

PASSION

CHIRURGIE



PANORAMA

DER SCHWIERIGE
PATIENT

im Fokus

CME: DISTALE
RADIUSFRAKTUREN
IM KINDESALTER

12 | IV | 2018

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



BDC  Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

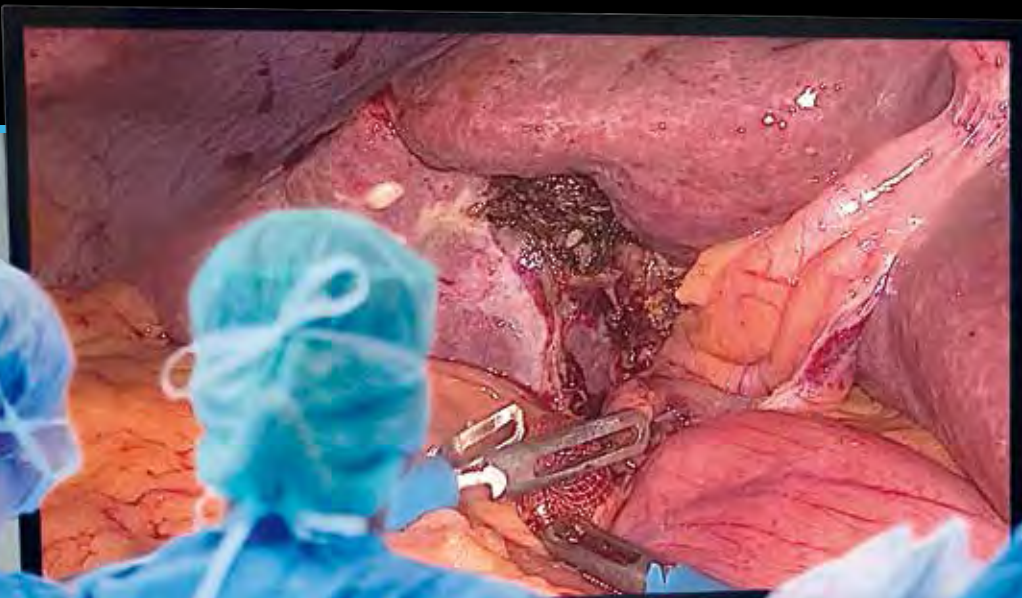
Synergy^{UHD4}

Maximale Auflösung. Maximale Farben. Maximales Ergebnis.

Kombiniertes, ultra-hochauflösendes Kamerasystem, LED-Lichtquelle und Bildmanagementsystem in einem Gehäuse mit intuitivem Tabletcontroller

- Scharfe und detaillierte Darstellung mit über 1 Milliarde Farben
- Monitorgrößen bis zu 55"
- Interdisziplinäre Lösungen

4K
ULTRA HD



www.arthrex.com

© Arthrex GmbH, 2018. Alle Rechte vorbehalten.

Arthrex[®] 



© iStock/javorskiy

Zum Jahreswechsel ...

Turbulente Zeiten liegen hinter uns, das kommende Jahr dürfte auch nicht wesentlich *entspannter* werden. Lassen Sie uns zurückblicken auf die wesentlichen Ereignisse 2018.

BDC-intern haben wir vor allem den krankheitsbedingten Ausfall unseres Geschäftsführers Dr. Dittmar bewältigen müssen. Wir wünschen ihm von dieser Stelle aus die Kraft, seine persönliche Situation zu meistern und danken herzlich für seinen unermüdlichen Einsatz und die vielen Anregungen, die den BDC entschieden voran gebracht haben. Zwischenzeitlich hat der Vizepräsident Dr. Rüggeberg kommissarisch das Amt übernommen. Ohne die loyale und vertrauensvolle Mitarbeit des Teams der Geschäftsstelle wäre dies nicht gelungen. Im neuen Jahr werden wir mit Frau Dr. Friederike Burgdorf eine neue Geschäftsführerin begrüßen, die aus ihrer bisherigen Tätigkeit bei der KBV bestens mit Gremienarbeit und

der gesundheitspolitischen Szene vertraut ist.

In 2018 sind mit Inkrafttreten unserer neuen Satzung Präsidium und Vorstand des BDC neu gewählt resp. in ihren Ämtern bestätigt worden. Die viel diskutierte Personalunion unseres Präsidenten mit dem Amt des Generalsekretärs der DGCH hat sich zum Vorteil beider Vereine bestens bewährt und ist durch entsprechende Wahlergebnisse eindrucksvoll bestätigt worden. Die neu gewählten Referatsleiter haben ihre Arbeit intensiviert und treffen sich regelmäßig zum gemeinsamen „Brainstorming“. Auch bei der Besetzung der Positionen in den Referaten haben wir darauf geachtet, dass ähnliche Aufgabengebiete in der DGCH und im BDC möglichst personengleich besetzt werden. Wir haben unverändert das Ziel, BDC und DGCH immer weiter anzunähern. Wir haben trotz aller äußeren Widrigkeiten das Schiff des BDC sicher auf Kurs gehalten und steuern derzeit die Marke



