

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

NETZWERK

„WOMEN IN GLOBAL
HEALTH“ DEUTSCHLAND

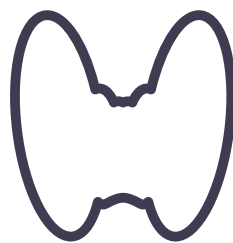
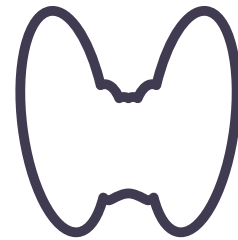
im Fokus

DIE SCHILDDRÜSE –
KLEINES ORGAN MIT
GROSSER WIRKUNG

08 | 2018

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN





Die Schilddrüse – kleines Organ mit großer Wirkung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die humane Schilddrüsenchirurgie hat eine sehr lange Entwicklungszeit hinter sich. Zwar finden sich erste Beschreibungen des Organs, das damals noch als Cele oder Cyste angesehen wurde, schon im Altertum. Doch die nachfolgenden Epochen waren über viele Jahrhunderte von dumpfer Mystik und profundem Unkenntnis gekennzeichnet. Und so galten noch im ausgehenden 19. Jahrhundert operative Eingriffe am Kropf als höchst gefährliche Spektakel mit oft letalem Ausgang, die nur bei „dringendsten Respirationsbeschwerden“ durchzuführen seien (Ch. Langenbeck). Neben tödlichen Blutungen waren Krämpfe, Lähmungen und der Stimmverlust die gefürchtetsten Komplikationen.

Und die wenigen „armen Teufel“, die einen Eingriff an der Schilddrüse tatsächlich überlebten, fielen danach häufig der „Cachexia strumipriva“ anheim. Erst mit der Entwicklung der Antisepsis, der Verfeinerung der Blutstillungstechniken und dem vertieften physiologischen Verständnis der Organfunktion entstanden Grundlagen für eine akzeptable Schilddrüsenchirurgie. Die alten Heroen unserer Zunft Langenbeck, Kocher und Mikulicz gelten hier noch immer als wichtige Wegbereiter.

Nachdem die Verbesserungen in der chirurgischen Technik und der peri- und postoperativen Versorgung wie in vielen anderen Bereichen auch an der Schilddrüse fast zwangsläufig zu einer Ausweitung der



Prof. Dr. med. Carsten J. Krones

Chefarzt

Klinik für Allgemein- Viszeral- und

Minimalinvasive Chirurgie

Eine Einrichtung der Katholischen

Stiftung Marienhospital Aachen

Zeise 4

52066 Aachen

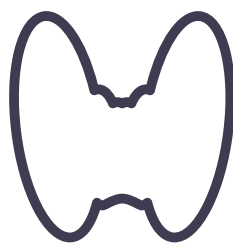
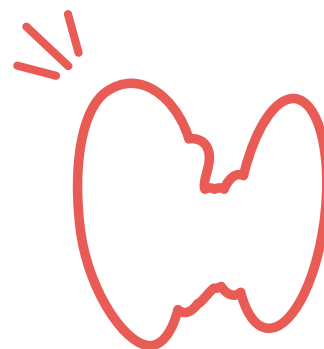
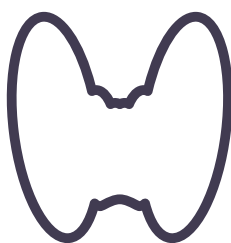
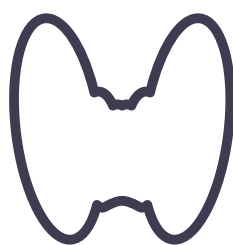
carsten.krones@marienhospital.de

operativen Technik geführt hatten, ist der Trend seit einigen Jahren umgekehrt. „Less is more“ könnte damit das klassische Schlagwort der modernen Schilddrüsenchirurgie sein. Und auch wenn die Zahl an Schilddrüsenresektionen in Deutschland im Verhältnis zum vergleichbaren Ausland immer noch deutlich höher liegt: die Leitlinien werden klarer, die Indikationen gestrafft und die Qualitätsanforderungen deutlich angehoben. In diesen bewegten Zeiten ist es umso wichtiger, weiterhin den Überblick zu behalten, die richtigen Trends zu erkennen und sich anzupassen.

Schilddrüsenchirurgie ist ein „Hot Topic“. Deshalb widmen wir die Sommer-Ausgabe der *Passion Chirurgie* diesem wichtigen kleinen Organ. Die Autoren sind von ausgewählter Expertise – die Beiträge sollen Ihnen Update und Anregung zugleich sein.

Wir wünschen eine erhellende Lektüre.

Carsten Joh. Krones



Krones CJ: Die Schilddrüse – kleines Organ mit großer Wirkung. *Passion Chirurgie*. 2018 August; 8(08): Artikel 01.



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

IMPRESSUM

CHIRURGIE

HERAUSGEBER

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

DGCH

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

BDC

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

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

REDAKTION

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer (V.i.S.d.P.)
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg (dr.rueggeberg@t-online.de)
Dr. rer. pol. Ronny Dittmar (ronny.dittmar@bdc.de)
Karin Kammerer (Tel.: +49 (0) 30 28004-202 |
passion_chirurgie@bdc.de)
Julia 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/borchee, 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 Die Schilddrüse – kleines Organ mit großer Wirkung
C. J. Krones

6 SCHAUFENSTER

8 CHIRURGIE

im Fokus

9

WICHTIGSTE ASPEKTE DER INDIKATI-
ONSSTELLUNG, VORBEREITUNG UND
DURCHFÜHRUNG VON OPERATIONEN
AN DER SCHILDDRÜSE

N. Schlegel

13

WERTIGKEIT DER SONO-ELASTOGRA-
PHIE VON SCHILDDRÜSENKNOTEN

N. Rayes

16

IN DER BAUCHCHIRURGIE HABEN MINI-
MALINVASIVE OPERATIONEN VIELE
VORTEILE



74



21 CHIRURGIE⁺

- 22 Akademie aktuell: Viszeralchirurgie Kompakt – Endokrine Chirurgie *M. Hermanns*
- 25 DGCH-Mediathek: Edgar-Ungeheuer-Preis für besonderen Filmbeitrag
- 26 Webinar-Termin im August: Periphere arterielle Verschlusskrankheit
- 27 Bericht vom Kongress der Deutschen Gesellschaft für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie *M. Krönes*
- 30 **Safety Clip:** Lagerungsschäden sind voll beherrschbare Risiken *S. Kraft*
- 34 **Hygiene-Tipp:** Neue DIN 1946-4 erschienen – RLT-Anlagen *W. Popp, R. Külpmann, K.-D. Zastrow*
- 37 **Rezension:** Funktionelle Wiederherstellung der oberen Luft- und Speisewege
- 38 Personalia
- 39 **RECHT**
- 39 **Frage & Antwort:** Datenschutzeinwilligung bei Übermittlung von Behandlungsdaten an andere Ärzte *J. Heberer*
- 40 **Frage & Antwort:** Veröffentlichung von Arztdaten auf Jameda im Licht der DS-GVO *J. Heberer*

42 GESUNDHEITSPOLITIK

- 42 Abschlüsse wegen Nichtteilnahme zur Notfallversorgung für Belegkrankenhäuser *D. Farghal*
- 43 Mehr Knie-OPs: besorgniserregender Trend oder verzerrte Ergebnisse *J. Weilbach*
- 45 Aktuelle Meldungen

46 INTERN

- 46 **DGCH**
- 46 Ausschreibung Preise und Stipendien 2019
- 48 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
- 53 DGCH: Aus Doppelmitgliedschaft wird Probemitgliedschaft *T. Pohlemann, J. Fuchs, H.-J. Meyer*
- 56 Spendenaufwurf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 59 DGCH-Präsidium ab 1. Juli 2018
- 62 **BDC**
- 62 BDC|News
- 64 BDC|Landesverbände
- 66 BDC-Pressespiegel
- 67 Termine BDC|Akademie
- 71 Veranstaltungshinweise
- 72 Lifestyle-Angebote

75 PANORAMA

- 75 Die Initiative Women in Global Health – Germany *S. Ludwig*

FÜR WEITERBILDER

Termin im Oktober: Mastertrainerprogramm



Das Mastertrainermodell ist nach einem Train-the-Trainer-Konzept aufgebaut. Dabei werden erfahrene Weiterbilder in einem ersten Schritt zu Mastertrainern ausgebildet und in der Anwendung einfacher Instrumente zur Strukturierung der Facharztweiterbildung in ihren Einrichtungen geschult. Hauptanliegen ist es, die in der Praxis

tätigen Weiterbilder durch Mastertrainer auf die wichtigsten Instrumente der strukturierten Weiterbildung zu schulen und in Supervisionen kontinuierlich zu begleiten. Das Angebot richtet sich an alle, die in ihrer Klinik oder Praxis weiterbilden. Die nächste Veranstaltung findet am 19. bis 20. Oktober 2018 in Berlin statt.

[Zur Anmeldung...](#)

GEMATIK

Zweiter VSDM-Konnektor zugelassen



Die gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH hat die Zulassung für einen zweiten Konnektor erteilt. Damit hat der Konnektor der T-Systems International GmbH das Zulassungsverfahren der gematik erfolgreich durchlaufen. Für die Anbindung an die Telematikinfrastruktur sind mehrere Produkte und Dienste der

Industrie notwendig, die von der gematik zugelassen werden müssen, wie beispielsweise der Konnektor. Er verbindet die IT-Systeme medizinischer Einrichtungen mit der Telematikinfrastruktur. Der Konnektor ist mit einem Router vergleichbar, jedoch mit einem deutlich größeren Funktionsumfang und einem sehr hohen Sicherheitsniveau. Er stellt ein sogenanntes virtuelles privates Netzwerk (VPN) her, in dem elektronische Anwendungen unter Einsatz moderner Verschlüsselungstechnologien völlig abgeschirmt vom sonstigen Internet genutzt werden können.

[Mehr Lesen...](#)

Aktuelle BDC|Umfrage

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...](#)



Neuer Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH) für das Jahr 2018/2019 ist Professor Dr. med. Matthias Anthuber. Professor Anthuber ist Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie im Klinikum Augsburg, Hochschullehrer an der LMU München und ehemaliger deutscher Hallen-Handballnationalspieler. Außerdem ist Professor Anthuber Leiter des Transplantationszentrums im Klinikum Augsburg. Professor Anthuber gestaltet als Präsident den 136. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Die nächste Jahrestagung der DGCH findet vom 26. bis 29. März 2019 im ICM in München statt. Professor Anthuber leitet die Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie des Klinikum Augsburg. Medizin studierte er an der LMU in München, wo er auch seine Facharztausbildung abschloss.

[Mehr lesen...](#)

MB-Umfrage zum Praktischen Jahr

Die Ausbildung von Medizinstudierenden im Praktischen Jahr krankt an mangelnder Betreuung und Anleitung. Vielfach wird den angehenden Ärztinnen und Ärzten die Rolle des Lückenbüßers zugedacht, der überall dort zur Stelle ist, wo im Krankenhaus Personal gebraucht wird. Dies geht aus einer Umfrage des Marburger Bundes hervor, der im März und April dieses Jahres rund 1.300 Mitglieder befragt hat, die sich noch im PJ befinden oder ihr PJ gerade absolviert haben.

Fast zwei Drittel der Medizinstudierenden (63 %) verbrachte im Rahmen des ersten PJ-Tertials 40 bis 50 Stunden pro Woche im Krankenhaus, 8 Prozent sogar 50 bis 60 Stunden. Nur 28 Prozent der Medizinstudierenden waren weniger als 40 Stunden in der Klinik. Ein Fünftel (21 %) musste auch regelmäßig Zusatzdienste außerhalb der täglichen Anwesenheitszeit leisten. Nach der Approbationsordnung für Ärzte (§ 3 Abs. 4) sollen die Studierenden „in der Regel ganztägig an allen Wochenarbeits Tagen im Krankenhaus anwesend sein“ – das schließt regelmäßige Anwesenheitszeiten von mehr als 40 Stunden pro Woche und zusätzliche Dienste in der Nacht oder am Wochenende aus.

„Die hohen wöchentlichen Anwesenheitszeiten der PJler und die Zusatzdienste verstoßen gegen die Approbationsordnung und widersprechen eklatant dem Ausbildungscharakter des PJ. Es kann nicht sein, dass Medizinstudierende als billige Hilfskräfte missbraucht werden, weil die Kliniken zu wenig Personal vorhalten. Die PJler sollen während des Praktischen Jahrs die im Studium erworbenen Kenntnisse vertiefen und erweitern können. Dieser gesetzliche Anspruch wird aber in vielen Fällen kaum erfüllt“, kritisierte Dr. Andreas Botzlar, 2. Vorsitzender des Marburger Bundes, die Defizite im letzten Ausbildungsabschnitt des Medizinstudiums.

[Mehr lesen...](#)



IM FOKUS

”

Schilddrüse



Prof. Dr. med. Nicolas Schlegel
 Universitätsklinik Würzburg
 Klinik und Poliklinik für Allgemein-,
 Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie
 Oberdürrbacher Strasse 6
 97080 Würzburg
 Schlegel_N@ukw.de

Wichtigste Aspekte der Indikationsstellung, Vorbereitung und Durchführung von Operationen an der Schilddrüse

Obwohl die Häufigkeit von Schilddrüsenoperationen mit knapp 80.000 Operationen/Jahr bei benigner Struma zuletzt abgenommen hat, liegt deren Anzahl in Deutschland weiterhin deutlich höher als im internationalen Vergleich [1, 2]. Die Schilddrüsenchirurgie gilt im Vergleich zu anderen Operationen als „komplikationsarme“ Chirurgie, wenn wichtige Grundsätze und Vorsichtsmaßnahmen beachtet werden. Der vorliegende Artikel hat das Ziel, eine kurze Übersicht zu den wichtigsten Aspekten der Indikationsstellung, präoperativen Vorbereitung und Durchführung der Operation zu geben.

AUF WAS MUSS BEI DER INDIKATIONSSTELLUNG GEACHTET WERDEN?

Es besteht allgemein die Annahme, dass die Häufigkeit der Schilddrüsenoperationen in Deutschland im internationalen Vergleich deshalb so hoch ist, weil die Indikationsstellung durch den Chirurgen zu unkritisch erfolgt [3]. In der täglichen Praxis ist es häufig so, dass Patienten bereits mit einer Empfehlung zur „operativen Sanierung“ der Schilddrüse durch den Hausarzt oder Nuklearmediziner beim Chirurgen vorstellig werden

und damit an die unbedingte Notwendigkeit einer Operation glauben. Es ist jedoch essenziell, dass sämtliche Indikationen vom Chirurgen kritisch hinterfragt werden und eine entsprechende Aufklärung des Patienten durchgeführt und dokumentiert wird.

Auf Basis der aktuellen Empfehlungen erfolgt die Indikationsstellung zu Schilddrüsenoperationen vereinfacht auf der Basis von drei Säulen [2, 4]; (**Tab. 1**):

1. Indikation aufgrund von nachgewiesener Malignität oder eines Malignitätsverdachts
2. Funktionelle Indikation
3. Mechanische Indikation

Ein großer Teil der Schilddrüsenoperationen in Deutschland werden zum Ausschluss eines Malignoms durchgeführt. Hierbei ist anzumerken, dass die Diagnostik zur Abschätzung der Dignität eines Schilddrüsenknotens häufig nicht ausgeschöpft wird und damit Operationsindikationen leichtfertig gestellt werden [3].

Der häufigste Grund, der Patienten zum Chirurgen führt, ist die Detektion eines szintigraphisch kalten Knotens. Ein kalter Knoten allein ohne weitere Angaben stellt zunächst

Schlegel N: Wichtigste Aspekte der Indikationsstellung, Vorbereitung und Durchführung von Operationen an der Schilddrüse. *Passion Chirurgie*. 2018 August, 8(08): Artikel 03_01.



