

PASSION

CHIRURGIE



PANORAMA

FRIEDENSDORF
INTERNATIONAL – LEBEN
VERÄNDERN HELFEN

im Fokus
**HUMANITÄRE
EINSÄTZE IM
AUSLAND**

07 | 2018

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN





Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder, FACS

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



Prof. Dr. Heinz-Herbert Homann
Chefarzt der Klinik für Handchirurgie
Plastische Chirurgie
Zentrum für Schwerbrandverletzte
BG-Klinikum Duisburg
Großenbaumer Allee 250
47249 Duisburg
Heinz-Herbert.Homann@bg-klinikum-duisburg.de

Schröder W, Homann H: Editorial Globale Gesundheit – Was können wir beitragen?
Passion Chirurgie. 2018 Juli; 8(07): Artikel 01.



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

Editorial: Globale Gesundheit – Was können wir beitragen?

In der letzten Ausgabe ‚Der Chirurg‘ (Ausgabe März 2018) war das Leitthema die Globalisierung in der Chirurgie. Hier wurde in einem bemerkenswerten Artikel herausgestellt, dass mit dem Global-Health-Care-Konzept das zentrale Grundrecht eines jeden Menschen auf Gesundheit verbunden ist [1]. Die Umsetzung eines solchen Konzeptes verlangt die Priorisierung von Gesundheit als politisches Ziel auf nationaler Ebene – dieses in Kombination mit Strukturhilfen, die den lokalen Gegebenheiten angepasst sind. Gesundheit des Einzelnen erfordert eine gesamtgesellschaftliche Strategie mit klinischer Individualmedizin.

Die Realität sieht allerdings anders aus. Drei Viertel der weltweit getätigten Operationen werden an einem Drittel der Weltbevölkerung durchgeführt. Gegenwärtig haben 5 Milliarden Menschen keinen Zugang zu adäquater und bezahlbarer chirurgischer und

anästhesiologischer Versorgung. Mangelnde chirurgische Versorgung ist somit eine der wesentlichen Ursachen für unzureichende globale Gesundheit. Schätzungen für das Jahr 2010 gehen von annähernd 17 Millionen Toten aus, die an grundsätzlich zu therapierenden chirurgischen Erkrankungen verstorben sind. Unfälle und deren Folgeerkrankungen sind hier die führenden Ursachen. Etwa 90 % der unfallbedingten Todesfälle und dauerhaft körperlichen Schäden werden in Ländern mit niedrigem und mittlerem Pro-Kopf-Einkommen registriert. Hier ist die Wahrscheinlichkeit an Unfallfolgen zu versterben sechs Mal höher als bei uns. Der Fachkräftemangel und die ökonomische Situation der Patienten in diesen Ländern spielen hierbei eine zentrale Rolle.

Was können wir als Chirurgen hier in einem westlichen Industriestaat mit allen



© iStock / wael arewiele

Möglichkeiten einer umfassenden medizinischen Versorgung tun? Zuallererst wollen die Gestalter dieses Themenheftes an die Verantwortung der einzelnen Chirurgeninnen und Chirurgen an das Konzept der globalen Gesundheit erinnern und auch dafür werben. Aber es geht um mehr. Abseits der täglichen Herausforderungen in Klinik und Praxis, die zunehmend von ökonomischen Kennzahlen geprägt sind, bleibt der Beruf als Chirurgin und Chirurg eine der vielfältigsten, extrem fordernden und damit befriedigenden Tätigkeiten in der Medizin. In keinem Fachbereich der Medizin ist die unmittelbare Wirkung der Arbeit so sichtbar, kann mit dem „Handwerk“ so direkt Einfluss auf das Leben und die Lebensqualität genommen werden. Und

das weltweit, denn die Grundlagen unseres Faches, der komplizierte Bauplan des menschlichen Körpers, sind unabhängig von jeder technischen Entwicklung in der Chirurgie überall identisch. Der Chirurg kann mit seiner Erfahrung, seinen Händen und einfachsten technischen Mitteln Menschen in der ganzen Welt helfen – Menschen, die wie Zahlen zeigen, diese chirurgische Versorgung und humanitäre Zuwendung dringend benötigen.

Und auch das soll dieses Themenheft zeigen: Die Hürden für einen aktiven Einstieg in die chirurgischen Hilfsprogramme sind nicht unüberwindbar. Die Programme der einzelnen Organisationen, die sich hier vorstellen,

richten sich nicht zuletzt an den chirurgischen Nachwuchs, der bereit ist, ein Stück die eigene Komfortzone zu verlassen und spektakuläre Erfahrungen in einer völlig anderen Welt zu sammeln. Auch diese Befriedigung kann Teil des chirurgischen Berufes sein.

Es würde die Autoren und Herausgeber freuen, wenn sich die Leser dieser Beiträge – wenn auch nur für einen kurzen Moment – in die chirurgische Welt der Entwicklungsländer entführen ließen.

[1] H. Mothes, M. Gruendl. Global Health Care. Der Chirurg 2018, 89:172-177 

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)
Katrín Kammerer (Tel.: +49 (0) 30 28004-202 |
passion_chirurgie@bdc.de)
Julia Weibach

VERLAG

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

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

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

ABBILDUNGSHINWEISE

Cover-Foto von iStock/Tribhuz, Teaserfotos von iStock oder
von den Autoren.

ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

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

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

EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

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

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

BDC IM WEB 2.0:



INHALT

2 EDITORIAL

2 Editorial: Globale Gesundheit – Was können
wir beitragen? W. Schröder, H.-H. Homann

6 SCHAUFENSTER

9 CHIRURGIE

im Fokus

9 ZUM FÜR UND WIDER CHIRURGISCHER
PROJEKTE H. Mothes

12 MEIN PERSÖNLICHER WEG DES
HELFENS MIT INTERPLAST H. Schöneich

18 EINSÄTZE IN DER HUMANITÄREN
CHIRURGIE BEI ÄRZTE OHNE GRENZEN
R. Baumann, S. Krieger, D. Mühl-Benninghaus

24 INTERNATIONALE ROTKREUZ-
BEWEGUNG: CHIRURGISCHES ARBEITEN
IN DER KATASTROPHENHILFE J. Schad

30 ERFAHRUNGSBERICHT ISAF 2005 – 2012:
DER HUMANITÄRE ASPEKT E. Kollig



41 CHIRURGIE⁺

- 42 Hands-on-Workshop von Ärzten
ohne Grenzen *S. Krieger, R. Baumann*
- 44 Kein Maulkorb für den Arzt! Kommunikation
und Verhalten nach einem Schadenfall *J. Jaklin*
- 50 **Hygiene-Tipp:** Einmaltuchspendereimer
W. Popp, K.-D. Zastrow
- 53 Personalien
- 55 **RECHT**
- 55 Schweigepflichtentbindung gegenüber
externem Dienstleister einer
Versicherungsgesellschaft *J. Heberer*

56 GESUNDHEITSPOLITIK

- 56 25 Jahre Facharzt für Plastische Chirurgie
- 58 Erfolg auf europäischer Ebene: Arbeitsgruppe zur
Normierung des Arztberufes aufgelöst
- 59 Aktuelle Meldungen

60 INTERN

60 DGCH

- 60 Ausschreibung Preise und Stipendien 2019
- 62 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien
in Deutschland
- 67 DGCH: Aus Doppelmitgliedschaft wird
Probemitgliedschaft *T. Pohlemann, J. Fuchs, H.-J. Meyer*
- 69 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-
Haus
- 73 DGCH-Präsidium ab 1. Juli 2018
- 77 **BDC**
- 77 Mit am Start: BDC-Chirurgen beim Berliner Staffellauf

- 80 BDC | Landesverbände
- 82 BDC-Pressespiegel
- 83 Termine BDC|Akademie
- 87 Veranstaltungshinweise
- 88 Lifestyleangebote

90 PANORAMA

- 90 Friedensdorf International –
Leben verändern helfen

Lohfert-Preis 2018 geht an „AHOI-Patient im Boot“

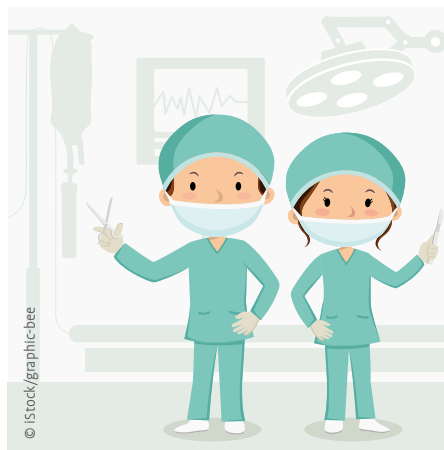
Die Christoph Lohfert Stiftung prämiert ein Hygieneprojekt, das Patienten, Pflegebedürftige und Angehörige aktiv in den Infektionsschutz einbezieht. Das Projekt „AHOI-Patient im Boot“ von der Universitätsmedizin Greifswald erhält den Lohfert-Preis, der in diesem Jahr zum sechsten Mal vergeben wird. Der Preis ist mit 20.000 Euro dotiert. Die Preisverleihung und Vorstellung des Preisträgers findet am 19. September 2018 in Anwesenheit der Schirmherrin, der Hamburger Gesundheitssenatorin Frau Cornelia Prüfer-Storcks, statt. Das ausgezeichnete Projekt will das Hygieneverhalten in

Krankenhaus, Pflegeeinrichtung oder Arztpraxis verbessern. „AHOI-Patient im Boot“ steht unter der Leitung von Prof. Dr. med. habil. Nils-Olaf Hübner M.Sc. aus dem Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Universitätsmedizin Greifswald. Zielen bisherige Maßnahmen vor allem auf das Hygieneverhalten des medizinischen und Pflegepersonals ab, ist das Besondere dieses Projekts die aktive Einbeziehung und Befähigung der Patienten und Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen.

[Mehr lesen...](#)

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.

[Infos zur Bewerbung...](#)

Aktuelle BDC|Umfragen

Schnittstellenmanagement zwischen Chefärzten und Geschäftsleitungen

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 Ziel hat.

[Zur Umfrage...](#)

Silver Worker

Zielsetzung der Befragung ist es u. a. herauszufinden, ob es eine Bereitschaft bei den Ärzten gibt, auch nach dem Renteneintrittsalter als Mediziner weiter zu arbeiten? Welche Motivation verbirgt sich dahinter? Unter welchen Arbeitsbedingungen sind Ärzte bereit, auch nach dem Renteneintrittsalter weiter zu arbeiten?

[Zur Umfrage...](#)



HYGIENE

S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen

Die Leitlinie erweitert und präzisiert chirurgische Aspekte der Adipositas therapie. Neu ist die Implementierung der Metabolischen Chirurgie, was sich auch im neuen Namen der Leitlinie widerspiegelt. Auch soll dargestellt werden, dass das Ziel der adipositaschirurgischer bzw. metabolischer Operation nicht primär die Gewichtsreduktion ist, sondern dass es auch darum geht, über eine Gewichtsreduktion und metabolische Veränderungen den Gesundheitszustand, die Lebensqualität und die Lebenserwartung zu verbessern.

[Zur Leitlinie...](#)

Patientensicherheit lässt sich durch Erfahrung des OP-Teams verbessern



Es gibt statistische Daten, die einen direkten Zusammenhang zwischen der Anzahl durchgeführter Operationen in einem Krankenhaus und der Qualität der Versorgung aufweisen: Wer mehr Erfahrung mit einem Eingriff hat, behandelt seine Patienten in aller Regel erfolgreicher. Trotzdem ist wissenschaftlich und auch juristisch schwer zu definieren,

welche Mindestmenge bei welcher Therapie anzusetzen ist. Über die aktuelle Datenlage und die Auswirkung von Mindestmengen auf die Patientensicherheit sprach der Arbeitskreis „Ärzte und Juristen“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) e.V. bei seinem letzten Treffen.

„Bei Operationen der Bauchspeicheldrüse und der Speiseröhre ließe sich jeder vierte Todesfall vermeiden, wenn höhere, verbindliche Mindestmengen für den behandelnden Arzt und das Krankenhaus gelten und auch durchgesetzt würden“, führte Professor Dr. med. Thomas Mansky, Leiter des Fachgebiets Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin, beim Treffen des AWMF-Arbeitskreises aus. Allerdings könne man Mindestmengen methodisch bedingt nicht ausschließlich wissenschaftlich festlegen, sondern müsse diese über normative Vorgaben, die die wissenschaftlichen Berechnungen ergänzen, definieren – also ähnlich wie bei Geschwindigkeitsbegrenzungen, für die es, bezogen auf die konkrete Höhe, im Einzelfall auch keine wissenschaftliche Evidenz gibt. ...

[Mehr Lesen...](#)

2



IM FOKUS

”

Humanitäre Einsätze

1



Korrespondierender Autor:

Dr. Henning Mothes

Deutsche Gesellschaft für

Tropenchirurgie e.V.

c/o Klinik für Allgemein-, Viszeral- und

Gefäßchirurgie

Universitätsklinikum Jena

Am Klinikum 1

07747 Jena

henning.mothes@med.uni-jena.de

Zum Für und Wider chirurgischer Projekte

ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT AUS SICHT DER DTC

Jeder zweite Mensch weltweit hat keinen Zugang zu einer adäquaten chirurgischen Basis- oder Notfallversorgung. Diese Zahl hat sich nach 20 Jahren „Entwicklungshilfe“ und millionenschweren Gesundheitsprogrammen kaum verändert. Die chirurgische Versorgung in Ländern mit niedrigem und mittlerem Pro-Kopf-Einkommen (Low and Middle Income Countries = LMIC) ist immer ein Abbild ihrer wirtschaftlichen Situation. Hier liegt langfristig die einzige Lösungsmöglichkeit. Zwischenzeitlich können die Länder bei der Verbesserung der medizinischen Versorgung auch von extern unterstützt werden.

Staatliche Programme, die speziell auf die Verbesserung der chirurgischen Versorgung in LMIC abzielen, gibt es weder in Europa noch im amerikanischen Raum in großem Stil. Einzige Ausnahme sind die im Rahmen der *Sustainable Development Goals* (SDGs) der WHO durchgeführten Mutter-Kind-Projekte, mit denen die Mütter- und Säuglingssterblichkeit in fast allen LMIC deutlich gesenkt werden konnten.

„Entwicklungszusammenarbeit“ im chirurgischen Bereich ist stattdessen getragen von Einzelprojekten, direkten Kooperationen zwischen zwei Krankenhäusern und häufig gelebt durch den sehr persönlichen Einsatz einzelner Chirurgeninnen und Chirurgen oder anderem medizinischen Personal auf beiden Seiten.

Oft werden die Aktivitäten der vielfach von Idealen geleiteten Gesundheitshelfer durch Interesse, Neugier, eine sozialpolitische Verantwortung für Entwicklungsländer oder das Streben nach einer operativen Selbstverwirklichung gestartet. Bereits nach dem ersten

Einsatz rücken dann aber Argumente für eine Fortführung des Engagements in den Vordergrund, die patientenorientiert und projektbezogen sind und mehr und mehr die lokalen Gegebenheiten berücksichtigen.

Aber die Hilfe bleibt oft determiniert durch die zeitlichen und finanziellen Möglichkeiten, die den Akteuren zur Verfügung stehen, ohne dass sie aus ihrem jeweiligen privaten und beruflichen Umfeld aussteigen müssen.

Anzahl, Bedeutung und finanzielle Aufwendungen dieser lokalen Projekte übersteigen das Volumen der staatlichen Förderung in der chirurgischen Entwicklungszusammenarbeit um ein Vielfaches und sind deshalb als deren Hauptpfeiler anzusehen. Dies wird von den politischen Gremien in den reichen und armen Ländern nur unzureichend wahrgenommen. Hinzu kommt, dass es mit den Twinning-Projekten eher gelingt, Hilfe dort zu leisten, wo sie am meisten gebraucht wird, flexibel auf lokale Gegebenheiten zu reagieren sowie einheimische Gesundheitshelfer zu schulen und zu motivieren.

Andererseits gelingt es aufgrund fehlender finanzieller und organisatorischer Kapazitäten häufig nicht, die Projekte sinnvoll auszubauen, nachhaltig fortzuführen und strukturbildend in die nationalen Gesundheitsstrukturen der LMIC einzugliedern.

Es stellt sich die Frage, ob es möglich ist bzw. gefordert werden sollte, für diese vielfältigen Projekte einige Grundregeln aufzustellen, durch deren Einhaltung bzw. Umsetzung ein möglichst hohes Maß an Effektivität und Nachhaltigkeit erzielt werden kann, ohne die Flexibilität und Individualität dieser Projekte zu zerstören.

Mothes H, Lindert J, Borsche A: Zum Für und Wider chirurgischer Projekte. *Passion Chirurgie*. 2018 Juli; 8(07): Artikel 03_01.



Infolyer der Deutschen Gesellschaft für Tropenchirurgie e.V.



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

Solche Standards oder definierte Anforderungsprofile könnten sein:

- Akteure sollten eine Basisausbildung in humanitärer Hilfe bzw. Chirurgie unter einfachen Bedingungen durchlaufen haben.
- Ersteinsätze sollten immer an der Seite Erfahrener durchgeführt werden (Huckepack).
- Der Bedarf und die Umsetzbarkeit des Projektes sollten vor Projektbeginn beurteilt werden.
- Zielvorgaben sollten definiert und regelmäßig evaluiert werden.
- Lokale Partner sollten benannt, deren Aufgabenverteilung geregelt und in einem *Memorandum of Understanding* dokumentiert sein.
- Das Projekt sollte (stufenweise) in die nationalen Gesundheitsstrukturen integriert werden.

Bei Einhaltung dieser Kriterien ist es aus unserer Sicht erfolgversprechender, die Projekte erfolgreich und zum Nutzen der Patienten umzusetzen. ○

Aktivitäten der Deutschen Gesellschaft für Tropenchirurgie (DTC)



Die DTC sieht sich – da sie zahlreiche aktive und ehemalige in der Tropenchirurgie bewanderte Chirurgen aus Deutschland und vielen Entwicklungsländern vereint – als Vermittler und Initiator von Projekten rund um die „Chirurgie in Entwicklungsländern“. Die Aktivitäten ergänzen sich und sind geeignet, Chirurgen und Entwicklungshelfer anderer Fachgebiete auf einen medizinischen Einsatz in Entwicklungsländern vorzubereiten.

Wir führen regelmäßig regionale, nationale und internationale Symposien durch, in denen spezielle Themen aller chirurgischen und benachbarten operativen Fachgebiete angesprochen werden. Die Kongresse werden durch regelmäßige Kurse ergänzt, in denen chirurgische Basistechniken „Hands-on“ trainiert werden (Nahttechniken, Schädeltrepanation, geburtshilfliche Eingriffe, Ultraschall, Fixateur externe-Anlage, konservative Frakturbehandlung). Diese Workshops haben wir wiederholt auch in den Zielländern selbst durchgeführt.

Für die DTC bleibt es eine Hauptaufgabe, potenziell interessierte Chirurginnen und Chirurgen für die Thematik der Arbeit in LMIC zu motivieren und zu schulen und sie während ihres Einsatzes zu begleiten. Zahlenmäßig betrifft dies zwar häufiger die Kurzeinsätze im Rahmen der erwähnten persönlichen Projekte oder der humanitären Hilfe in Kriegs- oder Katastrophensituationen. Darüber hinaus bewegt uns aber die langfristige Verbesserung der chirurgischen Versorgung weltweit, die auch nur durch langfristig angelegte Kooperationen zu erreichen ist. Neben der verbesserten Patientenversorgung vor Ort ist die Stärkung von *Globaler Chirurgie* wichtig, die als vielleicht wichtigster Bestandteil von *Global Health* noch zu wenig wahrgenommen und unterstützt wird. Deshalb beteiligt sich die DTC zunehmend auch an der hiermit verbundenen Advocacy-Arbeit und am Einwirken auf politische Entscheidungsträger sowohl in den Empfänger- als auch Geberländern.

