählen haben. Damit obliegt die Zusammensetzung unserer Gremien allein unseren eigenen Mitgliedern und wird nicht mehr von außen bestimmt.

Die Mitgliederversammlung 2018 wird erstmalig nach dieser neuen Satzung die Repräsentanten des Verbandes für die neue Amtsperiode von vier Jahren wählen.

Wir werden Sie unmittelbar nach der Wahl über deren Ergebnis in Kenntnis setzen.

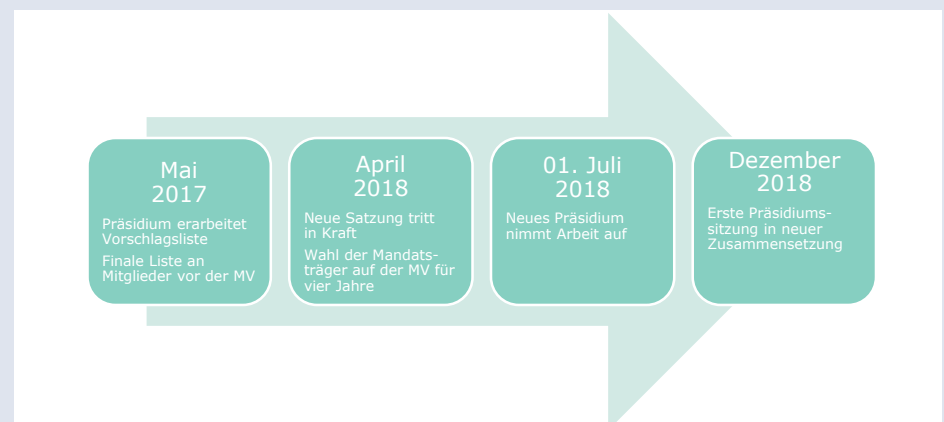


Rüggeberg JA: Schlank und professionell: Die neue Satzung des BDC. Passion Chirurgie. 2018 April; 8(04): Artikel 07_01.



Alles zum BDC finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de, Rubrik DER BDC).

Abb. 1: BDC|Mandatswahl – Zeitlicher Ablauf



Beim BDC sind Ihre Daten in guten Händen

PRAXISTIPP

Am 25.05.2018 traten die neue EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und das hiermit korrespondierende neue Bundesdatenschutzgesetz (BDSGneu) in Kraft. Die darin enthaltenen Regelungen gelten unmittelbar und sind somit ab diesem Zeitpunkt für Ärzte verbindlich, d. h. sowohl die DSGVO als auch das BDSGneu sind zu beachten.

Die für Arztpraxen einschlägigsten Neuerungen hat der **BDC-Justitiar Herr Dr. J. Heberer** für Sie in einem Artikel „**Das neue Datenschutzrecht**“ zusammengestellt. Sie finden ihn auf BDC|Online:

[www.https://bit.ly/2lU3j1o](https://bit.ly/2lU3j1o)

Der BDC ermöglicht seinen Mitgliedern im Rahmen von individuellen Einzelvertragsvereinbarung gemeinsam mit dem **BDC-Datenschutzbeauftragten Herrn Menge** (bei Bedarf Kontakt via BDC) die neue Datenschutzgrundverordnung in der eigenen Praxis zu organisieren und einzuhalten.

Liebe BDC-Mitglieder,

auch wir haben unsere Datenschutzrichtlinien überarbeitet und an die neue EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) angepasst, die am 25. Mai 2018 in Kraft getreten ist. Für die Verarbeitung (z. B. Speicherung, Nutzung) Ihrer im Rahmen der Beitrittserklärung vom BDC erhobenen personenbezogenen Daten zur Verfolgung der satzungsgemäßen Vereinsziele sowie zur Betreuung und Verwaltung der Mitglieder erfolgt dies aufgrund der Rechtsgrundlage nach Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO. Ferner ist der BDC berechtigt, diese Daten zu verarbeiten, wenn dies zur Wahrung der berechtigten Interessen des BDC oder der eines Dritten erforderlich ist, sofern nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten des Mitglieds, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. In diesen Fällen ist somit eine gesonderte Einwilligung Ihrerseits in die Datenverarbeitung nicht erforderlich.

Unter den Voraussetzungen des Art. 17 DSGVO besteht grundsätzlich ein Recht auf Löschung Ihrer Daten, sofern sie für die Zwecke, für die sie erhoben oder auf sonstige Weise verarbeitet wurden, nicht mehr notwendig sind. Sie Ihre Einwilligung widerrufen oder Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen, die personenbezogenen Daten unrechtmäßig verarbeitet wurden oder wenn die Löschung zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich ist.

Über unseren Mitgliederbereich myBDC auf BDC|Online können Sie Ihre Daten und Newsletter-Einstellungen jederzeit ändern. Wenn Sie Fragen haben, Ihre Daten ändern wollen oder eben die Newsletter-Einstellungen bearbeiten möchten, steht Ihnen neben der Online-Möglichkeit persönlich auch die BDC-Geschäftsstelle zur Verfügung, entweder per Telefon: 030/28004 – 100 oder per E-Mail mail@bdc.de.