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

Tab. 1: Operationsindikationen, Übersicht über wichtige Kriterien bei der Indikationsstellung zur Operation in der Schilddrüsenchirurgie

Indikation bei Malignitätsverdacht	Funktionelle Indikation	Mechanische Indikation
– (schnell) wachsender szintigraphisch kalter Knoten – sonographische Malignitätskriterien – zervikale Lymphadenopathie – sonographische Hochrisikoläsion (Kategorie 4c und 5 TI-RADS-Klassifikation) – verdächtige Feinnadelzytologie – abklärungsbedürftige Feinnadelzytologie – basale Calcitoninerhöhung im Serum > 26 pmol/L bei Frauen und 60 pmol/L bei Männern (cave: Laborabhängig) – Kompressions-symptome	– Konservativ therapierefraktärer M. Basedow – M. Basedow Rezidiv – M. Basedow mit endokriner Orbitopathie – Ein oder mehrere hyperfunktionelle Knoten mit subklinischer oder manifester Hyperthyreose – Konservativ nicht zu beherrschende thyreotoxische Krise	– lokale Beschwerden – Trachealeinengung – Kompression benachbarter Gefäße – retrosternale Struma – dystope Lage – kosmetische Beeinträchtigung durch Schilddrüsengröße

keine Operationsindikation dar. Es ist daher notwendig, die Dignität des Knotens weiter abzuklären. Die Abschätzung des Risikos einer malignen Entartung ergibt sich aus verschiedenen Aspekten (**Tab. 1**): Dazu gehören die Gesamtheit der Anamnesedaten mit Familienanamnese, der klinischen Untersuchungsbefunde, Schilddrüsenhormonwerte, Ultraschall und Szintigraphie. Insbesondere ist zu betonen, dass zur Abklärung von suspekten Knoten die feinnadelgesteuerte Punktion ebenfalls ein wesentliches Element ist. Obwohl letztere im vorgeschlagenen Algorithmus der Diagnostik zur Abklärung von verdächtigen Schilddrüsenknoten ausdrücklich implementiert ist, wird diese nur in etwa 21 Prozent der Fälle in Deutschland durchgeführt [3]. Für die Stratifizierung von Knoten hat sich auch die hochauflösende Sonographie und Einschätzung der Knoten anhand der „Ti-Rads“ Kriterien etabliert [5, 6]. Weitere Verfahren wie die Elastographie finden zunehmend Verbreitung [7].

Ein Sonderfall, bei dem eine Indikationsstellung zur Operation ohne weitere Abklärung eines Knoten erfolgen kann, stellt sich dar, wenn der Patient trotz dezidierteter Aufklärung ohne weitere Diagnostik eine dignitätsklärende Operation wünscht. Die differenzierte Aufklärung in einem solchen Fall sollte sehr gut dokumentiert werden.

Die funktionelle Indikation ist bei konservativem Therapieversagen bei M. Basedow gegeben [2]. Insbesondere bei Vorliegen einer endokrinen Orbitopathie ist die chirurgische Sanierung im Vergleich zur ansonsten

möglichen Radiojodtherapie von Vorteil [8]. Weitere funktionelle Indikationen sind das Vorliegen eines oder mehrerer hyperfunktioneller Knoten oder eine konservativ nicht zu beherrschende thyreotoxische Krise. Bei M. Basedow und bei hyperfunktionellen Knoten muss mit den Patienten immer auch die Radiojodtherapie als mögliche alternative Therapieoption besprochen werden [2].

Für die „mechanische Indikation“ wird in der Literatur ein Schilddrüsenvolumen > 60 ml als häufige Operationsindikation angegeben [9]. Hier muss beachtet werden, dass die Indikation anhand einer bestimmten Größe relativ zu stellen ist. Entscheidend sind die Angabe von lokalen Beschwerden sowie weitere Kriterien wie Trachealeinengung oder Kompression der benachbarten Gefäße, die zu einer Operationsindikation führen. Bei ausgedehnter riesiger Struma mit retrosternalen Anteilen oder dystoper Lage kann eine Indikation zur Operation auch bei fehlender Symptomatik oder fehlenden Malignitätshinweisen gestellt werden [2].

Prinzipiell gelten bei Rezidivstrumen die gleichen Indikationen wie bei Ersteingriffen. Da die Komplikationsrate bei Rezidivoperationen im Vergleich zur Erstoperation deutlich erhöht ist, muss die Indikation besonders kritisch gestellt werden. Die Patienten müssen über das erhöhte Komplikationsrisiko bei Rezidivoperationen explizit aufgeklärt werden, was entsprechend dokumentiert werden sollte [2, 4].

WELCHE UNTERSUCHUNGEN SOLLTEN VOR EINER SCHILDDRÜSENOPERATION DURCHFÜHRT WERDEN?

Neben den allgemeinen Vorbereitungen vor einer Operation wie der Anamnese, Abfrage von Vorerkrankungen, Medikamenten und Gerinnungsstörungen gehören vor Schilddrüsenoperationen immer auch die Frage nach Problemen bei der Reklination der Halswirbelsäule sowie die Laryngoskopie zum Ausschluss einer präoperativ bereits bestehenden (asymptomatischen) Fehlfunktion der Stimmlippen [10]. Laborchemisch sollte eine Calciumbestimmung und wenn nicht bereits vorliegend Calcitonin mit abgenommen werden [11]. Im eigenen Patientenkollektiv bestimmen wir zusätzlich Parathormon mit, um eine adäquate Abschätzung des Nebenschilddrüsenstoffwechsels präoperativ vornehmen zu können. Des Weiteren stellt die Sonographie der Schilddrüse und der Halslymphknoten eine unverzichtbare präoperative Untersuchung zur Planung des Resektionsausmaßes und zur Erkennung extrathyreoidealer Prozesse wie Lymphknotenvergrößerungen dar [12–14].

WAS MUSS BEI DER OPERATION BESONDERS BEACHTET WERDEN?

Der klassische Zugang zur Operation ist der Kocher'sche Kragenschnitt. Nach entsprechender Schaffung eines Zugangs in die Schilddrüsenloge und Präparation in das Spatium chirurgicum ist es empfehlenswert als nächsten Schritt den Nervus vagus aufzusuchen, um zu testen, ob das Neuromonitoring,

das heutzutage in den meisten Kliniken eingesetzt wird, technisch funktioniert und ob die Lage des Stimulationstubus adäquat ist [15] (**Tab. 2**). Erst wenn hier ein adäquates EMG-Signal abgeleitet werden kann, sollte die Präparation fortgesetzt werden. Entsprechend erfolgt die Dokumentation als „V1“-Ableitung mit Kennzeichnung der jeweiligen Seite. In Bezug auf das Neuromonitoring erfolgen im Verlauf der Operation weitere Ableitungen der EMG-Signale bei erster Visualisierung des Nervus laryngeus recurrens (R1) sowie nach Resektion die entsprechende Kontrolle eines weiterhin intakten EMG-Signals über dem Nervus laryngeus recurrens (R2) und dem Nervus vagus (V2). Nur wenn letzteres zweifelsfrei intakt ist, darf eine Fortsetzung der Operation auf der Gegenseite erfolgen. Die Anzahl an bilateralen Recurrensparesen konnte mit diesem Vorgehen signifikant reduziert werden [15].

In Bezug auf den Nervus laryngeus recurrens sind eine eindeutige Visualisierung und die Dokumentation dieser Visualisierung essenziell. Hierbei ist auf eine durchblutungsschonende, nicht-skelettierende Präparation zu achten [2]. Wichtig ist, dass die Ableitung eines EMG-Signals nicht die visualisierende Darstellung des Nerven ersetzt. Es ist selbst erklärend, dass bei der Präparation des Nerven darauf geachtet wird Zugschäden oder thermische Schäden durch bipolare Koagulation in der Nähe des Nerven zu vermeiden.

Die Problematik des postoperativen Hypoparathyreoidismus wird häufig unterschätzt, obwohl sie die häufigste Komplikation nach Schilddrüsenoperationen darstellt [16]. Es ist daher unbedingt darauf zu achten, dass die Nebenschilddrüsen vaskularisiert erhalten werden und dass auch hierüber im Operationsbericht eine entsprechende Dokumentation erfolgt [2]; (**Abb. 1**). Es gilt hier genau wie für die Nervenpräparation und für die Versorgung der Gefäße, dass ein kapselnahes Präparieren an der Schilddrüse zu empfehlen ist. Zur Auffindung der Nebenschilddrüsen gilt die bekannte Faustregel, dass die obere Nebenschilddrüse dorsal des Nervus laryngeus recurrens und oberhalb der Arteria thyroidea inferior zu finden ist. Die untere Nebenschilddrüse ist unterhalb der Arteria thyroidea

Tab. 2: Algorithmus EMG-Ableitung Neuromonitoring intraoperativ, Darstellung des empfohlenen Algorithmus bei der Verwendung des intermittierenden Neuromonitorings in der Schilddrüsenchirurgie.

V1-Ableitung: Ableitung Nervus vagus bei Beginn der Operation; Mindestziel 300 µV
R1-Ableitung: Ableitung Nervus laryngeus recurrens bei erster Visualisierung
R2-Ableitung: Ableitung Nervus laryngeus recurrens nach Resektion
V2-Ableitung: Ableitung Nervus vagus nach Resektion

inferior und ventral des Nervus laryngeus recurrens zu finden. Die genaue Lage kann erheblichen Variationen unterliegen sein und ist daher individuell sehr unterschiedlich [9]. Die Einlage von Drainagen sollte generell vermieden werden, da sie insgesamt nicht zu einer Reduktion von Nachblutungen führen und sowohl die Rate an Wundinfektionen

und die Krankenhausverweildauer signifikant erhöhen [17].

POSTOPERATIVE ÜBERWACHUNG

Die Gefahr von Nachblutung ist in der ersten postoperativen Phase d. h. innerhalb der ersten acht Stunden am größten und nimmt

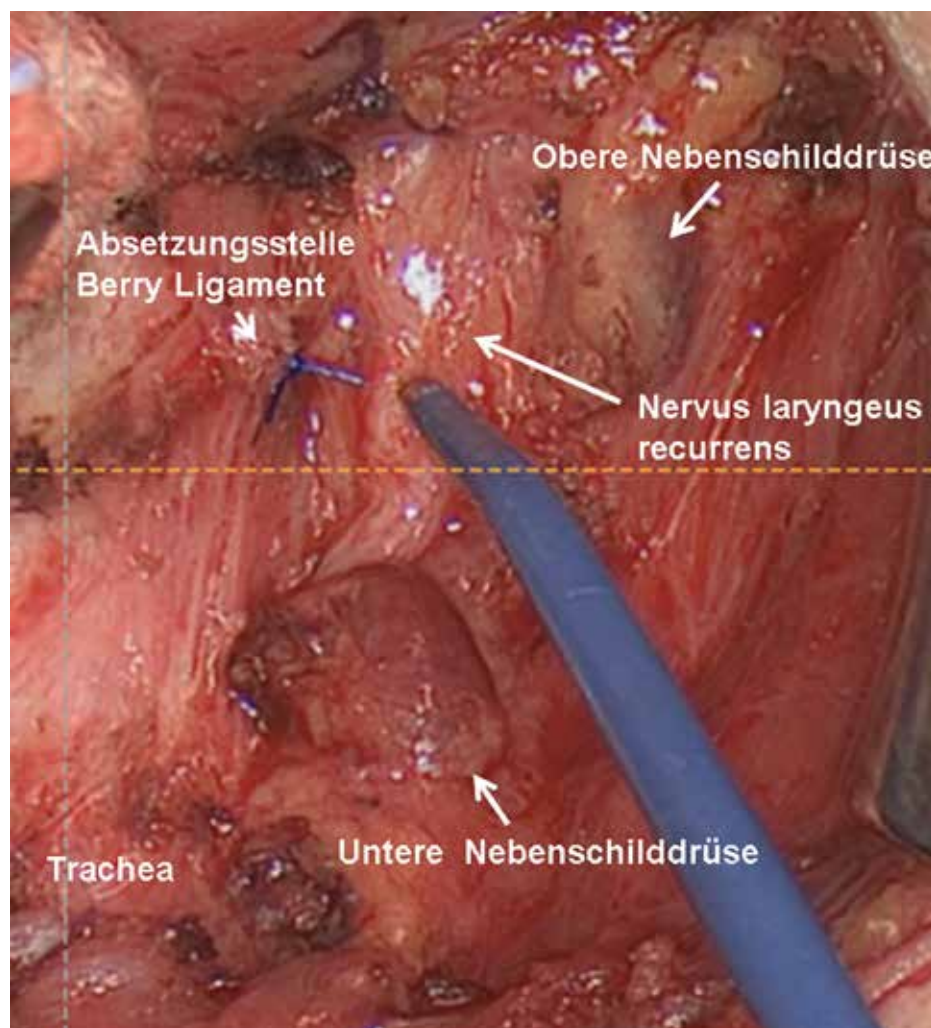


Abb. 1: Beispiel Abschlusssitus nach Hemithyreoidektomie links: Es wird exemplarisch der Abschlusssitus während der „R2-Ableitung“ des Nervus laryngeus recurrens gezeigt. Der Nerv ist langstreckig bis zum Eintritt in den Kehlkopf dargestellt. In typischer Lage sind beide Nebenschilddrüsen erhalten. Im Bereich der Absetzungsstelle des Berry-Ligaments ist eine Durchstichligatur gesetzt.

danach deutlich ab. Die meisten Nachblutungen (d. h. etwa 80 bis 85 Prozent) finden in den ersten 24 Stunden postoperativ statt [18]. Aus diesem Grund ist in den ersten postoperativen Stunden eine intensivierete Überwachung zu empfehlen. Eine frühe Entlassung von Patienten in dieser frühen postoperativen Phase ist aufgrund der möglichen raschen vitalen Folgen einer Nachblutung in Deutschland nicht empfohlen [2].

Postoperativ sollte nach den aktuellen Leitlinien am ersten und zweiten postoperativen Tag eine Calciumkontrolle erfolgen, um einen postoperativen Hypoparathyreoidismus rechtzeitig zu erkennen [2]. In den letzten Jahren verbreitet sich auch die postoperative Bestimmung von Parathormon. Der genaue Zeitpunkt der Bestimmung und die potenzielle Aussagekraft zur potenziellen

Entwicklung eines postoperativen Hypoparathyreoidismus sind Gegenstand aktueller Studien und Diskussion [19].

Unstrittig ist die Notwendigkeit der postoperativen Durchführung und Dokumentation einer Laryngoskopie zum sicheren Ausschluss einer Recurrensparese [2]. Zur Qualitätssicherung sollte diese Untersuchung für jeden operierten Patienten in dessen Akten dokumentiert werden und im Falle einer Recurrensparese eine logopädische Behandlung initiiert werden. Hier hat der Chirurg durch regelmäßige Nachkontrollen die notwendige Sorgfaltspflicht zu erfüllen. Allgemein ist in diesem Zusammenhang das Einbringen der Patienten in ein entsprechendes Register (z. B. StuDoQ der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie oder Eurocrine) sinnvoll und empfehlenswert.

Zusammenfassend muss Schilddrüsenchirurgie differenziert durchgeführt werden. Das umfasst eine kritische Indikationsstellung, sorgfältige Vorbereitung, die Beachtung wichtiger intraoperativer Schritte und die optimale perioperative Betreuung. Der vorliegende Artikel soll mit dieser kurzen Übersicht eine Anregung zur Vertiefung der einzelnen hier aufgeführten Aspekte geben. Nur mit einer differenzierten und tiefgehenden Auseinandersetzung können für den Patienten optimale Behandlungsergebnisse erzielt werden, was das Ziel jeder ärztlichen Behandlung ist.

Die Literaturliste erhalten Sie über passion_chirurgie@bdc.de. 

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.

www.bdc-webinare.de



© Istock/choja

Wertigkeit der Sono-Elastographie von Schilddrüsenknoten

Seit einigen Jahren wird in Deutschland heftig darüber diskutiert, ob die Operationsindikation bei Schilddrüsenknoten zu liberal gestellt wird. So ist nur jeder 15. Knoten, der wegen Malignitätsverdacht entfernt wird, tatsächlich ein Karzinom [1]. Zudem erfolgt auch bei gutartiger Knotenstruma sehr häufig eine Thyreoidektomie [2]. Deshalb halten Endokrinologen, Nuklearmediziner und endokrine Chirurgen eine Verbesserung der präoperativen Diagnostik für erforderlich.

Bisher erfolgt die Abklärung eines Schilddrüsenknotens durch klinische Untersuchung, Bestimmung der Schilddrüsenwerte (TSH, fT₃, fT₄) und des Tumormarkers Kalzitinin, Ultraschall, ggf. Schilddrüsenszintigraphie und Feinnadelpunktion [1]. Die Sonoelastographie bietet nun eine weitere Möglichkeit der Diskriminierung von benignen und malignen Knoten.



Prof. Dr. med. Nada Rayes

Oberärztin der Klinik und Poliklinik für
Viszeral-, Transplantations-, Thorax-
und Gefäßchirurgie
Universitätsklinikum Leipzig
Liebigstr. 20 Haus 4
04103 Leipzig
nada.rayes@medizin.uni-leipzig.de

Rayes N: Wertigkeit der Sono-Elastographie von
Schilddrüsenknoten. *Passion Chirurgie*. 2018
August, 8(08): Artikel 03_02.