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

Präsident des Berufsverbandes der
Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
Generalsekretär der
Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V.
(DGCH)
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
praesident@bdc.de
h-jmeyer@dgch.de



Prof. Dr. med. Julia Seifert

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



Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg

Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen Chirurgen
e.V. (BDC)
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
dr.rueggeberg@t-online.de

von 18.000 Mitgliedern an. Die wären nicht im BDC, wenn es nicht auch einen erkennbaren Mehrwert gäbe. So sind zahlreiche neue Projekte auf den Weg gebracht und zusätzliche Dienstleistungen eingeführt worden. Unser Leuchtturm der Seminarangebote ist unter dem neuen Namen Deutsche Akademie für chirurgische Fort- und Weiterbildung grundlegend überarbeitet worden. Wir werden verstärkt auf interaktive Webinare und E-Learning-Plattformen setzen sowie die Kursangebote modular aufbauen. Das völlig neu gestaltete Programm für 2019 liegt inzwischen aus. Unsere gemeinsame Zeitschrift, die Sie gerade in Händen halten, ist durch einen ebenfalls gemeinsam gestalteten Newsletter von BDC und DGCH ergänzt worden. Ein Beweis für die gut funktionierende Kooperation.

Für alle Ärzte, besonders aber für uns Chirurgen und Chirurgen ist die Verabschiedung der neuen Muster-Weiterbildungsordnung durch den Deutschen Ärztetag und mittlerweile auch durch den Vorstand der Bundesärztekammer von Bedeutung. Aus Sicht der Chirurgie haben unsere Positionen, die von allen chirurgischen Gruppierungen einstimmig vorgetragen worden sind, kein Gehör gefunden. Insbesondere die Frage der Weiterführung eines Facharztes für Allgemeinchirurgie ist von allen chirurgischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden einstimmig abgelehnt worden, jedoch haben sich Einzelmeinungen aus dem Kreis der Delegierten des Ärztetages mehrheitsfähig erwiesen, die diese Facharztsäule erhalten wollten. Das beweist einmal mehr, dass konzentrierte Aktionen der Gesellschaften und Berufsverbände, die doch eigentlich die Meinung der Chirurgie repräsentativ vertreten sollten, nichts zählen, sondern dem Votum von Einzelnen zum Opfer fallen. Nun kann man sicher unterschiedlicher Meinung zu dieser Frage sein, trotzdem bleibt ein bitterer Nachgeschmack. Bleibt abzuwarten, wie die einzelnen Landesärztekammern in ihrer völligen Autonomie die Muster-Weiterbildungsordnung in die jeweils verbindliche regionale Weiterbildungsordnung umsetzen.

Ein Hauptthema ist naturgemäß stets die politische Großwetterlage. Nach bekanntlich

überaus zähen Verhandlungen hat sich eine Regierung gebildet, die uns mit Herrn Spahn einen neuen Gesundheitsminister beschert hat, der durchaus höhere Ziele im Blick hat. Daher hat er gleich mit großem Tatendrang etliche Gesetze auf den Weg gebracht, die wie z. B. das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz Beifall bei der Bevölkerung findet. Gleiches gilt auch für das Gesetz zur Verbesserung der Terminservicestellen. Beide Gesetze sind populär, aber nicht zur Freude der Betroffenen. Es ist löblich, die Pflege zu stärken und deren Arbeitsbedingungen zu verbessern. Leider übernimmt der Gesetzgeber die hierfür erforderlichen Kosten nur zu einem geringen Teil, der Rest bleibt bei den Krankenhäusern hängen, die sehen müssen, wie sie ihren Etat entsprechend umändern. Das dürfte sicher auch dazu führen, dass einige kleinere Kliniken insolvent werden und geschlossen werden müssen. Absicht der Politik?

Zur Rettung dieser kleinen Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung wird stattdessen darüber nachgedacht, diese im Rahmen einer Reform der Bedarfsplanung für die ambulante fachärztliche Versorgung zu öffnen. Ein Plan, der unsere niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen zu Recht beunruhigen muss und im Übrigen auch bei den Krankenhausärzten auf wenig Gegenliebe stößt.