Die Datenschutzerklärung finden Sie auf BDC|Online unter: <https://www.bdc.de/datenschutz/>.

BDC | Landesverbände

BDC | Westfalen-Lippe

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Waldemar Uhl, MHSA

Stellv. Vorsitzender und Regionalvertreter NL
Jerzy Wielowiejski

BDC | Bremen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Heiner Wenk

Regionalvertreter NL
Dr. med. Björn Ackermann

BDC | Hamburg

Vorsitzender
Dr. med. Christopher Wenck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Mansfeld

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Kemnitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gerd Fass

BDC | Schleswig-Holstein

Vorsitzender
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Michael Müller

Regionalvertreter NL
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Bertram Wittrin

BDC | Nordrhein

Vorsitzender
Dr. med. Jüßen Klein

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Werner Boxberg

stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Sven Gregor

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Jürgen Klein

BDC | Hessen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Dr. Ernst Hanisch

1. Stellvtr. Vorsitzender
Dr. med. Christoph Schüürmann

2. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Detlev Grapentin

3. Stellv. Vorsitzender
Frank Forst

Regionalvertreter NL
Winfried Sailer

BDC | Rheinland Pfalz

Vorsitzender/Regionalvertreter Pfalz
Dr. med. Jörg Fischböck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Stefan Studier-Fischer

Regionalvertreter Rheinland
Dr. med. Andreas Herzog

Regionalvertreter Rheinland
Dr. med. Lutz Riedel

Regionalvertreter Pfalz
Dr. med. Michael Wagner

BDC | Saarland

Vorsitzender
Dr. med. Peter Bongers

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Georgios Tosounidis

BDC | Baden-Württemberg

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Schäffer

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Jörg Richter

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christoph W. Jaschke



DER BDC IN DEN BUNDESLÄNDERN

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

www.bdc.de/bdc-landesverbände



Weitere Informationen finden Sie auf BDC|Online im Bereich DER BDC

BDC | Mecklenburg

Vorsitzender
PD Dr. med. Lutz Wilhelm

Regionalvertreter NL
Dr. med. Andreas Oling

Regionalvertreter NL
Dr. med. Thomas Nowotny

BDC | Berlin

1. Vorsitzender
Dr. med. Ralph Lorenz

2. Vorsitzende
Ira Klink

3. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Stoffels

Regionalvertreter NL
Dr. med. Frank-Joachim Peter

Stellv. Regionalvertreter NL
Rainer Kübke

BDC | Brandenburg

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

Stellv. Vorsitzender
PD Dr. med. Roland H. Wagner

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christian Federlein

BDC | Sachsen-Anhalt

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski

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

2. Vorsitzender
Dr. med. Matthias Krüger

Regionalvertreter NL
Dr. med. Dirk Arbter

BDC | Sachsen

Vorsitzender
Dr. med. Ehrhardt Weiß

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Jörg Hammer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Hammer

BDC | Thüringen

Vorsitzender
Dr. med. Uwe Bust

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Lutz Künanz

Regionalvertreter NL
Dr. med. Stephan Dittrich

BDC | Niedersachsen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Guido Schumacher

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Frank Siebert

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Ulf Culemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Frank Siebert

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Ramin Barmaki Pour

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Raymond Young

BDC | Bayern

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Matthias Anthuber

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Hubert Mayer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Axel Neumann

Stellv. Regionalvertreter NL
Dirk Farghal

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Rainer Woischke

Termine BDC | Akademie

CURRICULUM BASISCHIRURGIE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
06.09.18	08.09.18	Berlin	2018-21503	Praktisches Seminar – Allgemein-, Viszeral- & Gefäßchirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00	600,00
28.09.18	29.09.18	Leipzig	2018-21521	Seminar: Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Dr. med. Ehrhardt Weiß	100,00	200,00
28.09.18		Berlin	2018-21525	Workshop: Simulationstraining Notfallmanagement	Dr. med. Jan Baus	450,00	600,00
12.10.18	13.10.18	Tübingen	2018-21511	Workshop: Intensivmedizin	Dr. med. Hans Fischer	400,00	600,00
03.12.18	07.12.18	Berlin	2018-21664	Basischirurgie: Common Trunk	PD Dr. med. Stephan Gretschel, Dr. med. Christian Müller	400,00	600,00