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

Ursprünglich wurde die Methode für die Bestimmung des Fibrose- bzw. Zirrhosegrades der Leber entwickelt. Sie beruht darauf, dass sich härteres Gewebe bei Druck von außen weniger verformt als weiches Gewebe. Mittlerweile gehört sie auch zur Diagnostik von verschiedenen Tumoren, zum Beispiel der Mamma. Man unterscheidet die Kompressionselastographie und die Scherwellenelastographie. Bei ersterer Methode wird durch den Untersucher ein bestimmter Druck auf den Schilddrüsenknoten ausgeübt und die Verformbarkeit des Knotens (strain value) gemessen. Diese wird dann in der Regel durch verschiedene Farben in einer Skala dargestellt. Man geht davon aus, dass papilläre Karzinome eine geringere Verformbarkeit haben als benigne Knoten [3]. Üblicherweise steht Grün für weiche und Blau für harte Knoten (**Abb. 1 und 2**). Semiquantitativ kann außerdem das Verhältnis der Verformbarkeit des Knotens zum umliegenden gesunden Schilddrüsengewebe als sogenannte Strain ratio (SR) gemessen werden (**Abb. 3 und 4**).

Die Scherwellenelastographie nutzt bestimmte Ultraschallköpfe, die eine definierte niedrigfrequente Schallwelle aussenden. Die Geschwindigkeit dieser Welle im Gewebe wird als Elastizitätsmodul (E, Einheit: m/s oder kPa) bezeichnet und korreliert mit dessen Härte. Diese Untersuchung ist weniger untersucherabhängig.

Die meisten Studien an Schilddrüsenknoten wurden bisher mit der Kompressionselastographie durchgeführt. Eine große prospektive multizentrische Analyse der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) an benignen und malignen Knoten zeigte für die Strain ratio eine Sensitivität von 58 Prozent und eine Spezifität von 78 Prozent sowie einen positiven prädiktiven Wert von 30 Prozent und einen negativen prädiktiven Wert von 92 Prozent, wenn der Cutoff für das Vorliegen eines papillären Schilddrüsenkarzinoms bei $> 2,66$ festgelegt wird. Die Autoren folgern daraus, dass die Elastographie eine sinnvolle Ergänzung zur Abklärung von Schilddrüsenknoten darstellen kann und möglicherweise hilft, die Anzahl an diagnostischen Operationen zu verringern [4].

Eine weitere deutsche Studie, bei der insgesamt 246 Schilddrüsenknoten analysiert wurden, ergab keinen Vorteil einer zusätzlichen Elastographie zur alleinigen Sonographie und Einteilung nach der TIRADS-Klassifikation [5]. Hier wurde das Strain value bestimmt.

Im Jahr 2016 wurden bereits Leitlinien für die Sonoelastographie der Schilddrüse veröffentlicht [6]. Auch hier wird darauf hingewiesen, dass die Methode nur zum Ausschluss von papillären Karzinomen angewandt werden kann, da follikuläre Karzinome auch weich imponieren können. Weitere Limitationen sind eine ungünstige Lage der zu beurteilenden Knoten (Isthmus, nahe der Gefäße, tief im Gewebe), Inhomogenität, Kalzifikationen, zystische Anteile und große Ausdehnung. Prinzipiell ist mit der Elastographie eher ein Ausschluss eines Karzinoms bei sehr hoher Verformbarkeit des Gewebes möglich, die Sensitivität ist methodenbedingt niedrig. Kritiker merken an, dass es bisher noch keinen allgemein akzeptierten Cutoff-Wert für die Diskriminierung von gutartigen und bösartigen Knoten gibt.

Zusammenfassend wird die Elastographie der Schilddrüse nur in wenigen Zentren durchgeführt. Ihre Durchführung und Interpretation sollte ausschließlich von erfahrenen Untersuchern erfolgen. Im Zweifelsfall kann sie ein weiteres diagnostisches Mittel sein, um im Falle eines weichen Knotens ein papilläres Schilddrüsenkarzinom auszuschließen.

LITERATUR

- [1] Bartsch DK, Luster M, Buhr HJ, Lorenz D, Germer CT, Goretzki PE. Indications for the Surgical Management of Benign Goiter in Adults. *Dtsch Arztebl Int*. 2018 Jan; 115(1-2): 1-7.
- [2] Rayes N, Seehofer D, Neuhaus P: The surgical treatment of bilateral benign nodular goiter: balancing invasiveness with complications. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111: 171-8
- [3] Shiina T, Nightingale KR, Palmeri ML et al. WFUMB guidelines and recommendations for clinical use of ultrasound elastography: Part 1: basic principles and

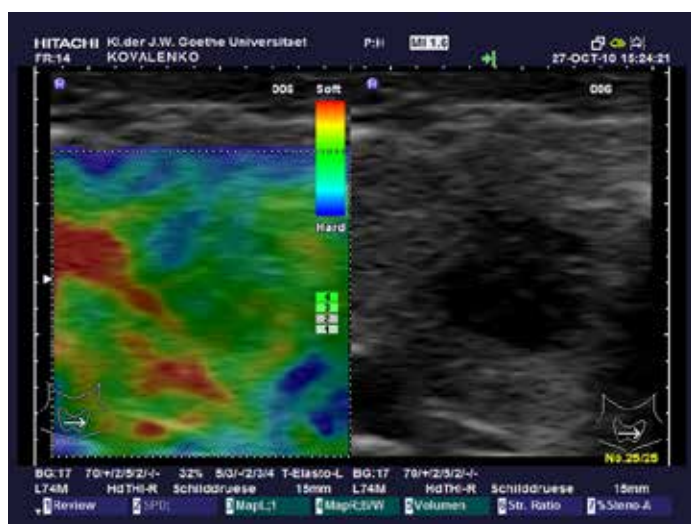


Abb. 1: Kompressionselastographie eines weichen Knotens, histologisch benigne
© Prof. Dr. med. Jörg Bojunga, Universitätsklinikum Frankfurt

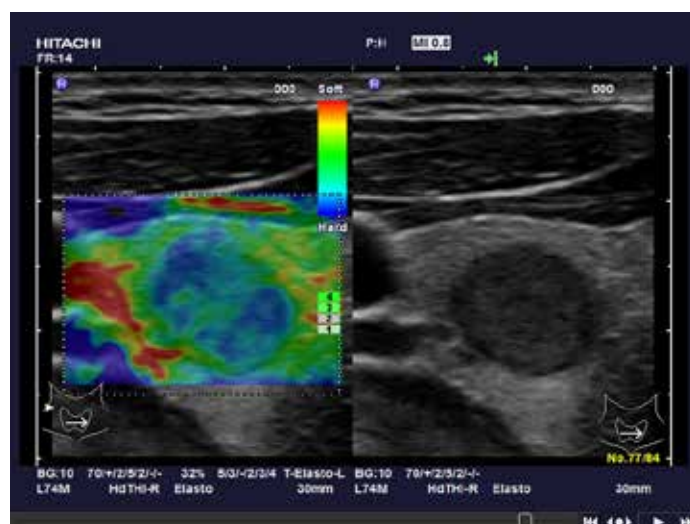


Abb. 2: Kompressionselastographie eines harten Knotens, histologisch papilläres Schilddrüsenkarzinom
© Prof. Dr. med. Jörg Bojunga, Universitätsklinikum Frankfurt

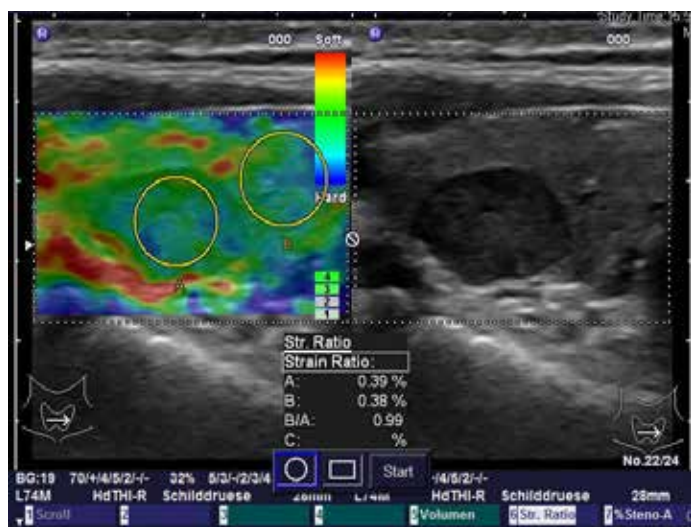


Abb. 3: Strain ratio eines benignen Knotens (1,43)
© Prof. Dr. med. Jörg Bojunga, Universitätsklinikum Frankfurt

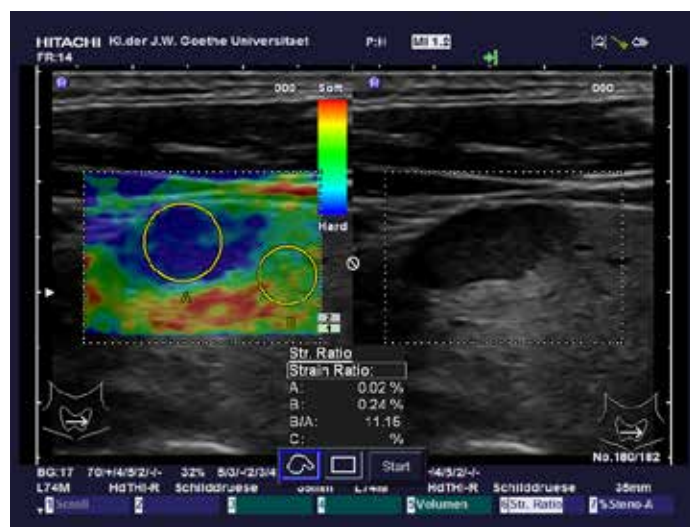


Abb. 4: Strain ratio eines papillären Schilddrüsenkarzinoms (6,77)
© Prof. Dr. med. Jörg Bojunga, Universitätsklinikum Frankfurt

terminology. Ultrasound Med Biol. 2015 May;41(5):1126-47

- [4] Friedrich-Rust M, Vorlaender C, Dietrich CF, Kratzer W, Blank W, Schuler A, Broja N, Cui XW, Hermann E, Bojunga J. Evaluation of Strain Elastography for Differentiation of Thyroid Nodules: Results of a

Prospective DEGUM Multicenter Study; Ultraschall in Med 2016; 37:262–270

- [5] Schenke S, Zimny M. combination of sonoelastography and tirads for the diagnostic assessment of thyroid nodules; Ultrasound in Med. Biol. 2018, Vol. 44, No. 3, pp. 575–583

- [6] Cosgrove D, Barr R, Bojunga J, Cantisano V, Chammas MC, Dighe M, Vinayak S, Xu JM, Dietrich CF. WFUMB guidelines and recommendations on the clinical use of ultrasound elastography: part 4. THYROID; Ultrasound in Med. Biol. 2017, Vol. 43, No. 1, pp. 4–26



© iStock

In der Bauchchirurgie haben minimalinvasive Operationen viele Vorteile

Internationale Leitlinien und Studien belegen: Weniger Wundinfektionen, geringere Schmerzen, kürzere Krankenhausaufenthalte, schnellere Rückkehr in den Alltag: Bei vielen minimalinvasiven Eingriffen im Bauchraum belegen Studien und Metaanalysen heute Vorteile für die Patienten. Das stellt die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) in einem aktuellen Beitrag in der „Chirurgischen Allgemeinen“ klar. Gallenblasen- und Blinddarmoperationen sowie mittlerweile mehr als ein Drittel aller Leistenbruchoperationen werden daher in Deutschland mit kleinen

Schnitten in sogenannter laparoskopischer Technik operiert.

Früher hinterließen Bauchoperationen eine mehr oder weniger lange, sichtbare Narbe. Für die Entfernung der Gallenblase mussten Chirurgen beispielsweise den Bauch weiträumig mit einem größeren Schnitt öffnen. Heute erfolgt die Operation über drei oder vier kleine Hautschnitte mit Spezialinstrumenten. Die Bauchhöhle wird mit Gas gefüllt, der Arzt operiert unter Sicht einer Videokamera, und es verbleiben kaum erkennbare winzige

Pressemitteilung der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie e.V.
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
www.dgch.de

Narben. Die minimalinvasive Operationstechnik hat sich vor mehr als zwanzig Jahren bei der Entfernung der Gallenblase durchgesetzt, und gilt heute als Standard. „Die Leitlinien empfehlen sie seit Mitte der 1990er Jahre als bevorzugte Operationsvariante, weil sich die Patienten schneller erholen und früher entlassen werden können“, berichtet Professor Dr. med. Matthias Anthuber, ab Juli 2018 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am Klinikum Augsburg. In Deutschland werden zwischen 92 und 98 Prozent aller Gallenblasen minimalinvasiv entfernt.

Auch bei Blinddarmoperationen ist der minimalinvasive Eingriff heute international Standard. „Die Patienten haben nach der Operation weniger Schmerzen, es kommt seltener zu Wundinfektionen, sie können früher nach Hause und schneller wieder in die Schule oder an den Arbeitsplatz zurückkehren“, sagt der angehende DGCH-Präsident Matthias Anthuber. Er verweist auf eine im vergangenen Jahr veröffentlichte Meta-Analyse, die die Ergebnisse aus 32 Studien mit 3.642 Patienten zusammenfasst: „Die laparoskopische Appendektomie schnitt dort in allen Bereichen besser ab“, ergänzt Professor Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Generalsekretär der DGCH.

So erfolgen in Deutschland bereits 55 bis 70 Prozent aller Blinddarmoperationen laparoskopisch. „Erfahrene Chirurgen setzen die Methode mittlerweile selbst bei komplizierten Fällen, etwa einem durchgebrochenen Blinddarm, ein“, berichtet Meyer. Auch dafür gibt es eine Empfehlung in den Leitlinien der internationalen Fachgesellschaften. Es muss allerdings die entsprechende Ausstattung in der Klinik vorhanden sein. Und noch viel wichtiger: Der Chirurg muss über ausreichend Erfahrung mit der Operationstechnik verfügen und die Lernkurve in strukturierten Trainingsprogrammen hinter sich gelassen haben. „Das gilt ausnahmslos für alle minimalinvasiven Eingriffe“, betont Anthuber.

Den Leistenbruch operieren Chirurgen mittlerweile in 20 bis 40 Prozent der Fälle minimalinvasiv. Hier sollte der Chirurg entsprechend

der individuellen Situation des Patienten entscheiden. „Bei Frauen mit beidseitigem Leistenbruch, bei jüngeren Patienten oder bei einem Zweiteingriff nach vorausgegangener Operation in konventioneller, offener Technik ist die minimalinvasive Technik vorteilhafter“, betont Anthuber. Eine Klinik sollte heute daher beide Verfahren anbieten und das Vorgehen der individuellen Patientensituation anpassen.

Bei Operationen zur Behandlung der Fettleibigkeit, bei denen Teile des Magens entfernt oder ein Magenbypass angelegt wird, setzen die Ärzte seit circa 20 Jahren konsequent auf die minimalinvasive OP-Technik. Dies ist für die massiv übergewichtigen Patienten deutlich schonender. Der Anteil der laparoskopischen Operationen in der Adipositas-Chirurgie liegt in Deutschland bei 97 Prozent. „Diese Eingriffe haben sich gerade bei diesen sehr speziellen Patienten mit häufigen, auch schwerwiegenden Begleiterkrankungen bewährt. Allerdings sollten diese Eingriffe nur spezielle adipositaschirurgische Zentren vornehmen“, betonen Anthuber und Meyer.

Gehäuft wenden Chirurgen die minimal-invasive Operationstechnik auch bei Darmkrebs an. In hochwertigen Studien konnten Vorteile im frühen Verlauf nach der Operation nachgewiesen werden. Auch im Langzeitverlauf gab es keine Nachteile wie Tumorrückfall oder eine erhöhte tumorbedingte Sterblichkeit. „Der Erfolg der Operation hängt jedoch gerade bei Tumordiagnosen von der technischen Expertise und Erfahrung des Chirurgen ab. Es darf nicht ein minimales Abweichen von chirurgischen Standards geben, wie sie in der offenen OP-Technik für die Entfernung des Primärtumors und der begleitenden Lymphknoten erarbeitet wurden“, erläutern Anthuber und Meyer.

Chirurgen orientieren sich bei der Wahl des Operationsverfahrens an durch wissenschaftliche Studien systematisch entwickelte Empfehlungen. „Voraussetzung für die Anwendung ist jedoch nicht allein die wissenschaftliche Erkenntnis, sondern auch die Fähigkeit des Chirurgen gemeinsam mit seinem Team eine minimal-invasive Operation fachgerecht durchzuführen. Dies erfordert

DGCH: In der Bauchchirurgie haben
minimalinvasive Operationen viele Vorteile.
Passion Chirurgie. 2018 August, 8(08):
Artikel 03_03.



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

praktische Weiterbildung, Trainingskurse und Begleitung durch bereits erfahrene Kollegen“, resümiert Anthuber.