Kontakt:

Deutsche Gesellschaft für Tropenchirurgie e.V.
Sekretariat - c/o Dr. Judith Lindert
kontakt@tropenchirurgie.org
www.tropenchirurgie.org

SAVE THE DATE

Symposium „Global Trauma Care“

26.-28. Oktober 2018 in Berlin

Mehr...

IM FOKUS

”

Humanitäre Einsätze



Dr. med. Heinrich Schöneich
 Facharzt für Chirurgie, Plastische
 Chirurgie
 Interplast Germany e.V.
 Sektion München
 Kaulbachstr.96
 80802 München
dr.h.schoeneich@t-online.de
www.interplast-muenchen.de
www.interplast-germany.de

Mein persönlicher Weg des Helfens mit Interplast

Die humanitäre Hilfe hat ihre Unschuld verloren und darf kein Spiel- und Tummelplatz für nach Sinn suchenden Helfern sein. Durch die Globalisierung und Neoliberalisierung der Welt haben sich die Zielsetzung und die Logistik von humanitären Einsätzen wesentlich geändert. Bedeutete früher das Motto: „Wer hilft ist gut“, so hat sich dies heute in „Was hilft ist gut“ gewandelt. Die Motivation „einfach nur helfen wollen“ reicht nicht mehr aus und muss sich zu einer humanitären Verantwortung weiterentwickeln. Nachhaltigkeit ist eines der wesentlichen Kriterien und die Hauptzielsetzung von humanitären Einsätzen. Motive wie Selbsterfahrung, eigene Grenzüberschreitung, Flucht aus dem Alltag und operative Selbstverwirklichung sollten deutlich in den Hintergrund treten.

WIE ALLES BEGANN

Als angehender Chirurg habe ich 1980 in kambodschanischen Flüchtlingslagern zum ersten Mal Kriegssituationen erlebt. Hilflos und seelisch traumatisiert bin ich nach Hause zurückgekehrt – in dem Bewusstsein, mich überschätzt zu haben. Zehn Jahre später lernte ich in Afghanistan, unter diesen Situationen zu arbeiten. Mein Fatalismus und das Gefühl der unmittelbaren Hilfe an verletzten Kindern haben meine Angst letztendlich unterdrückt.

1995 habe ich die Sektion München von Interplast Germany gegründet und organisiere seitdem vier bis sechs Einsätze pro Jahr. Seit über 21 Jahren führen wir Einsätze in Myanmar durch. Von 1990 bis 2004 hatten wir regelmäßig kriegschirurgische Einsätze in Afghanistan. Diese waren für uns besonders schwer und belastend, da wir hauptsächlich

Kinder mit Minen-, Schuss- und Brandverletzungsfolgen behandelten. Diese Kinder sind unschuldig in Kriegssituation hineingeboren worden. Sie kannten nur den Kriegsalldag – keinen Frieden – und konnten keine Verbesserung ihrer Lebenssituation erwarten oder erhoffen. Dennoch haben wir das Kismet dieser Kinder durch die operative Hilfe mit Funktionsverbesserungen positiv verändern können, was uns Trost gebracht hat. Deprimiert sind wir nach Hause gereist und haben uns nach einem positiveren Einsatzort gesehnt, den wir dann in Myanmar gefunden haben.

VON AFGHANISTAN NACH MYANMAR

Zwei burmesische Stipendiaten waren es, die uns Einsätze trotz Militärjunta ermöglichten. Myanmar war der ideale Ausgleich zum Islam und zur Kriegschirurgie. Hier sind wir dem Buddhismus sehr nahe gekommen und haben dort fast meditativ operieren können. Zusammen mit diesen beiden Stipendiaten führen wir seit über 20 Jahren die gemischten Operationseinsätze durch. Wir haben zusammen in 54 Einsätzen über 3.000 Spalten und ungefähr 3.200 Verbrennungsfolgen operiert. Es ist keine Übertreibung, wenn wir behaupten, Myanmar besser zu kennen als Deutschland, da wir in allen Provinzen gearbeitet haben.

Neben unseren Einsätzen haben wir infrastrukturelle Verbesserungen in den einfachen Kreiskrankenhäusern finanziert, wie die Renovierung oder den Neubau der Operationsräume mit Klimaanlage, die Anschaffung von OP-Tischen und Operationsinstrumentarium. Über die Knorr Global Care Stiftung haben wir ein gesamtes Krankenhaus in der

Schöneich H: Mein persönlicher Weg des Helfens mit Interplast. Passion Chirurgie. 2018 Juli, 8(07): Artikel 03_02.



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



islamischen Land war ich genauso fasziniert wie von Afghanistan. Die Kultur, die Menschen, die Landschaften – all das hat mich tief bewegt, zumal hier die medizinische Versorgung durch Abzug saudischer Ärzte nicht im Geringsten gewährleistet war.

Die Eingriffe in Jemen bestanden – durch die familiär arrangierten Hochzeiten zwischen Vettern und Cousinen – im großen Ausmaß aus angeborenen urogenitalen Missbildungen wie Hypospadien und Blasenektopen, die bei jedem Einsatz ungefähr ein Drittel der Patienten ausmachten. Aufgrund von Al-Kaida-Aktivitäten wurde leider auch dieser Standort zu gefährlich. 2006 haben wir das Jemenprojekt beenden müssen und unseren Schwerpunkt noch mehr nach Myanmar verlagert.



NEUE EINSATZGEBIETE

Wir suchen jedoch neue Standorte, wo wir langfristig neue Partnerschaften aufbauen wollen, um hier im Bereich der plastischen Chirurgie junge Kollegen auszubilden. Auf der Suche nach neuen Einsatzorten haben wir verschiedene Pilotprojekte durchgeführt, u. a. in **Nordthailand**, wo wir in illegalen burmesischen Flüchtlingslagern gearbeitet haben. Menschen, die weder vom UNHCR noch sonst wie unterstützt wurden. Hier konnten wir die Leute durch ein kleines Missionskrankenhaus primär versorgen.

Ein weiterer politischer Einsatz war dann 2013 Jahr in der **Westbank/Palästina**. Aufgrund eines Kontaktes in Jenin haben wir diesen Einsatz vorbereitet. Ismael Kateep ist ein berühmter Vater, dessen Sohn von israelischen Soldaten in der Dunkelheit erschossen wurde. Dieser Vater hatte dann die emotionale Größe seinen klinisch toten Sohn den Israelis als Friedensgeste zur Organspende zu überreichen. Katteep hat uns gebeten, in der Westbank zu arbeiten, da er Kinder politisch unterstützt und reichlich Patienten für uns hatte. In dieser kleinen Friedensmission, haben wir wie Barenboim versucht, Muslime, Christen und Araber gemeinsam am OP-Tisch zu vereinigen, was sich als gar nicht so einfach erwies, denn viele unserer jüdischen Freunde und Bekannten waren nicht bereit,

Deltaregion, die 2004 vom Zyclon Nargis hart getroffen wurde, aufgebaut.

Besonders erfreut hat mich mein Doktorvater, Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Mühlbauer, der für das Krankheitsbild der Craniomeningocelen ein Dritte Welt adaptiertes Operationsverfahren entwickelt hat. Es handelt sich um eine angeborene Schädelmissbildung, bei der durch ein Loch in der Schädeldecke eine Meningocele entwickelt wird. Diese führt zu einer extremen Entstellung und zu einem Auseinanderweichen der Augen. Die

Patienten sind in Myanmar besonders häufig in der Küstenregion zu finden. Mühlbauer hat hier „Hilfe zur Selbsthilfe“ geleistet. Nach über 20 gemeinsamen Teaching Operationen hat der burmesische Neurochirurg Prof. Myat Thu alleine über 140 Fälle in der erlernten Operationstechnik von Mühlbauer operiert.

EINSATZ IM JEMEN

Durch sich wandelnde Sicherheitslagen haben wir Afghanistan verlassen müssen und sind nach Jemen ausgewichen. Von diesem

Tab. 1: Interplast Projekte in Zahlen

Afghanistan	1990–2004	9.452 Operationen
Myanmar	1997–2018	5.984 Operationen
Jemen	2006–2010	489 Operationen
Niger	2004–2010	521 Operationen
Einsätze in: Irak, Iran, Palästina, Indien, Niger, Nigeria, Äthiopien, Tadschikistan		

sich auf diese Friedensmission einzulassen. Wir haben dennoch nicht nachgelassen und haben es geschafft ein sechsköpfiges Team aus Christen, Muslimen und Juden zusammenzustellen – eine zwischenmenschlich wunderbar positive Erfahrung. Auf medizinischer Ebene konnten wir immer eine gemeinsame Lösung finden.

Drei Monate später bin ich dann mit der Sektion Frankfurt in den **Nordirak** gereist, um dort einen weiteren politischen Einsatz durchzuführen. Der Nordirak war vor IS noch friedlich. Der Einsatz hier war medizinisch nicht so „spannend“ wie normalerweise in Mangelgebieten der Entwicklungsländer: Kriegsspätfolgen, urogenitale Missbildungen, Verbrennungen und Verätzungen wurden unter Ausbildungsgesichtspunkten operiert.

In **Niger** und in **Nigeria** haben wir sechs Jahre lang Noma-Kinder versorgt. Noma ist ein spezielles Krankheitsbild der Armut. Hier

treten Infektionen im Lippenbereich auf, die zu einem Zerfall des gesamten Wangengebilde führt und 80 Prozent dieser Kinder sterben aufgrund der schwachen Immunlage. Und die Überlebenden haben riesige Defekte im Gesichtsbereich. Diese Operationen der Noma-Patienten sind sehr aufwendig und haben uns sehr viel Kraft gekostet. Pro Patient mussten Operationszeiten zwischen vier und sieben Stunden in Kauf genommen werden, da diese Patienten mikrochirurgisch versorgt werden müssen und unter dem Mikroskop feinste Anastomosen mit einem Durchmesser von 1 mm vollzogen werden.

Auch in Niger/Nigeria sind aus Sicherheitsgründen zurzeit keine Einsätze möglich.

Über Menschen für Menschen haben wir in Äthiopien ein neues Projekt gestartet, bei dem wir in Allem Kateema, ca. 200 km nördlich von Addis Abeba, einen Einsatz durchgeführt haben.

ZUSAMMENARBEIT MIT STUDIERENDEN

Ein neuer Aufgabenbereich, der mir viel Freude bereitet, ist die Zusammenarbeit mit den Studierenden. Prof. Dr. med. habil. Markus Schwaiger bat mich einmal im Semester über Dritte-Welt-Projekte zu referieren, um Studierenden die humanitäre Komponente der Medizin zu zeigen. Hieraus ist eine Vorlesungsreihe „Humanitäre Hilfsprojekte“ entstanden. Im Rahmen eines Praktikums oder einer Famulatur haben leider nur einige von ihnen die Möglichkeit, aktiv an einem Operationseinsatz mitzuwirken und sich engagiert zu beteiligen.

FAZIT

Wohltätigkeit sollte kein Opium für Privilegierte sein. Wir brauchen eine Vision für die Zukunft, deren Ausfahrt wir vielleicht schon verpasst haben. Empathie, Kooperation, Solidarität, Demut und Mitgefühl brauchen wir für unser globales Bewusstsein und all das hilft mir, sich im Sinne von Camus gegen die Absurditäten dieser unseren Welt aufzulehnen: „*Lutter contre l'absurdité du monde*“.

Interplast Germany e.V. – Sektion München



Interplast Germany e.V. ist ein gemeinnütziger Verein für Plastische Chirurgie in Entwicklungsländern. Er hat sich zur Aufgabe gemacht, in medizinisch unterentwickelten Ländern sowie Kriegsgebieten Menschen durch plastisch-rekonstruktive Eingriffe zu einem lebenswerten Dasein zu verhelfen. In erster Linie geht es um die Versorgung von Kindern mit Gesichts- und Handfehlbildungen, Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, schweren Verbrennungsnarben mit funktioneller Beeinträchtigung, Weichteiltumoren, Poliofolgen und um die Versorgung von Kriegsfolgen nach Minen- und Schussverletzungen. Die Operationen werden von einem erfahrenen Spezialisten der plastischen Chirurgie, der Anästhesie und der Schwestern unentgeltlich im Urlaub vorgenommen, wobei Interplast die Reisekosten finanziert.

Pro Operationseinsatz werden je nach Schwierigkeitsgrad und Operationsdauer bis zu 180 Patienten operiert. Legt man die entstandenen Reisekosten auf die Anzahl der Patienten um, so fallen pro Patient ca. 150 bis 350 Euro an. Dies ist ein sehr günstiges Kosten-Nutzenverhältnis. Werden Patienten zur Versorgung nach Deutschland gebracht, können die Kosten 5.000 Euro bis zu 100.000 Euro betragen. Dies ist auch wegen der kulturellen und sozialen Entwurzelung nur dann zu vertreten, wenn die adäquate Therapie nur bei uns möglich ist, z. B. bei Kindern mit extremen Defekten im Gesicht nach Noma Infektion. Interplast e.V. Sektion München koordiniert die Einsätze mit dem Auswärtigen Amt, dem Ministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und diversen „Non Government Organisationen“ (NGO) wie Noma e.V., Amara Foundation, Stiftunglife und den Gesundheitsbehörden im jeweiligen Land.

INTERPLAST ANFORDERUNGSPROFILE

- Nachhaltigkeit
- Langfristige Partner suchen
- Keine Entmündigung der Partner durch egoistische Hilfe
- Keine Instrumentalisierung durch Politik
- Immer nur Gast sein
- Nicht wer hilft ist gut, sondern was hilft ist gut
- Helfen ist nur Anpassung an die kulturellen Strukturen
- Respekt vor den anderen Kulturen
- Kosten/Nutzen im ausgewogenen Verhältnis
- Hilfe zur Selbsthilfe beim Wort nehmen
- Ausbildungsstrategien entwickeln
- Kein Lifestyle-Management
- Keine Pseudohilfe als Existenzberechtigung
- Verbesserung der Einsatzlogistik im Vorfeld, z. B. Kopfgeldzahlungen, Zollbestimmungen, Übergepäck
- Vernetzung mit anderen NGOs vor Ort
- Katastropheneinsatzteams nicht im Alleingang. Einbindung in einen Katastrophenplan mit den entsprechenden übergeordneten NGOs wie Venro und Concord

Kontakt:

Interplast Germany e.V.
Kaulbachstr.96, 80802 München
www.interplast-muenchen.de
www.interplast-germany.de

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 2,01 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 Gewebeersegelung 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

IM FOKUS

”

Humanitäre Einsätze

Einsätze in der humanitären Chirurgie bei Ärzten ohne Grenzen

EIN HERAUSFORDERNDER BLICK ÜBER DEN TELLERRAND DER CHIRURGIE

Ärzte ohne Grenzen (Médecins Sans Frontières, MSF) wurde 1971 als humanitäre medizinische Hilfsorganisation sowie als Sprachrohr für Völker in Not von französischen Ärzten und Journalisten gegründet. MSF ist eine gemeinnützige internationale, unabhängige, unparteiische und neutrale Organisation, die zurzeit in mehr als 70 Ländern der Welt humanitäre medizinische Nothilfe leistet. Das Ziel von MSF ist Leben zu retten, Leid zu lindern und den Menschen zu helfen, wieder ein selbstbestimmtes Leben in Würde zu führen. Der Schwerpunkt der Hilfsprojekte liegt in Afrika, gefolgt von Asien. In mehr als 300 Projekten arbeiten weltweit etwa 25.000 Mitarbeiter, davon 22.000 Mitarbeiter aus den jeweiligen Projektländern sowie 3.000 ausgesendete internationale Mitarbeiter (Expats). MSF finanziert sich zu mehr als 90 Prozent von privaten Spenden, sodass die Einsätze unabhängig geplant und durchgeführt werden können. Jährlich werden nationale und internationale Einsatz- und Rechenschaftsberichte veröffentlicht, es erfolgt eine unabhängige Überprüfung durch internationale Wirtschaftsprüfungsunternehmen. Die Spender werden regelmäßig über die Projekte informiert. In Deutschland ist MSF mit dem Spendensiegel ausgezeichnet und ist mehrfach für die hohe

Finanztransparenz ausgezeichnet worden, 1999 erhielt MSF den Friedensnobelpreis.

CHIRURGIE BEI ÄRZTEN OHNE GRENZEN

Der Schwerpunkt der humanitären medizinischen Hilfe liegt u. a. im Bereich der Krisenintervention bei Infektionserkrankungen, Kindererkrankungen, Mutter-Kind-Programmen, Ernährung, Geburtshilfe, Katastrophenmedizin und weiteres mehr. Chirurgische Projekte als Teil der humanitären Medizin finden sich naturgemäß im Wesentlichen in Konflikt- und Katastrophengebieten, in denen die chirurgische Gesundheitsversorgung aufgrund einer Krisensituation von den örtlichen Behörden nicht dargestellt werden kann. Weltweit sterben pro Jahr laut WHO etwa fünf Millionen Menschen an den Folgen von Krieg und Gewalt. Das ist mehr als jährlich Menschen an Malaria, Tuberkulose und HIV zusammen versterben. 85 Prozent aller Kinder entwickeln laut WHO bis zum 15. Lebensjahr ein relevantes chirurgisch zu behandelndes Problem. Von allen weltweit durchgeführten qualifizierten chirurgischen Operationen erhält der ärmste Teil der Weltbevölkerung lediglich 3,5 Prozent, der größte Teil dieser Operationen kommt der reichen Weltbevölkerung zugute.

**Dr. Rainer Baumann**

Ärzte ohne Grenzen Deutschland
Heilig Geist Krankenhaus
Leiter Unfallchirurgie
Graseggerstr. 105
50737 Köln
rainer.baumann@cellitinnen.de

**Dr. Stefan Krieger**

Ärzte ohne Grenzen Deutschland
Am Köllnischen Park 1
10179 Berlin
Praxisklinik Chirurgie Medicenter Düren
Arnoldsweilerstr. 21, 52351 Düren
Stefan.krieger@berlin.msf.org

**Dr. Dieter Mühl-Benninghaus**

Praxis für Chirurgie und Unfallchirurgie
Lehrpraxis der Charité, Universität Berlin
Edisonstrasse 63
12459 Berlin

Baumann R, Krieger S, Mühl-Benninghaus D:
Einsätze in der humanitären Chirurgie bei Ärzten
ohne Grenzen. *Passion Chirurgie*. 2018 Juli,
8(07): Artikel 03_03.



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

Im Jahr 2017 führte MSF weltweit 120.000 chirurgische Eingriffe durch. 95 Prozent dieser Eingriffe werden in Krankenhäusern der Grundversorgung (Regional Hospital) durchgeführt.

Unter diesen Bedingungen der erheblich begrenzten Ressourcen an Material und medizinischem Personal sowie zum Teil schwieriger Sicherheitslage sind die Anforderungen an Chirurgen und Chirurgen bezüglich Qualifikation und Belastbarkeit hoch. Das Spektrum der chirurgischen Tätigkeit kann von gynäkologisch-geburtshilflichen Eingriffen (z. B. Sectiones), allgemeinchirurgischen (Abdominalchirurgie, Hernien) bis zu traumatischen Operationen mit Versorgung von Schuss- oder Explosionsverletzungen aller Körperregionen reichen.

Etwa 5 Prozent der Eingriffe können in spezialisierten Hospitälern mit gehobener Ausstattung durchgeführt werden. In diesen ausgewählten Projekten betreiben wir beispielsweise auch Wiederherstellungschirurgie nach Traumata sowie interne Osteosynthese.