FACHARTZTVORBEREITUNG

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
10.09.18	14.09.18	Leipzig	2018-22550	Facharztseminar Allgemeinchirurgie	Dr. med. Ehrhardt Weiß	300,00	500,00
18.09.18	21.09.18	Berlin	2018-23823	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Julia Seifert	300,00	500,00
22.10.18	25.10.18	Hamburg	2018-23672	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Prof. h.c. Dr. h.c. Jakob R. Izbicki	300,00	500,00
05.11.18	09.11.18	Dortmund	2018-22530	Facharztseminar Allgemeinchirurgie	Prof. Dr. med. Maximilian Schmeding, Dr. med. J. P. Stahl	300,00	500,00
11.02.19	15.02.19	Berlin	2019-23691	Gefäßchirurgie	Prof. Dr. med. Andreas Greiner	300,00	500,00
07.03.19	09.03.19	Berlin	2019-23920	Plastische Chirurgie	Prof. Dr. med. Heinz-H. Homann	300,00	500,00

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
19.10.18	20.10.18	Berlin	2018-24708	2018-24708 Abschlusscolloquium Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		
19.10.18	20.10.18	Berlin	2018-28136	Supervision Mastertrainer für die strukturierte Facharztweiterbildung	Prof. Dr. med. Marcus Siebolds	200,00	350,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
27.06.18	29.06.18	Berlin	2018-23671	Viszeralchirurgie Kompakt: Hepato-biliäre Chirurgie	Prof. Dr. med. Johann Pratschke; PD Dr. med. Moritz Schmelzle; PD Dr. med. Robert Öllinger	250,00	450,00
17.09.18	18.09.18	Norderstedt	2018-23618	Orthotrauma: Versorgungskonzepte und Zugangswege obere Extremität	Prof. Dr. med. Burkhard Wippermann	800,00	1.000,00
20.09.18	21.09.18	Berlin	2018-22401	CAMIC I: Grundlagen der minimalinvasiven Chirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
21.09.18	22.09.18	Aachen	2018-23860	Fußchirurgie I	Dr. med. Thorsten Randt	500,00	650,00
12.10.18		Berlin	2018-23687	Management von Anastomoseninsuffizienzen im oberen Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. med. Clemens Schafmayer	250,00	300,00
18.10.18	19.10.18	Berlin	2018-22403	CAMIC 2: Endoskopische Hernienchirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
18.10.18	19.10.18	Tuttlingen	2018-23683	Spezielle Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	300,00	500,00
09.11.18	10.11.18	Rostock	2018-23864	Fußchirurgie IV	Prof. Dr. med. Thomas Mittlmeier	500,00	650,00
08.11.18	09.11.18	München	2018-23676	Viszeralchirurgie Kompakt: Rektumchirurgie	Dr. Reinhard Ruppert	250,00	450,00
15.11.18	16.11.18	Berlin	2018-22405	CAMIC 3: Laparoskopische Nahttechniken	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
16.11.18	17.11.18	Berlin	2018-23616	Deformitätenkorrektur mittels Ringfixateur	Prof. Dr. med. Robert Rödl	400,00	600,00
14.11.18	16.11.18	Köln	2018-23684	Viszeralchirurgie Kompakt: Pankreaschirurgie	Prof. Dr. med. Christiane Bruns, Prof. Dr. med. Dirk Stippel, PD Dr. med. Felix Popp	250,00	450,00
22.11.18	23.11.18	Berlin	2018-22409	Masterclass Hernienchirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
22.11.18	24.11.18	Hamburg	2018-23613	Osteosyntheseverfahren an der unteren Extremität	Prof. Dr. med. Johannes M. Rueger	400,00	600,00
23.11.18		Frankfurt/Main	2018-23674	Viszeralchirurgie Kompakt: Adipositaschirurgie	Dr. med. Sylvia Weiner	250,00	450,00
26.11.18	27.11.18	Köln	2018-23635	Thoraxchirurgie Teil I Grundkurs		400,00	500,00
30.11.18	01.12.18	Dresden	2018-23631	Kindertraumatologie für D-Ärzte	Prof. Dr. med. Guido Fitze	300,00	450,00
06.12.18	07.12.18	Berlin	2018-22407	CAMIC 4	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00

Datum		Ort	Kurs-Nr.	Seminar-Titel	Wissenschaftlicher Leiter	Preis Mitglied	Preis Nicht-Mgl
21.09.18	22.09.18	Köln	2018-25820	Begutachtung von Berufskrankheiten	Dr. med. Ekkehard Hierholzer	300,00	500,00
12.10.18		Berlin	2018-24761	Medizinische Krisenkommunikation	Dr. jur. Jörg Heberer; Holger Münsinger	200,00	450,00
02.11.18	03.11.18	Berlin	2018-26534	Führungsseminar für Frauen, Modul 4, Gesprächsstrategie – Souverän Klartext reden	Dr. med. Gunda Leschber, Sabine Schicke, Prof. Dr. med. Katja Schlosser	450,00	650,00
22.11.18	24.11.18	Köln	2018-25810	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung	Prof. Dr. med. Bertil Boullion, Dr. med. Ekkehard Hierholzer	400,00	600,00
23.11.18	24.11.18	Berlin	2018-24600	Der Chirurg als leitender Arzt	Prof. Dr. med. Heinz-Jochen Gassel	400,00	600,00
26.11.18		Berlin	2018-24714	G-DRG Update 2019	Dr. med. Rolf Bartkowski	200,00	400,00
30.11.18	01.12.18	Berlin	2018-24705	Führen im Generationenmix	Prof. Dr. soz. Margit Geiger	400,00	600,00
08.12.18		Berlin	2018-26535	Führungsseminare: Modul 5 - Bewerbungstraining für Chirur-ginnen	Dr. med. Gunda Leschber; Elisa-beth Sandbrink	300,00	500,00

▶ Jetzt anmelden:
www.ecme-center.org/hba



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.