Wie gut die evidenzbasierten Empfehlungen im Klinikalltag umgesetzt werden, zeigt das Beispiel NOTES. Bei dieser Technik nutzt der Chirurg natürliche Körperöffnungen wie den Mund, den Enddarm, die Harnröhre bzw. Blase oder bei der Frau die Scheide, um zum Operationsgebiet zu gelangen ohne erkennbare äußere Narben zu hinterlassen. Hier konnten Studien bislang jedoch keine Vorteile für den Patienten belegen, weswegen NOTES-Verfahren bislang nicht Eingang in die klinische Routine und auch nicht in Leitlinien gefunden haben. „Man darf jedoch gespannt sein,

ob in zukünftigen Studien für ausgewählte Indikationen Vorteile bewiesen werden können“, betonen die Chirurgen Anthuber und Meyer. Sie sind sich einig: Narbenfreiheit darf niemals für ein sicheres Operationsverfahren geopfert werden.

LITERATUR

Bringt die laparoskopische Chirurgie den Patienten Vorteile? Was sagen die Leitlinien? Chirurgische Allgemeine (2018) 19:237-239.

Meta-Analyse zur Appendektomie: Dai L, Shuai J. Laparoscopic versus open appendectomy in adults and children: A meta-analysis of randomized controlled trials. United

European Gastroenterology Journal 2017; 5: 542-553, Abstract der Studie

Meta-Analyse zur Operation bei Enddarmkrebs: Nienhüser H, Heger P, Schmitz R, Kulu Y, Diener MK, Klose J, Schneider M, Müller-Stich BP, Ulrich A, Büchler MW, Mihaljevic AL, Schmidt T. Short- and Long-Term Oncological Outcome After Rectal Cancer Surgery: a Systematic Review and Meta-Analysis Comparing Open Versus Laparoscopic Rectal Cancer Surgery. J Gastrointest Surg. 2018; doi: 10.1007/s11605-018-3738-5. Abstract der Studie

World Society of Emergency Surgery: WSES Jerusalem guidelines for diagnosis and treatment of acute appendicitis

eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-CENTER

[eCME-CENTER]



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

www.ecme-center.org

MEHR ALS ERWARTET

4x
IM JAHR
GEDRUCKT

12x
IM JAHR ALS
eMAGAZIN



PASSION

CHIRURGIE



erhältlich im App Store
und bei Google Play

DAS MAGAZIN DER DGCH UND DES BDC ALS eMAGAZIN

MONATLICH ÜBER DIE BDC | MOBILE APP LESEN.



IM FOKUS

„ Schilddrüse



Dr. med. Mechthild Hermanns
Leitende Oberärztin der Chirurgischen
Klinik
Zentrum für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Zentrum für Endokrine Chirurgie
DRK Kliniken Berlin | Westend
Spandauer Damm 130
14050 Berlin
m.hermanns@drk-kliniken-berlin.de

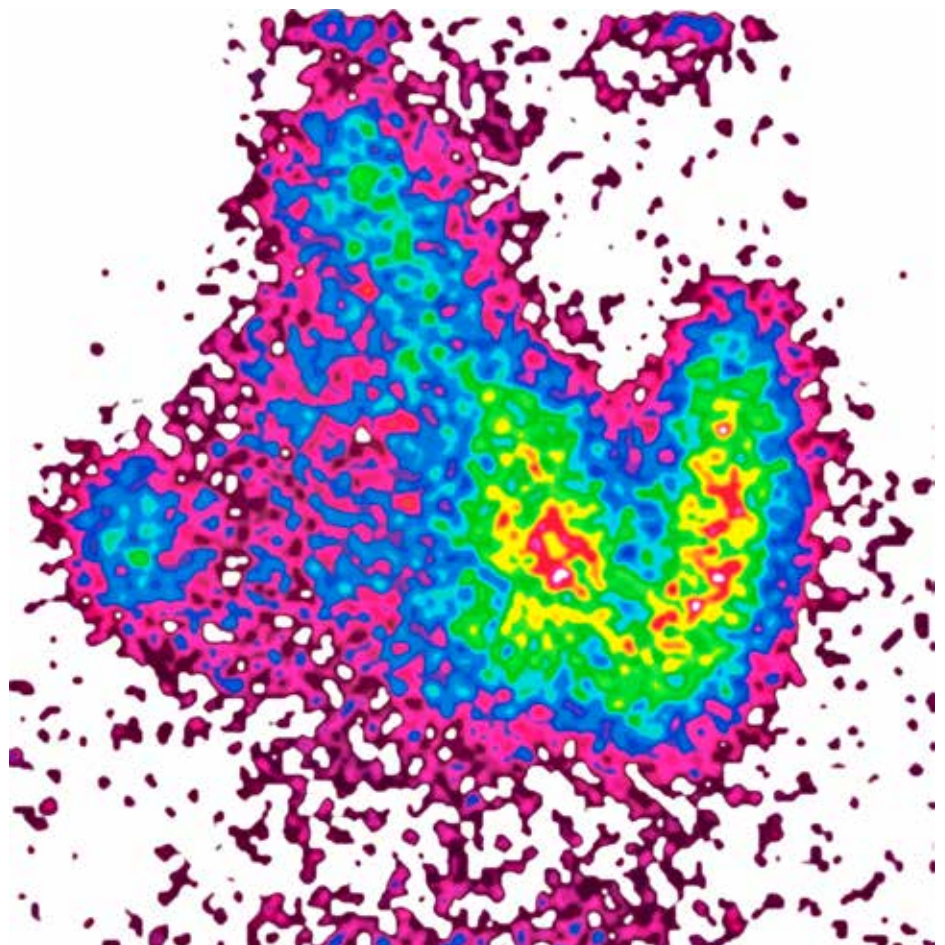
Akademie aktuell: Viszeralchirurgie Kompakt – Endokrine Chirurgie

Operationen an der Schilddrüse zählen zu den häufigsten Eingriffen in Deutschland und werden flächendeckend von großen Zentren bis zu kleineren regionalen kleinen Häusern regelmäßig durchgeführt.

Der BDC hat 2012 erstmals die Reihe der Schwerpunktseminare aufgelegt. Bereits zum siebten Mal fand daher vom 06. bis 08. Juni 2018 das Schwerpunktseminar „Viszeralchirurgie Kompakt - Endokrine Chirurgie“ in den DRK Kliniken Berlin Westend unter der Leitung von Prof. Steinmüller und seiner Oberärztin

M. Hermanns statt. Der Kurs richtet sich an Fachärzte, die ihre Kenntnisse in der Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie vertiefen, verbessern oder diskutieren wollen.

Aufgebaut ist der Kurs in einen praktischen und einen theoretischen Teil. Dies umfasst ein Kernseminar am Donnerstag sowie Hospitationstage am Mittwoch oder Freitag, an denen die Teilnehmer alternativ im OP Live-Operationen direkt am Tisch erleben können.



Hermanns M: Akademie aktuell:
Viszeralchirurgie Kompakt - Endokrine
Chirurgie. Passion Chirurgie. 2018 August,
8(08): Artikel 04_01.



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



HOSPITATION

In drei Sälen werden jeweils bis zu drei Operationen zu den Themen des Kernseminars demonstriert. Die Teilnehmer assistieren hierbei, sodass ideale Voraussetzungen für einen kollegialen Austausch direkt am Tisch garantiert sind. Techniken wie kontinuierliches Neuromonitoring und der Einsatz moderner Energiegeräte können hier ebenso in der Anwendung verglichen werden wie einfache Tipps und Tricks – sowohl der Operateure als auch der Gäste – ausgetauscht werden. Zwischen den Eingriffen bleibt genügend Zeit, das Erlebte und Gesehene weiter zu diskutieren und zu werten.

KERNSEMINAR

Für das Kernseminar am Donnerstag, das im Hörsaal auf dem wunderschönen, historischen Gelände der DRK Kliniken Westend stattfindet, schafft Prof. Steinmüller es jedes Jahr, namhafte Referenten aus dem Expertenkreis der Endokrinen Chirurgie und auch der Endokrinologie zu gewinnen. Das gesamte Gebiet der Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie wird so kompakt und hochkompetent an einem Tag dargestellt und diskutiert. Unter Baldachinen vor dem Hörsaal können dann in den Kaffee- und Mittagspausen die Teilnehmer mit den Referenten weitere Fragestellungen diskutieren oder einfach Erfahrungen austauschen. Eine kleine Industrieausstellung zum Neuromonitoring

bzw. zu den Energiegeräten bietet die Möglichkeit auch hier in einen regen Erfahrungsaustausch zu treten.

Die wunderbare Atmosphäre des historischen Geländes der DRK Kliniken Westend, der direkte Kontakt zu den Experten und natürlich die aktive Teilnahme an den Operationen machen diesen Kurs jedes Jahr zu einer wertvollen und lohnenden Veranstaltung mit hohem praktischen und theoretischen Gewinn für jeden in der Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie tätigen Chirurgen. Bei der Auswertung des Seminars durch den BDC wurde von den Teilnehmern wieder betont, wie sehr sie die Hospitation und insgesamt die Kombination aus Theorie und Praxis bei der Veranstaltung schätzen.

SAVE THE DATE

Viszeralchirurgie Kompakt – Endokrine Chirurgie 2019

Das Seminar richtet sich an Chirurginnen und Chirurgen mit Erfahrung in der Schilddrüsen- bzw. Nebenschilddrüsenchirurgie. Als zweitägiges Kompaktseminar gliedert es sich in einen theoretischen Teil zur Subspezialisierung endokrine Chirurgie und einen Praxistag, an dem die im Kernseminar vorgestellten aktuellen Themen und Methoden, wie z. B. Neuromonitoring, bei der aktiven Teilnahme an einer Live-Operation ausprobiert und mit den Operateuren diskutiert werden können.

Der Termin 2019 steht noch nicht fest. Schreiben Sie bei Interesse eine E-Mail an akademie@bdc.de und Sie werden über den Termin informiert, sobald er feststeht.

Information und Anmeldung



DGCH-Mediathek: Edgar- Ungeheuer-Preis für besonderen Filmbeitrag

Beim diesjährigen DGCH-Kongress wurde der Edgar-Ungeheuer-Preis an Herrn Dr. med. Nick Spindler aus dem Universitätsklinikum Leipzig verliehen. Der Filmbeitrag „Der gefäßgestielte Omentumlappen zur Behandlung tiefer sternaler Wundinfekte“ kann in der Mediathek der Deutschen und Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie abgerufen werden.

Die Aesculap Akademie GmbH stiftet jährlich den Edgar-Ungeheuer-Preis für Neuaufnahmen von besonderem wissenschaftlichen und didaktischen Wert. Der Preis besteht aus einer Urkunde und einer Prämie von 3.000 Euro.

mediathek****
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Zurzeit hält die Mediathek über 400 Medien zu Aus- und Fortbildungszwecken bereit. Die Filmsammlung der verschiedenen chirurgischen Fachdisziplinen wird stetig erweitert. BDC-Mitglieder können sich ebenfalls bei der

Mediathek registrieren und das vollständige Angebot kostenfrei nutzen.

Für Studierende



Speziell für Studierende ausgearbeitete Filme sind das neueste Angebot der Mediathek – es stehen über 100 kostenfreie Filme zur Verfügung. Sie ergänzen die aktuellen Lehrbücher optimal und bieten eine kostenfreie, visuelle Lernunterstützung.

DGCH. Mediathek: Edgar-Ungeheuer-Preis für besonderen Filmbeitrag. Passion Chirurgie. 2018 August, 8(08): Artikel 04_02.



Aktuelle Ausschreibungen von Preisen und Stipendien der DGCH

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





Webinar-Termin im August: Periphere arterielle Verschlusskrankheit

Webinar „S3-Leitlinie Periphere arterielle Verschlusskrankheit“
30. August 2018, 18.00 Uhr
www.bdc-webinare.de



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

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

WEBINARE IM ARCHIV ABRUFEN

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

WEITERE THEMEN 2018

September: S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom
Oktober: S3-Leitlinie Magenkarzinom
November: S2e-Leitlinie Rotatorenmanschette
Dezember: S2-Leitlinie Außenbandruptur

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



Bericht vom Kongress der Deutschen Gesellschaft für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie

TRANSLATIONALE MEDIZIN: ADDITIVE FERTIGUNG IN WISSENSCHAFT UND KLINIK

68. Kongress & Praxisführungsseminar der Deutschen Gesellschaft für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie vom 06.-09. Juni 2018 in Dresden

Auf dem diesjährigen Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG) wurde erstmalig in einer überwältigenden Anzahl von

wissenschaftlichen Vorträgen auf höchstem Niveau der aktuelle Stand der translationalen Medizin mit den beiden Hauptthemen „Regeneration und Tissue Engineering“ sowie „Onkologie“ vorgestellt. Dem Hauptkongress vorangestellt war der immer beliebter werdende „Assistententag“ mit Workshops für den wissenschaftlichen Nachwuchs. Zum Ausklang des Kongresses wurde den Bedürfnissen der niedergelassenen Kollegen mit dem Praxisführungsseminar Rechnung getragen. Die Vielzahl freier Vorträge zum gesamten Spektrum der Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie rundete den gut besuchten Kongress ab.



Dr. med. (H) Dr. med. dent. Monika Krönes

Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Master of Laws LL.M. Medizinrecht
Mariahilfbergweg 7
92224 Amberg

3-D-BIOPRINTING – INDIVIDUELL GEFORMTE KNOCHEN, BLUTGEFÄSSE UND KOMPLEXES GEWEBE AUS DEM DRUCKER

Vom Gewebeersatz mit Tissue Engineering-Knochen zum 3-D-Bioprinting von komplexen Geweben mit individueller Form für den patientenspezifischen Kieferaufbau: Die meist komplizierten dreidimensionalen Gebilde zur Deckung von Knochendefekten oder -defiziten im MKG-Bereich sind CAD/CAM gefertigt. Das neue Verfahren des 3-D-Bioprintings oder besser der „Additiven Fertigung“ vereint jetzt die computergesteuerte Fertigung mit der Methode des Tissue Engineerings. Dies ermöglicht erstmals die Produktion von individuell an den jeweiligen Defekt angepassten Strukturen, die ein lebendes Gewebe darstellen.

Im Kiefer-Gesichtsbereich sind Knochendefekte oder Knochendefizite meist komplexe dreidimensionale Gebilde. Zur Deckung bzw. Überbrückung solcher Defekte hat besonders

in der kraniofazialen Chirurgie die Anfertigung von individuellen Implantaten (Scaffolds) zunehmend an Bedeutung gewonnen. Die Anfertigung erfolgt CAD/CAM-gestützt. Neben Titan kommen auch Keramiken und Kunststoffe zur Anwendung. Bei den genannten Materialien ist jeweils ein Sinterschritt bei erhöhter Temperatur zur Stabilisierung notwendig, der zu einer hohen Resorptionsbeständigkeit führt, aber einer unmittelbaren Besiedelung mit lebenden Zellen während der Herstellung entgegensteht. Biomaterialien, die bei Raumtemperatur abbinden und aus denen Gerüststrukturen hergestellt werden können, ermöglichen dagegen die Einbeziehung lebender Zellen in den Druckvorgang. Ein geeignetes, klinisch etabliertes Knochenersatzmaterial ist z. B. synthetischer, nanokristalliner Hydroxylapatit in Form von Granulaten oder pastösen Kalziumphosphat-Knochenzementen. Trägermaterialien für Zellen sind z. B. Gele auf Agar-, Alginat- oder Fibrinbasis. Dieses Bioprinting vereint die computergesteuerte „Additive

Krönes M: Bericht vom Kongress der Deutschen Gesellschaft für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie. Passion Chirurgie. 2018 August, 8(08): Artikel 04_04.



Weitere Artikel zum Thema finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen | Fachgebiete | Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie).