BEWERBUNG UND PROJEKTEINSÄTZE

Aufgrund des herausfordernden Kontextes ist es erforderlich, dass nur Fachärzte für Chirurgie mit Berufserfahrung von mindestens zwei Jahren (als Facharzt) für diesen Einsatz in Frage kommen. Englisch ist als Fremdsprache Voraussetzung, Französisch ist zusätzlich sehr hilfreich vor allem für Einsätze in Westafrika. Der Ersteinsatz muss mindestens drei Monate betragen, Folgeeinsätze können je nach Projekt kürzer sein. MSF übernimmt alle Kosten des Einsatzes mitsamt Versicherung sowie einer Aufwandsentschädigung. Nach einer erfolgreichen Bewerbung über unsere Zweigstelle in Berlin und einem mehrtägigen humanitär ausgerichteten Vorbereitungsseminar in Bonn steht dann einem Einsatz über eine unserer Zentralen im Ausland nichts mehr im Weg. Da das Anforderungsprofil an Chirurgen und Chirurgen über die Facharztgrenzen hinausgeht und sehr breit sein kann, richtet Ärzte ohne Grenzen für ausgewählte Teilnehmer einen einwöchigen Hands-on-Workshop aus, in dem realitätsnah an Leichen die Versorgung häufiger im Projekt anzutreffender chirurgischer Krankheitsbilder



Abb. 1: „Typisches“ Krankenhaus in Afrika: Distriktkrankenhaus in Gore, Tschad.

FALL 1: PROJEKT IN DER ELFENBEINKÜSTE, KRANKENHAUS BOUAKE

Kontext: andauernder Bürgerkrieg
Chirurg: R. Baumann



Abb. 2a: Fall 1 ist ein ca. 18 Jahre alter Kombattant mit drittgradig offener Defekt-Schussfraktur der proximalen Tibia



Abb. 2b: Therapie: Wunddebridement, Fibula Osteotomie, gelenkübergreifender Fixateur externe unter Unterschenkelverkürzung

FALL 2: PROJEKT IN DER ELFENBEINKÜSTE, KRANKENHAUS BOUAKE

Kontext: andauernder Bürgerkrieg
Chirurg: R. Baumann



Abb. 3a: Fall 2 ist ein Säugling mit nekrotisierender Omphalocoele



Abb. 3b: Z. n. Hernioplastik

Das chirurgische Arbeiten für MSF im Operationssaal und auf Station ist eine höchst befriedigende Erfahrung, bei der allein der Patient im Mittelpunkt des chirurgischen Handelns steht. Auch wenn die Ressourcen (kein Bildwandler, oft kein qualifiziertes Röntgen möglich, kritische Hygieneverhältnisse, begrenztes Labor, oft nur ein Chirurg) je nach Kontext stark begrenzt sind.

So werden z. B. geschlossene Frakturen im Regelfall konservativ mittels Gips oder Traktion behandelt, offene Frakturen zumeist mit Fixateur externe. Trotz der begrenzten Ressourcen ist im Team ein sehr effektives Arbeiten mit im Regelfall guten Ergebnissen und sehr zufriedenen Patienten möglich. Das gemeinsame Arbeiten und Leben unter diesen einfachen Bedingungen in Krisen- und Kriegsgebieten in einem internationalen Team ist im positiven Sinne sehr herausfordernd.

Die Arbeit für MSF zeigt uns Chirurgen, dass vieles, was wir in „unserer“ Welt als selbstverständlich voraussetzen, wie z. B. Nahrung, Trinkwasser, Unterkunft, Sicherheit, Gesundheitsversorgung, vielfach nicht existiert, sondern dass es für die lokale Bevölkerung um das pure tägliche Überleben geht. Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht, diesen Menschen mit unserer chirurgischen Unterstützung dabei zu helfen, wieder ein selbstbestimmtes Leben in Würde führen zu können. (siehe u. a. angeführte Fallbeispiele)

Wir freuen uns über jede neue helfende Chirurgenhand in unseren Teams.

und Verletzungen (z. B. Abdominalverletzungen, offene Frakturen, plastische Deckung von Weichteildefekten, Handverletzungen u. v. m.) trainiert werden (s. hierzu gesonderter Artikel von S. Krieger und R. Baumann).

Vor Ort, wo immer es dann sei, erwartet uns dann ein Team von internationalen und einheimischen Mitarbeitern. Abseits von so manchen Zwängen der von uns gewohnten bürokratischen Strukturen ist nun ein Arbeiten im Team möglich, das sich nahezu ausschließlich auf

die Behandlung von Kranken und Verletzten konzentrieren kann. Meist arbeiten wir in einer chirurgischen Einrichtung, die von MSF wiederhergestellt und mit Material ausgestattet wurde sowie mit Hilfe von regionalem medizinischen Personal. Das Leben vor Ort ist häufig auf Grund von schwierigen Sicherheitslagen beschränkt auf das Umfeld des Krankenhauses und der lokalen Unterkunft. In sicheren Kontexten kann sich das Team nach der Arbeit im Krankenhaus frei bewegen und nach Absprache in die lokale Kultur eintauchen.

Kontakt:

„Ärzte ohne Grenzen“ e.V.
Am Köllnischen Park 1
10179 Berlin
www.aerzte-ohne-grenzen.de

FALL 3: EINSATZ BEISPIEL IM SÜD-SUDAN, REGIONALES KRANKENHAUS

Kontext: Akuter Bürgerkrieg

Chirurg: Dieter Mühl-Benninghaus



Abb. 4a: Fall 3 ist ein 8-jähriger Junge mit abdominalen Schussverletzung und Schussfraktur des li. Femur



Abb. 4b: Z. n. ausgedehnter Dünndarm – Resektion bei multiplen Verletzungen, Wunddebridement und Extensionsbehandlung der Femurfraktur



Abb. 4c: Z. n. Abnahme der Extension und Mobilisation

FALL 4: EINSATZ-BEISPIEL IN GAZA, SPEZIALISIERTE KLINIK

Kontext: Chronischer Konflikt

Chirurg: S. Krieger



Abb. 5a: Fall 4 ist ein 3-jähriges Mädchen mit Verbrennungskontraktur Finger, Handgelenk, Ellenbogengelenk nach Bombenangriff



Abb. 5b, c: Ansicht postoperativ von palmar und dorsal nach Kontrakturlösung durch Rotationslappen, Z – Plastiken, Vollhauttransplantation und KD – Transfixation temporär



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

IM FOKUS

„ Humanitäre Einsätze





Dr. med. Johannes Schad
 Facharzt für Chirurgie
 Zusatzqualifikation Notfallmedizin
 seit 2009 regelmäßig für das DRK
 im Auslandseinsatz in Krisen- und
 Konfliktregionen
jsschad@web.de

Internationale Rotkreuz-Bewegung: Chirurgisches Arbeiten in der Katastrophenhilfe

CHIRURGISCHE PRINZIPIENTREUE IM KONTEXT BEGRENZTER RESSOURCEN – GEHT DAS?

Wussten Sie, dass es in inzwischen 191 Ländern der Welt eine nationale Rotkreuz- oder Rothalbmondgesellschaft gibt? Damit ist die Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung die größte humanitäre Organisation der Welt. Das Deutsche Rote Kreuz (DRK) ist die Nationale Gesellschaft des Roten Kreuzes der Bundesrepublik Deutschland und Bestandteil der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung.

Die Bewegung ist keine alleinstehende Organisation. Das Rote Kreuz im Sinne eines einheitlichen Gebildes gibt es in der Form gar nicht. Das Rote Kreuz ist vielmehr die Summe seiner Bestandteile, ein Zusammenspiel der drei Komponenten:

1. Internationale Föderation als Dachverband aller Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften (www.ifrc.org),
2. Internationales Komitee vom Roten Kreuz (IKRK) und
3. den 191 nationalen Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften, von denen eine auch das DRK ist (www.drk.de).

Jede Organisation hat ihre eigene rechtliche Identität und Rolle, wobei sich alle den sieben Grundsätzen der Bewegung verschrieben haben:

- Menschlichkeit
- Unparteilichkeit
- Neutralität
- Unabhängigkeit
- Freiwilligkeit
- Einheit
- Universalität

Jede Organisation der Bewegung ist dazu verpflichtet, diese Grundsätze zu respektieren und zu bewahren.

Das IKRK ist darum bemüht, das Leben und die Würde der Betroffenen bewaffneter Konflikte und anderer Situationen von Gewalt weltweit zu schützen. Bei bewaffneten Konflikten leitet das IKRK die internationalen Hilfsaktionen der Bewegung.

Die Föderation als koordinierender Zusammenschluss aller Nationalgesellschaften leitet die Einsätze bei Naturkatastrophen, Gesundheitskrisen und bei der Unterstützung von Flüchtlingen. Die jeweilige nationale Gesellschaft fungiert stets auxilliär zu staatlichen Behörden, hat aber substantielle Autonomie. Kommt es zu einem Schadensereignis, das die Kapazitäten des betroffenen Staates oder der Nationalgesellschaft deutlich übersteigt, kann über die Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung rasch internationale Hilfe angefordert werden. Im Rahmen dieser Aufteilung leistet das DRK Hilfe in mehr als 50 Ländern in Afrika, Asien, Nahost und Lateinamerika.

WELCHE EINSATZMÖGLICHKEITEN ERGEBEN SICH DARAUS FÜR CHIRURGINNEN UND CHIRURGEN?

Die Variabilität ist tatsächlich sehr kontextspezifisch: Kommen in den Konfliktgebieten mehr die Behandlungsprinzipien der Kriegschirurgie zum Tragen (z. B. offene Wundbehandlung, großzügiges Debridement, Damage-Control-Surgery, etc.) so ist während eines konventionellen Katastropheneinsatzes durch den Kollaps der bestehenden medizinischen Infrastruktur mit einer Vielzahl auch

Schad J: Internationale Rotkreuz-Bewegung: Chirurgisches Arbeiten in der Katastrophenhilfe. *Passion Chirurgie*. 2018 Juli, 8(07): Artikel 03_04.



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



Abb. 1: Erdbebenhilfe Nepal 2015; Blick auf die Mobile Klinik vom Roten Kreuz von Singati

elektiver Eingriffe zu rechnen. Der häufigste Eingriff war und ist allerdings die Sectio.

Ist wie derzeit etwa in Bangladesch das regionale Gesundheitssystem mit der Zuwanderung von über 700.000 Flüchtlingen aus Myanmar auch mittelfristig definitiv überfordert, muss die regionale medizinische Grund- und Regelversorgung auch über einen langen Zeitraum durch internationale Kräfte gewährleistet werden.

Das dargestellte Spektrum zeigt, welches Dilemma sich offenbaren kann: Insbesondere jüngere Chirurginnen und Chirurgen durchlaufen in Deutschland eine exzellente Ausbildung insbesondere der laparoskopischen Therapieverfahren. Auf diese Technologie wird aber aus hygienischen und logistischen Gründen im Einsatz bewusst verzichtet und rein konventionelle Techniken angewendet.

WELCHE FÄHIGKEITEN GILT ES SICH DAHER VORAB ANZUEIGNEN?

Insbesondere die Durchführung einer Sectio sollte idealerweise beherrscht werden. Weiter sollten auch Allgemeinchirurgen mit der Anlage eines Fixateur externe (ohne BV) und der konservativen Frakturbehandlung vertraut sein. Von Unfallchirurgen/Orthopäden muss gelegentlich auch eine Appendektomie

oder diagnostische Laparatomie durchgeführt werden. Der Triage der Patienten vor Ort kommt deshalb eine zentrale Rolle zu, korreliert sie letztlich unmittelbar mit dem fachlichen Spektrum und Können der eingesetzten Chirurginnen und Chirurgen und deren Teams.

Weiter unterliegt die Indikationsstellung jedoch nicht etwa wie in Deutschland rein medizinischen Kriterien, sondern auch noch den Einsatzkriterien wie zum Beispiel Sicherheit, Personal- und Materialverfügbarkeit oder Tageszeit. Das heißt, ähnlich wie im Flugzeug, hat nicht der Arzt das letzte Wort, sondern der örtliche Einsatzsachleiter oder Teamleader. Das ist auch für routinierte Chirurgen eine oftmals sehr gewöhnungsbedürftige Erfahrung.

Die Verkehrssprache während des Einsatzes ist üblicherweise Englisch. Es kann jedoch sein, dass bis zu sechs verschiedene Nationen an einem OP-Tisch versammelt sind. Das ist vor allem für die Follow-up-Dokumentation eine Herausforderung. Insofern obliegen dem Chirurgen auch die stete Kontrolle und auch das Training zum Beispiel des einheimischen Personals. Das Prinzip „Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser“ ist insbesondere auch z. B. beim Sterilisationsprozess sehr evident.



Abb. 2: Erdbebenhilfe Nepal 2015; Blick in den OP-Bereich der mobilen Klinik in Singati

WELCHE TRAININGSMÖGLICHKEITEN BESTEHEN SEITENS DER ENTSENDENDEN ORGANISATION?

Eine gemeinsame Arbeitsmatrix ist insbesondere in einem schwierigen Kontext unabdingbar. Insofern bietet das DRK den Einführungskurs „IMAPCT“ an, in dem die Grundprinzipien der humanitären Hilfe wie auch der Ablauforganisation innerhalb der Rotkreuz-Bewegung dargestellt werden. Gesundheitliche und fachliche Aspekte werden in dem Aufbaukurs „Health-Emergency Response Unit“ beleuchtet. Beide Kurse sind innerhalb der Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung standardisiert und werden regelmäßig von nationalen Gesellschaften wie dem DRK angeboten. Das IKRK bietet in Ergänzung dazu das „War-Surgery-Seminar“ an, bei dem im Kollegenkreis die Herangehensweisen an komplexe Kriegs-Verletzungsmuster diskutiert werden.

Die Einsatzdauer sollte grundsätzlich vier Wochen nicht überschreiten. Normalerweise dauern diese inklusive Briefing und Reise ca. sechs Wochen. Wenn es der Einsatzkontext erlaubt können Einsätze auch auf mehrere Monate ausgeweitet werden.



Abb. 3: Erdbebenhilfe Nepal 2015: Das regionale Straßenbild weist gravierende Schäden an der regionalen Infrastruktur auf.



Abb. 4: Erdbebenhilfe Nepal 2015: Administrative Belange sind auch während eines Einsatzes im Katastrophengebiet nicht zu unterschätzen.

Liegen die Grundvoraussetzungen, der Facharzt-Titel sowie die Tropentauglichkeitsprüfung/G 35 als Ausdruck einer robusten Gesundheit vor, kann eine Freistellung beim Arbeitgeber angefragt werden. Das heißt, sämtliche Kranken- und Rentenversicherungen laufen ohne Einschränkungen weiter und das DRK erstattet dem Arbeitgeber die Personalkosten. Eine Zuzahlung von

Wochenend- oder Nachtzuzahlung entfällt allerdings. Auch für niedergelassene oder freischaffende Chirurgen ist ein Einsatz prinzipiell möglich. Das Honorar wird dann mit der Personal-Abteilung individuell vereinbart.

Der Vorteil einer großen Organisation liegt im professionellen Einsatzmanagement, der insgesamt guten Vernetzung und großen

Erfahrungsbandbreite. Das ist insbesondere im entlegenen Katastrophenkontext ein erheblicher Bonusfaktor. Eine suffiziente Versorgung, zum Beispiel in einem chirurgischen Feldhospital, steht und fällt mit der Logistik. Des Weiteren gewährleistet das Arbeiten unter dem Schirm der jeweiligen Rotkreuz- oder Rothalbmond-Gesellschaft eine Rechtssicherheit, die man sonst als medizinische Einsatzkraft so nicht hat. Denn haben sich früher Staaten kaum für irgendwelche medizinischen Akkreditierungsprozesse interessiert, so bedarf die Arbeit von Ärzten und Chirurgen selbst im Katastrophengebiet mittlerweile der Genehmigung der regionalen Gesundheitsbehörden. Ein bloßes Touristen-Visum reicht da mitnichten.

WO LIEGEN DIE VORTEILE EINER SOLCHEN TÄTIGKEIT?

Es ist vor allem der progrediente fachliche, aber auch persönliche Erkenntnisgewinn, der das Arbeiten in einem solchen Kontext sehr bereichernd machen. Auch der Motivationsgrad der Mitarbeitenden ist oftmals sehr bemerkenswert. Voraussetzung dazu ist die Bereitschaft, sich auch auf andere Kulturen einzulassen. Trotzdem bedarf es einer erheblichen Gelassenheit und zuweilen auch Bescheidenheit, denn zwischen den eigenen Vorstellungen was machbar wäre und dem, was letztlich umgesetzt werden kann, ist oftmals ein erhebliches Delta. Insofern darf die Eingangs gestellte Frage, ob die chirurgische Prinzipientreue auch unter Feldbedingungen gelingt, dahin gehend beantwortet werden, dass die Arbeit vor Ort meist einen durchaus hohen positiven Impact für die notleidende Bevölkerung hat. Trotzdem müssen oftmals auch erhebliche Abstriche gemacht werden, insbesondere wenn es um die Belange der Neuro- oder Thoraxchirurgie geht. Hier bleiben oftmals nur noch supportive Maßnahmen, da Verlegungen in geeignete Einrichtungen schlicht nicht möglich sind.

Deutsches Rotes Kreuz (DRK)



Das DRK hat aktuell einen erheblichen Bedarf an Allgemein- und Unfallchirurgen für internationale Projekte und hat dazu eine spezifische Kontakt-Stelle eingerichtet.

Erfüllen Sie die Voraussetzungen und möchten sich in den Nothilfe-Einheiten des DRK engagieren?

Informieren Sie sich **HIER**, registrieren Sie sich und bewerben sich für die Grundlehrgänge (<https://www.drk.de/hilfe-weltweit/wann-wir-helfen/was-machen-wir-in-der-nothilfe/werden-sie-eru-delegierte/>).

Registrieren Sie sich unter <https://drkhrnet.drk.de>.

Kontakt:

Dr. Tim-Lorenz Wurr
Koordinator Personal Ausland Deutsches Rotes Kreuz Generalsekretariat
Telefon: +49 (0) 30 85 404 -306
t.wurr@drk.de





Werde

FeinmechanikerIn

Kein Durchschnittsjob: ChirurgIn
www.chirurg-werden.de

IM FOKUS

” Humanitäre Einsätze



Erfahrungsbericht ISAF 2005 – 2012: Der humanitäre Aspekt



Oberarzt

PD Dr. med. Erwin Kollig

Klinik für Unfallchirurgie und
Orthopädie, Wiederherstellungs-,
Hand- und Plastische Chirurgie,
Verbrennungsmedizin
Bundeswehrzentral Krankenhaus
Koblenz
Rübenacher Straße 170
56072 Koblenz
erwinkollig@bundeswehr.org

Kollig E: Erfahrungsbericht ISAF 2005 – 2012:
Der humanitäre Aspekt. Passion Chirurgie. 2018
Juli, 8(07): Artikel 03_05.



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

Der nachfolgende Artikel entstand vor dem Hintergrund der persönlichen Erfahrungen und Eindrücke des Autors während zahlreicher Auslandseinsätze im Sanitätsdienst der Bundeswehr vor allem in Afghanistan. Die hier vorgestellten Schilderungen und Bewertungen erheben keinerlei Anspruch auf eine allgemeine Gültigkeit, sie sind Ausdruck der individuellen Betrachtung. Dem Haupteinsatzort des Autors entsprechend beziehen sich die nachfolgenden Schilderungen vorwiegend auf dessen Erfahrungen beim Einsatz im PRT (Provincial Reconstruction Team) in Kunduz.

Eine der Folgen des 9/11-Anschlags auf die Twin Towers in New York war die Bildung einer internationalen Militärmission in Afghanistan, die International Security Assistance Force, kurz ISAF, an der sich auch die Bundesrepublik Deutschland beteiligte. „Verteidigung der deutschen Sicherheit am Hindukusch“ lautete die Devise des damaligen Verteidigungsministers Peter Struck.