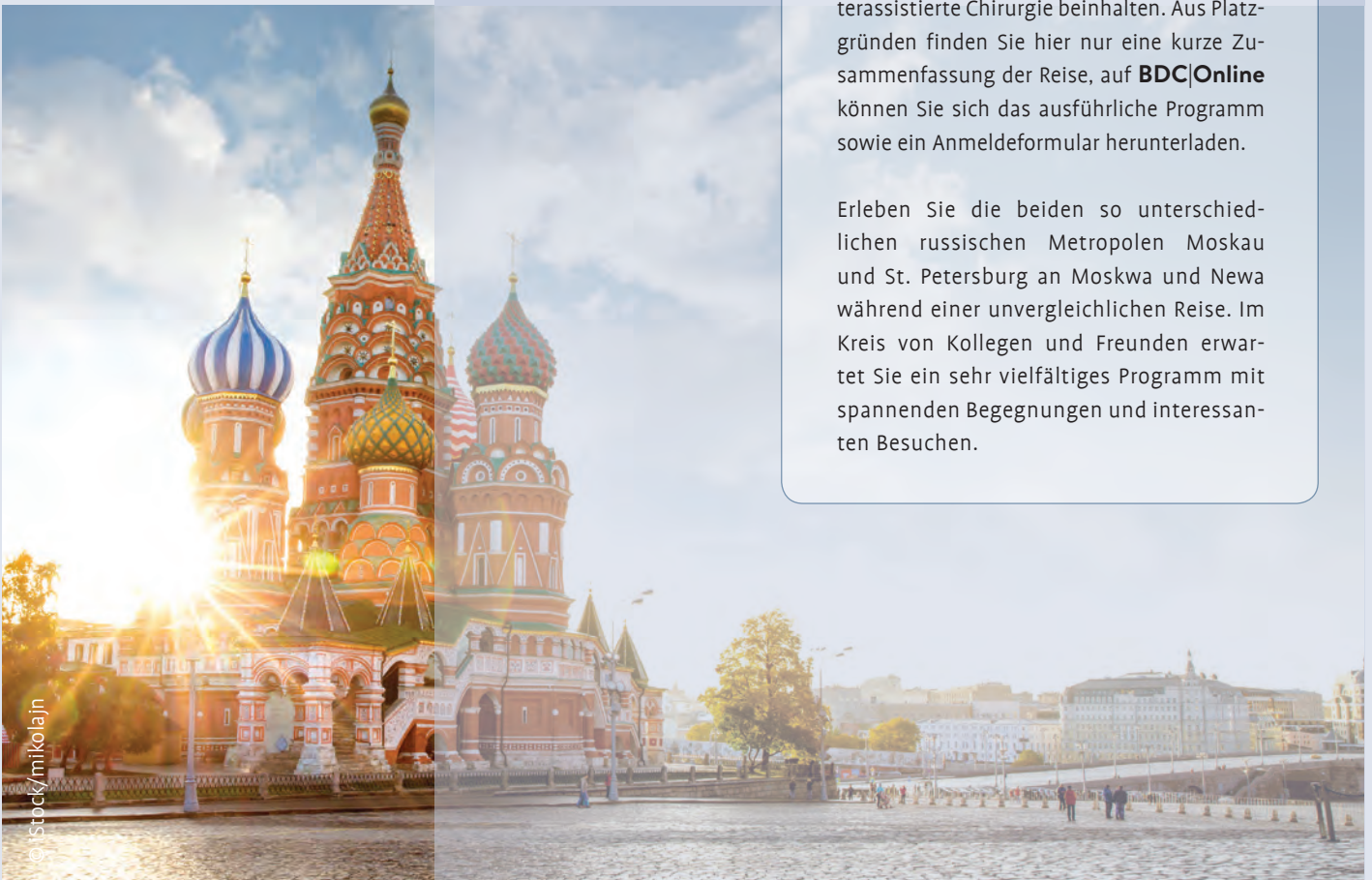


Fachexkursion nach Moskau und St. Petersburg – Roboterassistierte Chirurgie



Dank kompetenter Partner kann der BDC seinen Mitgliedern 2018 wieder eine Fachexkursion anbieten. In diesem Jahr geht die Reise nach Moskau und St. Petersburg und das Fachprogramm wird u. a. die Roboterassistierte Chirurgie beinhalten. Aus Platzgründen finden Sie hier nur eine kurze Zusammenfassung der Reise, auf **BDC|Online** können Sie sich das ausführliche Programm sowie ein Anmeldeformular herunterladen.