Die Niedergelassenen werden zusätzlich belastet durch ein Gesetzgebungsvorhaben, dass einerseits anstelle der bisherigen 20 Stunden nunmehr 25 Stunden Wochenpräsenz verlangt sowie andererseits eine definierte Öffnung der Praxen für unangemeldete Zusatzpatienten. Das ist für Chirurgen und Chirurgen nicht sonderlich relevant, arbeiten wir doch sowieso mehr als 40 Stunden pro Woche und ist es jedenfalls in der Allgemein- und Unfallchirurgie selbstverständlich, jederzeit Notfallpatienten zu versorgen. Dennoch protestieren wir mit Nachdruck, weil es sich um einen schwerwiegenden Eingriff in die Selbstbestimmungsrechte von Freiberuflern handelt, zu denen die freie Gestaltung der Arbeitszeiten und des Arbeitsumfangs gehören. Ganz abgesehen davon werden die Ursachen von vermuteten Wartezeiten in keiner Weise thematisiert, geschweige denn abgestellt. Die seit den Zeiten des

Gesundheitsministers Seehofer (damals schon als „unguided missile“ unterwegs) existierende Budgetierung macht bekanntlich jede noch so gewünschte Zusatzarbeit am Patienten unmöglich. Solange am Budget nichts geändert wird, gehen alle Ansätze zur Verbesserung der Versorgung ins Leere und werden am passiven Widerstand der Betroffenen scheitern. Übrigens gibt es kein Land auf der Welt mit derart vielen Arzt-Patienten-Kontakten wie in Deutschland und um unsere vergleichsweise kurzen Wartezeiten werden wir global beneidet. Das Ganze lässt sich umschreiben mit dem Bonmot: „Hier habe ich eine Lösung, gib mir das Problem dazu!“

Wir wollen jetzt nicht weiter ausholen und auf die verschiedenen neuen oder zu erwartenden Regelungen unseres Arbeitsumfelds abheben. Sie dürfen sicher sein, dass der BDC sich all dieser Themen in Zukunft genauso annehmen wird wie bisher. Vertrauen Sie der Stärke eines großen Verbandes und dem Engagement aller ehrenamtlichen und hauptberuflichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Nutzen Sie den Jahreswechsel, um Ihre persönliche Situation zu reflektieren, neue Kraft zu tanken und mit Freude auf das Neue Jahr zu blicken.

Mit den besten Wünschen
Der Vorstand des BDC



Meyer HJ, Seifert J, Rüggeberg JA: Editorial Zum Jahreswechsel. *Passion Chirurgie*. 2018 Dezember; 8(12): Artikel 01.



Aktuelle Themen und Neuigkeiten finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de).

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
V.i.S.d.P.
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Julia Seifert,
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg

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

REDAKTION

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer (V.i.S.d.P.)
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg (dr.rueggeberg@t-online.de)
Dr. rer. pol. Ronny Dittmar (ronny.dittmar@bdc.de)
Katrín Kammerer (Tel.: +49 (0) 30 28004-202 |
passion_chirurgie@bdc.de)
Julia Weibach

VERLAG

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

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

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

ABBILDUNGSHINWEISE

Cover-Foto von iStock/chuckcollier, 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.

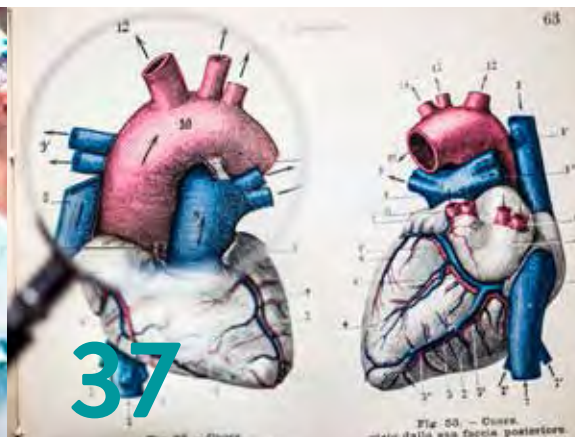
EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

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

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

ISSN 2194-5586

BDC IM WEB 2.0:



INHALT

1 EDITORIAL

6 SCHAUFENSTER

10 CHIRURGIE

im Fokus

10

CME-ARTIKEL: DISTALE RADIUS- FRAKTUREN IM KINDESALTER – SINN UND UNSINN IN DER VERSORGUNG

F. Fernandez, T. Wirth, M. Kertai,
D. Schneidmüller, P. Schmittenbecher

18 CHIRURGIE⁺

- 18 Willkommen zum Jahresprogramm 2019 der
BDC|Akademie W. Schröder
- 20 Einladung zum Facharztseminar Gefäßchirurgie
Februar 2019 A. Greiner
- 22 14 Webinare, 14 Leitlinien, 14 Experten
- 24 Bundeskongress Chirurgie 2019 „Gemeinsam stark“
C. Schüürmann, H.-J. Meyer, A. Neumann, M. Bartsch
- 28 Nachwuchs-Kongress in Berlin
- 31 BDC|Umfrage: Hohe Burnout-Raten bei deutschen
Chirurginnen und Chirurgen
M. Kern, A. Buia, C. Tonus,
T. F. Weigel, R. Dittmar, E. Hanisch, D. Zapf
- 34 „Die reden die ganze Zeit über mich“ C. Bischof
- 37 **Safety Clip:** Notfallmanagement penetrierender
Herzverletzungen ohne Kardiochirurgie
A. Busemann, S. Diedrich