Im Norden Afghanistans hatte die Bundeswehr sogenannte PRT zu errichten, denen eine sanitätsdienstliche Einheit zugeordnet wurde. Die Aufstellung dieser Einheiten in Breite und Tiefe wurde abhängig gemacht

von ihrer originären Aufgabe, also ob es sich um eine sogenannte „Role 2“ mit der ersten einsatzchirurgischen Basisversorgungsmöglichkeit handelte oder um eine übergeordnete „Role 3“ mit einer erheblich breiteren Aufstellung, fachlich interdisziplinär wie materiell.

In eine „Role 2“ eingebettet war unter anderem eine OP-Gruppe, bestehend aus einem Facharzt für Chirurgie, unterstützt von einem erfahrenem WB-Assistenten aus dem operativen Fach, einem Facharzt für Anästhesie mit einem erfahrenen WB-Assistenten aus dem Fachgebiet, sowie Operationstechnische Assistenten und anästhesiologisches Assistenzpersonal, Pflege und Funktionspersonal für Labor, Bettenstation, High Care und konventionelles Röntgen.

Die zunehmend auch durch internationales Sanitätspersonal unterstützten militärmedizinischen Einrichtungen in den PRT hatten primär *keinen humanitären* Auftrag für die Versorgung der lokalen Bevölkerung. Sie waren für die sanitätsdienstliche Versorgung von Erkrankten und Verwundeten eigener und befreundeter Kräfte vorzuhalten.

Im ersten Feldlager im sogenannten „Mandelgarten“ in Kunduz setzte sich die medizinische Behandlungseinrichtung aus einem Containersystem zusammen, dessen

Elemente zum Teil auf eine jahrzehntelange Nutzung zurückblickten. Hier konnten erste operative Eingriffe durchgeführt werden, deren Spektrum der initial noch geringen Bedrohungslage entsprach.

Die Ausstattung an medizinischen Geräten, Instrumentarien, Verbrauchsgütern und Medikamenten waren konzeptionell dafür ausgelegt, eine in jeder Hinsicht stabilisierende Erstversorgung von Verwundeten und Erkrankten sicherzustellen, um diese dann zur Definitivbehandlung zu repatriieren („Damage control surgery“).

Mit den zivilen ärztlichen Kollegen vor Ort konnte sukzessive eine bescheidene Zusammenarbeit aufgebaut werden, die sich im Lauf der Jahre festigte.

Mit dem Umzug in das außerhalb der Stadt gelegene, komplett neu errichtete PRT in Nachbarschaft zum alten Flugfeld wurde auch der Sanitätsbereich in einem festen Gebäude untergebracht, dessen Einrichtung und Betrieb deutschen Standards entsprach.

Die afghanischen Kollegen stellten Patienten vor, für die vor Ort keine adäquate medizinische Versorgung zu realisieren war. Dabei spielten aus Sicht des operativen Faches veraltete Verletzungsfolgen nach Unfällen wie Explosionstraumata durch die allgegenwärtigen Sprengfallen und Minen noch aus Sowjetzeiten eine besondere Rolle. Aus einem medizinisch hochentwickelten Hintergrund kommend und von einer langen Friedenszeit geprägt, mussten unsererseits die ersten Erfahrungen über diese speziellen Hinterlassenschaften einer scheinbar endlosen kriegesischen Auseinandersetzung gesammelt werden.

Zunächst ungewöhnlich aus mitteleuropäischer Sicht waren auch Präsenz und Durchseuchung mit parasitären Erkrankungen (zum Beispiel Helminthosen, Echinokokkosen) und besonderen infektiösen Krankheitsbildern (zum Beispiel Tuberkulose in allen Erscheinungsformen). Verschleppte, hämatogene Osteomyelitiden bei Kindern

wurden ebenso regelmäßig beobachtet wie angeborene, nicht adressierte Fehlbildungen, wie zum Beispiel Hüftdysplasien oder Klumpfüße. Auch mussten im Lauf der Zeit erste Erfahrungen gesammelt werden mit dem Keimpektrum vor Ort. Übereinstimmend mit zahlenmäßig großen Datenerhebungen der US-Amerikaner aus dem ISAF-Einsatz wurde speziell nach Verwundungen ein unerwartet hohes Aufkommen an multiresistenten, gramnegativen Bakterien festgestellt.

In enger Abstimmung mit der militärischen Führung und nach Genehmigung durch diese konnten in Zeitphasen mit geringer Anschlags- oder Gefechtsintensitäten gemeinsam mit lokal tätigen, zivilen Ärzten gemeinsame Visiten im örtlichen Krankenhaus durchgeführt werden. So wurden zum Beispiel an zwei Tagen der Woche gemeinsam im Kunduz-Hospital operiert. Mit der in den folgenden Jahren stetig angestiegenen Bedrohungslage – auch speziell gegen deutsches Sanitätspersonal – musste diese Initiative komplett eingestellt werden

Alle Behandlungen von zivilen Patienten fanden von da an im geschützten PRT statt. Zudem wurde ein Verfahren etabliert, mit dem einheimische Fachärzte besondere „Problemfälle“ mittels Überweisung in einer „Local-Sprechstunde“ vorstellen konnten. Wurden hierbei Indikationen für Eingriffe identifiziert, konnten diese im OP des PRT durchgeführt werden, so lange die jederzeitige Verfügbarkeit für eigene Verletzte sichergestellt war.

Die erfolgreiche Behandlung von Zivilpatienten, insbesondere der überdurchschnittlich häufig vorgestellten Kinder, hat besonders zu Anfang der ISAF-Mission zu einer zugewandten Stimmung der einheimischen Bevölkerung gegenüber den deutschen Kräften beigetragen. Dies wurde als sogenannte „Medical Force Protection“ positiv gewertet.

Es lag somit im Ermessen des militärischen Führers vor Ort, von dieser Möglichkeit der

„Medical Force Protection“ Gebrauch zu machen, oder diese zu untersagen. Die wechselnden Kommandeure der PRT entschieden hier zum Teil diametral, sodass Phasen einer regelmäßigen Behandlungs- und Operations-tätigkeit zu Gunsten ziviler einheimischer Patienten sich abwechselten mit solchen ohne jedwede.

Neben dem humanitären Aspekt bei der Behandlung Einheimischer spielte ein weiterer Gesichtspunkt eine nicht unwesentliche Rolle. In den seltensten Fällen kamen die OP-Gruppen der Bundeswehr aus ein und derselben Einheit, vielmehr fanden sich dort Angehörige unterschiedlicher Stammtruppenteile zusammen, die nicht auf eine vorherige, gemeinsame fachliche Zusammenarbeit zurückgreifen konnten. Die Bedeutung des reibungslosen Zusammenspiels der Akteure in Schockraum oder OP bedarf hier keiner Erörterung. Reine „Trockenübungen“ sind kein Surrogat für den gelebten Klinikbetrieb.

De facto wurde mit den quantitativ und qualitativ überschaubaren, planbaren Eingriffen an den einheimischen Patienten eine Win-win-Situation generiert: Vor Ort aussichtslosen Fällen konnte eine vergleichsweise hochwertige medizinische Behandlung gewährt werden. Das gesamte hierin involvierte Team hatte damit Gelegenheit sich unter „kontrollierten Bedingungen“ zusammen einzuspielen. Dieses Vorgehen hat sich im Späteren dann beim Aufkommen eigener Schwerverwundeter vollauf bestätigt, erst recht, nachdem zum Beispiel auch in Kunduz zuletzt OP-Gruppen mit internationaler Zusammensetzung eingesetzt waren. Speziell hier hat es sich vollumfänglich bewährt, dass die beteiligten Nationen bei der Traumaversorgung im Schockraum die „ATLS-Sprache“ beherrschten.

Es sollen im Weiteren stellvertretend Beispiele von zivilen Patienten aufgezeigt werden, für die auch unkonventionelle oder improvisierte Lösungsansätze gefunden werden mussten.

**BEISPIEL 1**

Vorgelegt wurde ein 8-jähriger Junge mit einer Unterschenkelachsfehlstellung nach einem Verkehrsunfall zwei Jahre zuvor.

Angesichts der Achsabweichung wurde das Korrekturpotenzial der noch offenen Fugen als nicht mehr ausreichend erachtet, es erfolgte eine dreidimensionale Korrekturosteotomie mit Plattenosteosynthese.



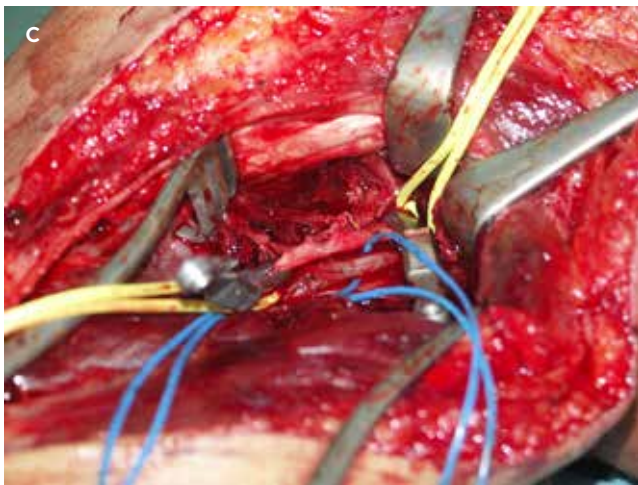
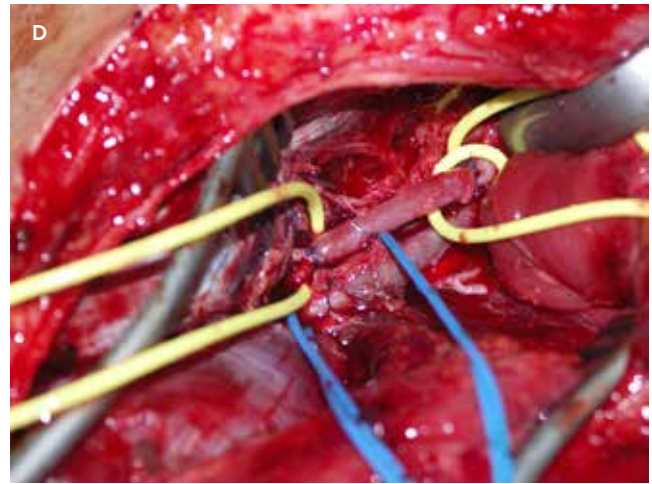


BEISPIEL 2

Vorgelegt wurde ein 11-jähriger Junge mit den Folgen einer hämatogenen Osteomyelitis der Tibia mit der Frage der Amputation.

Es folgte eine Segmentresektion der Tibia im Gesunden, die Wundkonditionierung mittels NPWT, die anschließende Spalthautdeckung und die Wiederherstellung der Knochenkontinuität mittels eines retrograden Segmenttransportes, inklusive abschließender Docking-Operation mit einem Gastrocnemiuslappen. Für den Segmenttransport wurde der damals noch verwendete Fixateur externe mit sterilisierten Gewindestangen aus der Instandsetzung in einen improvisierten Transportfixateur umgebaut.

Nach elf Monaten konnte ein erfolgreicher Abschluss mit belastungsfähiger Gliedmaße erreicht werden. Der kleine Patient konnte bis auf wenige perioperative, stationäre Behandlungstage ambulant geführt werden und blieb somit im Umfeld seiner Familie.



BEISPIEL 3

Ein 12-jähriger afghanischer Junge wurde bei einem Feuergefecht zwischen Taliban und ISAF-Kräften durch Geschossfragmente am Unterschenkel verletzt und vom Geschehensort umgehend zuverlegt. Bei der Aufnahme hatte er multiple kleine, penetrierende Traumata, keine

relevante Blutung, keinen tastbaren Puls im Fußbereich, kein Dopplersignal und einen radiologischen Nachweis eines Metallfragmentes tief popliteal mit stärksten (Ischämie-) Schmerzen.

Es erfolgte eine sofortige Notfall-OP unter der Arbeitsdiagnose einer traumatischen Dissektion der A. poplitea mit intraoperativem Nachweis

der Durchtrennung der Arterie, Revaskularisierung mit reversed Saphena-magna-Interponat, gefolgt von einer Kompartmentspaltung.

Es folgte dann ein unauffälliger Heilverlauf mit regelrechten Durchblutungsverhältnissen, sekundärer Wundverschluss und einer ambulanten Abschlusskontrolle nach drei Wochen.



BEISPIEL 4

Vorgelegt wurde ein 3-jähriges Mädchen mit Folgen von Verbrennungen an beiden Handinnenflächen und am rechten Unterschenkel ca. ein Jahr zuvor. Es zeigten sich hochkontrakte Narbenzüge mit Störungen von Form und Funktion sowie der Wachstumsrichtung.

Die Nabelstränge und -platten wurden komplett exzidiert, die Kontrakturen aufgelöst, die Defekte mit Spalthaut gedeckt. An den Fingern wurden paraossal feine Kirschnerdrähte eingebracht, um einen sofortigen Korrekturverlust zu verhindern.

Der Heilverlauf konnte ambulant zwei Wochen postoperativ kontrolliert und mit Entfernung der paraossalen Drähte abgeschlossen werden.



BEISPIEL 5

Vorgestellt wurde ein 27-jähriger Mann mit einer veralteten Schussverletzung am Oberarm mit kompletter Durchtrennung des N. medianus mit entsprechenden sensomotorischen Defiziten. In Folge des Alters der Verletzung mit kompletten Muskelatrophien wurde

eine motorische Reinnervation als nicht mehr erfolgversprechend erachtet.

Es wurde proximal nach langstreckiger Neurolyse des N. medianus mit Neuromexstirpation proximal eine resensibilisierende Medianusrekonstruktion im 80 mm langen Defekt mit autologen N. surales von beidseits

vorgenommen sowie eine motorische Ersatzplastik an der Hand durch Sehnentransfer.

FAZIT

Auch wenn der ISAF- und der aktuelle RSM-Folgeinsatz kein primär humanitäres Mandat für die sanitätsdienstliche

Versorgung der einheimischen Bevölkerung durch die eingesetzten Kräfte beinhaltete, konnte in den seinerzeit betriebenen PRT zahlreichen, einheimischen Patienten eine operative Behandlung zuteilwerden, die sie vor Ort sonst nicht oder zumindest nicht in vergleichbarem Umfang zu erwarten hatten, hervorzuheben ist dabei der Anteil an Kindern. Als Sanitätsoffiziere hatten wir je nach Bedrohungslage und deren militärmedizinischen Herausforderungen auch die Gelegenheit, für uns zum Teil völlig ungewohnte Erkrankungs- und Verletzungsbilder kennenzulernen und zu behandeln. Es

war stellenweise eine klassische chirurgische Tugend besonders gefordert: die der Improvisation.

Für den Autor hat sich durch diese speziellen Einsatzerfahrungen eine bereits vorher bestehende Erkenntnis nachdrücklich gefestigt: Die breite, chirurgische Ausbildung ist und bleibt unersetzlich, um bei einer systemischen Bedrohung des Patienten durch Trauma oder das chirurgische Krankheitsbild im Sinne einer ganzheitlichen Bewertung der Situation flexibel, zeit- und situationsgerecht zu agieren.

Nur die breite Expertise im mentalen Gepäck hat uns in die Lage versetzt, den Herausforderungen vor Ort ohne den gewohnten High-Tech-Hintergrund von zu Hause erfolgreich zu begegnen.

Die Entwicklung der Weiterbildungsordnung im chirurgischen, besonders im unfallchirurgischen Bereich, hat eine entgegengesetzte Richtung eingenommen, qualitativ und quantitativ. Die – unnötig – herbeigeführten Konsequenzen hieraus sind absehbar, auch für die zivile Versorgung hier zu Hause. ○

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 Denkinger, 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.





IM FOKUS

”
**Humanitäre
Einsätze**

Hands-on-Workshop von Ärzte ohne Grenzen



Dr. Stefan Krieger
Ärzte ohne Grenzen Deutschland
Am Köllnischen Park 1
10179 Berlin
Praxisklinik Chirurgie Medicenter Düren
Arnoldsweilerstr. 21, 52351 Düren
Stefan.krieger@berlin.msf.org



Dr. Rainer Baumann
Ärzte ohne Grenzen Deutschland
Heilig Geist Krankenhaus
Leiter Unfallchirurgie
Grasgegerstr. 105
50737 Köln
rainer.baumann@cellitinnen.de

Krieger S, Baumann R: Hands-on-Workshop von
Ärzte ohne Grenzen. Passion Chirurgie. 2018 Juli,
8(07): Artikel 04_01.



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

VORBEREITUNG AUF EINSÄTZE IN DER HUMANITÄREN CHIRURGIE

Die Chirurgie ist ein fundamentaler Bestandteil der medizinischen humanitären Hilfe für Menschen in Kriegs- und Krisenregionen. Der Kontext der humanitären Chirurgie erfordert chirurgisches Handeln mit einfachen Mitteln unter erschwerten Bedingungen weit über gewohnte Fachgrenzen hinaus. Um Chirurginnen und Chirurgen bei Ärzten ohne Grenzen möglichst realitätsnah auf die Besonderheiten dieser Kriegs- und Krisenchirurgie vorzubereiten, wird jährlich ein auf diesen Kontext zugeschnittener chirurgischer Hands-on-Workshop von Ärzten ohne Grenzen durchgeführt. Ziel ist, durch enge Verzahnung von realitätsnahem Training und regelmäßiger chirurgischer Rückmeldung aus den Projekteinsätzen die Qualität der humanitären Chirurgie kontinuierlich zu erhöhen.

Weltweit nimmt die Zahl der Kriegsverletzten sowie Gewaltopfer seit Jahren zu. Jährlich sterben mehr als fünf Millionen Menschen an den Folgen von Gewalt und Krieg [WHO 2006]. Mittlerweile trägt die Chirurgie mehr als 11 Prozent der gesamten Krankheitslast weltweit [Lancet 2015]. Akute oder chronische Verletzungsfolgen sind überaus häufig und haben eine deletäre Auswirkung auf die soziale und wirtschaftliche Situation der Opfer und ihrer Familien. Die humanitäre Krisensituation erfordert eine Chirurgie weit über Fachgrenzen hinaus. Aufgrund der bei uns üblichen frühzeitigen chirurgischen Spezialisierung ist die Breite der durchzuführenden Eingriffe in der humanitären Chirurgie eine große Herausforderung sowohl für die Chirurgen als auch für Ärzte ohne Grenzen. Humanitäre Chirurgie ist weder Teil der medizinischen Ausbildung an der Universität noch Teil der chirurgischen Facharztausbildung. Um Chirurginnen und Chirurgen zielgerichtet zur Überbrückung ihrer Kenntnisse über die fachspezifische Spezialisierung hinaus

auf die Erfordernisse der Krisenchirurgie mit Diagnostik und Therapie unter schwierigen Bedingungen vorzubereiten, führt Ärzte ohne Grenzen seit dem Jahr 2009 einen internationalen chirurgischen Workshop für die auszusendenden Chirurgen durch.