Erleben Sie die beiden so unterschiedlichen russischen Metropolen Moskau und St. Petersburg an Moskwa und Newa während einer unvergleichlichen Reise. Im Kreis von Kollegen und Freunden erwartet Sie ein sehr vielfältiges Programm mit spannenden Begegnungen und interessanten Besuchen.



© Stock/mikolajin

Reisedatum: 8.9.–15.9. 2018

Ihr Reisepreis ab € 1675,-

PROGRAMM*

- **Tag 1** - Anreise Moskau
- **Tag 2** - Moskau – Stadtrundfahrt - Roter Platz & Tretjakow-Galerie
- **Tag 3** - Moskau - Ausflug nach Sergiew Possad
- **Tag 4** - Moskau - Kreml und Fachprogramm
- **Tag 5** - St. Petersburg - Stadtrundfahrt
- **Tag 6** - St. Petersburg
- **Tag 7** - St. Petersburg – Eremitage
- **Tag 8** - St. Petersburg – Rückflug

*Änderungen vorbehalten

- Bahnfahrt von Moskau nach St. Petersburg mit dem Schnellzug Sapsan (Wanderfalke)
- Übernachtungen in 4-Sterne-Hotels
- Unterbringung in Zimmern mit Bad oder Dusche/ WC
- Frühstück im Hotel
- Ausflugsprogramm gemäß Ausschreibung inkl. 5 Mittag- und 1 Abschiedessen
- Fachprogramm gemäß Anschreiben
- Reiserücktrittskostenversicherung
- Reisepreissicherungsschein
- Reiseführer zur Reisevorbereitung

EINGESCHLOSSENE LEISTUNGEN

- Linienflüge nach Moskau und zurück von St. Petersburg
- Alle Flughafen- und Flugsicherheitsgebühren sowie aktuelle Kerosinzuschläge
- Flughafentransfer mit Gepäckbeförderung bei Ankunft und Abreise
- Deutsch sprechende Reiseleitung

NICHT EINGESCHLOSSENE LEISTUNGEN*

- RDB Reiseversicherungspaket (inkl. Reisegepäck-, Reiseunfall-, Notfall- und Auslandsreise-Krankenversicherung)
- Nicht erwähnte Mahlzeiten
- Trinkgelder und Ausgaben persönlicher Art
- Visumgebühren (siehe Anmeldeformular)

*Zusatzkosten siehe Reiseanmeldung

Reiseveranstalter

Reisedienst Bartsch GmbH

Neichener Heide 18
53604 Bad Honnef
Telefon: (02224) 98 98 98
Fax: (02224) 98 98 94
info@rdb-reisen.de
www.rdb-reisen.de

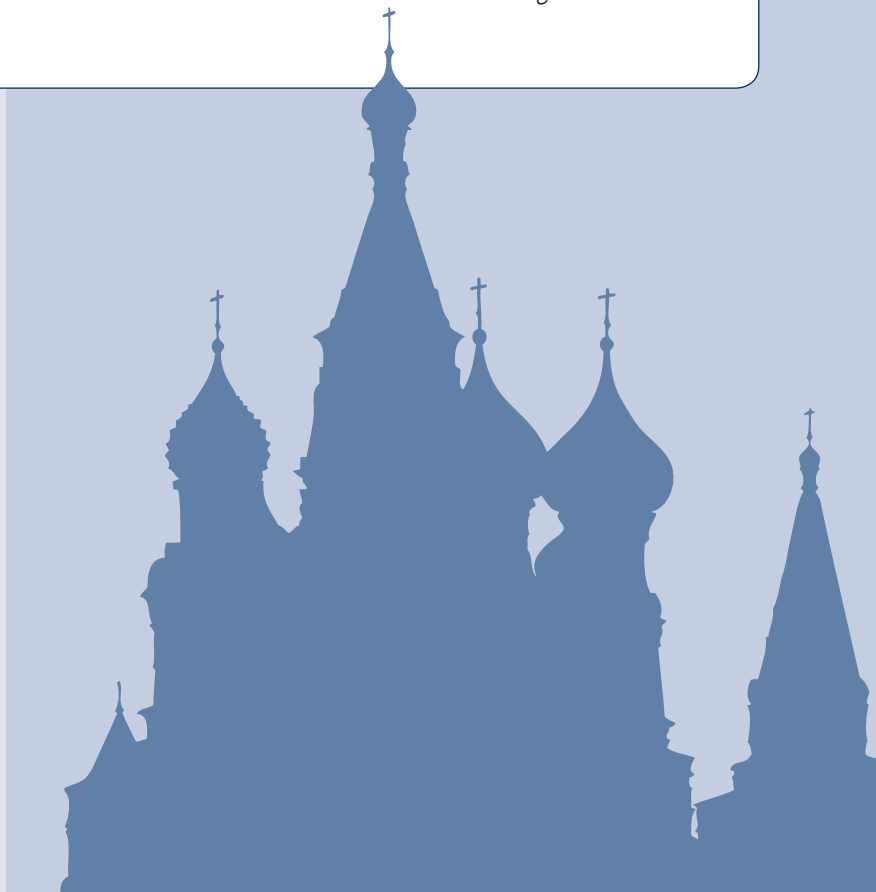
Ansprechpartner im BDC:

Maren Löprick
Sekretariat
Tel.: 030 / 28004 - 150
loeprick@bdc.de



Für diese Reise ist bei Reisebeginn ein Reisepass mit gültigem Visum erforderlich. Es gelten die Allgemeinen Reisebedingungen des Reiseveranstalters.

Ausführliche Informationen zur Reise und ein Anmeldeformular finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Leistungen | Fachexkursionen).



LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Juni 2018

%

30 %



GORE: BIS ZU 30 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

15 %



FALKE: 15 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

27 %



SAMSONITE: BIS ZU 27 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

15 %



COFFEE CIRCLE: 15 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

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

Der ambulante Traumjobfinder



App.in.den.OP®

Chirurgischer Stellenmarkt als kostenlose App für Smartphones und Tablets

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



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

Erhältlich im App Store



Kostenlos im App Store und auf Google Play erhältlich!

Jetzt installieren!

GET IT ON Google play



BUNDESKONGRESS
CHIRURGIE

Journalisten- preis



Journalistenpreis – Die Geschichte hinter der Geschichte

**Nataly Bleuel**

Freie Journalistin

Gewinnerin des Journalistenpreises der Deutschen Chirurgen 2018, verliehen vom BDC

Schreibt für Magazine und Zeitungen wie das „Zeit-Magazin“, „Geo“, „Stern“ oder „Chrismon“, Bücher und eine Online-Kolumne für das Magazin der „Süddeutschen Zeitung“
nataly.bleuel@icloud.com

Bleuel N: Journalistenpreis - Die Geschichte hinter der Geschichte. Passion Chirurgie. 2018 Mai, 8(05): Artikel 09.

Artikel „Ein Glück“ von N. Bleuel
<https://bit.ly/2IZm3pb>Mehr zum Journalistenpreis finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Pressemitteilungen).

Ingo Kaczmarek habe ich nicht zufällig gefunden. Etwa, als ich nach einer Wanderung zum Zervreila-See im Graubündner Vals noch eben tanken wollte und feststellen musste, dass sich hinter der Zapfsäule kein Sprit verbarg. Sondern, laut Schild, die Praxis von Dr. Ingo Kaczmarek: Praktischer Arzt und Facharzt für Herzchirurgie. Ich habe mich also nicht gefragt, was macht ein Herzchirurg in diesem abgelegenen Dorf am Ende der Straße? Obwohl gute Geschichten manchmal so entstehen. Diese aber hatte einen Vorlauf, denn einen wie Ingo Kaczmarek hatte ich lange gesucht: einen Arzt, der offen und ehrlich erzählt, wie es in seinem Beruf, seinem Haus, seinem System zugeht.

Im Grunde fing es damit an, dass meine Familie einen schweren Autounfall hatte, bei dem einer meiner Söhne beinahe ums Leben gekommen wäre: siebenfache Schädelfraktur. Zeitgleich recherchierte ich mit einer Bestatterin zu einem Buch über den Tod. Da ging es auch um die Organspende und darum, dass ich trotz Organspendeausweises keine Ahnung hatte, wie sie funktioniert. Aber sehr genau vor Augen, wie mein

Kind, beatmet und sediert, auf der Intensivstation liegt; knapp vor dem Moment, in dem ein Arzt kommt, um zu fragen, ob man sich schon mal Gedanken über die Organspende gemacht habe? Endgültig tun musste ich es nicht - mein Sohn wurde wieder ganz gesund.

Aber ich begann zu recherchieren, daraus entstand eine viel gepriesene Reportage für das ZEIT-Magazin, und weil das noch nicht genug war, die Recherche zu dem Buch „HERZENSSACHE – Organspende: Wenn der Tod Leben rettet“. Dafür wollte ich mit

Menschen sprechen, die in eine Transplantation involviert sind, von Angehörigen über Transplantationsbeauftragte und Herzchirurgen bis zu Empfängern. Eine Psychologin erzählte mir von diesem Arzt, „dem besten“, den sie kennen gelernt habe. Der aber nicht mehr als Transplanteur praktiziere. Auch weil er das System nicht mehr ertragen habe. Und Bergdokter geworden sei. Ja, den Kontakt würde sie gern vermitteln. Ich habe eine Schwäche für Systemfragen. Und für Aussteiger.