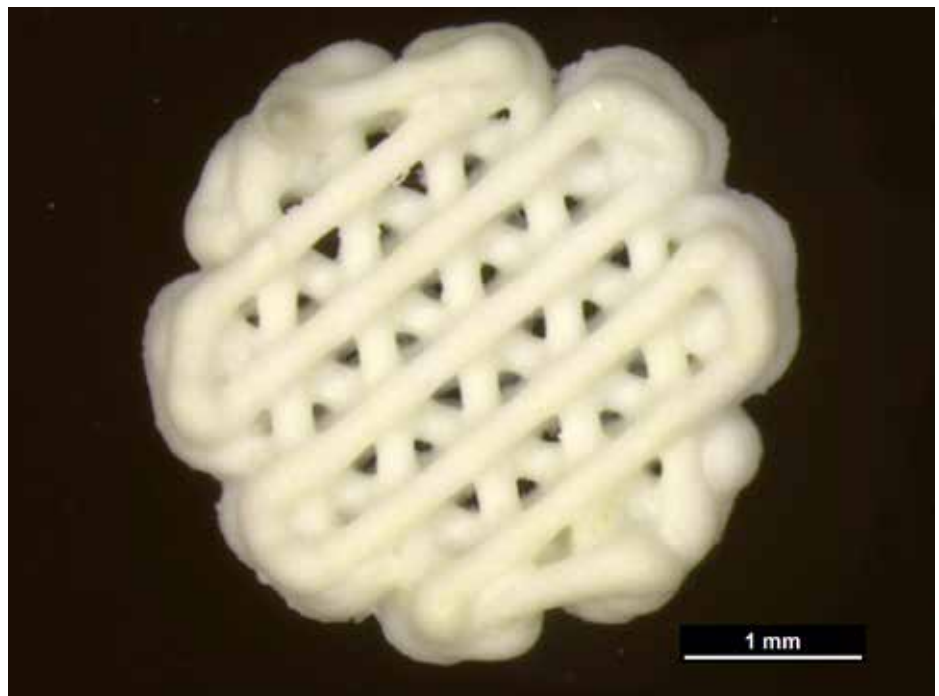


Abb. 1: Ein aus bioresorbierbarem Kalziumphosphatzement gedruckter Scaffold für die Heilung einer artifiziell zugefügten persistierenden Gaumenspalte einer Ratte. Die gedruckten Stränge härteten nach dem Drucken zu biomimetischem, knochenähnlichem Hydroxylapatit aus, der durch körpereigene Zellen abgebaut werden kann (Quelle: Zentrum für Translationale Knochen-, Gelenk- und Weichgewebeforschung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus und Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden)

Fertigung“, die eine exakte Vorgabe der Porenstruktur sowie, für die spätere klinische Anwendung entscheidend, eine individuelle Formgebung erlaubt, mit der Methode des Tissue Engineerings.

Auch wurde ein Verfahren des 3-D-Plottens etabliert, mit dem sich direkt hohle Stränge erzeugen lassen. Solche könnten als Leitschienen für das Einwachsen von Gefäßen fungieren und damit die Blutversorgung der künstlichen Gewebe sicherstellen. Das additive Verfahren des Bioprintings ermöglicht somit eine Fertigung von individuell an den

jeweiligen Defekt angepassten Strukturen, die ein lebendes Gewebe darstellen.

TISSUE ENGINEERING

Vor dem klinischen Hintergrund des Behandlungskonzeptes für Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten ist eine direkte klinische Anwendung für den Patienten sehr vorteilhaft: Im Rahmen des Lippenpalatverschlusses kann bereits Knochengewebe entnommen werden. Die enthaltenen Zellen können selektiert, getrennt kultiviert und im Sinne einer individuellen „Zellbank“ kryokonserviert

werden. Zum Zeitpunkt der Kieferspaltosteoplastik kann dann mittels Bioprinting aus Knochenzement, Hydrogel und kryokonservierten Knochen- und Gefäßzellen ein „lebendes Knochentransplantat“ gedruckt werden. Dieses können die MKG-Chirurgen dann zukünftig zur Kieferspaltosteoplastik anstelle des heute noch üblichen Transplantates aus dem Becken einsetzen. Das Bioprinting wird an der Klinik für MKG-Chirurgie gemeinsam mit dem Zentrum für Knochen-, Gelenk- und Weichgewebeforschung des Universitätsklinikums Dresden intensiv weiter erforscht. ○



Abb. 2: In der Klinik etablierte, bildgebende Verfahren wie die Computertomographie können genutzt werden, um patientenindividuelle und damit passgenaue Implantate zu drucken. Das dargestellte Kahnbein wurde aus einem CT-Datensatz einer Hand gefiltert und mit Hilfe eines Kalziumphosphatzementes gedruckt. (Quelle: Zentrum für Translationale Knochen-, Gelenk- und Weichgewebeforschung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus und Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden)



© iStock/lcphotography

Safety Clip: Lagerungsschäden sind voll beherrschbare Risiken

BGH STÄRKT RECHTE VON PATIENTEN

Die präoperative Positionierung und sachgemäße intraoperative Lagerung des Patienten während der Operation ist eine interdisziplinäre, interprofessionelle Aufgabe und eine gemeinsame Rechtspflicht. Eine sachgemäße Lagerung dient der Sicherstellung der Patientensicherheit und Vermeidung lagerungsbedingter Schäden. Zudem bestimmen korrekte Lagerungsposition und -manöver die Sicht des Operators auf den Situs des Patienten und bieten den Anästhesisten sichere Zugangswege. Doch trotz klar definierter Leitlinien und entsprechend umfangreichen Lagerungsmaßnahmen kommt es in der

Praxis zu operationsbedingten Lagerungsschäden. Diese sind Ursache von etwa vier Prozent aller bejahten Behandlungsfehler der Gutachterkommissionen der Landesärztekammern und daher auch von besonderer forensischer Bedeutung. [1]

BEWEISLASTUMKEHR BEI OBJEKTIV BEHERRSCHBAREM RISIKO

Bei einem Aufklärungs- oder Behandlungsfehler wendet sich ein Patient in der Regel mit Schadenersatzforderungen an den behandelten Arzt oder das Krankenhaus. Er trägt dabei grundsätzlich die Beweislast für den Fehler, den dadurch entstandenen Schaden und den



Sabine Kraft

Risiko-Beraterin
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
mbH
Gutenbergstr. 15
10587 Berlin
sabine.kraft@grb.de
www.grb.de

Ursachenzusammenhang zwischen Behandlungsfehler- und Schaden. Für den Patienten stellt die Beweislast oftmals eine enorme Hürde dar, von der die Rechtsprechung nur dann eine Ausnahme macht, wenn ein grober Pflichtenverstoß der Behandelnden vorliegt. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat mit Beschluss vom 26.09.2017 (Az. VI ZR 529/16) – erneut – entschieden, dass eine solche **Beweislastumkehr** auch dann in Betracht kommt, wenn ein objektiv **beherrschbares Risiko** vorliegt. [5]

Der BGH begründet seinen Beschluss zum Fallbeispiel wie folgt: „Kann das Risiko von Verbrennungen durch atypischen Stromfluss dadurch verhindert werden, dass der Patient auf einer dauerhaft nicht leitfähig bleibenden Unterlage gelagert wird, handelt es sich um ein Risiko, das von der Behandlungsseite voll beherrscht werden kann und muss; mit der Folge, dass sie beweisen muss, alle erforderlichen organisatorischen und technischen Vorkehrungen ergriffen zu haben, um dieses Risiko zu vermeiden.“ [6]

Danach sind die technisch richtige Lagerung des Patienten auf dem OP-Tisch und die Beachtung der dabei zum Schutz vor Lagerungsschäden einzuhaltenden Regeln allesamt Maßnahmen, die dem Risikobereich des Krankenhauses und dem ärztlichen Bereich zuzuordnen und von diesen voll beherrschbar sind.

Diese Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes ist im Patientenrechtegesetz von 2013 in § 630 h Abs. 1 BGB kodifiziert: „Ein Fehler des Behandelnden wird vermutet, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden voll beherrschbar war und das zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten geführt hat.“ [3]

Nach dieser Vorschrift wird von einem Fehler, also einer Pflichtverletzung des Behandelnden ausgegangen, wenn sich ein voll beherrschbares Risiko verwirklicht; jedoch nicht die Kausalität zum Gesundheitsschaden.

EIN FALLBEISPIEL

Bei einem Patienten wird ein Prostata-Karzinom diagnostiziert. Zur Behandlung des Karzinoms wird unter Verwendung eines Hochfrequenzgeräts (Elektrokauter) eine retropubische Prostataektomie durchgeführt. Am Folgetag klagt der Patient über starke Schmerzen. Der Arzt untersucht den Patienten und stellt eine Rötung mit Blasenbildung auf beiden Gesäßhälften fest. Im weiteren Verlauf bildet sich beim Patienten ein nekrotisierendes Entzündungsgeschehen, das zu erheblichen Beeinträchtigungen beim Patienten führt und unter anderem eine Entfernung von zwei Dritteln des Musculus gluteus maximus erfordert. Der Patient führt die Entzündung auf einen Behandlungsfehler zurück. Er geht davon aus, dass die Lagerung und/oder Durchführung der retropubischen Prostataektomie fehlerhaft erfolgt seien. Darüber hinaus sei aus Patientensicht postoperativ nicht rechtzeitig auf die Verletzung reagiert worden. Des Weiteren rügt der Patient, der Arzt hätte ihn nicht gesondert über das Risiko einer intraoperativen Verbrennung aufgeklärt.

DAS URTEIL

Das Landgericht weist die Klage ab. Nach Begutachtung durch zwei Sachverständige (Urologen) sind keine Behandlungsfehler bei der Lagerung oder der Operation feststellbar. Das HF-Gerät ist nachweislich fehlerfrei. Behandlungsfehler aufgrund einer falschen Bedienung des Gerätes lassen sich ebenfalls nicht herleiten. Auf die Schädigung wurde lege artis reagiert und der Kläger über das Verbrennungsrisiko nachweislich hinreichend aufgeklärt. [4]

Der BGH (6. Zivilsenat, 26.09.2017, rechtskräftiger Beschluss) sieht es schließlich als gegeben an, dass der behandelnde Arzt das Risiko solcher Schäden durch die Ergreifung technischer und/oder organisatorischer Maßnahmen hätte vermeiden können. Ob es sich letztlich um Verbrennungen durch die fehlerhafte Verwendung einer leitfähigen Unterlage

Kraft S: Safety Clip: Lagerungsschäden sind voll beherrschbare Risiken. *Passion Chirurgie*. 2018 August, 8(08): Artikel 04_05.



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

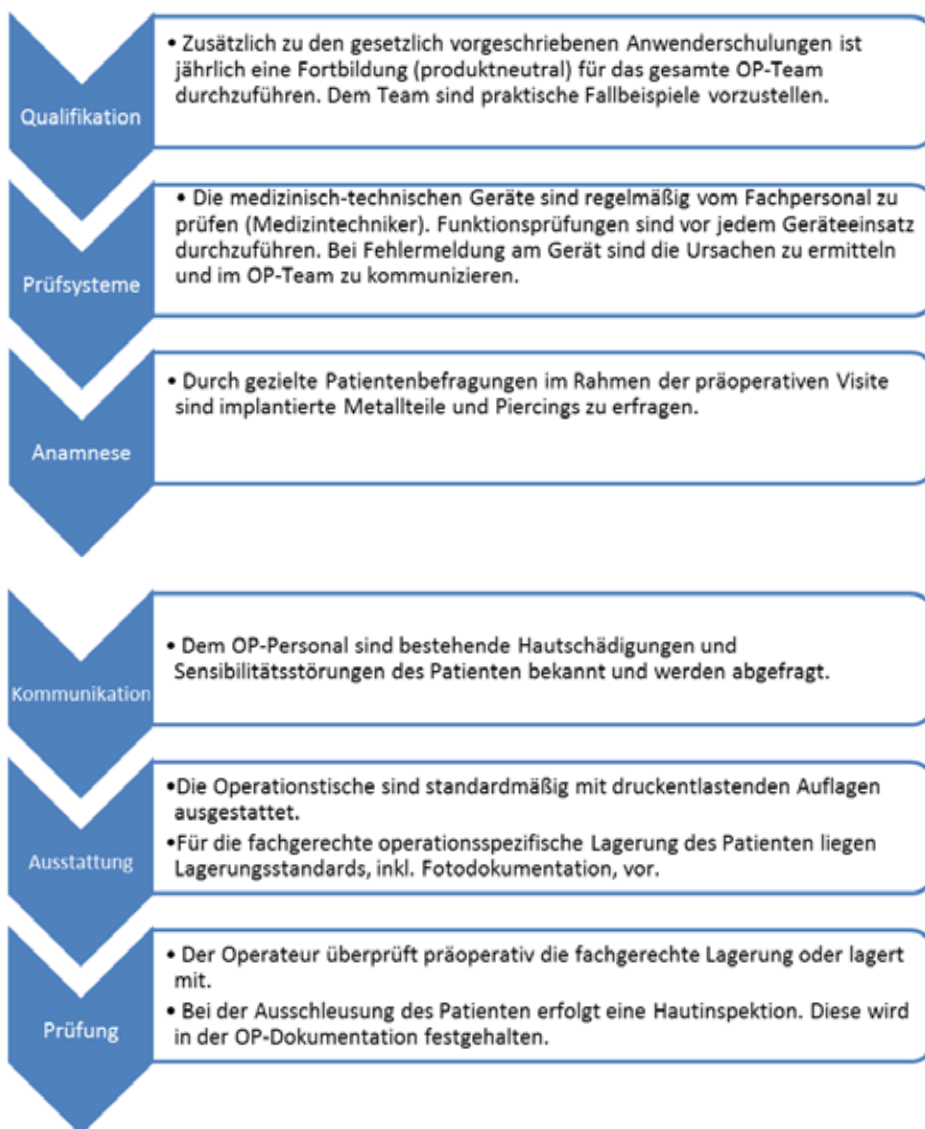
oder um einen Lagerungsschaden handelt, lässt der BGH allerdings offen. Diese Frage wird zur Klärung an das Berufungsgericht zurückgegeben. Klar ist, beide Risiken sind als voll beherrschbar anzusehen. Indem sichergestellt wird, dass zwischen dem Patienten und dem OP-Tisch keine elektrische Verbindung besteht und die Lagerung des Patienten technisch korrekt erfolgt, ist die Patientensicherheit garantiert.

Der BGH definiert jedoch eine Ausnahme. Demnach handelt sich um ein nicht mehr voll beherrschbares Risiko, wenn bei einem Patienten seltene und nicht mit vertretbarem Aufwand präoperativ feststellbare **körperliche**

Anomalien vorliegen, die ihn gerade für den durch das verwirklichte Risiko eingetretenen Schaden anfällig gemacht haben. Eine solche Situation sah der BGH im nunmehr entschiedenen Fall nicht. [5]

RISIKOMANAGEMENT

Risikopräventive Maßnahmen können dabei helfen, Lagerungsschäden zu vermeiden. Je mehr Maßnahmen etabliert sind, umso unwahrscheinlicher ist ein Patientenschaden. Möglicherweise hätte die Schädigung aus dem Fallbeispiel vermieden werden können, hätte die Klinik folgende Maßnahmen implementiert:



LITERATUR

- [1] DGGG – Leitlinienprogramm. AWMF Registernummer 015/077. Leitlinienklasse S1. Stand: Februar 2015
- [2] BGH, Beschluss vom 26. September 2017 – VI ZR 529/16 –, juris
- [3] Simon & Schubert Rechtsanwälte und Notare (2015): Schäden durch falsche Lagerung. <http://www.simon-schubert.net/beitrag/schaeden-durch-falsche-lagerung.html> (Stand: 25.05.2018)
- [4] OLG Hamm, Urteil vom 04. November 2016 – 26 U 67/13 –, juris
- [5] KQP Krämer Quel & Partner – Gesellschaft bürgerlichen Rechts - Rechtsanwälte (2017): BGH: Beweislastumkehr bei objektiv beherrschbarem Risiko. <http://www.kqp.de/meldungen/arzthaftungsrecht/bgh-beweislastumkehr-bei-objektiv-beherrschbarem-risiko/> (Stand: 25.05.2018)
- [6] Festhaltung BGH, 16. August 2016, VI ZR 634/15, VersR 2016, 1380). (Rn.9) ○

**RECHT &
VERSICHERUNG**

Versicherungs- angebote des BDC



Diese Leistungen sind in Ihrem BDC-Mitgliedsbeitrag erhalten:

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

Weitere Versicherungsangebote für BDC-Mitglieder über Rahmenverträge

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

NEU Versicherungsschutz für Berufseinsteiger

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

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

BDC-VERSICHERUNGSMAKLER ECCLESIA VERSICHERUNGSDIENST GMBH

BDC-Versicherungsservice

Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold

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

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de



Hygiene-Tipp: Neue DIN 1946-4 erschienen – RLT-Anlagen

Im Juni 2018 ist die DIN 1946-4 neu erschienen. Sie stellt die grundlegende technische Regel für raumlufthtechnische Anlagen in Gebäuden und Räumen des Gesundheitswesens dar.

Nach der Neufassung müssen bei der Planung, der Ausführung, dem Betrieb und der Instandhaltung von RLT-Anlagen durch den Betreiber der Einrichtung ein Krankenhaushygieniker, ein Hygieneingenieur und ein Sicherheitsingenieur beteiligt werden.