41 **Hygiene-Tipp:** Multiresistente Erreger – Folge fehlerhafter Antibiotikatherapie

46 Personalia

48 RECHT

48 Ist Rufbereitschaft doch Arbeitszeit?

J. Heberer, P. Hüttl

51 F&A: Operationsaufklärung mit dem Tablet *J. Heberer*

53 GESUNDHEITSPOLITIK

53 Gesucht: Sektoral unvorbelastete Experten *S. Dittrich*

56 Aktuelle Meldungen

57 Bedarfsplanung: BDC begrüßt Zusammenlegung von Orthopädie und Chirurgie

58 INTERN

58 DGCH

58 Kommentar des Generalsekretärs

62 Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung

63 Bericht zum Reisestipendium der DGCH zum Jahreskongress 2018 des American College of Surgeons

66 Warum DGCH? Warum engagieren?

B. J. Braun, T. Schmitz-Rixen, H.-J. Meyer

69 Mentoring-Programm und Coaching durch die DGCH – ein neues Angebot für die Mitglieder

71 Einladung zum 136. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

M. Anthuber

75 Nachruf zum Tod von Prof. Dr. med. Dr. h.c. Friedrich Wilhelm Schildberg

78 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

82 DGCH: Aus Doppelmitgliedschaft wird Probemitgliedschaft

84 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

88 DGCH-Präsidium ab 1. Januar 2019

92 BDC

92 Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2019

H.-J. Meyer

93 2018: BDC in Zahlen

96 KidsClub beim Chirurgenkongress

98 BDC|News

100 BDC|Sport: Mitläufer für den Staffellauf in Berlin gesucht!

101 Das Referat für „Nachwuchs“ stellt sich vor

A. Kirschniak, B. J. Braun

102 Das Referat „Beruf und Familie“ stellt sich vor

K. Schlosser, F. Fritze-Büttner

104 BDC|Landesverbände

106 BDC-Pressespiegel

107 Termine BDC|Akademie

111 Veranstaltungshinweise

112 Lifestyle-Angebote im Dezember 2018

114 VERNETZT

114 Reger Austausch bei Hospitationen (Advertorial)

116 PANORAMA

116 Der schwierige Patient – Reflexionen und mögliche Lösungen zur Gestaltung eines befriedigenden Umganges

J. Jähne

123 Der schwierige Patient – Besonderheiten in der Kinderchirurgie

B. Tillig

127 Gewinnspiel-Auflösung

Leitlinien-Buch Unfallchirurgie

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. gibt als wissenschaftliche Fachgesellschaft seit 1996 Leitlinien für die unfallchirurgische Diagnostik und Therapie heraus. Diese werden alle fünf Jahre überarbeitet und sind auf der Leitlinien-Seite der AWMF stets aktuell einzeln abrufbar. Bisher sind drei Auflagen der DGU-Leitlinien 1997, 1999 und 2001 als Buch erschienen.

THEMEN DER 26 LEITLINIEN

- Polytrauma - Schwerverletzte (Kurzfassung)
- Verletzungen von:
 - Wirbelsäule (3 Leitlinien)
 - Schulter, Arm und Hand (5 Leitlinien)
 - Hüfte und Oberschenkel (3 Leitlinien)
 - Kniegelenk (5 Leitlinien)
 - Unterschenkel und Sprunggelenk (3 Leitlinien)
- Frakturen im Kindesalter (3 Leitlinien)
- Infektionen (2 Leitlinien)
- Implantatentfernung

Die erheblich erweiterte neue 4. Auflage macht mit der E-Book-Ausgabe den entscheidenden Schritt in die Zukunft. Das E-Book wird kontinuierlich aktualisiert inkl. neuer Leitlinien. Auf 680 Seiten finden Sie 26 aktuelle DGU-Leitlinien (2 x S3 und 8 x S2 Niveau).

Mehr Informationen: www.dgu-online.de

EBERHARD-SCHULTZ-STIFTUNG

Ärzte der Welt erhält Sozialen Menschenrechtspreis



Für ihren Einsatz für Menschen ohne Zugang zu notwendiger medizinischer Versorgung in Deutschland hat die Eberhard-Schultz-Stiftung die Nichtregierungsorganisation Ärzte der Welt im Oktober mit dem Sozialen Menschenrechtspreis ausgezeichnet.

„Der Preis ist nicht nur eine Anerkennung der Arbeit unserer zahlreichen hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, sondern auch für die mehreren Tausend Klientinnen und Klienten, die unsere Anlaufstellen in Berlin, München, Stuttgart und Hamburg jährlich aufsuchen und deren Stimmen viel zu oft nicht gehört werden. Wir danken dem Kuratorium der Eberhard-Schultz-Stiftung und den Mitgliedern der Jury auch in ihrem Namen“, sagt François De Keersmaeker, Direktor von Ärzte der Welt.