Ich mailte Ingo Kaczmarek. Er mailte sehr nett zurück. Aus gewichtigen Gründen, die er

nicht nennen könne, gebe er derzeit keine Interviews zur Organspende; nicht nur weil ihn eine meiner Kolleginnen sehr enttäuscht habe. Doch ich könne gern kommen, dieser Ort sei eine Reise wert und über das erfüllende Leben als Dorfarzt würde er berichten. Aber kein Wort zur Organspende.

Ich bin insofern Journalistin, also typisch Journalistin, dass da einiges zusammen kam, das mich jetzt erst recht, ich sag's mal im Jargon, gibbrig machte: eine Empfehlung durch eine kluge

Person; ein Fünkchen Ehrgeiz; aufbrausende Wissbegier und, auch aufgrund einer äußerst sympathischen Antwort (mit Foto einer blühenden Bergwiese!), das sichere Bauchgefühl: Der Mann hat was zu sagen!

Offenbar klingt es sehr detektivisch und außergewöhnlich, wenn Journalisten über ihre Recherchen sagen, sie hätten Monate lang beharrlich und hartnäckig nachgehakt. Ja, so war das. Viele Mails, viele Absagen, und irgendwie Licht hinter einem Türchen. Aber so ist das oft. Wir Journalisten müssen uns das Vertrauen von Menschen erarbeiten,

„EINE PSYCHOLOGIN ERZÄHLTE MIR VON DIESEM ARZT, „DEM BESTEN“, DEN SIE KENNENGELERNT HABE. DER ABER NICHT MEHR ALS TRANSPLANTEUR PRAKTIZIERE. AUCH WEIL ER DAS SYSTEM NICHT MEHR ERTRAGEN HABE. UND BERGDOKTOR GEWORDEN SEI.“

und ich kann das nachvollziehen: nicht nur, wenn man seine sehr persönliche Geschichte erzählen und veröffentlicht sehen soll. Vor allem, da man nicht sicher sein kann, dass sie nicht falsch kolportiert wird. Porträts, noch dazu so prominente und lange, sind eine heikle Sache. Ich schreibe sie sehr gern - und ich habe ebenso großen Respekt davor. Denn da kommt eine Fremde aus einer mindestens 900 Kilometer entfernten Welt vorbeigeschneit, ein paar Stunden, mit Glück einige Tage und danach noch Zeit, und will ein Leben zusammenfassen, das schon Jahrzehnte dauert und reich ist an Erfahrungen. Welches Bild sollen die anderen von mir bekommen? Was ist da falsch, was richtig?

Ich will hier nicht ausführlich erzählen, wie die Tage und vor allem Nächte – Ingo Kaczmarek hatte erst Zeit, wenn Patienten und Kinder schon schliefen – in Vals verliefen. Nach anfänglichem Zögern hatte er so viel zu erzählen, dass mir schnell der Kopf schwirrte. Ich ließ ein Aufnahmegerät laufen und er hat in diesen Stunden so viele Wörter gesagt wie

manche in Wochen nicht. Und dann noch sehr kritische und couragierte. Dinge, die, das wusste ich leider aus einigen Recherchen, kaum ein Angestellter offen auszusprechen wagt. Denn wir alle glauben uns zum Stillhalten verpflichtet gegenüber Arbeitgebern, der Branche und einem System, das uns abhängig macht durch „Hire & Fire“, mitunter mit militärischem Drill und sogar Gesetzesverstößen - und immer per Gewinnmaxime. Und sachgrundlosen Befristungen in Kette. Dieser Mensch aber war wütend, und ein freier, mit einem ebensolchen Geist.

Zugänglich gemacht hatte ich ihn, indem ich ihm versicherte, mich würde erst mal seine Geschichte vom Bergdoktordasein interessieren, ich käme halt einfach mal vorbei. Dann seine Herkunft vom Herzchirurgendasein. Und schließlich unter äußerster Verschwiegenheit seine Haltung zum Thema Transplantationsskandale. Es lief ja ein Verfahren gegen ihn. Das eigentlich bald beendet sein sollte, ich erfuhr vom Stand der Ermittlungen. Die aber, wie so häufig, aus Zeit- oder

Personalmangel nicht abgeschlossen wurden. Möglicherweise hat es die Sache ein wenig beschleunigt, dass ich dem Gericht einen Veröffentlichungstermin im ZEIT-Magazin MANN ankündigen konnte.

Ich freue mich sehr über die Anerkennung der Geschichte von diesem Herzchirurgen, der Bergdoktor wurde. „Ein Glück!“ war ihr Titel. Für mich war sie das auch. Und eine schöne Überraschung, dass sie vom Berufsverband der Deutschen Chirurgen ausgezeichnet wird: Danke! Und sogar mit einem Preisgeld. Gerade für freie Journalisten ist das wichtig. Nicht nur, weil jeder Mensch für sein Engagement wertgeschätzt werden will. Mitunter sogar in Form von Geld. Sondern auch, weil solch geduldige Recherchen mit langen Wegen sonst gar nicht machbar wären. Nicht mal für Autorinnen wie mich, die gern in die Berge fahren. Manchmal sogar einfach so. Das Zervreila-Horn ist jedenfalls echt 'ne Reise wert!