VORGEHEN

Der internationale Hands-on-Workshop findet einmal im Jahr in der Anatomie der Universität Düsseldorf statt. Der Workshop wird in englischer Sprache abgehalten, einzelne Hands-on-Übungen werden in Englisch und/oder Französisch durchgeführt. Die Auswahl der Teilnehmer erfolgt aus dem internen Pool der Chirurgen von Ärzten ohne Grenzen. Er besteht aus zwölf verschiedenen Trainingsmodulen aus dem Bereich der humanitären Krisenchirurgie und dauert fünf Tage. Der Schwerpunkt liegt auf dem Hands-on-Training häufig vorkommender Eingriffe im humanitären Projekt. Alle praktischen Übungen werden vorab durch theoretische Übungen und Fallbeispiele vorbereitet. (**Tab. 1**). Ein Schwerpunkt der Hands-on-Übungen besteht in der Bruchversorgung mittels Gips, Traktion und Fixateur externe, Defektdeckungen der Extremitäten (**Abb. 4**), Sehnen- und Nerven nähte, Versorgung von Verletzungen des Thorax, des Abdomens (**Abb. 1**) und der Gefäße, Tracheotomie, Craniotomie, Amputationen und weitere mehr (**Tab. 2**). Eingriffe in der Geburtshilfe werden an realitätsnahen Dummies geübt. (**Abb. 5**)

Tab. 1: Theoretische Module

Jeweils theoretische Einführungen und Fallbeispiele
entsprechend der praktischen Module

Kriegschirurgie

Verhalten im Massenansturm von Verletzten

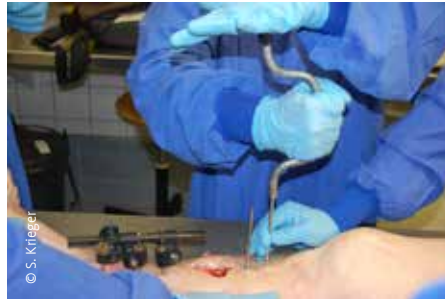
Kontext- und kulturorientiertes Verhalten

Tab. 2: Praktische Trainingsmodule

Rekonstruktive Chirurgie (Lappenplastiken und Defektdeckungen)
Externe Fixation (obere und untere Extremität, Becken)
Bruchbehandlung durch Gips und Extension
Handchirurgie (u.a. Sehnen- und Nerven nähte)
Gefäßchirurgie (Versorgung von Gefäßverletzungen)
Neurochirurgie (u. a. Kraniotomie zur Entlastung nach Blutungen)
Abdominal- und Thoraxchirurgie (Laparotomie im Notfall, Thorakotomie und Drainage)
Kieferverdrahtung, Trachestomie, Koniotomie, Augenukulation
Fasziotomie, Amputationen
Kaiserschnitt, postpartale Blutungen
Topographische Anatomie

**Abb. 1:** Notfall-Laparotomie mit Packing

Die praktischen Übungen (insgesamt 24 Stunden) werden unter Anleitung erfahrener Chirurgen an Leichen durchgeführt und jeweils von theoretischen Übungseinheiten (insgesamt 14 Stunden) vorbereitet. Alle Operationen werden unter den erschwerten Bedingungen des Krisengebietes simuliert, d. h. ohne stromabhängiges Instrumentarium. Die Anlage der Fixateure erfolgt genauso mit manuellem Drill sowie die Kraniotomie mit manuellem Drill und Giglisäge. (Abb. 2, 3)

**Abb. 2:** Kraniotomie mit Giglisäge**Abb. 3:** Fixateur externe Anlage mit manuellem Drill

Zur Überprüfung der Lehrqualität sowie zur kontinuierlichen Anpassung des Workshops an die sich ständig wechselnden Erfordernisse der humanitären Chirurgie in den Hilfsprojekten werden regelmäßig Kursevaluationen vorgenommen.

Eine Gesamtevaluation des Kurses sowie der durchgeführten Module erfolgt unmittelbar am Ende des Kurses durch eine Fokusgruppendifkussion und Fragebogenerhebung.

Eine zweite Evaluation erfolgt nach Rückkehr der Teilnehmer ins Hilfsprojekt sechs Monate nach Kursende und erhebt über einen standardisierten Fragebogen die praktische Relevanz der trainierten Maßnahmen im täglichen chirurgischen Alltag.

ERGEBNISSE

Seit 2009 wurden 228 Chirurgen aus 48 verschiedenen Ländern ausgebildet. Die Gesamtevaluation des Kurses ergab eine hohe Zufriedenheit der Teilnehmer. Somit entsprachen Inhalt, Umfang und der zeitliche Rahmen des Kurses den Erwartungen und Anforderungen der Zielgruppe. Hierbei wurden von den Kursteilnehmern insbesondere

**Abb. 4:** Defektdeckung am Unterschenkel mittels gestielten Lappen**Abb. 5:** Komplikationsmanagement beim Kaiserschnitt

das praktische Hands-on-Training sowie die Nähe der geübten Eingriffe zur Projektrealität hervorgehoben.

In der Evaluation nach Rückkehr ins Projekt wurden insbesondere die hohe Relevanz der trainierten Eingriffe in den Bereichen rekonstruktive Chirurgie, Handchirurgie, Knochenbruchbehandlung und gynäkologische Chirurgie hervorgehoben.

Alle Chirurgen gehen nach dem Kurs zurück ins Projekt. Somit ist ein großes Maß an Nachhaltigkeit und Wissenstransfer durch den Kurs gegeben, der direkt den Patienten in der humanitären Krise zugutekommt. ○



© iStock/JohnnyGreig

Kein Maulkorb für den Arzt! Kommunikation und Verhalten nach einem Schadenfall

Die Verunsicherung in der Ärzteschaft ist groß. Hat die Behandlung nicht den gewünschten Erfolg gebracht, hat sich eine Komplikation verwirklicht oder ist es gar zu einem ernsten Zwischenfall mit einem Schaden für den Patienten gekommen, stellt sich für den Arzt die Frage: Was ist jetzt das richtige Verhalten, ohne für mich persönlich, die Praxis oder das Krankenhaus Nachteile zu schaffen? Was muss nun in jedem Fall erfolgen? Darf ich in das Gespräch mit dem

Patienten bzw. den Angehörigen gehen und wenn ja, wie offen darf ich die Kommunikation führen?

Sehr fest verankert ist in der Ärzteschaft die Meinung, ein offenes Gespräch führe zu einem Anerkennung, was wiederum den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge habe. Dies führt nicht selten dazu, dass das Gespräch mit dem Patienten unterbleibt. Es mag Berufsträger geben, denen der Verweis



Johannes Jaklin
 Fachanwalt für Medizinrecht
 Ecclesia Versicherungsdienst GmbH
 Klingenbergstr. 4
 32758 Detmold
 johannes.jaklin@ecclesia.de

auf den Versicherungsschutz zur Umgehung eines Gespräches willkommen sein mag. Vielen Ärzten ist es jedoch gerade in einer solchen Situation ein großes Bedürfnis, mit dem Patienten ein aufrichtiges Gespräch zu führen, um das Vertrauensverhältnis mit dem Patienten zu schützen und eine rasche Klärung und Aufarbeitung in die Wege leiten zu können.

EIN SZENARIO EINES SCHADENFALLES KÖNNTE ETWA WIE FOLGT AUSSEHEN:

Der in einem künstlichen Tiefschlaf befindliche beatmete Patient muss einer MRT-Untersuchung unterzogen werden. Danach zeigen sich Verbrennungen am dritten und vierten Finger. In der Folge muss der dritte Finger amputiert und der vierte Finger mit einem Hauttransplantat versehen werden. Die Untersuchung der Ursachen des Falles ergibt, dass das zur Überwachung angelegte Pulsoximeter bei der Untersuchung am Finger belassen werden musste. Durch eine Lageveränderung kann es zu einem

Kontakt des Kabels mit den Fingern gekommen sein, was wahrscheinlich die Verbrennung verursacht hat. In der Folge dieses Ereignisses wird ein Gespräch mit den Angehörigen nicht geführt. In der späteren ärztlichen Stellungnahme findet sich das Zitat des Arztes: „Bisher wurden uns gegenüber keine Fragen gestellt“. Im Ergebnis kommt es zu einer Anzeige der Angehörigen bei der Staatsanwaltschaft, die ein Ermittlungsverfahren einleitet mit der Folge, dass die Krankenunterlagen beschlagnahmt werden. Der unterdessen eingeschaltete Rechtsanwalt erhebt Klage auf Schmerzensgeld und Schadensersatz.

DIE FRAGE IST, WAS SOLLEN DIE ÄRZTE, DIE PFLEGEKRÄFTE ODER DAS MANAGEMENT IN EINER SOLCHEN SITUATION TUN?

Um dieser Frage auf den Grund zu gehen, sollte man die Ziele definieren, die mit einem richtigen Verhalten erreicht werden sollten:

- Vermeidung einer streitigen oder konträren Auseinandersetzung. Es darf keineswegs als ein Automatismus angesehen werden, dass es bei dem Misslingen einer Behandlung stets zu einer streitigen Auseinandersetzung bis hin zu einem Gerichtsverfahren kommen muss. Selbst für den Fall, dass der Patient Schadensersatz begehrt, kann dies konstruktiv und für beide Seiten zufriedenstellend gelöst werden.
- Vermeidung eines staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahrens. In einem solchen Verfahren wird stets die persönliche Schuld des Einzelnen geprüft mit der Gefahr, dass die Sanktionen auch den Einzelnen treffen. Allein die Durchführung eines solchen Verfahrens – unabhängig von dessen Ausgang – kann für den Arzt zu empfindlichen Konsequenzen führen.
- Es sollte alles dafür getan werden, Medienaufmerksamkeit zu verhindern. Eine Berichterstattung zu diesem Thema zielt in der Regel nicht auf eine Sachaufklärung, sondern eine Schlagzeile ab. Die Gefahr eines Imageschadens mit entsprechenden wirtschaftlichen Folgen ist groß.
- Es geht auch um die Frage, wann verliere ich meinen Versicherungsschutz und was kann ich gegen einen Verlust tun.
- Vermeidung von Handlungen, die einem im weiteren Verlauf der Auseinandersetzung möglicherweise zum Nachteil gereichen würden.
- Zu denken ist aber auch daran, das verlorene Vertrauen des Patienten wiederzugewinnen. Bei einem Schadenfall geht meist – in unterschiedlichem Ausmaß – das Vertrauen des Patienten in den Arzt verloren. Dies muss nicht als etwas Unumstößliches hingenommen werden. Es besteht die Chance, das Vertrauen wiederzugewinnen. Diese Chance sollte genutzt werden.

Jaklin J: Kein Maulkorb für den Arzt!
 Kommunikation und Verhalten nach einem
 Schadenfall. *Passion Chirurgie*. 2018 Juli, 8(07):
 Artikel 04_02.



Quelle: Jaklin J. Kein Maulkorb für den Arzt!
 Kommunikation und Verhalten nach einem
 Schadenfall. *chir praxis* 2018; 83: 565–570.

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

Um herauszubekommen, wie man diese Ziele erreichen kann, macht es Sinn, sich in die Perspektive des Patienten zu versetzen. Wie nimmt ein Patient einen Fehler oder das Auftreten einer Komplikation wahr? Untersuchungen [1] zeigen, dass der Patient insbesondere mit der Art und dem Ausmaß der Informationen unzufrieden ist, die er im Zusammenhang mit einem Zwischenfall erhält. Er ist frustriert darüber, keine überzeugende Erklärung für das Geschehene zu erhalten und – so die Ergebnisse – entsteht bei dem Patienten aus der Art und Weise der Informationsvermittlung der Eindruck, dass der Arzt letztlich kein wirklich großes Interesse oder Mitgefühl an die Situation des Patienten aufbringe. Andere Studien [2] sind der Frage nachgegangen, was das Ziel des Patienten von einer gerichtlichen Auseinandersetzung ist. So gibt etwa die Hälfte an, dass dies eine Möglichkeit sei, das genaue Geschehen detailliert ermitteln zu können. Zu in etwa gleichem Anteil steht der Wunsch des Patienten nach dem Ausdruck des Bedauerns für das Geschehene. Weiter wird als Zielrichtung eines Gerichtsverfahrens genannt, dass der Patient eine Erläuterung erhält, was genau bei der Behandlung geschehen ist. Bei nur etwa einem Drittel steht das Bedürfnis nach finanzieller Entschädigung im Vordergrund.

INITIALE REAKTION [3]

Bei einem Schadenfall gilt die erste Aufmerksamkeit stets dem betroffenen Patienten. Es ist alles zu tun, um den aufgetretenen Schaden zu begrenzen und – wenn möglich – dessen Folgen zu reduzieren. Hat der Auslöser des Schadens das Potenzial, auch andere Patienten zu schädigen (z. B. möglicherweise im Falle einer Infektion), ist das Notwendige zu tun, um eine Ausweitung des Schadens auf andere abzuwehren.

Bereits danach geht es darum, die notwendige interne und externe Kommunikation in Gang zu setzen und deren Wege zu steuern. Der Chefarzt ist – sollte er nicht bereits involviert sein – zu informieren. Dieser wird die Rechtsabteilung in Kenntnis setzen, damit etwa die Frage der Einschaltung des Versicherers oder eines Rechtsanwaltes geklärt

werden und auch eine Abstimmung zu rechtlichen Fragen erfolgen kann. Abhängig vom Ausmaß des Schadens und des Potenzials, dass der Schaden Auswirkung auf das Krankenhaus als Unternehmen hat, wird er auch die Geschäftsführung unterrichten. Zu guter Letzt sollten – zumindest die an der Behandlung des Patienten betroffenen – Mitarbeiter über den Vorfall und die bis dahin vorliegenden Erkenntnisse unterrichtet werden. Dies ist notwendig für die weitere Behandlung des und den Umgang mit dem Patienten, um möglichst Gerüchte im Haus zu vermeiden und um damit gleichzeitig die Mitarbeiter darauf hinzuweisen, nicht selber und eigenständig Informationen an Dritte herauszugeben.

Es ist sehr wichtig, dass eine Kommunikationsbasis gefunden und gepflegt wird.

Hiermit korrespondiert die Entscheidung und Festlegung darüber, wer in der Folge die federführende Kommunikation übernimmt. Dies gilt für die Gespräche mit dem Patienten, mit den Angehörigen oder auch bei Anfragen von außen, beispielsweise durch die Presse. Nur so kann verhindert werden, dass unkontrolliert Informationen weitergegeben werden, die nicht abgestimmt und damit gegebenenfalls nicht im Sinne des Arztes bzw. des Krankenhauses sind. Wichtig ist, dass das Krankenhaus in einer solchen Situation „aus einem Munde“ spricht.

Die unmittelbar an dem Geschehen beteiligten Mitarbeiter sollten bei schwerwiegenden Ereignissen ein Gedächtnisprotokoll fertigen. Der Prozess des Vergessens tritt sehr schnell ein, sodass das Gedächtnisprotokoll in erster Linie als Gedankenstütze dient. Mithilfe eines

Gedächtnisprotokolls kann – auch zu einem späteren Zeitpunkt – sehr viel besser das tatsächliche Geschehen aufgeklärt werden. Es gilt nicht als Teil der Behandlungsunterlagen und ist deshalb gesondert aufzubewahren.

Bei dem nächsten Kontakt mit dem Patienten beziehungsweise seinen Angehörigen sollte unbedingt Gesprächsbereitschaft signalisiert werden. Es ist sehr wichtig, dass eine Kommunikationsbasis gefunden und gepflegt wird. Hierin liegt eine wesentliche Weichenstellung dafür, ob die weitere Aufarbeitung des Schadenfalles als Konflikt oder in einem konstruktiven Miteinander gelingt.

Die Dokumentation ist zu überprüfen. Wurde alles vollständig und richtig festgehalten? In einer solchen Situation ist die Dokumentation besonders wichtig, da die spätere medizinische und juristische Bewertung wahrscheinlich ist. Zudem besteht jetzt die Verpflichtung zu einer besonders sorgfältigen Dokumentation. Sollte sich bei der Überprüfung herausstellen, dass Ergänzungen zu erfolgen haben, sind diese gemäß den Vorgaben des Patientenrechtegesetzes vorzunehmen. Gem. § 630g Abs. 1 Satz 2 BGB sind Berichtigungen und Änderungen zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind.

Sind die Erstmaßnahmen erfolgt, ist zu erwägen, sich auf mögliche Presseanfragen vorzubereiten. Bei schwerwiegenden Ereignissen muss damit durchaus gerechnet werden. In einer solchen Situation ist es wichtig, nicht der Getriebene zu sein, sondern Herr des Geschehens zu bleiben. Zu diesem frühen Zeitpunkt besteht diese Chance, die man nicht verstreichen lassen sollte. Vor diesem Hintergrund kann es hilfreich sein, bereits jetzt eine schriftliche Presseerklärung vorzubereiten, um diese bei entsprechenden Anfragen parat zu haben. Unabhängig von einer möglichen Presseanfrage ist es in jedem Fall wichtig, frühzeitig mit der Klärung zu beginnen, was genau und warum geschehen ist. Je eher man hierüber Klarheit hat, desto eher kann man klare Angaben machen.

KOMMUNIKATION MIT DER PATIENTENSEITE

Die Art und Weise, wie die weitere Kommunikation, entweder die Gespräche mit dem Patienten oder den Angehörigen geführt werden, ist für den weiteren Verlauf von großer Bedeutung.

Das Gespräch sollte aktiv gesucht werden. Anders als in dem geschilderten Beispiel ist das Gespräch des Arztes mit dem Patienten keine Holschuld des Patienten, sondern eine Bringschuld des Arztes. In Anbetracht dessen, dass gerade jetzt das Bedürfnis nach Informationen, aber auch nach Zuspruch und Einfühlungsvermögen sehr groß ist, sollte der Arzt die Initiative ergreifen. So eröffnet sich ihm die Chance, eine Eskalation zu unterbinden, indem die eingangs dargestellten Bedürfnisse des Patienten befriedigt werden. Kommt ein Gespräch nicht zustande, besteht die Gefahr, dass bei dem Patienten Unklarheit bestehen bleiben und sich verfestigen, was dem Vertrauensverhältnis weiter abträglich ist.

Das Gespräch ist grundsätzlich Chefsache, nicht nur, weil er immer dann besonders gefragt ist, wenn es schwierig wird. Es ist zudem für den betroffenen Patienten eine Frage der Anerkennung und der Wertschätzung. Er erhält damit das Signal, dass er mit seiner Situation und seinem Anliegen ernst genommen wird.

Es hört sich so simpel an, entpuppt sich in der Umsetzung jedoch immer wieder als schwierig: Der Inhalt eines Gespräches konzentriert sich zunächst darauf, was passiert ist. Das eingangs dargestellte Informationsbedürfnis des Patienten gilt es zu stillen. Können Fragen zu Befundverlauf, Diagnosen, dem Geschehensablauf oder Zusammenhängen schon als sicher und klar feststehend angesehen werden, sind das genau die Informationen, die der Patient jetzt benötigt. Sollten gewisse Fragen noch unklar sein, ist dies als solches deutlich zu machen. Nur wo schon Klarheit über das tatsächliche Geschehen besteht, kann dies auch als Fakt dargestellt werden. Es ist kontraproduktiv, Spekulationen vorzunehmen. Bei all dem geht es darum, von Fakten zu berichten und keine Bewertungen

vorzunehmen. Fragen wie falsch oder richtig, Behandlungsfehler oder nicht und Schadensersatz oder nicht, sind Bewertungen, die spontan häufig noch gar nicht fundiert abgegeben werden können und deshalb im ersten Gespräch auch unterbleiben sollten. Wird von der Patientenseite die Frage einer Entschädigung angesprochen, so sollte man darauf verweisen, dass diese Frage durch den Versicherer geklärt wird, man die Klärung aber so gut es geht unterstützen wird.

Im weiteren Verlauf werden anfangs sicherlich noch offene Fragen geklärt werden. Für den Fall sollten verlässliche Informationen zeitnah weitergegeben werden. Das beinhaltet auch, dass man ein Folgegespräch am besten sofort vereinbart. In dem Gespräch sollte unbedingt das Bedauern zum Ausdruck gebracht werden. Die Erfahrung zeigt, dass die betroffenen Mitarbeiter emotional betroffen sind und mitleiden. Somit ist ein Mitgefühl tatsächlich vorhanden. Dieses kann und soll dem Patienten gegenüber zum Ausdruck gebracht werden. Es gibt keinen Grund, dieses Empfinden zu unterdrücken. Interessante Hilfestellungen finden sich auch in der Broschüre des Aktionsbündnisses Patientensicherheit „Reden ist Gold“ [4].