Die Eberhard-Schultz-Stiftung vergibt den Preis regelmäßig an Einzelpersonen, Organisationen oder Unternehmen, die sich um die sozialen Menschenrechte verdient gemacht haben.

Mehr lesen: www.aerztederwelt.org

Über Geld spricht man ~~nicht~~!



Jetzt bis zu
5.000 €
Depotwechsel-
Prämie sichern!*

*0,5 % für das Depotvolumen bei
Depotübertrag. Max. 5.000 €
als Bargeldprämie.

Lassen Sie uns über Ihre Geldanlage reden:
apobank.de/wir-reden-ueber-geld

 **apoPrivat**
Der Vermögenspartner für Apotheker und Ärzte



Werde

FeinmechanikerIn

Kein Durchschnittsjob: ChirurgIn
www.chirurg-werden.de

IM FOKUS

Distale Radius- frakturen





Distale Radiusfrakturen im Kindesalter – Sinn und Unsinn in der Versorgung

HINTERGRUND

Frakturen im Kindesalter betreffen überwiegend die obere Extremität. Hierbei tritt am häufigsten die distale Unterarmfraktur auf (40,8 %) [1]. Kinder haben aufgrund der anderen biomechanischen Eigenschaften ihres Skelettes stereotype Verletzungsmuster. Für das Längenwachstum ist die Wachstumsfuge

verantwortlich. Sie besteht aus einem epiphysären Teil mit Wachstumspotential und einem metaphysären Bereich, dem Ort der Verknöcherung. Im Bereich des Unterarmes ist die distale Radiusepiphyse extrem potent: Sie macht >80 % des Längenwachstum aus und bietet so ein hohes Korrekturpotential, was in die Therapieentscheidung mit einbezogen werden muss [2-4].

**Korrespondierenden Autor:****Dr. med. Oliver Loose**

Facharzt für Kinderchirurgie
Orthopädische Klinik
Olspital
Kriegsbergstr. 62
70174 Stuttgart
o.loose@klinikum-stuttgart.de

Co-Autoren: F. Fernandez, T. Wirth,
M. Kertai, D. Schneidmüller,
P. Schmittenbecher

Loose O: Distale Radiusfrakturen im Kindesalter –
Sinn und Unsinn in der Versorgung. Passion Chirurgie.
2018 Dezember, 8(12): Artikel 03.



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

KLASSIFIKATION

Grundsätzlich werden Frakturen am distalen Radius nach der Richtung der Dislokation in die häufigeren Extensionsfrakturen oder die selteneren Flexionsfrakturen unterschieden. Man unterscheidet nach Lokalisation epi- und metaphysäre Frakturen sowie die zur Diaphyse hin gerichteten diametaphysären Frakturen (**Abb. 1**). Bei Beteiligung der Wachstumsfuge werden sie nach Salter-Harris oder Aitken klassifiziert [7]. Daneben haben sich weitere allgemein gültige Klassifikationen wie die AO-Klassifikation und die Li-La-Klassifikation für Frakturen der langen Röhrenknochen im Wachstumsalter etabliert. Eine vollständig dislozierte Fraktur der distalen Radiusmetaphyse wird beispielsweise nach AO mit 23r-M/3.1, nach Li-La mit 2.3.S.3.2 klassifiziert [4-6].

FRAKTURTYPEN UND STABILITÄT

Im Bereich des distalen metaphysären Unterarms treten folgende Frakturformen auf:

Wulst- oder Stauchungsfrakturen stellen eine einseitige Infraktion der Kortikalis dar

und sind durch das erhaltene Periost stabil (**Abb. 2**).

Biegungsfrakturen im Sinne von **Grünholzfrakturen** sind hier seltener und können sekundär dislozieren, zeigen aber im Gegensatz zu Frakturen im Bereich der Diaphyse keine Heilungsverzögerung (**Abb. 3**).

Metaphysäre vollständige Frakturen sind oft primär disloziert und haben auch nach Reposition ohne Osteosynthese eine erneute Dislokationsgefahr (**Abb. 4**).

Wachstumsfugenlösungen mit oder ohne metaphysären Keil sind typische Frakturen von Kindern im Rahmen des präpubertären Wachstumsschubes. Die Fuge dient hier als Sollbruchstelle zum Schutz der Epiphyse und des Gelenkes. Sie sind prinzipiell dislokationsgefährdet (**Abb. 5**).

Intraartikuläre Frakturen sind bei Kindern und Jugendlichen sehr selten und können eine Übergangsfraktur mit Notwendigkeit der exakten Reposition der Gelenkfläche darstellen.