Nataly Bleuel, Christian Esser, Alena Schröder

HERZENSSACHE

ORGANSPENDE: WENN DER TOD LEBEN RETTET

Die Autoren recherchieren an dieser Schnittstelle von Leben und Tod, an der extreme Gefühle mit komplexen medizinischen Prozessen und herausfordernden ethischen Fragen zusammentreffen. Sie sprechen mit Betroffenen und Beteiligten, begleiten ein Organ auf seiner „Reise“ vom Spender zum Empfänger, erläutern die Probleme moderner Hirntoddiagnostik und was wir über den Prozess des Sterbens wissen. Sie beschreiben aber auch die Transplantationsskandale und die fragwürdigen Vorgänge um die Transplantationsbürokratie, die viele davon abhalten, einen Organspendeausweis auszufüllen.

Beim Verlag bestellen

<https://bit.ly/2s0N1TC>

BILDERRÄTSEL



(c) iStock/ronstik

WELCHER MEDIZINISCHE FACHBEGRIFF VERSTECKT SICH HINTER DIESEM BILD?

.... HABEN SIE ES ERRATEN?

Schicken Sie Ihre Antwort unter dem Stichwort „Passion Chirurgie QII/2018“ an bilderraetsel@bdc.de. Einsendeschluss ist der 20. September 2018. Die Auflösung dieses Rätsels finden Sie im Impressum der nächsten gedruckten Ausgabe im September 2018.

Unter allen richtigen Einsendungen der ersten drei Quartalsausgaben (QI, QII, QIII) verlosen wir wieder ein Android-Tablet. Die Auslosung wird Ende November stattfinden und der Gewinner in der QIV/2018 bekannt gegeben.

Teilnahmebedingungen: Jedes BDC-Mitglied darf mitmachen, ausgenommen sind BDC-Mitarbeiter und Mitarbeiter von schaefermueller publishing GmbH sowie deren Angehörige. Bei der Gewinnauslosung sind der Rechtsweg und Barauszahlung ausgeschlossen. Der Gewinner wird schriftlich benachrichtigt. Wir danken für die Teilnahme und wünschen viel Glück.



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

Chefarzt Dr. med. Yasser Abdalla

Schützen Sie Ihr wertvollstes
Werkzeug – **auch vor Latex!**

70%

aller latexbedingten Reaktionen
entfallen auf Fachkräfte
des Gesundheitswesens¹

1 von 50

Fachkräften im Gesundheits-
wesen entwickelt eine
Latex-Allergie – Jahr für Jahr¹

1 zu 1

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

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

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

Biogel® OP-Handschuhe


Mölnlycke®

EIN KLEINER GRIFF FÜR DEN CHIRURGEN,
EIN GROSSER FÜR DIE MENSCHHEIT.

25
YEARS
TACHO
FAMILIE



TachoSil® Versiegelungsmatrix

Zusammensetzung: 1 cm² enthält: Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,0 I.E. Sonstige Bestandteile: Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E101), Natriumchlorid, Natriumcitrat, L-Argininhydrochlorid. **Anwendungsgebiete:** TachoSil® wird bei Erwachsenen zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebeerseugung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie angewendet, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie zur unterstützenden Versiegelung der Dura Mater, um postoperative Liquorleckagen nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** Intravaskuläre Anwendung, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen kann es zu Hypersensitivität oder allergischen Reaktionen kommen (inklusive Angioödem, Brennen und Stechen an der Applikationsstelle, Bronchospasmus, Schüttelfrost, Flush, generalisierte Urtikaria, Kopfschmerz, Nesselausschlag, Hypotonie, Lethargie, Übelkeit, Ruhelosigkeit, Tachykardie, Engegefühl in der Brust, Kribbeln, Erbrechen, keuchende Atmung), die in Einzelfällen bis zur schweren Anaphylaxie führen. Derartige Reaktionen können insbesondere bei wiederholter Anwendung oder bei Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegenüber einem der Bestandteile des Präparates auftreten. Antikörper gegen Komponenten von Fibrinkleberprodukten können in seltenen Fällen auftreten. Häufigkeit nicht bekannt: Anaphylaktischer Schock, Überempfindlichkeit, Thrombose, Darmverschluss (in der Bauchchirurgie), Adhäsionen. **Wechselwirkungen sowie weitere Hinweise:** siehe Fachinformation **Verschreibungspflichtig. Chargendokumentationspflichtig. EU-Zulassungsinhaber:** Takeda Austria GmbH, A-4020 Linz, Österreich **Kontaktadresse d. pharm. Unternehmens in Deutschland:** Takeda GmbH, Byk-Gulden-Str. 2, 78467 Konstanz, Tel.: 0800 8253325, medinfo@takeda.de, Stand: 03/2016