RECHTLICHER RAHMEN

Bei dem Plädoyer zu offener Gesprächsführung stellt sich die Frage, ob die Ärzte überhaupt berechtigt sind, eine solch offene Kommunikation zu führen. In diesem Zusammenhang wird immer wieder die Angst deutlich, durch diese Offenheit den Versicherungsschutz zu verlieren.

Gab es früher tatsächlich die gesetzliche Regelung, wonach der Versicherungsnehmer bei einem Anerkenntnis seinen Versicherungsschutz verliert, so hat der Gesetzgeber diese Norm mit Hilfe des § 105 Versicherungsvertragsgesetz mittlerweile gestrichen. Es sollte dennoch die Abgabe eines Anerkenntnisses vermieden werden, so ist zur Sicherheit der Ärzte zu sagen, dass ein rechtlich verbindliches Anerkenntnis nur sehr schwer abgegeben werden kann. Ein solches liegt etwa bei Formulierungen vor, wie „ich erkenne meine Schuld an und verpflichte mich, den Schaden zu ersetzen“ oder die Vornahme einer Zahlung selber.

Aussagen in einem Gespräch, die sich rein auf die Erläuterung des medizinischen Sachverhalts beziehen, stellen kein Anerkenntnis da. Auch Äußerungen des Mitgefühls und des Bedauerns, wie beispielsweise „Es tut uns sehr leid, dass bei der Gebärmutterentfernung der Harnleiter verletzt wurde“ oder „Wir haben sie mit einem anderen Patienten verwechselt, weshalb anstatt der Durchführung einer Gastroskopie das Einlegen einer Magensonde erfolgte“ stellen kein Anerkenntnis dar. Weder der Versicherer noch das Gesetz stehen einem derartigen offenen Gespräch entgegen. Es gilt deshalb: Fakten berichten, Empathie ausdrücken, aber Wertungen bzw. rechtliche Würdigung unterlassen.

VERSICHERER

Für den Arzt stellt sich auch die Frage, ob und wann der Versicherer von einem Schadenfall in Kenntnis zu setzen ist. Versicherungsschutz wird gerade für den Fall abgeschlossen, dass eine Verpflichtung zur Zahlung von Schadensersatz aufgrund eines fehlerhaft verursachten Gesundheitsschadens gegeben ist. Die Aufgabe des Versicherers besteht darin, die Frage einer Schadensersatzverpflichtung zu prüfen und – je nach Ergebnis der Einschätzung – zu regulieren bzw. den Anspruch abzuwehren. Um diese Aufgabe erfüllen zu können, muss der Versicherer rechtzeitig über einen Schadenfall in Kenntnis gesetzt werden (Schadenmeldung). Nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen ist jeder Versicherungsfall innerhalb einer

**Die reine wahrheitsgemäße
Mitteilung von Tatsachen
stellt nie ein Anerkenntnis
dar!**

Woche zu melden. Als Versicherungsfall wird das Schadenereignis angesehen.

Zur Frage, wann eine Meldung zu erfolgen hat, kann man sich an folgender Abgrenzung orientieren: Nicht jeder Eintritt einer Komplikation oder die bloße Anforderung von Behandlungsunterlagen etwa durch eine Krankenkasse lösen die Meldeobligiertheit aus. Auf jeden Fall immer dann, wenn in einem Schreiben des Patienten oder des Rechtsanwaltes Schadensersatz gefordert wird, besteht eine Verpflichtung zur Meldung. Auch förmliche Verfahren wie eine Klage, staatsanwaltliche Ermittlung oder vor einer Schlichtungsstelle bzw. Gutachterkommission sind dem Versicherer zu melden. Erst mit der Meldung wird der Versicherer in die Lage versetzt, die Voraussetzungen eines Schadensersatzanspruches zu prüfen und das Ergebnis dem Patienten mitzuteilen. Eine Entscheidung wird von der Patientenseite – unabhängig davon, wie sie lautet – eher akzeptiert, wenn sie zeitnah erfolgt. Vor diesem Hintergrund stellt die rasche Einbindung des Versicherers nicht lediglich eine Pflicht des Arztes dar, sondern sie ist auch sinnvoll.

FAZIT

Schneller als man denkt, kann der Arzt in die Situation eines Schadenfalles kommen. Häufig bleibt dann nicht mehr die Zeit, sich vertiefte Gedanken über die nun notwendigen Maßnahmen zu machen. Es macht deshalb Sinn, sich bereits vorher mit diesen Fragen zu befassen und idealerweise hierzu für die Mitarbeiter eine Anweisung zu erstellen und Schulungen durchzuführen. Zentrales Thema wird dabei der Umgang und die Kommunikation mit dem Patienten/Angehörigen nach einem Schadenereignis sein. Hierbei steht dem offenen, empathischen Gespräch, das aktiv gesucht wird, nicht nur nichts im Wege. Es bietet vielmehr die Chance, dass verlorene Vertrauen wiedergewinnen und eine konträre Auseinandersetzung zu vermeiden oder zumindest nicht unnötig eskalieren zu lassen. Der Versicherungsschutz wird durch ein offenes Gespräch, das die Darstellung der Tatsachen und nicht deren Bewertung zum Inhalt hat, nicht gefährdet. Ebenso wenig durch ein Ausdruck des Bedauerns über das Geschehene.

LITERATUR

- [1] Vincent CA, Pincus T, Scurr JH. Patient's Experience of surgical accidents. *Quality in Healthcare* 1993; 2: 77ff.
- [2] Mulcahy L. Mediating Medical Negligence Claims. *Amicus Curiae* 2000; 30: 8.
- [3] Stiftung Patientensicherheit, Schweiz. Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Zwischenfall. 2. Aufl. 2007
- [4] Aktionsbündnisses Patientensicherheit. „Reden ist Gold“ – Kommunikation nach einem Zwischenfall. 3. Aufl. Berlin: 2017



**RECHT &
VERSICHERUNG**

Versicherungs- angebote des BDC



Diese Leistungen sind in Ihrem BDC-Mitgliedsbeitrag erhalten:

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

Weitere Versicherungsangebote für BDC-Mitglieder über Rahmenverträge

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

NEU Versicherungsschutz für Berufseinsteiger

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

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

BDC-VERSICHERUNGSMAKLER ECCLESIA VERSICHERUNGSDIENST GMBH

BDC-Versicherungsservice

Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold

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

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de



© iStock / gayth

Hygiene-Tipp: Einmaltuchspenderereimer

Vor 10 bis 15 Jahren wurden von der Industrie Einmaltuchspenderereimer auf den Markt gedrückt, die offensichtlich unzureichend erprobt waren. Insbesondere von der Pflege wurden die Produkte begeistert aufgenommen und haben zwischenzeitlich praktisch überall das alte System (offener Eimer mit Desinfektionsmittellösung und Mehrwegtücher) ersetzt.

Erstmals bei dem Klebsiellen-Ausbruch in der Neonatologie in Bremen 2011 fiel eine massive Verkeimung dieser Eimer auf und führte zu nachfolgenden Untersuchungen. Zum damaligen Zeitpunkt wurden die Eimer mit Einmaltüchern

und anschließend mit Desinfektionsmittel gefüllt. Gereinigt wurden die Eimer nie und so konnten sich in ihnen Biofilme bilden, in denen teilweise in hohen Konzentrationen Wasserkeime wie *Pseudomonas aeruginosa* wuchsen.

In der Folge kamen Aufbereitungsvorschriften der Industrie auf den Markt, die teilweise unrealistisch waren: So wurde eine Aufbereitung in Spülmaschinen empfohlen, die jedoch auf den meisten Stationen nicht mehr vorhanden sind. Die Vorgaben zur manuellen Aufbereitung waren aufwändig und langwierig. Daher sollten heute die Eimer in dieser Form nicht mehr aufbereitet werden.



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



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

In der nächsten Generation der Einmaltuchspendereimer wurden die Einmaltücher in Beuteln geliefert, die in den Eimer mitgegeben wurden, wobei dann die Beutel mit der Desinfektionsmittellösung befüllt wurden. Dadurch hatten die Eimer keinen Kontakt mehr zum Wasser und die Biofilmbildung war ausgeschlossen, da die Beutel anschließend verworfen wurden. Allerdings bestand weiterhin die Möglichkeit, dass an den Entnahmeöffnungen, die als Teil des Eimerdeckels weiter benutzt wurden, Keime wachsen konnten.

Heute werden in erheblichem Umfang komplette Einmaleimer eingesetzt, die danach weggeworfen werden. Dieses Verfahren ist

zweifelloos nicht ökologisch, aber sicher. Allerdings muss auch hierbei beachtet werden, dass die Deckel immer geschlossen sein müssen, damit ein Austrocknen der Tücher verhindert wird. Weiterhin muss genügend Desinfektionsmittellösung zugegeben werden, damit auch die letzten Tücher ausreichend benetzt sind. Schließlich müssen glaubhafte Bescheinigungen vorliegen, dass die eingesetzten Tücher und Desinfektionsmittel kompatibel sind. Ansonsten kann es beispielsweise zur dauerhaften Fixierung des Desinfektionsmittels in den Tüchern kommen mit Abnahme der Desinfektionsleistung.

Der Kurztipp gibt die Meinung der Autoren wieder. ○

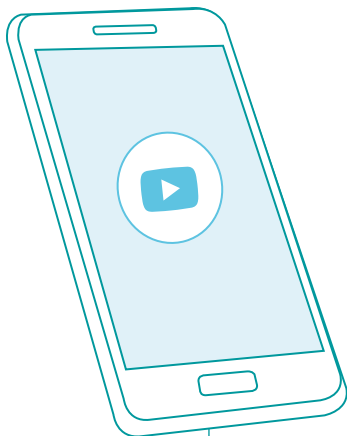
Popp W, Zastrow KD: Hygiene-Tipp:
Einmaltuchspendereimer. *Passion Chirurgie*. 2018
Juli; 8(07): Artikel 04_03.



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

HYGIENE
CLIPGet Your
Disinfection

Erfolgreiche bundesweite
Kampagne des BDC
in Kooperation
mit DGKH und BDH



Gute Chirurgie kann durch eine Infektion gefährdet werden. Es gibt vermeidbare und unvermeidbare Infektionen. Letztere sind schicksalhaft und kaum zu beeinflussen.

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

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

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

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

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

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



PATIENTENSCHUTZ DURCH HYGIENE IST EINE
BUNDESWEITE KONZERTIERTE AKTION VON:

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

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.

Dr. med. Klaus Frommhold ist seit Juni 2018 neuer Direktor der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie im Krankenhaus Bad Oeynhausen, Mühlrenkreiskliniken AÖR.

Prof. Dr. med. Peter Goretzki, bis 01.06.2018 auch Chefarzt der Chirurgischen Klinik I -Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie der Städtischen Kliniken Neuss, leitet seit April 2018 die Endokrinologie der Chirurgischen Klinik der Charité Universitätsmedizin Berlin.

Für seine Verdienste als Präsident des BDC von 1982 bis 1998 wurde **Prof. h.c. Dr. med. Karl Hempel** im Juni 2018 die Wolfgang Müller-Osten-Medaille verliehen.

Dr. med. Albrecht Krause-Bergmann ist seit Mai 2018 Sektionsleiter der Plastischen Chirurgie der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Orthopädie, Plastische, Ästhetische- und Handchirurgie am Klinikum Gütersloh.

PD Dr. med. Dipl.-Oec. med. A. Joist wechselte als Chefarzt von der Orthopädie des Asklepios Klinikums Bad Abbach an das Hufeland Klinikum Standort Mühlhausen und führt seit April 2018 dort das Team der Abteilung für Unfallchirurgie an.

Jan Kolomaznik, zuvor als Oberarzt am Rudolf Virchow Klinikum Glauchau beschäftigt, trat die Nachfolge von **Dr. med. Armin Friedrich** als Chefarzt der Chirurgie des Klinikums Mittleres Erzgebirge Haus Olbernhau an. Friedrich verabschiedete sich in den Ruhestand und möchte sich verstärkt für die Ärzteausbildung in Afrika engagieren.

Prof. Dr. med. habil. Lutz Mirow leitet seit April 2018 die Allgemein- und Viszeralchirurgie des Klinikum Chemnitz am Standort Flemmingstraße. Er leitete zuvor die Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimalinvasive Chirurgie mit Kinderchirurgie am Heinrich-Braun-Klinikum in Zwickau.

Christian Neuhäuser ist seit April 2018 Chefarzt der Traumatologie des SRH Klinikums Karlsbad-Langensteinbach in Karlsbad.

Prof. Dr. med. Kai Nowak leitet die Allgemein-, Gefäß- und Thoraxchirurgie des RoMed Klinikums Rosenheim und übernahm diesen Posten von **Prof. Dr. med. Josef Stadler**, der sich nun wieder ausschließlich um die Patienten der RoMed Klinik Prien am Chiemsee kümmert.

Prof. Dr. med. Alexander Oberhuber hat seine Stelle als Chefarzt der Klinik und Poliklinik für Vaskuläre und Endovaskuläre Chirurgie am Universitätsklinikum Münster am 16.04.2018 angetreten. Er war zuvor Oberarzt am Universitätsklinikum Düsseldorf.

Claudia Plesnar, Fachärztin für Chirurgie und spezielle Viszeralchirurgie folgte im März 2018 auf den aus Altersgründen ausscheidenden Chefarzt Dr. med. Norbert Hüllebrand in den Kliniken im Naturpark Altmühltal in Kösching und Eichstätt. Plesnar war zuvor als leitende Oberärztin der Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie als Stellvertreterin des Chefarztes am Hause tätig.

Dr. med. Christian Probst ist seit März 2018 Klinikdirektor der Krankenhäuser in Gummersbach und Waldbröl. In Gummersbach ist er zudem Chefarzt der Orthopädie, Unfall-, Hand-, Fuß- und Wiederherstellungschirurgie, in Waldbröl leitet er die Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, in der **Thorsten Franz** Departementleiter der Unfallchirurgie/Orthopädie ist.

Carsten Raab wechselte als Chefarzt vom HELIOS Klinikum Duisburg an das Klinikum Landshut. Der Fachmann für Schulter- und Ellenbogen-Chirurgie, leitet dort den Bereich der Unfallchirurgie der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie.

PD Dr. med. Carl Zülke wechselte im Mai 2018 vom Krankenhaus St. Marienwörth in Bad Kreuznach an das Krankenhaus Rotthallmünster, wo er die Allgemein- und Viszeralchirurgie leitet. ○



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



Online-Fortbildung für Chirurginnen und Chirurgen

So einfach
geht's:

Am PC:

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

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

Auf einem mobilen Gerät:

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

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



**[eCME-Center] ist
Bestandteil von
BDC|Mobile**



Fortbildung unterwegs, im Büro und zuhause

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

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

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

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

Kursformate im Internet und für Tablets und Smartphones

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

Informieren Sie sich ausführlich unter:

www.ecme-center.org



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

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



BDC Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

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

Frage & Antwort



Schweigepflichtentbindung gegenüber externem Dienstleister einer Versicherungsgesellschaft



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

Heberer J. F+A: Schweigepflichtentbindung gegenüber externem Dienstleister einer Versicherungsgesellschaft. *Passion Chirurgie*. 2018 Juli; 8(07): Artikel 04_04.



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

FRAGE:

Ein Oberarzt fragt an, ob er berechtigt sei, Auskünfte in Form eines ärztlichen Berichts gegenüber einem externen Dienstleister einer privaten Versicherungsgesellschaft zu erteilen, der ihn diesbezüglich angeschrieben hatte, wenn der externe Dienstleister von der Versicherung mit der Einholung ärztlicher Berichte beauftragt ist und eine Schweigepflichtentbindungserklärung vorgelegt wird, die sich lediglich auf die Versicherungsgesellschaft bezieht.

ANTWORT:

Aus Sicht des Verfassers besteht aufgrund der vorgelegten Schweigepflichtentbindungserklärung ausschließlich eine Berechtigung, gegenüber der Versicherungsgesellschaft die gewünschten Behandlungsinformationen zu offenbaren, nicht jedoch auch gegenüber dem externen Dienstleister. Denn die Schweigepflichtentbindungserklärung bezieht sich ausdrücklich nur auf die Versicherung.

Zwar darf die Versicherung nach der seit Ende Juni 2017 geltenden Reform des § 203 Abs. 3

S. 2 StGB dann die vom Arzt erteilten Informationen an ihre externen Dienstleister auch ohne Schweigepflichtentbindungserklärung weitergeben, ohne sich strafbar zu machen. Allerdings gilt diese Vorschrift nicht im Verhältnis zwischen dem Arzt und dem externen Dienstleister der Versicherung, da der externe Dienstleister gerade nicht an der beruflichen Tätigkeit des Arztes mitwirkt, sondern nur an der beruflichen/dienstlichen Tätigkeit des Versicherers.

Folglich bestehen in einem solchen Fall nach Auffassung des Verfassers zwei Möglichkeiten:

- Entweder der Arzt erstellt den ärztlichen Bericht und sendet diesen direkt lediglich an die Versicherungsgesellschaft.
- Oder er schreibt den externen Dienstleister an und teilt diesem mit, dass er zur Erstellung des Berichts gerne bereit ist, jedoch hierfür zuerst um eine Schweigepflichtentbindungserklärung bittet, die sich ausdrücklich auf den externen Dienstleister bezieht, da die Vorschrift des § 203 Abs. 3 S. 2 StGB nicht für das Verhältnis Arzt – externer Dienstleister der Versicherung gilt. ○

25 Jahre Facharzt für Plastische Chirurgie



Pressekontakt:

Kerstin van Ark

Deutsche Gesellschaft der Plastischen,
Rekonstruktiven und Ästhetischen
Chirurgen e. V.

Langenbeck-Virchow-Haus

Luisenstraße 58-59

10117 Berlin

www.dgpraec.de

info@dgpraec.de

DGPRÄC. 25 Jahre Facharzt für Plastische Chirurgie. *Passion Chirurgie*. 2018 Juli, 8(07): Artikel 05_01.



Weitere Artikel zum Thema Plastische Chirurgie finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen | Fachgebiete | Plastische- und Ästhetische Chirurgie).

PATIENTENVERSORGUNG FÜR FORM UND FUNKTION

„Unsere vor 50 Jahren gegründete Fachgesellschaft erreichte vor einem Vierteljahrhundert den wohl wichtigsten Meilenstein. Auf dem Deutschen Ärztetag 1992 wurde der Facharzt für Plastische Chirurgie in der ärztlichen Weiterbildungsordnung verankert und dann ab 1993 in den Landesärztekammern umgesetzt“, berichtet Prof. Dr. Riccardo Giunta, Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC). „Dieser Erfolg war zugleich Ergebnis langjähriger Anstrengungen und Ausdruck der immer stärkeren Spezialisierung in der Chirurgie“, betont Giunta.

EIN FACHGEBIET IM WANDEL

Bereits zehn Jahre nach Gründung der Vereinigung wurde 1978 mit der Anerkennung des offiziellen „Teilgebiet Plastische Chirurgie“ ein erster Erfolg errungen. Beharrliche Verhandlungen ebneten danach den Weg zum eigenen Facharzt für Plastische Chirurgie. „Dieser lange und mühsame Weg erstaunt umso mehr, da wesentliche Schritte zur Entwicklung dieses Jahrhunderte alten Fachgebietes von Deutschland ausgingen“, führt Giunta aus. So veröffentlichte bereits 1838 – also vor 180 Jahren – der Dresdner Arzt Eduard Zeis das „Handbuch der plastischen Chirurgie“ mit über 2.000 Literaturzitaten zum Thema und legte damit den Namen der Fachrichtung fest.