Abb. 1: Einteilung der Frakturregionen am distalen Radius

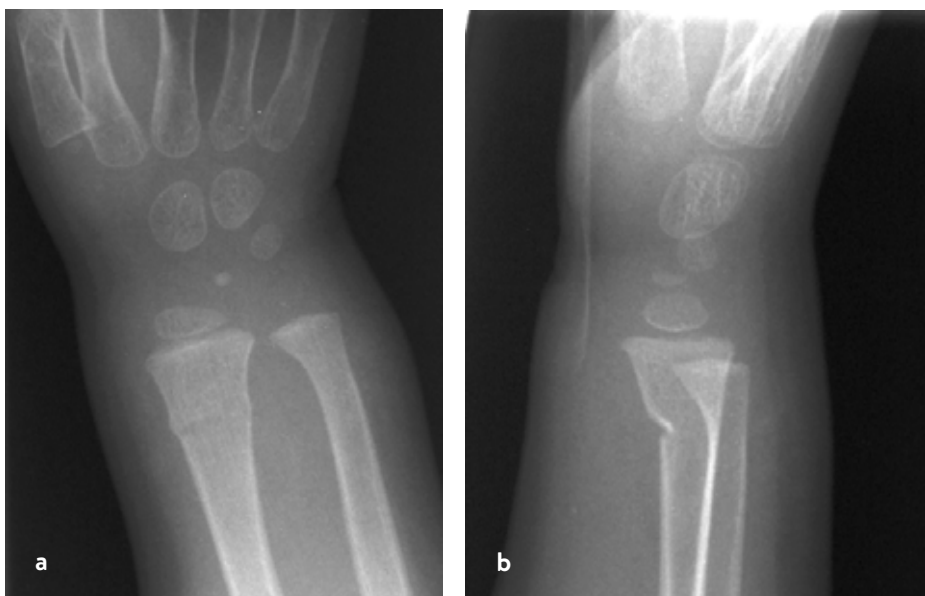


Abb. 2 a,b: Versorgungsbeispiel: Stabile metaphysäre Stauchungs-(Wulst-)fraktur: Ruhigstellung ist ausreichend (Tab. 1)! Keine Übertherapie!

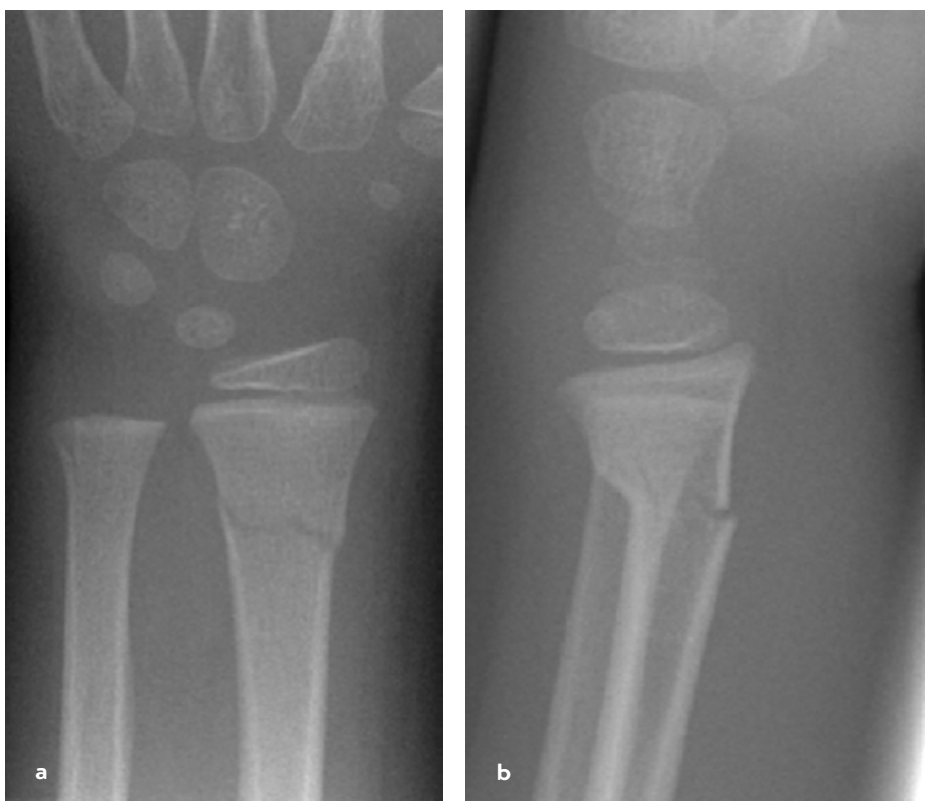


Abb. 3 a,b: Versorgungsbeispiel: Metaphysäre Grünholzfraktur, Ruhigstellung ist ausreichend! Verlaufskontrolle wegen Dislokationsgefahr ist notwendig (Tab. 2)!