Weiterhin enthält die DIN die Raumklassen I (endständige dritte Filterstufe) und Raumklasse II (keine endständige Filterstufe, aber zwei Filter in der zentralen Anlage). Alle Räume der Raumklasse I sind jeweils mit positiver Luftbilanz zu betreiben, das heißt im Überdruck gegenüber den anderen Räumen. Fenster in der Raumklasse I sowie in der gesamten OP-Abteilung dürfen nicht geöffnet werden. OP-Räume mit Luftführungssystemen mit turbulenzarmer Verdrängungsströmung (TAV) entsprechen der Raumklasse Ia, die somit



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

Prof. Dr.-Ing. Rüdiger Külpmann
Hochschule Luzern, Technik &
Architektur (HSLU)
Lehrgebiete an der HSLU:
Lüftungstechnik, Kälte- und
Wärmepumpentechnik,
Gebäudetechnik bei interdisziplinären
Projekten
F&E-Tätigkeiten an der HSLU:
Verfahren und Konzepte zur
Verbesserung der Luftreinheit und
Luftqualität in Räumen, speziell Räume
des Gesundheitswesens



Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Zastrow
Deutsche Gesellschaft für
Krankenhausthygiene e.V. (DGKH)
Joachimsthaler Str. 10
10719 Berlin
hygiene@drzastrow.de

weiter existiert. OP-Räume mit Luftführungssystemen mit Verdünnungsströmung entsprechen der Raumklasse Ib.

Die Operationsart mit den höchsten Anforderungen definiert die Raumklasse eines Operationsaals. Dies heißt, dass TAV-Decken weiterhin dem Stand der Technik entsprechen und dass bei Neubaumaßnahmen geklärt werden muss, welche Operationen unter TAV-Decken durchgeführt werden müssen.

Die DIN 1946-4 begründet das Festhalten an der TAV-Decke unter anderem mit dem definierten Schutzbereich, der schnellen Partikelabfuhr aus dem OP-Feld, der geringen Keimbelastung im OP-Feld sowie auf den Instrumententischen (soweit sie im Schutzbereich stehen) sowie der schnellen Elimination von Partikeln der chirurgischen Rauchgase aus dem Atembereich des OP-Teams.

Werden Instrumententische und steril zur Anwendung kommende Medizinprodukte in einer gesonderten Rüstzone gerichtet beziehungsweise vorbereitet, müssen dort mindestens die gleichen Lüftungshygienischen Bedingungen sichergestellt sein, die in den OP-Sälen herrschen, in denen sie zur Anwendung kommen. Außer dem OP-Saal können alle anderen Räume und Bereiche in der OP-Abteilung der Raumklasse II zugeordnet werden.

Weiterhin ist eine hygienische Abnahmeprüfung erforderlich sowie periodische Prüfungen, unter anderem jährliche Messungen und mindestens dreijährige Hygienebegehungen durch einen Facharzt für Hygiene.

Der Kurztipp gibt die Meinung der Autoren wieder.



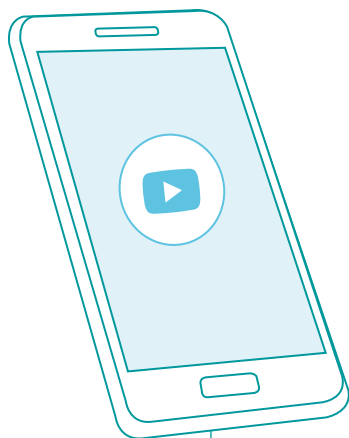
Popp W, Külpmann R, Zastrow KD:
Hygiene-Tipp: Neue DIN 1946-4 erschienen -
RLT-Anlagen. *Passion Chirurgie*. 2018 August;
8(08): Artikel 04_06.



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

HYGIENE
CLIPGet Your
Disinfection

Erfolgreiche bundesweite
Kampagne des BDC
in Kooperation
mit DGKH und BDH



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

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

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

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

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

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

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



PATIENTENSCHUTZ DURCH HYGIENE IST EINE
BUNDESWEITE KONZERTIERTE AKTION VON:

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

Rezension:

Funktionelle Wiederherstellung der oberen Luft- und Speisewege



Funktionelle Wiederherstellung der oberen Luft- und Speisewege

Hrsg. Stephan Remmert
Thieme-Verlag
2017, 320 S., 800 Abb.
ISBN: 9783132402010
199,99 Euro

Beim Verlag bestellen

Rezensentin:

Dr. Frauke Deneken
Klinik für Handchirurgie, Plastische
Chirurgie
Zentrum für Schwerbrandverletzte
BG Klinikum Duisburg
Grossenbaumer Allee 250
47249 Duisburg
Tel: 0203-7688-3667
frauke.deneken@bg-klinikum-duisburg.de

Deneken F: Rezension: Funktionelle
Wiederherstellung der oberen Luft- und
Speisewege. Passion Chirurgie. 2018 August,
8(08): Artikel 04_07.

Herausgegeben von Stephan Remmert ist die „Funktionelle Wiederherstellung der oberen Luft- und Speisewege“ Ende 2017 im Thieme Verlag erschienen. Das Buch ist eine moderne Operationslehre der aktuellen rekonstruktiv-plastischen Chirurgie im Fachgebiet der HNO. Es zeigt einen sehr strukturierten und übersichtlichen Aufbau von der Anatomie/ Physiologie über unterschiedliche Zugänge bis zur Neck Dissection, Tumorresektionen und verschiedenen Rekonstruktionstechniken einschließlich der lokalen und freien Lap- penplastischen Deckungen.

Herausragend ist die ausgezeichnete Bebilderung mit Skizzen, Fotos und Schemazeichnungen nebst guter Beschriftung, sodass das

Buch auch als Operationsatlas verwendet werden kann. Die exzellente, didaktisch gute Darstellung einzelner OP-Schritte ist hierfür äußerst hilfreich.

Insgesamt gut strukturierte inhaltlich hochwertige Texte werden am Ende der Kapitel knapp zusammengefasst und mit markierten Merksätzen und wertvollen Praxistipps versehen.

Alles in allem eine sehr anschauliche Darstellung der aktuellen rekonstruktiven Möglichkeiten der Kopf-Hals-Region und sicher nicht nur für HNOler, sondern auch für MKGler und Plastische Chirurgen ein lohnenswertes Buch.



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

Personalia



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

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

Prof. Dr. med. Roland Biber ist seit Juli 2018 neuer Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie an der Kliniken Dr. Erler gGmbH in Nürnberg.

Prof. Dr. med. Jürgen Brand ist seit Juni 2018 neuer Chefarzt für Orthopädie, Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am HELIOS Klinikum in Uelzen.

Dr. med. Klaus Frommhold ist seit Juni 2018 neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie im Krankenhaus Bad Oeynhausen. Bis zum 31.05.2018 war er leitender Oberarzt der Chirurgischen Klinik 1 der Christophorus Kliniken Coesfeld.

Prof. Dr. med. Peter Goretzki wechselte als Chefarzt der Chirurgischen Klinik, Sektion Chirurgische Onkologie in Neuss an die Charité Universitätsmedizin Berlin wo er die Endokrinologie auf- und ausbauen möchte. Sein Nachfolger in Neuss ist seit dem 01.07.2018 **Prof. Dr. med. Alexis Ulrich, MBA**, der zuvor Oberarzt der Chirurgischen Onkologie am Universitätsklinikum Heidelberg war.

Prof. Dr. med. Otto Kollmar wechselte zum 11.06.2018 von den Wiesbadener HELIOS Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken in die Allgemein- u. Gefäßchirurgie der ANregiomed Klinik Rothenburg ob der Tauber, wo er die seit April vakante Stelle des Chefarztes besetzt.

Dr. med. Michael Petzold ist seit Mai 2018 neuer Chefarzt der Gefäßchirurgie des Ev. Krankenhauses Königin-Elisabeth Herzberge in Berlin. Er war zuvor Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie am Klinikum Frankfurt/Oder.

Dr. med. Marcus R. Raum ist neuer Chefarzt der chirurgischen Abteilung des Adenauer St.-Josef-Krankenhauses. Der Chirurg mit den zusätzlichen Schwerpunkten

Unfallchirurgie und spezielle Unfallchirurgie war bereits am HELIOS Klinikum Siegburg als Chefarzt tätig, wo er die Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie leitete.

Prof. Dr. med. Christine Stroh ist seit Juni 2018 Chefarztin der Klinik für Adipositas und metabolische Chirurgie am SRH Wald-Klinikum in Gera.

PD Dr. med. Fabian Stuby ist seit dem 01. Juli 2018 neuer Ärztlicher Direktor der BG Unfallklinik Murnau. Der Facharzt für allgemeine Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie war zuvor Oberarzt und stellvertretender Ärztlicher Direktor der Unfall- u. Wiederherstellungschirurgie der BG Unfallklinik Tübingen und folgte in Murnau nun auf Prof. Dr. med. Volker Bühren, der im März in den Ruhestand ging.

Ralf Uhlig ist seit April 2018 neuer Chefarzt der Chirurgie des St. Josefs-Krankenhauses in Potsdam. Er wechselte von den DRK Kliniken Berlin Westend, wo er als Oberarzt auf der Allgemein-, Viszeral- und Endokrinen Chirurgie tätig war.

Prof. Dr. med. Daniel Vallböhmer leitet seit April 2018 die Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des Klinikverbundes der Evangelischen Klinikum Niederrhein gGmbH an den Standorten Duisburg und Dinslaken. Er ist damit einer der Nachfolger von Prof. Dr. Jochen Erhard, Chef der damaligen Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie. Die Führung der nun gesonderten Gefäßchirurgie übernahm schon vor einiger Zeit PD Dr. med. habil. Peter Fellmer.

Dr. med. Andreas Zabel wechselte nach jahrelanger Chefarztstätigkeit für die Sana Kliniken Ostholstein nach Weißenfels in Sachsen-Anhalt. Dort leitet er seit dem 01.03.2018 die Klinik für Gefäß- und Thoraxchirurgie.. 



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

Frage & Antwort



Datenschutzeinwilligung bei Übermittlung von Behandlungsdaten an andere Ärzte



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

Justitiar BDC

Rechtsanwalt und Fachanwalt für

Medizinrecht

justitiar@bdc.de

Heberer J. F+A: Datenschutzeinwilligung bei Übermittlung von Behandlungsdaten an andere Ärzte. *Passion Chirurgie*. 2018 August; 8(08): Artikel 04_09.



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

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob seine Patienten aufgrund der neuen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) stets eine schriftliche Einwilligungserklärung abgeben müssen, wenn Befunde oder sonstige Behandlungsdaten zum Zwecke der weiteren Behandlung an vor-, mit-, nach- oder weiterbehandelnde Ärzte übermittelt werden sollen.

ANTWORT:

Im Rahmen der ärztlichen Behandlung ist die Verarbeitung von Gesundheitsdaten aus Sicht des Verfassers in den meisten Fällen schon gesetzlich aufgrund Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO i. V. m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b BDSGneu erlaubt.

Folglich ist hiernach die Verarbeitung (hierunter fällt praktisch alles, also das Erheben, Speichern, Nutzen, Übermitteln etc.) unter anderem erlaubt, wenn sie erforderlich ist zum Zweck der Gesundheitsvorsorge, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschäftigten, für die medizinische Diagnostik, für die Versorgung oder Behandlung im Gesundheits- oder Sozialbereich oder für die Verwaltung von Systemen und Diensten

im Gesundheits- und Sozialbereich und wenn dies durch Fachpersonal oder Berufsgeheimnisträger geschieht. Damit sind nach Auffassung des Verfassers insbesondere alle routinemäßigen Datenverarbeitungsvorgänge in der Arztpraxis im Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Handlungen der Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge umfasst. Der zusätzlichen Einholung einer Einwilligung bedarf es für diese Fälle nach der DSGVO und dem BDSGneu aus Sicht des Verfassers dann nicht.

Nach der derzeitigen Ansicht des Verfassers ist unter den Zweck „zur Behandlung im Gesundheits- oder Sozialbereich“ auch die Vor-, Mit-, Nach- oder Weiterbehandlung durch andere Ärzte zu subsumieren. Dies bedeutet somit, dass es für die Übermittlung von Daten zu den vorgenannten Zwecken aufgrund der gesetzlichen Grundlage nach der DSGVO und dem BDSGneu in der Regel keiner gesonderten schriftlichen Einwilligung bedarf.

Diese Ansicht vertritt beispielsweise auch das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht. Zur Rechtssicherheit wäre jedoch grundsätzlich zu empfehlen, dass sich die

Ärzte mit der jeweils für sie zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde in Verbindung setzen, um deren konkrete Auffassung zu erfragen.

Allerdings ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass es unabhängig von den Regelungen der DSGVO und des BDSGneu im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund der Vorschriften im SGB V Sonderregelungen, die eine schriftliche Einwilligung vorsehen, gibt. Dies gilt beispielsweise für den Austausch von Behandlungsdaten zwischen Hausarzt, Facharzt und sonstigen Leistungserbringern nach § 73 Abs. 1b SGB V. Diese Vorschrift bestimmt, u. a. in Satz 2, dass die

einen gesetzlich Versicherten behandelnden Leistungserbringer (also z. B. Fachärzte) verpflichtet sind, den Versicherten nach dem von ihm gewählten Hausarzt zu fragen und diesem mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, die in Satz 1 genannten Daten zum Zwecke der bei diesem durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln. Ferner wird geregelt, dass die behandelnden Leistungserbringer berechtigt sind, mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde bei dem Hausarzt und anderen Leistungserbringern (also auch anderen

Fachärzten) zu erheben und für die Zwecke der von ihnen zu erbringenden Leistungen zu verarbeiten und zu nutzen.

Bei gesetzlich versicherten Patienten benötigt der Arzt also sowohl für die eigene Erhebung bei anderen Ärzten als auch für die Übermittlung von Patientendaten an diese gemäß § 73 Abs. 1b SGB V zwingend eine schriftliche Einwilligungserklärung des Patienten. Diese Formvorschrift gilt vorrangig vor den Regelungen der DSGVO, sodass dieses Formerfordernis leider zu beachten ist. Gegebenenfalls halten die jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechend vorformulierte Einwilligungserklärungen bereit. ○



Veröffentlichung von Arztdaten auf Jameda im Licht der DS-GVO

FRAGE:

Ein Oberarzt fragt an, ob Jameda nach der neuen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) nicht seine schriftliche Einwilligung für die Veröffentlichung seiner personenbezogenen Daten (Name, Adresse etc.) auf dem Bewertungsportal brauche.

ANTWORT:

Für die Verarbeitung, also das Erheben, Speichern oder die Veröffentlichung personenbezogener Daten ist richtigerweise eine Legitimation erforderlich. Eine solche Legitimation kann sich aber entweder aufgrund

einer gesetzlichen Rechtsgrundlage ergeben oder aufgrund der Einwilligung des Betroffenen. Sofern also eine gesetzliche Vorschrift die Datenverarbeitung erlaubt, hier konkret die Veröffentlichung der Kontaktdaten des Arztes, ist dessen Einwilligung nicht erforderlich.

Im vorliegenden Fall geht der Verfasser derzeit davon aus, dass es keiner Einwilligung der Ärzte zur Veröffentlichung ihrer Daten durch das Bewertungsportal Jameda – wie nach dem bisherigen Datenschutzrecht auch – bedarf.

Denn das geschäftsmäßige Erheben, Speichern, Listen und Nutzen der beruflichen,


Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

Justitiar BDC

Rechtsanwalt und Fachanwalt für

Medizinrecht

justitiar@bdc.de

Heberer J. F+A: Veröffentlichung von Arztdaten auf Jameda im Licht der DS-GVO. *Passion Chirurgie*. 2018 August; 8(08): Artikel 04_10.



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

öffentlich verfügbaren, personenbezogenen Daten dürfte durch die Rechtsgrundlage in Art. 6 Abs. 1 lit. f) DSGVO gerechtfertigt sein. Danach ist die Verarbeitung rechtmäßig, wenn dies zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen (Jameda) oder eines Dritten (z. B. die Allgemeinheit, mögliche zukünftige Patienten) erforderlich ist, sofern nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person (also hier die Rechte des Arztes) überwiegen.

An dieser Stelle ist somit nach der DSGVO eine Abwägung des Interesses des Arztes an dem Schutz seiner Daten und des Stellenwerts, den die Offenlegung und Verwendung der Daten für ihn hat, mit den Interessen der Nutzer, für deren Zwecke die Speicherung erfolgt, unter Berücksichtigung der objektiven Wertordnung der Grundrechte vorzunehmen. Bedauerlicherweise ist durch die ständige höchstrichterliche Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs bislang bestätigt, dass die Allgemeinheit ein Interesse daran hat, sich Daten über Ärzte schnell und vollständig zugänglich zu machen, weshalb Arztbewertungsportale als zulässig anerkannt sind (vgl.