1845 veröffentlichte Johann Friedrich Dieffenbach in Berlin „Die operative Chirurgie“ und definierte die Inhalte des Fachgebietes weiter aus. „Er setzte damit einen Rahmen, der bis heute unser vielseitiges Fachgebiet ausmacht“, konstatiert Giunta und führt aus, dass die Plastische Chirurgie aus den vier Säulen Rekonstruktive, Verbrennungs-, Handchirurgie sowie der Ästhetischen Chirurgie besteht, gestützt auf dem Fundament der Forschung. Wegen der Kernkompetenz durch eine 6-jährige Weiterbildung im Fachgebiet bei ästhetisch-plastischen Eingriffen wurde der Titel 2005 auf dem Deutschen Ärztetag folgerichtig in „Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie“ erweitert. Im letzten Jahr beschloss der Deutsche Ärztetag dann, dass der Facharztstitel in „Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“ angepasst wird. „Damit wird die Breite unseres Fachgebietes auch im Titel unterstrichen, sodass Kollegen und Patienten eher zu uns finden“, freut sich der Direktor der Plastischen Chirurgie an der Ludwig-Maximilians-Universität München.

PLASTISCHE CHIRURGIE – GEGENWART UND ZUKUNFT

„Mit heute rund 1.000 ausgebildeten Fachärzten ist die Plastische Chirurgie den Kinderschuhen längst entwachsen und leistet heute einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsversorgung“, berichtet Giunta. Vom Diabetischen Fuß über Defekte nach großen

Tumoren und Erkrankungen und Verletzungen der Hand bis hin zur Verbrennungsbehandlung – die Plastische Chirurgie sei in vielen Bereichen nicht mehr verzichtbar. „Es ist schade, dass wir bis heute um Anerkennung kämpfen müssen“, berichtet der Universitätsprofessor. So gäbe es heute lediglich an 11 von 37 universitären Einrichtungen einen plastischchirurgischen Lehrstuhl. „Dies ist umso bedauerlicher, als dass der Bedarf an plastisch-chirurgischer Versorgung mit zunehmender Alterung der Bevölkerung seit Jahrzehnten ständig wächst“, konstatiert der Plastische Chirurg und betont, dass die Plastische Chirurgie ein sehr innovatives Fachgebiet ist, da hier kaum standardisierte Verfahren sondern fast immer individuelle

Lösungen gefragt seien. „Die Plastische Chirurgie akademisch nicht adäquat abzubilden, heißt bewusst den Fortschritt in der Chirurgie zu bremsen“, stellt Giunta abschließend klar.

50 JAHRE DGPRÄC – AKTIONEN ZUM JUBILÄUMSJAHR 2018

Am 16. Oktober 1968 wurde die Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) in Bochum gegründet. Anlässlich des Jubiläums plant die DGPRÄC zahlreiche Aktionen. Unter www.50-jahre-dgpraec.de wächst eine elektronische Zeitleiste, in der die Geschichte der Plastischen Chirurgie und der Fachgesellschaft dokumentiert wird. Monatliche

Presseinformationen zeigen die Vielfalt des Fachgebietes. Gemeinsam mit der Berliner Universität der Künste erstellte Animationsfilme zu den vier Säulen des Fachgebietes, der Rekonstruktiven, Hand-, Verbrennungs- und Ästhetischen Chirurgie stellen das Fachgebiet für den Laien verständlich dar. Bereits heute auf unserem Youtube-Channel abrufbar ist ein Film zum gesamten Fachgebiet:

Schließlich trifft sich die Fachgesellschaft zu ihrem Jahreskongress am Gründungsort in Bochum im September 2018 und plant am 16. Oktober 2018 erstmals einen bundesweiten Tag der Offenen Tür in Kliniken und Praxen ihrer Mitglieder.



Videos der DGPRÄC

Erfolg auf europäischer Ebene: Arbeitsgruppe zur Normierung des Arztberufes aufgelöst

**Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)**
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) begrüßt die Auflösung der Healthcare Services Focus Group (HSFG) des Europäischen Komitee für Normung (CEN). Der BDC hat sich in den letzten Jahren gemeinsam mit anderen Verbänden gegen die Normung der ärztlichen Berufsausübung innerhalb der EU stark gemacht.

Zwei Jahre nach der Gründung im Mai 2016 wurde am 16. Mai 2018 beschlossen, die Arbeitsgruppe aufzulösen. „Es ist ein großer Erfolg für unseren Einsatz gegen die Normierung medizinischer Dienstleistungen über CEN“, so BDC-Vizepräsidentin Prof. Dr. med. Julia Seifert. „Europäische Zusammenarbeit

und Vernetzung – auch innerhalb der Chirurgie – ist wichtig, um Qualitätsstandards auch über Grenzen hinweg zu etablieren, aber Angelegenheiten der nationalen Gesundheitsversorgung sollten in der Autonomie der Nationalstaaten verbleiben“, betont Seifert.

„Es ist uns ein wichtiges Anliegen, den hohen Qualitätsstandard der medizinischen Versorgung in Deutschland zu erhalten“, ergänzt der zweite Vizepräsident des BDC, Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg. „Eine europäische Norm für medizinische Prozesse birgt die Gefahr, diese hohe Qualität in Deutschland auf ein niedrigeres Niveau herabzusetzen.“ 



Informationen zur HSFG
[https://www.cen.eu/work/areas/services/
Pages/HSFG.aspx](https://www.cen.eu/work/areas/services/Pages/HSFG.aspx)



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



AKTUELLE MELDUNGEN



20.06.2018

WEG MIT DEN BUDGETS!

Gesundheitsministerkonferenz – Um den Beruf attraktiver zu machen, sollen die Honorare für niedergelassene Ärzte künftig nicht mehr gedeckelt werden, sagte Heiner Garg, Gesundheitsminister in Schleswig-Holstein, gegenüber Medien. ...



19.06.2018

BDC+ G-BA-REFORM ALLENFALLS MINIMALINVASIV

Um die demokratische Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist es gar nicht so schlecht bestellt. ...



15.06.2018

MEDIZINSTUDIERENDE IM PJ: LÜCKENBÜSSER UND BILLIGE HILFSKRÄFTE

Die Ausbildung von Medizinstudierenden im Praktischen Jahr krankt an mangelnder Betreuung und Anleitung. ...



14.06.2018

FÜNF FORDERUNGEN ZUR DIGITALISIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN

Die ehrenamtlich tätigen Versicherten- und Arbeitgebervertreter der Ersatzkassen (Techniker Krankenkasse (TK), BARMER, DAK-Gesundheit, KKH Kaufmännische Krankenkasse, hkk – Handelskrankenkasse, HEK ...



11.06.2018

BDC+ MODERNISIERUNG VOR REGULIERUNG

Es wird reguliert was das Zeug hält. Der Staat ist wieder auf dem Vormarsch. Warum nur? Ein Grund ist, dass die Spitzenkräfte in den Gesundheitsunternehmen nicht durch übermäßige unternehmerische ...



08.06.2018

KRANKENHAUS RATING REPORT 2018: WACHSENDE PERSONALKNAPPHEIT

Die wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser war im Jahr 2016 besser als im Vorjahr. Nur 7 Prozent lagen im „roten Bereich“ mit erhöhter Insolvenzgefahr. Trotz guter Ertragslage bleibt die Kapitalausstattung ...

AUSSCHREIBUNG PREISE UND STIPENDIEN 2019


 AUS DER
DGCH

Ausschreibung Preise und Stipendien 2019

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

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

PREISE

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

MÜLLER-OSTEN-PREIS

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

Dotierung: € 8.000

FELICIEN-STEICHEN-PREIS, GESTIFTET VON MEDTRONIC GMBH

Vergabe für besondere Leistungen auf dem Gebiet der viszeralchirurgischen Operationstechniken.

Dotierung: € 5.000

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

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

Dotierung: € 4.000

EDGAR-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 Unterrichtsfilm angemeldet werden.

Dotierung: € 1.500

POSTERPREIS

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

Dotierung: € 1.500

FRITZ-LINDER-PREIS

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

Dotierung: € 2.500

EINSENDUNGEN FÜR DEN FRITZ-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

AUSSCHREIBUNG PREISE UND STIPENDIEN 2019

Reisestipendium, bevorzugt an einen Krankenhauschirurgen/in. Voraussetzung ist Facharztstatus und die Mitgliedschaft in der DGCH.

Dotierung: € 5.000

WOLFGANG-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

WOLFGANG-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

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.

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.

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 Allgemeinanästhesie 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 Transplantationschirurgie, 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_{II} 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 (Stellvertreter Studienleiter)	Patienten (15–40 Jahre) mit Rezidiv eines primären Spontanpneumothorax (PTX) oder therapierefraktärem PTX Erstereignis Experimentelle Gruppe: Lungenkeilresektion mit parietaler Pleurektomie Kontrollgruppe: Alleinige parietale Pleurektomie	FPI: 19.11.2013 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

DGCH: Aus Doppelmitgliedschaft wird Probemitgliedschaft

Die zeitgemäße Neuausrichtung der DGCH läuft, richtungsweisende Beschlüsse beendeten die Diskussion über die DGCH als „Dachgesellschaft“ oder Mitgliedergesellschaft. Bei stabiler Mitgliederzahl und aus vereinsrechtlichen Gründen bleibt die DGCH Mitgliedergesellschaft und erfüllt die Funktion als Dachgesellschaft für die zehn assoziierten chirurgischen Fachgesellschaften. Hierzu konzentriert sich die Arbeit grundsätzlich auf übergreifende, alle Chirurgen betreffende Themen, z. B. Novellierung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO), Gebühren und Absprachen mit anderen Fachgebieten, wie z. B. den Anästhesisten und Internisten.

jetzt führten chirurgischerseits abgestimmte, gemeinsame Aktionen und Verlautbarungen zu akzeptablen Lösungen.

Um diese gemeinsamen Aufgaben zu stärken und ein besseres individuelles Mitspracherecht für alle assoziierten Mitglieder der Fachgesellschaften zu erreichen, ist es logisch, möglichst viele Chirurgeninnen und Chirurgen als Einzelmitglieder in die DGCH aufzunehmen und durch das volle Stimmrecht mehr Verantwortung für die Ausrichtung der DGCH zu geben. Dazu erfolgte 2017 die notwendige DGCH-Satzungsänderung, um den Weg zur Doppelmitgliedschaft zu ermöglichen.

ZIEL IST DIE STARKE INTERESSENVERTRETUNG MIT EINER STIMME!

Unterstützung und Solidarität ist besonders geboten, wenn einzelne chirurgische Fachgesellschaften mit spezifischen Problemen, wie z. B. Expansionen der „Dermachirurgie“, Einführung einer „Halschirurgie“, aber auch mit nichtoperativen Themen wie z. B. der „Rheumatherapie“ konfrontiert sind. Schon

Eine schnelle, zeitgleiche Umsetzung in allen Fachgesellschaften ist allerdings derzeit unrealistisch. Um aber den Fachgesellschaften und assoziierten Mitgliedern gerecht zu werden, die berechtigterweise auf schnelle Umsetzung drängen, hat sich der DGCH-Vorstand entschlossen, die Satzung nochmals zu ergänzen, um die temporäre Vollmitgliedschaft („Probemitgliedschaft“), zu ermöglichen. Sie wird allen assoziierten Mitgliedern der angeschlossenen Fachgesellschaften für einen Zeitraum von drei Jahren (Beitrag 25,- Euro p. a.) angeboten. Es besteht individuelles Wahlrecht in der Mitgliederversammlung, Mitwirkungsrecht in allen AGs und Sektionen, direkter Zugang zu Newslettern und weitergehenden Informationen und eröffnet die Möglichkeit, sich aktiv in die



Prof. Dr. med. Tim Pohlemann
Präsidiumsmitglied der DGCH und
Vorsitzender der Arbeitsgruppe
„Doppelmitgliedschaft“



Prof. Dr. med. Jörg Fuchs
1. Vizepräsident der DGCH



**Prof. Dr. med. Dr. h. c.
Hans-Joachim Meyer**
Generalsekretär der DGCH
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
h-jmeyer@dgch.de

Gestaltung übergeordneter Belange der Chirurgie einzubringen.

Nach diesem Zeitraum bleibt die Vollmitgliedschaft erhalten, oder es erfolgt die Rückkehr in die assoziierte Mitgliedschaft. Mehr Mitglieder erlauben eine bessere „politische“ Vertretung, beispielhaft ist die vergleichsweise erfolgreiche Arbeit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin genannt.

Wir vertrauen jetzt auf das Urteilsvermögen jedes Einzelnen. Mit der individuellen Entscheidung zur DGCH-Mitgliedschaft wird ein wichtiger Schritt zur Sicherung des chirurgischen Arbeitsumfeldes und Erhalt unserer patientenbezogenen Qualitätsstandards gegangen.

An dieser Stelle appellieren wir an Sie:

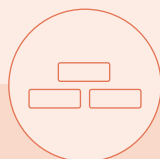
Treten auch Sie ein, unterstützen Sie die DGCH und werben Sie aktiv um weitere Mitglieder zu Stärkung unserer „Solidargemeinschaft“. Für weitere Fragen stehen wir Ihnen über unsere Geschäftsstelle jederzeit zur Verfügung. Darüber hinaus informieren Sie die DGCH-Newsletter zeitnah über weitere Entwicklungen.

Kontakt DGCH-Geschäftsstelle:

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

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. M. Anthuber

Präsident

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

Generalsekretär

Prof. Dr. med. J. Werner

Schatzmeister

Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

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

BAUSTEIN IN GOLD

Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen
Herr Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Peiper,
Göttingen
in memoriam Prof. Dr. med. Herbert
Peiper, Berlin und Mainz
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karl-Walter Jauch,
München
in memoriam Prof. Dr. med. Georg
Heberer, München
Herr Prof. Dr. med. Reiner Gradinger,
München
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.
in memoriam Prof. Dr. med. Jens Witte
AO Deutschland, Arbeitsgemeinschaft für
Osteosynthesefragen, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Axel Haverich,
Hannover
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Markus Büchler,
Heidelberg
DGTHG – 1971 mit Dank an die
Gründungsmitglieder
Herr Prof. Dr. med. Joachim Jähne, Hannover
in memoriam Manfred und Helmi Jähne,
Essen
Herr Prof. Dr. med. Uwe Klinge, Aachen
Herr Prof. Dr. med. Erhard Kiffner, Karlsruhe
in memoriam Prof. Dr. med. W. Brendel,
Prof. Dr. med. R. Zenker, Dr. med.
R. Kiffner
AIOD Deutschland e. V., Düsseldorf

Familie und Freunde Dr. Schreiter,
Hamburg
in memoriam Dr. med. Friedemann
Schreiter
Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau,
Bochum
Deutsche Gesellschaft der Plastischen,
Rekonstruktiven und Ästhetischen
Chirurgen e.V.
Herr Dr. med. Ernst Derra und Frau Dr. med.
Hildegard Derra-Henneke, Düsseldorf und
München
in memoriam Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.
Ernst Derra, Düsseldorf
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Roland
Hetzer, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Roderich Schwarz, Bristol,
Indiana, USA
in memoriam Prof. Dr. med. Wilhelm
Müller, Rostock und Prof. Dr. med. Egbert
Schwarz, Erfurt

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. Izicki, 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
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



BDC|Mobile

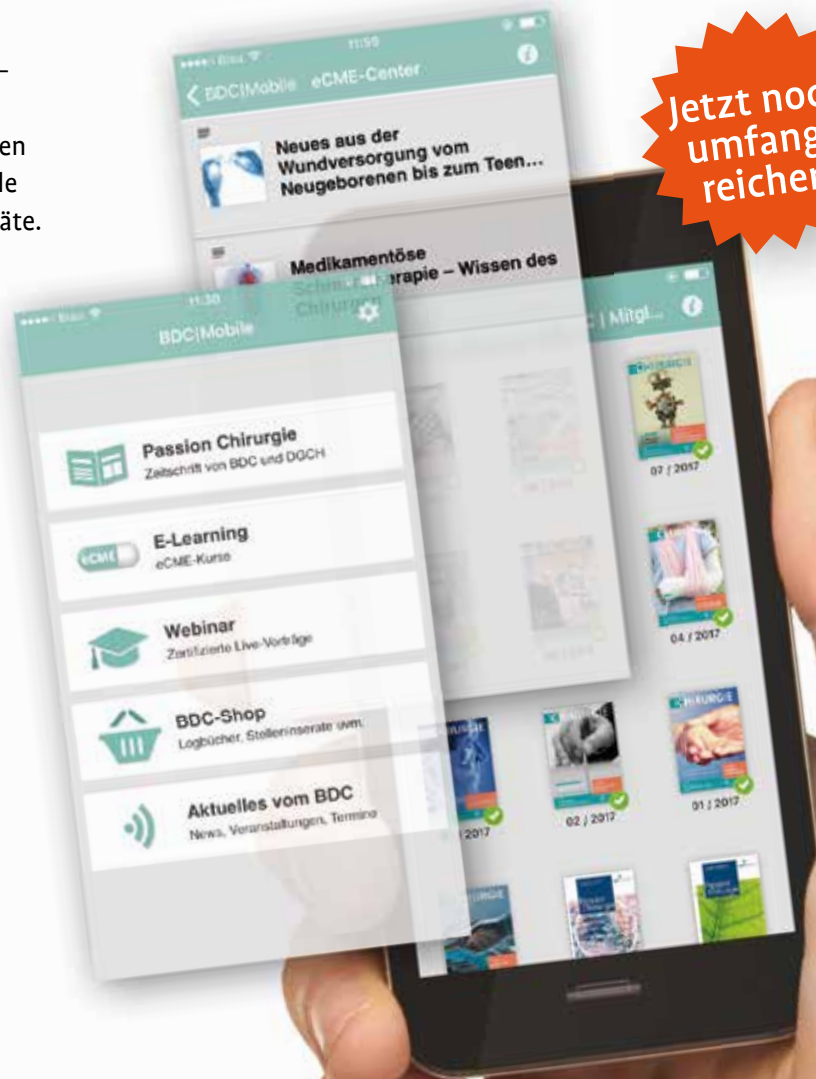
Die schnellsten Infos für
Chirurginnen und Chirurgen

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.



Mit am Start: BDC-Chirurgen beim Berliner Staffellauf



In diesem Jahr liefen drei Staffeln der Running Surgeons bei der 18. Berliner Wasserbetriebe 5 x 5 km TEAM-Staffel im Berliner Tiergarten mit. Insgesamt 1.907 Teams und 209 Bambini nahmen bei Rekordtemperaturen von 32 Grad am dritten Tag des Lauf-Events teil. Natürlich

durfte auch das ausgiebige gemeinsam Pick-nick der BDC-Staffeln nicht fehlen. Wir freuen uns schon auf den nächsten Staffellauf!

Die Ergebnisse der BDC-Teams können sich auch in diesem Jahr wieder sehen lassen:

Staffel	Läufer	Platz
Running Surgeons 2	Dr. med. Mike Bereuter, Jeannette Bayer, Ulf Kuhlee, Maria Kuhlee, Jost Kluttig,	339
Running Surgeons 1	Dr. med. Tilo Dahn, Daniela Dilling, Dr. med. Junius Salendo, Sarah Awarter, Janna Marie Schwab	690
Running Surgeons 3	Dr. med. Philipp Wolfgang, Niels Hubatschek, Houssam Alfaraj, Leonid Sverdlov, Dr. med. Tilo Dahn	930

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



Die „Running Surgeons“-Trikots können Sie in unserem BDC|Shop bestellen.

Wir würden uns freuen, auch Sie bei der 20. 5 x 5 km TEAM-Staffel im Berliner Tiergarten als „Running Surgeon“ anzufeuern! Beim nächsten Mal werden wir auch eine Staffel aus der Geschäftsstelle mit ins Rennen schicken.

Sie können sich jetzt schon mit einer E-Mail an sport@bdc.de anmelden!



Wir wollen eine Laufzeitverlängerung!