DIAGNOSTIK

Die Diagnose einer distalen Unterarmfraktur kann meist klinisch gestellt werden. Bei entsprechender Anamnese und klinischem Erscheinungsbild sowie Schmerzangabe ist

eine Palpation der verletzten Region obsolet. Nach Überprüfung und Dokumentation der peripheren Durchblutung, Motorik und Sensibilität ist der Goldstandard der Diagnostik nach wie vor die konventionelle Röntgenaufnahme. Bei klinisch eindeutiger Fraktur im

Sinne einer Fehlstellung kann gegebenenfalls auf eine zweite Ebene verzichtet werden. Im Rahmen der erweiterten Diagnostik können schnittbildgebende Verfahren in seltenen Fällen sinnvoll sein, aufgrund der Stereotypie der Verletzungsmuster sind sie nur vereinzelt notwendig. Die Fraktursonographie kann eine ergänzende Rolle bei der Diagnostik spielen. Sie hat im Rahmen der Primärdiagnostik eine Sensitivität von 94 bis 99 % und kann gerade Wulstfrakturen gut detektieren und so Strahlung sparen [8].

THERAPIE

Die Wahl des Therapieverfahrens hängt vom Frakturtyp sowie dem Dislokationsausmaß ab. Besondere Berücksichtigung müssen hier das Alter des Kindes und das damit einhergehende wachstumsbedingte Korrekturpotential von Achsabweichungen finden.

Nicht dislozierte Frakturen werden konservativ behandelt (**Tab. 1**). Hierfür wird die Fraktur je nach Alter drei bis vier Wochen ruhig gestellt. Die Art der Ruhigstellung ist abhängig vom Behandler und reicht von der Kunststoff- oder Gipschiene bis zum zirkulären Gips. Gemeinsamer Nenner ist die sichere Ruhigstellung für eine adäquate Analgesie und einen ungestörten Heilungsprozess. Stabile Frakturen (Wulst- und Stauchungsfrakturen) bedürfen keiner Röntgenkontrolle.

Bei dislozierten Frakturen ist es zunächst erforderlich, eine posttraumatische Wachstumsprognose zu erstellen (**Tab. 2**). Kann eine in der vorliegenden Fehlstellung verheilende Fraktur durch das zu erwartende Korrekturpotential ohne Funktionsverlust ausgeglichen werden, muss keine Manipulation erfolgen [4, 9, 10]. Hierfür ist allerdings eine intensive Kommunikation mit den Eltern notwendig, um Verständnis und Akzeptanz für diese „kindgerechte“ Therapieform zu erlangen. Eine konservative Behandlung mittels adäquater Ruhigstellung ist suffizient, allerdings muss eine Röntgenkontrolle nach sieben bis zehn Tagen durchgeführt werden, um sekundäre zunehmende Dislokationen nicht zu übersehen, welche ggfs. einen Therapiewechsel zur Folge hätten. Allerdings muss hierbei auch erwähnt werden, dass eventuelle



Abb. 4 a-f: Versorgungsbeispiel: a, b) Dislozierte distale Unterarmfraktur, c,d) operative Reposition und Stabilisierung mit zwei K-Drähten, e,f) Konsolidation vier Wochen nach der OP: Metallentfernung möglich

Stellungsverluste durchaus in das Behandlungskonzept mit integriert werden können. Hierbei ist das anfangs genannte Korrekturpotential entscheidend. Zu erwähnen ist auch die Gipskeilung, mittels derer bei erfahrenen Anwendern gute Erfolge zu erzielen sind.

Nicht mehr tolerable Dislokationen erfordern eine ärztliche Manipulation. Hierfür muss in suffizienter Analgosedierung oder Anästhesie die Reposition in eine tolerable Stellung, nicht jedoch anatomisch durchgeführt werden. Dies gelingt meist geschlossen. Anschließend ist es nicht zwingend notwendig, das Repositionsergebnis mittels einer Osteosynthese zu stabilisieren. Auch hier spielen Kenntnisse des Korrekturpotentials bei eventuellen sekundären Dislokationen eine Rolle, denn mit zunehmender operativer, sprich osteosynthetischer Versorgung steigt

Tab. 1: Behandlungsvorschlag für stabile, undislozierte, metaphysäre Frakturen (Stauchungs- und Wulstfraktur)

Zeitpunkt	Alle Altersgruppen mit offenen Fugen	Röntgengrund
Tag 0	Ruhigstellung*	Zur Diagnostik
Tag 21-28	Abnahme der Ruhigstellung Klinische Kontrolle der Konsolidierung	Nicht notwendig
6 Wochen nach Trauma	Sportfreigabe	Nein

auch das Risiko für Infektionen oder Heilungsverzögerungen. Die Ruhigstellung hat hier nicht nur eine analgetische, sondern vor allem auch retinierende Aufgabe.