BGH, Urteil 23.09.2014, Az. VI ZR 358/13 und 20.02.2018, Az. VI ZR 30/17). Dabei hat er eine Abwägung zwischen dem Recht des Arztes auf informationelle Selbstbestimmung nach Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG, Art. 8 Abs. 1 EMRK auf der einen Seite und dem Recht des Portalbetreibers sowie der Interessen der Portalnutzer auf Kommunikationsfreiheit nach Art. 5 Abs. 1 GG, Art. 10 Abs. 1 EMRK auf der anderen Seite vorgenommen, bei der zudem die mittelbare Drittwirkung des beiden Seiten zustehenden Grundrechts aus Art. 12 Abs. 1 GG berücksichtigt wurde. Insofern wird nach Ansicht des Verfassers diese Abwägung wohl auch richtungsweisend für die Rechtsgrundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. f) DSGVO sein. Damit ist davon auszugehen, dass aufgrund der bisherigen Rechtsprechung des BGH, der in den vorgenannten Urteilen gerade diese Abwägung vorgenommen und zu Gunsten des Portalbetreibers bzw. dessen Nutzer entschieden hat, die Verarbeitung, also die Speicherung und Veröffentlichung der ärztlichen Basisdaten aufgrund der genannten Rechtsgrundlage der DSGVO nach wie vor zulässig ist, sodass es einer Einwilligung des Arztes hierfür nicht bedarf. ○

Abschläge wegen Nichtteilnahme zur Notfallversorgung für Belegkrankenhäuser



Dirk Farghal

Leiter der Arbeitsgemeinschaft Beleg- und Kooperationsärzte im BDC
Chirurgische Praxis am Hauptbahnhof
Bahnhofplatz 9, 97424 Schweinfurt
dirk.farghal@t-online.de

Durch den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V, § 5 Abs. 2 vom 19.04.2018 werden die Belegkrankenhäuser von der Teilnahme an der Notfallversorgung grundsätzlich ausgeschlossen und stattdessen verpflichtet, einen Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung hinzunehmen.

Bei einem angenommenen und inzwischen teilweise praktizierten Abschlag i. H. v. 50 Euro je Fall verlieren Belegkrankenhäuser je nach Leistungsspektrum ca. zwei bis drei Prozent ihres Erlösbudgets. Dieses ist eine kritische Größe für die wirtschaftliche Stabilität

der Belegkrankenhäuser in einer Zeit, in der gerade das Belegarztwesen und damit die Zukunft der Belegkrankenhäuser gefährdet ist.

Weitere Informationen und Antworten der DKG und des GKV-Spitzenverbandes:

- Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen 01/2018: „Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen“
- Schreiben von 8 Belegkrankenhäusern in Schleswig-Holstein und Hamburg an den Gemeinsamen Bundesausschuss
- Antwort der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft DKG
- Antwort des GKV Spitzenverbandes 

Farghal D: Abschläge wegen Nichtteilnahme zur Notfallversorgung für Belegkrankenhäuser. Passion Chirurgie. 2018 August, 8(08): Artikel 05_01.



Weitere Artikel zum Thema finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen | Vergütung | BG- und D-Arzt).

© iStock/yuelan





Mehr Knie-OPs: besorgniserregender Trend oder verzerrte Ergebnisse

Vor kurzem sorgten Ergebnisse einer Studie zum Einsatz von künstlichen Kniegelenken bei Arthrose bundesweit für Schlagzeilen. Die Bertelsmann Stiftung hat in Zusammenarbeit mit dem Science Media Center (SMC) die Daten ermittelt und ausgewertet. Demnach seien seit 2013 in Deutschland wieder mehr künstliche Kniegelenke eingesetzt worden. Zwischen 2013 und 2016 sei die Zahl der Eingriffe von 143.000 auf 169.000 gestiegen. Erklärbar sei dieser Trend laut Bertelsmann Stiftung weder durch medizinische, noch durch demographische oder geografische Einflussfaktoren. In der offiziellen Pressemitteilung heißt es, dass bei den unter 60-Jährigen die Operationszahlen von 27.000

auf 33.000 sogar um 23 Prozent gestiegen sind. „Dass immer mehr jüngere Patienten Knieprothesen bekommen, lässt fragen, ob die Operationen wirklich medizinisch notwendig indiziert sind. Dies ist besorgniserregend“, sagt Brigitte Mohn, Vorstand der Bertelsmann Stiftung.

BDC-Vizepräsident Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg kritisiert Mohns Vorwurf: „Am Ende des Krankheitsverlaufes wird immer die Knieprothese stehen, da ein kaputtes Knie nicht heilbar ist“. Laut Rüggeberg unterstelle sie den Ärzten vorsätzliche Körperverletzung durch ihre Aussagen. Es handele sich hierbei um Eingriffe, die von den Patienten gewünscht



Julia Weilbach

Presse- & Öffentlichkeitsarbeit im
BDC

Luisenstraße 58/59

10117 Berlin

weilbach@bdc.de

werden. „Viele entscheiden sich lieber für eine Kniegelenk-Prothese als für eine langwierige konservative Therapie“, fügt der BDC-Vizepräsident hinzu. Dass es insgesamt mehr Eingriffe gibt, erklärt Rüggeberg damit, dass die Menschen immer älter werden und dabei in einem guten gesundheitlichen Zustand sind, dadurch könne auch im hohen Alter noch an eine solche OP gedacht werden. Rüggeberg rät allerdings, erst konservative Therapien zu nutzen und eine OP möglichst lange hinauszuzögern.

In der Studie wird auch betont wie groß die regionalen Unterschiede beim erstmaligen Einsatz eines künstlichen Kniegelenks im

Bundesvergleich sind. So heißt es: In Bayern (260 Eingriffe je 100.000 Einwohner) und Thüringen (243) wurde 2016 am meisten operiert. Deutlich weniger Patienten wurden in Berlin (153) und in Mecklenburg-Vorpommern (164) mit einem künstlichen Kniegelenk versorgt. BDC-Vizepräsidenten Prof. Dr. med. Julia Seifert relativiert diese Aussage: „Die Unterschiede haben nichts damit zu tun, dass Menschen in Mecklenburg-Vorpommern bessere Kniegelenke als in Bayern haben. Die Krankenhausversorgung in Deutschland ist regional sehr unterschiedlich. Da SMC die Daten nach Wohnort erhoben hat und das nichts über den OP-Ort aussagt, ist eine Verzerrung der Daten sehr wahrscheinlich.“ ○



Weilbach J: Mehr Knie-OPs: besorgniserregender Trend oder verzerrte Ergebnisse. *Passion Chirurgie*. 2018 August, 8(08): Artikel 05_02.



Weitere Informationen zur Studie



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

AKTUELLE MELDUNGEN



18.07.2018

„WIR WOLLEN NOTFALLPATIENTEN NICHT ZUR KASSE BITTEN“

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. ...



17.07.2018

BDC⁺ NEUE ORDNUNG FÜR DIE NOTFALLVERSORGUNG

Basierend auf einer Analyse der Fehlsteuerung in der deutschen Notfallversorgung hat der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen Empfehlungen für ein Reformkonzept entwickelt und in seinem am 2. Juli dem Bundesgesundheitsministerium übergebenen Gutachten veröffentlicht...



11.07.2018

GESAMTKONZEPT FÜR PERSONALKOSTEN IM KRANKENHAUS GEFORDERT

Der Marburger Bund begrüßt die politische Absicht, die Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege stärken zu wollen...



10.07.2018

BDC⁺ NOTFALLVERSORGUNG UND KRANKENHAUS IM VISIER

Zwei Kilogramm gute Ratschläge für eine „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ überreicht der Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen am 2. Juli an den Staatssekretär des Bundesgesundheitsministerium Lutz Stroppe...



05.07.2018

INDIKATIONSGERECHTE VERORDNUNG MIT MISCHPREISEN MUSS DEFINITIV REGRESSFREI SEIN

Anlässlich der gestrigen Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) zur Rechtmäßigkeit der Bildung sogenannter Mischpreise bei Arzneimitteln erklärte Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, heute in Berlin (KBV)...



28.06.2018

ZWEITER VSMD-KONNEKTOR ZUGELASSEN

Die gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH hat heute die Zulassung für einen zweiten Konnektor erteilt. Damit hat der Konnektor der T-Systems International GmbH das Zulassungsverfahren der gematik erfolgreich durchlaufen...

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 Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie (oder entsprechende Qualifikation) in ihrem Heimatland absolviert haben und

anschließend zur Ausübung ihres Berufes dorthin zurückkehren.

Dotierung: € 5.000

REISESTIPENDIUM ZUM JAHRESKONGRESS DES AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

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

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

www.dgch.de

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

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

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

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

KONTAKT

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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: AWARE₊ Registriernummer: NCT01181206				
Dr. J. C. Lauscher Prof. Dr. J.-P. Ritz Prof. Dr. H. J. Buhr	Oligosymptomatische Narbenhernie (Abwesenheit des hernienbezogenen Schmerzes oder von Beschwerden, die die normalen Aktivitäten beeinträchtigen) Experimentelle Gruppe: Watchful waiting Kontrollgruppe: operative Versorgung (offene Netzverfahren, laparoskopische Netzverfahren, offene Nahtverfahren)	FPI: 14.11.2011 530 von 636 Patienten	DFG 610 € (zzgl. Um- satzsteuer)/Patient	Dr. J. Lauscher Universitätsmedizin Berlin, Charité Campus Benja- min Franklin Chirurgische Klinik I T: 030/8445-2948 F: 030/450-522 902 E: johannes.lauscher@charite.de
Studientitel: BariSurg₊ Registriernummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. B.P. Müller	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m ² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m ² Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP Kontrollgruppe: Magenbypass-OP	FPI: 27.11.2013 92 von 248 Patienten	– Kein Fallgeld	Prof. Dr. B.P. Müller Universitätsklinikum Heidelberg Chirurgische Klinik Sektion Minimalinvasive Chirurgie T: 06221/56-8641 F: 06221/56-8645 E: beat.mueller@med.uni-heidelberg.de



Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft
für Chirurgie. Rekrutierende multizentrische
chirurgische Studien in Deutschland. Passion
Chirurgie. 2017 Juli, September 7(09):
Artikel 06_01.

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
BIOLAP				
Registrierungsnummer: DRKS00010178				
Prof. Dr. med. M. Heiss	Primäre bilaterale Leistenhernien Laparoskopische Operation bilateraler Leistenhernien unter Verwendung von synthetischen und biologischen Netzen. Die Studienteilnehmer werden keiner Gruppe zugeordnet; jeder Patient erhält auf einer Seite das biologische und auf der anderen Seite das synthetische Netz. Jeder Patient stellt somit seine eigene Kontrolle dar.	17.08.2017 39 von 496 Patienten	DFG 750 € / Patient	Dr. J. Knievel IFOM - Institut für Forschung in der Operativen Medizin Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin Universität Witten/Herdecke Ostmerheimer Str. 200, Haus 38 51109 Köln 0221 98957-24 0221 98957-30 Judith.Knievel@uni-wh.de
Studientitel: CoCStom₊				
Registrierungsnummer: DRKS00005113				
Prof. Dr. P. Kienle	Patienten mit Rektumkarzinom UICC II-III nach neoadjuvanter Radiochemotherapie und TAR mit TME und protektivem Stoma Experimentelle Gruppe: Frühe Stomarückverlagerung 8–10 Tage nach Tumorresektion, anschließend Chemotherapie Kontrollgruppe: Späte Stomarückverlagerung 4 Wochen nach Beendigung der adjuvanten Chemotherapie	FPI: 27.12.2013 247 von 257 Patienten	DFG 1.000 €/Patient	Dr. F. Şandra-Petrescu Dr. F. Herrle Universitätsmedizin Mannheim Chirurgische Klinik T: 0621/383-4453 oder -1501 F: 0621/383-1955 E: flavius.sandra-petrescu@umm.de E: florian.herrle@umm.de
Studientitel: DiaSurg 2-Studie₊				
Registrierungsnummer: DRKS 00004550				
Prof. Dr. M.W. Büchler PD Dr. B.P. Müller	Insulinabhängiger Diabetes mellitus Typ 2 und BMI 26–35 kg/m ² Experimentelle Gruppe: Magenbypass Kontrollgruppe: Optimale medikamentöse Therapie	FPI: 25.03.2013 22 von 400 Patienten	Manfred Lautenschläger-Stiftung, Covidien AG, Schweiz 500 €/Patient	Prof. Dr. B.P. Müller Universitätsklinikum Heidelberg Chirurgische Klinik Sektion Minimalinvasive Chirurgie T: 06221/56-8641 F: 06221/56-8645 E: beat.mueller@med.uni-heidelberg.de
ESOPEC				
Registrierungsnummer: NCT02509286, DRKS00008008				
Prof. Dr. Jens Höppner	Adenokarzinom des Ösophagus und des gastroösophagealen Übergangs (AEG) Experimentelle Gruppe: Perioperative Chemotherapie (FLOT) und Tumorresektion Kontrollgruppe: Neoadjuvante Radiochemotherapie (CROSS) und Tumorresektion	09.02.2016 184 von 438 Patienten	DFG 1.500 € / Patient	Prof. Dr. med. Jens Höppner Universitätsklinikum Freiburg Department Chirurgie Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie T: 0761/270-26970 F: 0761/270-90711 E: jens.hoepfner@uniklinik-freiburg.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: Gastripec I, Registrierungsnummer: DRKS 00003078 EudraCT-Number: 2006-006088-22				
Prof. Dr. B. Rau, MBA	Magenkarzinompatienten inkl. AEG mit einer primären Peritonealkarzinose ohne weitere Fernmetastasen außer Krukenbergtumor 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 Transplantationchirurgie, 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 (Stellvertreterender Studienleiter)	Patienten (15–40 Jahre) mit Rezidiv eines primären Spontanpneumothorax (PTX) oder therapierefraktärem PTX Erstereignis Experimentelle Gruppe: Lungenkeilresektion mit parietaler Pleurektomie Kontrollgruppe: Alleinige parietale Pleurektomie	FPI: 19.11.2013 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:

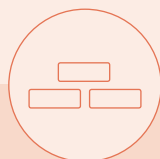
Treten auch Sie ein, unterstützen Sie die DGCH und werben Sie aktiv um weitere Mitglieder zu Stärkung unserer „Solidargemeinschaft“. Für weitere Fragen stehen wir Ihnen über unsere Geschäftsstelle jederzeit zur Verfügung. Darüber hinaus informieren Sie die DGCH-Newsletter zeitnah über weitere Entwicklungen.

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

Herr Dr. med. Holger Herzing, Höchstadt/
Aisch

Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke,
Plettenberg

Herr Dr. med. Winfried Hölter, Monheim

Herr Dr. med. Matthias Becker, Possendorf

Frau Dr. med. Martina Mittag-Bonsch,
Crailsheim

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

Herr Prof. Dr. med. Stefan Riedl, Göppingen

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

Herr Dr. med. Georgios Adamidis, Pirmasens

Herr Dr. med. Orhan Özdemir, Herborn

Herr Dr. med. Marcus Giebelhausen,
Paderborn

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

Herr Dr. med. Michael Eckert, Speyer
in memoriam

Prof. Dr. med. Kurt Spohn

Herr Prof. Dr. med. Rudolf Bedacht,
München

Herr Dr. med. Hans-Joachim Wigro,
Bielefeld

Herr Dr. med. Ingolf Hoellen, Backnang

Herr Dr. med. Konrad Prenner, Salzburg

Herr Dr. med. Radovan Stojanovic, Kassel

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

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

Frau Dr. med. Ricarda E. Sieben,
Braunschweig

Herr Dr. med. Peter Gilsdorf, Mainz

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

Herr Dipl.-Ing. H. - F. Bär, Werl

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

Frau Dr. med. Waltraud von 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



AUS DEM
BDC

EHRENMEDAILLE

Wolfgang Müller-Osten-Medaille für Ehrenpräsident Hempel



Für sein besonderes Engagement im Bereich der Chirurgie hat Ehrenpräsident Prof. Dr. med. Karl Hempel vom BDC die Wolfgang Müller-Osten-Medaille verliehen bekommen. Der Berufsverband ehrt damit eine herausragende Persönlichkeit, die sich in ihrer langjährigen Tätigkeit für die Interessen von Chirurginnen und Chirurgen in Deutschland mit großem Engagement eingesetzt hat.

Besondere Anerkennung gebührt Hempel für seinen persönlichen Einsatz bei der Zusammenführung der Kolleginnen und Kollegen aus den neuen Bundesländern im Zuge der deutschen Einheit. Diese weit über das Amt des BDC-Präsidenten hinausgehenden Anstrengungen haben zu gegenseitigem Verständnis von Chirurginnen und Chirurgen trotz unterschiedlicher Ausgangsbedingungen geführt und den BDC zur größten europäischen Chirurgenvereinigung gemacht.

[Zum Beitrag...](#)

ORTHOPÄDIE/UNFALLCHIRURGIE

BDC kooperiert mit der Akademie der Unfallchirurgie



Um das Fortbildungsangebot für Chirurginnen und Chirurgen im Fachbereich Orthopädie/Unfallchirurgie zu erweitern, arbeitet die BDC|Akademie seit Kurzem mit der Akademie der Unfallchirurgie e.V. (AUC) zusammen. Die Kooperation soll immer weiter ausgebaut werden, sodass spezielle Veranstaltungen künftig auch vergünstigt für BDC-Mitglieder angeboten werden können.