Topfit mit „Running Surgeons“, dem funktionalen BDC-Sportdress

Die offizielle Teambekleidung der BDC-Sportinitiative „Running Surgeons“ können Sie beim BDC bestellen. Trikot und kurze Hose bestehen aus atmungsaktivem Funktionsmaterial und halten Sie auch beim Ausdauersport angenehm trocken. Das Trikot und die passende Hose wurden speziell für den BDC in kleiner Auflage hergestellt. Sie erhalten ein funktionales Unikat, das Ihnen lange Freude machen wird.

Erhältliche Größen	S – M – L – XL – XXL (fallen klein aus)	
Ausführungen	Funktionsshirt Woman	(19,90 €)
	Funktionsshirt Man	(19,90 €)
	Funktionshose Woman/Man	(19,90 €)
	Kombi (Shirt und Hose) Woman	(29,90 €)
	Kombi (Shirt und Hose) Man	(29,90 €)
Bestellung	Online bestellen unter www.bdc-shop.de oder per E-Mail an: sport@bdc.de	
Fragen?	Tel.: 030/28004 - 115	

Exklusiv
im **BDC|SHOP**
www.bdc-shop.de

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 und fachaerztejobs.de.



- 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



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. Stellv. 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

BDC-PRESSESPIEGEL

20.06.2018 Bunte.de

OP: Alter von Patienten mit künstlichen Kniegelenken nimmt immer mehr ab

Immer mehr künstliche Kniegelenke werden eingesetzt - laut Studie auch bei Jüngeren unter 60 Jahren. Medizinisch erklärbar sei der Trend nicht - eher finanziell. Wird zu schnell operiert? Chirurgen sagen: Der Patient wünscht es ...

19.06.2018 Mannheimer Morgen

Immer mehr künstliche Gelenke

In Deutschland werden einer Studie zufolge immer mehr künstliche Kniegelenke eingesetzt – auch bei vergleichsweise jungen Patienten unter 60 Jahren. Zwischen 2013 und 2016 nahm die Zahl solcher Operationen um ...

19.06.2018 Pfälzischer Merkur

Immer mehr künstliche Kniegelenke

In Deutschland werden einer Studie zufolge immer mehr künstliche Kniegelenke eingesetzt – auch bei vergleichsweise jungen Patienten unter 60 Jahren. Zwischen 2013 und 2016 nahm die Zahl solcher Operationen um ...

19.06.2018 Naumburger Tageblatt

Besorgniserregender Trend: Sachsen-Anhalt hat die meisten Knie-Prothesen Deutschlands

In Sachsen-Anhalt werden im Bundesländervergleich besonders häufig Kniegelenk-Prothesen eingesetzt. Im Jahr 2016 waren es 217 derartige Eingriffe je 100.000 Einwohner, wie die Bertelsmann-Stiftung am Dienstag mitteilte. ...

14.06.2018 ÄrzteZeitung

EU-Arbeitsgruppe zur Normierung aufgelöst

Wie der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) berichtet, wurde die „Healthcare Services Focus Group“ des Europäischen Komitees für Normung (CEN) zwei Jahre nach Gründung im Mai 2016 jetzt aufgelöst. ...

04.06.2018 Wallstreet Online

Erfolg auf europäischer Ebene Arbeitsgruppe zur Normierung des Arztberufes aufgelöst

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) begrüßt die Auflösung der Healthcare Services Focus Group (HSFG) des Europäischen Komitee für Normung (CEN). Der BDC hat sich in den letzten Jahren gemeinsam mit anderen Verbänden gegen die Normung der ärztlichen Berufsausübung innerhalb der EU stark ...

31.05.2018 Deutschlandfunk Nova

Radfunk Fahrradhelme sind sinnvoll, eine Pflicht nur bedingt

Wer Fahrrad fährt, stellt sich vielleicht die Frage: Mit Helm oder ohne? Und wer sich beruflich mit dem Thema beschäftigt, zum Beispiel die Mitarbeiter eines Fahrradclubs, muss sogar eine Antwort auf die Frage finden: Soll das Tragen von Helmen verpflichtend sein?

23.05.2018 ÄrzteZeitung

Chirurgenverband gibt Einblick ins Berufsbild

Zum ersten Mal werden Studierende im Rahmen der bundesweiten Workshop-Reihe auch die Möglichkeit haben, sich am OP-Roboter zu üben, teilt der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) mit. ...

16.05.2018 RP Online

Führende Chirurgen referieren am Solinger Klinikum

Nach dem Prinzip „Von den Besten lernen“ gestaltet der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) regelmäßig Weiterbildungsseminare für seine Mitglieder. Neben der Berliner Charité und dem Universitätsklinikum Eppendorf in Hamburg ...

www.bdc.de/presse/

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



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

Termine BDC | Akademie

CURRICULUM BASISCHIRURGIE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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
21.09.18		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

FACHARZTVORBEREITUNG

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. Jens-P. Stahl	300,00	500,00
11.02.19	15.02.19	Berlin	2019-23691	Facharztseminar Gefäßchirurgie	Prof. Dr. med. Andreas Greiner	300,00	500,00
07.03.19	09.03.19	Berlin	2019-23920	Facharztseminar 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
01.02.19	02.02.19	Berlin	2018-24706	HBA Abschlusscolloquium hygiene-beauftragte Ärzte	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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
08.11.18	09.11.18	München	2018-23676	Viszeralchirurgie Kompakt: Rektumchirurgie	Dr. Reinhard Ruppert	250,00	450,00
09.11.18	10.11.18	Rostock	2018-23864	Fußchirurgie IV	Prof. Dr. med. Thomas Mittlmeier	500,00	650,00
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
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
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	8. Thoraxchirurgischer Kurs Teil 1 Grundkurs	Prof. Dr. med. Erich Stoelben, PD Dr. med. Corinna Ludwig	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

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	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	Führungsseminare: 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 Chirurgen	Dr. med. Gunda Leschber; Elisabeth Sandbrink	300,00 500,00

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

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

Kompaktkurs – geeignet für alle Ärzte

Hygienebeauftragter Arzt (HBA)

Mit der Smart-Learning-Methode

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

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

eCME-center.org®
continuing medical education

meduplus

60
CME-
Punkte!



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.



Veranstaltungshinweise

Datum		Ort	Seminartitel	Veranstalter	Preis Mitglied	Preis Nicht-Mitglied
27.08.2018	31.08.2018	Leipzig	Digital Operating Room Summer School (DORS) 2018	Innovation Center Computer Assisted Surgery ICCAS - Universität Leipzig		
08.09.2018	08.09.2018	Mannheim	11. EDZ-Proktologie-Kurs -Proktitis als Sonderfall der Colitis Ulcerosa und analer Morbus Crohn	MSD Sharp & Dohme GmbH		
19.09.2018	21.09.2018	Gießen	41. Handchirurgischer Operationskurs mit Arthroskopie-Workshop „Die traumatisierte Hand“	Klinik und Poliklinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Gießen in Zusammenarbeit mit dem Institut für Anatomie und Zellbiologie der Justus-Liebig-Universität Gießen und der AIOD Deutschland	500.00	500.00
20.09.2018	22.09.2018	Den Haag	13th Congress of the European Hip Society	Intercongress GmbH		
21.09.2018	22.09.2018	Köln	Medical-English Kurs II für Medizinische Fachangestellte	Frielingsdorf Consult GmbH	390.00	490.00
06.10.2018	06.10.2018	Mannheim	EDZ-Proktologie-Kurs -Hämorrhoidalleiden-	End- und Dickdarm Zentrum Mannheim	200.00	200.00
24.10.2018	24.10.2018	Berlin	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachs-tumsalter	durchblicken.org	250.00	250.00
25.10.2018	25.10.2018	Jena	Jobmesse: ZEIT für neue Ärzte	Zeitverlag		
03.11.2018	03.11.2018	Berlin	Intensivkurs Röntgenbefundung im Wachs-tumsalter	durchblicken.org	350.00	350.00
15.11.2018	15.11.2018	Köln	Hygiene und Arbeitsschutz	Frielingsdorf Consult GmbH	390.00	490.00
03.12.2018	06.12.2018	CH-9007 St.Gallen	European Colorectal Congress 2018	Medkongress AG		
08.12.2018	08.12.2018	Düsseldorf	Intensivkurs Röntgen chirurgische Ambulanz	durchblicken.org	350.00	350.00
09.02.2019	09.02.2019	Düsseldorf	Intensivkurs Röntgenbefundung im Wachs-tumsalter	durchblicken.org	350.00	350.00
22.02.2019	22.02.2019	Hamburg	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachs-tumsalter	durchblicken.org	250.00	250.00
15.03.2019	15.03.2019	München	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachs-tumsalter	durchblicken.org	250.00	250.00
26.03.2019	29.03.2019	München	136. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie	MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG		
06.09.2019	06.09.2019	Hannover	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachs-tumsalter	durchblicken.org	250.00	250.00

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Juli 2018

%

15 %



FAHRRAD.DE: 15 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

18 %



MISTER SPEX: 18 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

10 %



MONTBLANC: BIS ZU 10 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

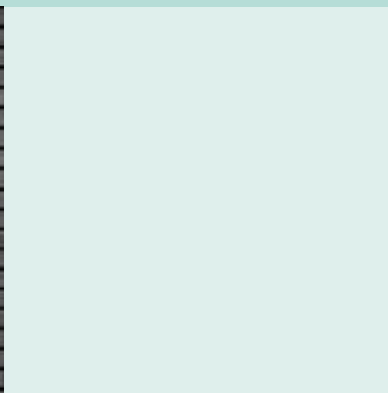
35 %



SENNHEISER: BIS ZU 35 % 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.



Jetzt
Mitglied
werden und
von vielen
Vorteilen
profitieren!

Willkommen in einem starken Netzwerk

Beantragen Sie jetzt Ihre Mitgliedschaft im BDC und werden Sie Teil
des größten chirurgischen Netzwerkes in Deutschland!

- ✓ Berufspolitische Interessenvertretung
- ✓ Umfangreiches Seminar- und Webinarangebot
- ✓ Breites E-Learning-Angebot
- ✓ Starkes Mitglieder-Netzwerk
- ✓ Umfassende Karriereberatung und chirurgischer Stellenmarkt
- ✓ Nachhaltige Förderung des chirurgischen Nachwuchses
- ✓ Kompetente Rechtsberatung
- ✓ Spezielle Versicherung für Chirurgen und Jungmediziner
- ✓ Aktuelle Infos rund um die Chirurgie und kostenlose Zeitschrift
- ✓ Exklusive Angebote für das Berufs- und Privatleben

**Studierende
willkommen!**

PANORAMA

Friedensdorf international

Oberhaus
hat keinen Platz für Rassismus

Friedensdorf International – Leben verändern helfen





Redaktion Öffentlichkeitsarbeit
FRIEDENSDORF INTERNATIONAL
 Lanterstr. 21
 46539 Dinslaken
 offen@friedensdorf.de
 www.friedensdorf.de

DIE FRIEDENSDORF EINZELFALLHILFE STEHT VOR EINER ZÄSUR

Seit über 50 Jahren holt Friedensdorf International Kinder zur medizinischen Versorgung nach Europa. Leider sind dieser Hilfe inzwischen Grenzen gesetzt. Bundesweit sinkt die Möglichkeit der Krankenhäuser Kindern aus Kriegs- und Krisengebieten eine kostenlose Behandlung zu schenken. Die Gründe für den Freibettenmangel sind vielfältig: erhöhter Kostendruck in den Krankenhäusern, Personalmangel, verschärfte Hygienebestimmungen, zunehmende Spezialisierung der Fachgebiete und Zusammenlegungen von Kliniken zu Verbundkrankenhäusern. Auch verringert sich die Verweildauer der Kinder in den Krankenhäusern stetig, was für das Friedensdorf einen entsprechend höheren pflegerischen und postoperativen Aufwand in der Oberhausener Heim- und Pflegeeinrichtung bedeutet. Deswegen plant das Friedensdorf eine deutliche Erweiterung seines medizinischen Bereiches in Oberhausen. Begonnen wird bald mit dem Neubau eines Operations- und Rehabilitationszentrums.

Die sogenannten „Freibetten“ sind und bleiben trotz des geplanten Neubauvorhabens die Voraussetzung dafür, dass im Rahmen der medizinischen Einzelfallhilfe überhaupt Kindern geholfen werden kann: Denn ohne eine

Behandlungsoption in den Krankenhäusern kann Friedensdorf International kein Kind nach Deutschland holen. Aus Spenden wäre die oftmals komplexe Behandlung selbst von einem einzelnen Kind nicht zu finanzieren und erst recht nicht von einigen hundert Kindern pro Jahr, wie es in den letzten Jahrzehnten noch möglich war.

EINDRÜCKE AUS DEM REHABILITATIONSZENTRUM DES OBERHAUSENER FRIEDENSDORFES

Es ist 9 Uhr morgens. Silvia steht im Wartezimmer und sortiert Kartenspiele, legt Malschablonen, Stifte und Papier zurecht. Durch das gekippte Fenster weht Stimmengewirr herein, das zunehmend lauter wird. Wenige Sekunden später betritt Sunnatbek den Raum, dann Ronaldo, dann Fatima und Sama, schließlich die restlichen 33 Kinder, die an diesem Tag einbestellt wurden. Augenblicklich ist die Stille verschwunden und die ehrenamtlichen Helferinnen Silvia und Dagmar haben alle Hände voll zu tun.

So geht es jeden Morgen im Rehabilitationszentrum des Friedensdorfes zu. Nach dem Frühstück machen sich kleine Prozessionen von Kindern unter der Führung der Mitarbeiter vom Speisesaal auf den Weg in den Verbandsraum. Hier werden Verbände und



Abb. 1: Ohne die kostenlose Unterstützung der Krankenhäuser wäre die Hilfe von Friedensdorf International nicht möglich

Schröder W, Homann H: Editorial Soziales Engagement als Chirurg. Passion Chirurgie. 2018 Juli; 8(07): Artikel 01.



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



Abb. 2: Bärbel und Herr Dr. Winter beim Verbandswechsel

Pflaster gewechselt, Fixateure gereinigt, Spatelübungen zur Verbesserung der Mundöffnung gemacht und Salben aufgetragen. Eben alles, was nach der Akutbehandlung im Krankenhaus noch zu tun ist, um die Rückkehr in die Heimat vorzubereiten.

Bärbel ist gelernte Krankenschwester, koordiniert das Geschehen gemeinsam mit ihrer Kollegin Andrea im Verbandsraum und legt natürlich auch selbst Hand an. „Komplexere Behandlungen können wir allerdings nicht machen, z. B. Röntgenaufnahmen oder Laboruntersuchungen“, sagt sie. Dafür stehen Arztpraxen in der Umgebung zur Verfügung, die gerne helfen. Heute ist auch Herr Dr. Winter wieder da, der immer donnerstags ehrenamtlich im Friedensdorf aushilft und das seit vielen Jahren. Er ist einer von fünf Ärzten, die wöchentlich ehrenamtlich ihr ärztliches Fachwissen zur Verfügung stellen.

SENSIBILITÄT IST GEFRAGT

Das Rehabilitationszentrum im Oberhausener Friedensdorf ist der Ort, an dem besonders deutlich wird, weshalb die Kinder überhaupt in Deutschland sind, nämlich aus medizinischen Gründen. Während sie beim Spielen auf dem Dorfplatz und sogar noch im Warteraum des Rehabilitationszentrums

eine ungeheure Lebensfreude und Unbekümmertheit ausstrahlen, kullern im Verbandsraum mitunter Tränen. Tränen, die in vielen Fällen nicht geweint werden müssten, wenn ihre Heimatländer den Kindern eine frühzeitige und angemessene medizinische Versorgung ermöglichen könnten. Aus der einen oder anderen Bagatelverletzung müsste dann keine schmerzhaft Knochenentzündung werden und manch eine unzureichend behandelte Brandverletzung würde keine Funktions- und Bewegungseinschränkung ganzer Körperteile zur Folge haben.

AUCH PHYSIOTHERAPIE GEHÖRT DAZU

Während sich der Verbandsraum gegen Mittag langsam lichtet, wird hinter einer anderen Tür mit der Aufschrift „KG“ noch fleißig geübt. Mit großer Geduld und Sorgfalt zeigt die japanische Mitarbeiterin Minori zwei Kindern ihre krankengymnastischen Übungen. Als Umid aus Usbekistan ins Friedensdorf kam, konnte er nur liegen. Nach einigen Operationen sitzt er heute aufrecht im Rollstuhl und übt gerade das Stehen und Gehen am Rollator. Gleichzeitig muss Vitali das Beugen und Strecken seiner Hand trainieren, die er bis vor kurzem aufgrund von Narbenkontrakturen kaum bewegen konnte. Bis zum Nachmittag wird Minori nacheinander weitere Kinder behandeln.

DAUERHAFT MEDIKAMENTÖSE VERSORGUNG

Übrigens geht die medizinische Einzelfallhilfe in einigen Fällen über die Behandlung



Abb. 3: Physiotherapie mit Minori

in Deutschland hinaus. Das Friedensdorf sorgt, sofern benötigt, für eine medikamentöse oder orthopädische Dauerversorgung der heimgekehrten Mädchen und Jungen. „Wir nehmen bei jedem Hilfseinsatz immer die sogenannten „Dauermedis“ für ehemalige Patienten mit, die sie in Begleitung ihrer Familien dann selbst abholen. Auf diese Weise gibt es schöne Wiedersehensmomente und wir können gleichzeitig erfahren, wie es den Kindern nach ihrer Rückkehr ergeht“, schildert Maria ihre Erfahrungen, die sie im Rahmen vieler Hilfseinsätze gesammelt hat. Beispielsweise ist da Esat aus Afghanistan. Der heute 33-Jährige war 1993 im Friedensdorf und wurde in einem deutschen Krankenhaus wegen einer Fehlstellung seiner Beine und urologischen Problemen behandelt. Bis heute holt er regelmäßig bei jedem Hilfseinsatz seine Medikamente ab.

Dass dies jedes Jahr aufs Neue möglich ist, dafür dankt das Friedensdorf allen Unterstützern und Förderern.

FRIEDENSDORF INTERNATIONAL



Seit 1967 hilft *FRIEDENSDORF INTERNATIONAL* verletzten und kranken Kindern aus Kriegs- und Krisengebieten. Kinder werden zur kurzfristigen medizinischen Behandlung nach Europa geholt und weltweite Projekte verbessern die medizinische und humanitäre Versorgung in den Heimatländern. Die friedenspädagogische Arbeit des Friedensdorfes fördert zudem soziales Bewusstsein und Engagement. Finanziert wird diese Arbeit nahezu ausschließlich aus Spenden und Mitgliedsbeiträgen – sie ist als mildtätig anerkannt und trägt das DZI-Spendensiegel.



**60
CME-
Punkte!**

Kompaktkurs:

Hygiene- beauftragter Arzt (HBA)

Geeignet für alle Ärzte



Mit der Smart-Learning-Methode

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) und meduplus haben gemeinsam mit renommierten Krankenhaushygienikern ein kompaktes Angebot zur zertifizierten Qualifikation „Hygienebeauftragter Arzt“ entwickelt.

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

- Zertifizierter Kurs
- Anerkannte strukturierte curriculare Fortbildung gemäß Mustercurriculum der Bundesärztekammer
- 21 Online-Lernmodule
- Nur 2 Tage Präsenzveranstaltung am Wochenende
- Teilnahmebescheinigung
- 2 Jahre Learning Community - Ärzte

Termine 2018/2019

Abschlusscolloquium			
Wissenschaftlicher Leiter	Ort	Termin	Kurs-Nr.
Prof. Dr. med. Axel Kramer	Berlin	19. - 20.10.18	24708
Prof. Dr. med. Axel Kramer	Berlin	01. - 02.02.19	24706
Prof. Dr. med. Axel Kramer	Berlin	03. - 04.05.19	24707



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