[Zum Beitrag...](#)



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



BDC|Mobile

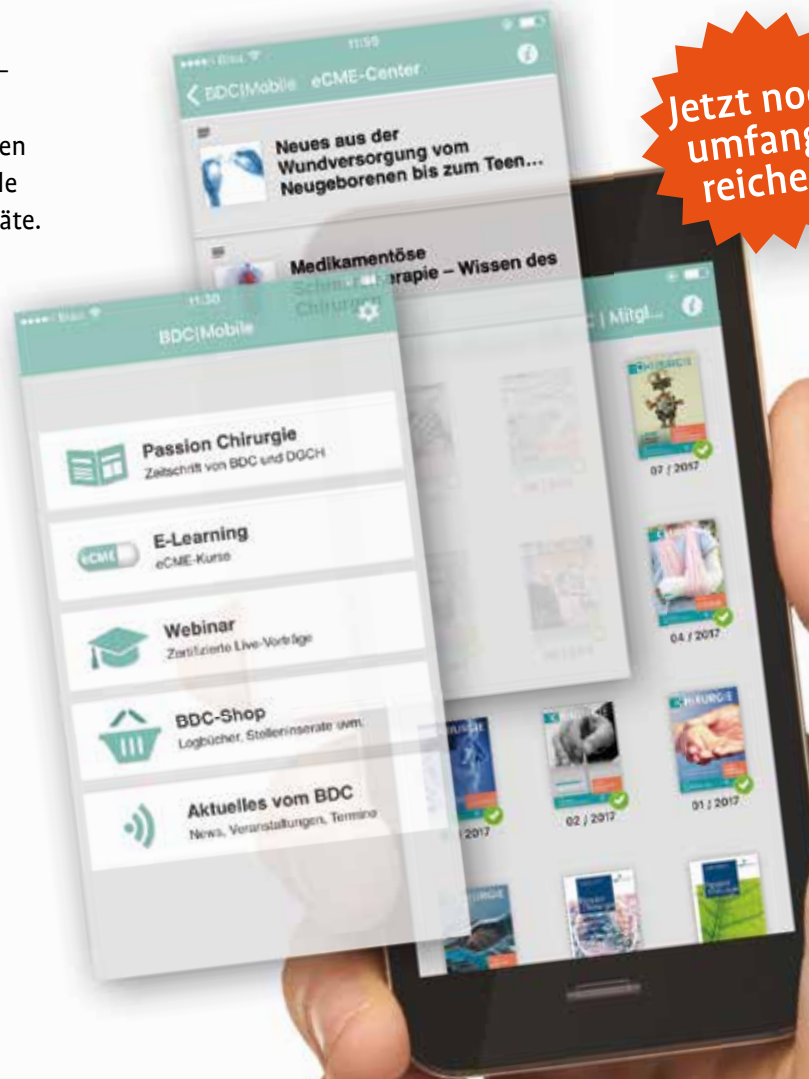
Die schnellsten Infos für
Chirurginnen und Chirurgen

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.



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
Prof. Dr. med. Martin Kruschewski

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christian Federlein

BDC | Sachsen-Anhalt

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski

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

2. Vorsitzender
Dr. med. Matthias Krüger

Regionalvertreter NL
Dr. med. Dirk Arbter

BDC | Sachsen

Vorsitzender
Dr. med. Ehrhardt Weiß

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Jörg Hammer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Hammer

BDC | Thüringen

Vorsitzender
Dr. med. 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

06.07.2018 deutsche-gesundheits-nachrichten.de

Finanziell lukrativ: Mehr künstliche Kniegelenke für Jüngere

In Deutschland werden einer Studie zufolge immer mehr künstliche Kniegelenke eingesetzt, auch bei vergleichsweise jungen Patienten unter 60 Jahren...

26.06.2018 Badische Zeitung

Deutlich mehr künstliche Kniegelenke

In Deutschland werden einer Studie zufolge immer mehr künstliche Kniegelenke eingesetzt – auch bei vergleichsweise jungen Patienten unter 60 Jahren...

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?

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	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	Mastertrainer für die strukturierte Facharztweiterbildung	Prof. Dr. med. Marcus Siebolds	200,00	350,00
01.02.19	02.02.19	Berlin	2018-24706	Abschlusscolloquium Fortbildung für Hygienebeauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. med. Julia Seifert, Prof. Dr. med. Axel Kramer		

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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
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	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. med. 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
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
23.01.19	25.01.19	Augsburg	2018-23610	Spezielle Unfallchirurgie Teil 2	Prof. Dr. med. Edgar Mayr	300,00	500,00

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE							
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

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

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.de

oder 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
08.09.18	08.09.18	Mannheim	11. EDZ-Proktologie-Kurs -Proktitis als Sonderfall der Colitis Ulcerosa und analer Morbus Crohn	End- und Dickdarm-Zentrum Mannheim		
10.09.18	13.09.18	Tuttlingen	Basiskurs Laparoskopische Chirurgie	Aesculap Akademie GmbH	585.00	650.00
17.09.18	20.09.18	Bochum	Basiskurs Laparoskopische Chirurgie	Aesculap Akademie GmbH	585.00	650.00
19.09.18	21.09.18	Gießen	41. Handchirurgischer Operationskurs mit Arthroskopie-Workshop "Die traumatisierte Hand"	Institut für Anatomie und Zellbiologie der Justus-Liebig-Universität Gießen	500.00	500.00
20.09.18	22.09.18	Den Haag	13th Congress of the European Hip Society	World Forum		
21.09.18	22.09.18	Berlin	Hands-on Workshop: Vertikale und Transversale Augmentationstechniken in der oralen Implantologie	Aesculap Akademie im Langenbeck-Virchow-Haus	0.00	695.00
21.09.18	22.09.18	Köln	Medical-English Kurs II für Medizinische Fachangestellte	Brenner'scher Hof	390.00	490.00
24.09.18	24.09.18	Bochum	Fresh-up Laparoskopische Chirurgie 2017-2018	Aesculap Akademie GmbH	0.00	110.00
06.10.18	06.10.18	Mannheim	EDZ-Proktologie-Kurs -Hämorrhoidalleiden-	End- und Dickdarm-Zentrum Mannheim	200.00	200.00
10.10.18	12.10.18	Berlin	Aufbaukurs Laparoskopische colo-rectale Chirurgie	Aesculap Akademie in Langenbeck-Virchow-Haus	790.00	840.00
11.10.18	12.10.18	Bochum	Basiskurs Chirurgische Nahttechniken Modul I+II	Aesculap Akademie GmbH	0.00	135.00
11.10.18	11.10.18	Bochum	Basiskurs Chirurgische Nahttechniken Modul I	Aesculap Akademie GmbH	0.00	95.00
12.10.18	12.10.18	Bochum	Basiskurs Chirurgische Nahttechniken Modul II	Aesculap Akademie GmbH	0.00	55.00
15.10.18	18.10.18	Tuttlingen	Basiskurs Laparoskopische Chirurgie	Aesculap Akademie GmbH	585.00	650.00
22.10.18	24.10.18	Tuttlingen	Aufbaukurs Laparoskopische Chirurgie oberer Gastrointestinaltrakt	Aesculap Akademie GmbH	840.00	890.00
24.10.18	24.10.18	Berlin	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachs-tumsalter	Charité Virchow-Klinikum	250.00	250.00
25.10.18	25.10.18	Jena	Jobmesse: ZEIT für neue Ärzte	"Universitätsklinikum Jena / Klinikum Lobeda		
26.10.18	27.10.18	Tuttlingen	Aufbaukurs Minimal Invasive Kinderchirurgie	Aesculap Akademie GmbH	750.00	790.00
29.10.18	31.10.18	Berlin	Advanced Laparoscopic Colo-Rectal Surgery	Aesculap Akademie im Langenbeck-Virchow-Haus	0.00	1,487.50
03.11.18	03.11.18	Berlin	Intensivkurs Röntgenbefundung im Wachs-tumsalter	"Hartmannbund-Verband e. V.	350.00	350.00
08.11.18	11.11.18	Tuttlingen	Faszination Viszeralchirurgie	Aesculap Akademie GmbH	0.00	950.00
15.11.18	15.11.18	Köln	Hygiene und Arbeitsschutz	Courtyard by Marriott Hotel	390.00	490.00

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im August 2018

%

25 %



FBRAUN: 25 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

25 %



MÖVE: 25 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

32 %



HOLIDAY PARK: < 32 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

25 %



GIESSWEIN: 25 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

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

Der ambulante Traumjobfinder



App.in.den.OP®

Chirurgischer Stellenmarkt als kostenlose App für Smartphones und Tablets

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



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

Erhältlich im App Store



Kostenlos im App Store und auf Google Play erhältlich!

Jetzt installieren!

GET IT ON Google play





PANORAMA

”

Women in Global Health

**Die Initiative Women in
Global Health – Germany**



Dr. Sabine Ludwig
Charité – Universitätsmedizin Berlin /
sabine.ludwig@charite.de



Prof. Dr. Dr. h.c. Ilona Kickbusch
Graduate Institute of International and
Development Studies in Geneva
ilona.kickbusch@graduateinstitute.ch

Ludwig S, Kickbusch I: Die Initiative Women in Global Health - Germany. *Passion Chirurgie*. 2018 August, 8(08): Artikel 08.



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

Frauen stellen im Durchschnitt weltweit 70 Prozent der Global Health Workforce dar, aber nur 25 Prozent sind in Führungspositionen vertreten. Bei den Vereinten Nationen sind nur 23 Prozent der Führungskräfte Frauen und bei den globalen Gesundheitsinitiativen nur 17 von 74 Führungskräften weiblich [1]. Über die Finanzierung und Ressourcenverteilung in der globalen Gesundheit – immerhin ein Budget von bis zu 92,1 Billionen Dollar – entscheiden zu 70 Prozent Männer. Im WHO Executive Board sind ein Drittel Frauen und die Anzahl der weiblichen Chief Delegates im World Health Assembly liegt ebenfalls bei einem Drittel [2]. Bei UNICEF sind zum Beispiel zwei der sechs Executive Directors Frauen [3].

Um Frauen, die in Global Health tätig sind, mehr Sichtbarkeit zu geben, wurde 2014 von Prof. Dr. Dr. h.c. Ilona Kickbusch am *Graduate Institute of International and Development Studies, Genf* eine Twitter-Kampagne gestartet und Namensvorschläge von Frauen gesammelt. Die Liste der *100 Women Leaders in Global Health* konnte im Dezember 2014 vorgelegt werden [4]. Nach einer Veröffentlichung in *The Lancet* folgten weitere Nominierungen, sodass 2015 eine Liste von 300 Frauen [5] erstellt wurde. In diesem Zeitraum wurde die Initiative „*Women in Global Health - A Movement for Gender Equality in Global Health Leadership*“ [6] von Dr. Roopa Dhatt, Dr. Desiree Lichtenstein, Caitlin Jackson und Kristina Ronsin gegründet, um Frauen in

Führungspositionen in der globalen Gesundheit zu unterstützen und auf diese Weise zur Verbesserung der Gesundheit weltweit beizutragen. Es wurde vorgeschlagen, dass nun regionale und nationale Listen erstellt werden sollten, um eine bessere Vernetzung vor Ort zu gewährleisten.

Diese Idee haben Prof. Dr. Dr. h.c. Ilona Kickbusch und Dr. Sabine Ludwig aufgegriffen und im Juli 2017 in Berlin zu einem Treffen eingeladen, um über die Gründung einer Initiative „*Women in Global Health – Germany*“ (WGH-GER) zu beraten. Der Zeitpunkt schien richtig, denn Deutschland spielt eine immer bedeutendere Rolle in der globalen Gesundheit und es gilt sicherzustellen, dass Frauen zu dieser Entwicklung entscheidend beitragen können.

Eine Gruppe von Frauen in Berlin, die im Bereich der globalen Gesundheit tätig sind, wurde etabliert. Es wurde beschlossen, als erstes Namensvorschläge für eine Liste zu sammeln, die die Basis für ein Netzwerk von Frauen in Global Health in Deutschland sein kann. Sie umfasst Frauen aus Deutschland, die international in Global Health tätig sind sowie Frauen, die in der globalen Gesundheit in Deutschland tätig sind und mindestens über eine zweijährige Berufserfahrung in diesem Bereich verfügen. Dr. Roopa Dhatt stand dabei beratend zur Seite. WGH-GER ist nun das erste nationale „pilot chapter“ der



internationalen Initiative. Die ersten Schritte für weitere lokale Netzwerke und nationale „pilot chapters“ werden bereits in Norwegen, Schweden und Kanada unternommen.

Am 12. Januar 2018 konnte im Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung die Liste und das Netzwerk offiziell vorgestellt werden. Die Veranstaltung wurde zudem vom Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), dem World Health Summit (WHS) und der German Healthcare Partnership (GHP) und individuellen Frauen von der Liste unterstützt. Mehr als 70 Frauen nahmen an der Veranstaltung teil.

Die Liste umfasst über 100 Nominierungen, sie ist alphabetisch geordnet und stellt kein Ranking dar. Es sind unter anderem Frauen aus dem akademischen Bereich, aus Wissenschaftszentren, Stiftungen, Nichtregierungsorganisationen, internationalen Organisationen, Ministerien und aus dem Privatsektor vertreten. Die Frauen kommen aus sehr unterschiedlichen Fachgebieten und gerade diese Breite macht es so spannend.

Die Liste soll dazu beitragen, die Sichtbarkeit von Frauen in Global Health zu erhöhen und

die Vernetzung der Listenteilnehmerinnen zu fördern. Dies erfolgt bereits und wurde durch die Veranstaltung am 12. Januar 2018 weiter unterstützt. Zudem sollen weitere Mitglieder für die Liste bzw. das Netzwerk gewonnen und die Broschüre verbreitet werden. Sie soll Veranstaltern helfen, die Anzahl von Frauen auf Panels und als Rednerinnen zu erhöhen – die Ausrede „es gibt keine Frauen“ gilt ab jetzt nicht mehr. Hierzu sollen Kriterien entwickelt und direkt an Veranstalter herangetreten werden. Sie soll Arbeitgebern und Head Hunttern bei Stellenbesetzungen sowie Universitäten bei Berufungen unterstützen und Studentinnen helfen, Mentorinnen zu finden. Das Auswärtige Amt benutzt die Liste bereits aktiv im Hinblick auf Namen von Frauen für Positionen in internationalen Organisationen. Auf diese Weise soll ein Beitrag zur Erhöhung des Anteils der Frauen in Führungspositionen im Bereich Global Health geleistet werden. Des Weiteren sollen Themen der globalen Gesundheit identifiziert werden, die das Netzwerk für wichtig einschätzt und politische Teilhabe an der Überarbeitung der Global Health Strategie der Bundesregierung angestrebt werden. Zudem sollen Daten zur Geschlechterverteilung der Organisationen und Institutionen der Frauen auf der Liste zusammengestellt

und ein Mentoringprogramm entwickelt werden. Ein weiteres Handlungsfeld ist die Unterstützung anderer Länder bei der Gründung von nationalen „pilot chapters.“ Man wird noch viel von dem Netzwerk hören – es wird sich einmischen.

Sollten Sie Interesse am Netzwerk haben, können Sie die Liste bzw. Broschüre **HIER** abrufen und Ihr Interesse bekunden.

LITERATUR

- [1] Hawkes S, Buse K, Kapilashrami A. Gender blind? An analysis of global public private partnerships for health. *Globalization and Health*, 2017: 13:26.
- [2] Dhatt R. et al. Women in Global Health. Vortrag World Health Summit 2017.
- [3] WHO 2016 Human Resources Report, Devex International Development.
- [4] Devi, Sharmila. Twitter campaign highlights top women in global health. *The Lancet*, Volume 38, Issue 9965, 318.
- [5] <http://www.who.int/alliance-hpsr/news/2015/300women/en/>
- [6] <http://www.womeningh.org/>



Women in
Global Health
Germany

GRÜNDERINNEN DER INITIATIVE

Prof. Dr. Dr. h.c. Ilona Kickbusch

Graduate Institute of International and Development Studies in Geneva
ilona.kickbusch@graduateinstitute.ch

Dr. Sabine Ludwig

Charité – Universitätsmedizin Berlin
sabine.ludwig@charite.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 Gewebeerseugung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie angewendet, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie zur unterstützenden Versiegelung der Dura Mater, um postoperative Liquorlecks nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** Intravasculäre Anwendung, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen kann es zu Hypersensitivität oder allergischen Reaktionen kommen (inklusive Angioödem, Brennen und Stechen an der Applikationsstelle, Bronchospasmus, Schüttelfrost, Flush, generalisierte Urtikaria, Kopfschmerz, 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