In der Regel kommt im Falle der operativen Versorgung die Kirschnerdraht-Osteosynthese zum Einsatz, bei der perkutan die Fraktur kreuzend in der Gegenkortikalis verankert werden muss. Im Bezug auf die technische

Umsetzung ist das Wissen um die Anatomie wichtig: Der Eintrittspunkt ist zumeist der Processus styloideus radii transepiphysär die Fraktur kreuzend in die Gegenkortikalis. Hierbei ist darauf zu achten, dass die Fuge möglichst mittig passiert wird und wiederholte Lagekorrekturen unterbleiben. Bei proximalen Frakturen kann der Draht auch metaphysär eingebracht werden. Wichtig ist in diesem Fall aber unbedingt die Schonung des Randes

Tab. 2: Behandlungsvorschlag für dislozierte, metaphysäre Frakturen, Wachstumsfugenlösungen Salter-Harris I und II und metaphysäre Grünholzfrakturen des distalen Radius

Zeitpunkt	Bis 10 (-12) Jahre	Ab 10 (-12) Jahren	Röntgengrund
Korrekturgrenzen	Hohes Korrekturpotential! Dislokationen in Sagittal- und Frontalebene werden gut korrigiert! Bis zu 25° Frontalebene, bis zu 10° Sagittalebene	Abnehmendes Korrekturpotential Eher achsgerechte Stellung anstreben Bis <10° Frontalebene	
Tag 0	In Abhängigkeit des Dislokationsausmaßes: - konservative Therapie mittels Ruhigstellung* - Reposition unter Analgosedierung/Narkose, ggfs. Osteosynthese mit Kirschner-Draht, Ruhigstellung*		Zur Diagnostik
Nur wenn konservativ: Tag 5-(7-)10	Gipszirkulation		Stellungskontrolle, auch im Gips möglich
Tag 28	Gipsabnahme, klinische Kontrolle, bei Konsolidation bei epikutan herausstehenden Kirschner-Drähten Metallentfernung oder Planung der operativen Metallentfernung		Konsolidationskontrolle ohne Gips
Nach 6 Wochen	Prüfung des Bewegungsausmaßes, Sportfreigabe		Nein
* Die Form der Ruhigstellung ist regional unterschiedlich und reicht von Gipsschienen bis zu zirkulären Gipsen. In der Regel ist ein Unterarmgips ausreichend. Eine sichere Ruhigstellung der Fraktur muss gewährleistet sein.			

**Abb. 5 a-c:** a, b) Unfallbilder; Versorgungsbeispiel: c) Möglichkeit der Osteosynthese mit einem epikutan herausstehendem Kirschner-Draht

der Epiphysenfuge (Ranvierscher Ring), da aus diesem Bereich die Blutversorgung der Fuge herrührt und somit bei fehlerhaftem Einbringen Wachstumsstörungen auftreten können. Anschließend können die Drähte epikutan gekürzt oder subkutan versenkt und der Arm in einem Unterarm-Gips ruhiggestellt werden. Die Behandlungsdauer beträgt in der Regel 4 Wochen, hier kann nach Gipsabnahme für gewöhnlich die Metallentfernung erfolgen.

KOMPLIKATIONEN

Als Komplikation ist vor allem die Gefahr der Übertherapie zu nennen [11]: Bei mangelhaftem Wissen über das kinderspezifische Korrekturpotential von Fehlstellungen kann es zu unnötigen Repositionen oder gar Osteosynthesen kommen. Selten treten hemmende Wachstumsstörungen auf. In Untersuchungen wird die Häufigkeit mit 0,15% angegeben [12].

LITERATUR

- [1] Barrett IR, Bellemore Khosla S, Melton LJ et al (2003) Incidence of childhood distal forearm fractures over 30 years: a population-based study. JA- MA 290: 1479–1485
- [2] Abraham A, Handoll HHG, Khan T: Interventions for treating wrist fractures in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art. No.: CD004576. DOI:10.1002/14651858.CD004576.pub2
- [3] Marzi I (ed.): Kindertraumatologie. Darmstadt: Steinkopff 2006
- [4] v. Laer L, Kraus R, Linhart W: Frakturen und Luxationen im Wachstumsalter. 5th edition. Stuttgart, New York: Thieme 2007
- [5] Slongo TF, Audige L: AO Pediatric Classification Group (2007) Fracture and dislocation classification compendium for children: the AO pediatric comprehensive classification of long bone fractures (PCCF). J Orthop Trauma 21: 135–60
- [6] Schneidmüller D, von Laer L: Li-La Klassifikation für Frakturen im Kindesalter. In: Marzi I (ed.): Kindertraumatologie. Steinkopff, Darmstadt. 2006; 23–7
- [7] Slongo T., Audigé L (2007) Fracture and Dislocation Classification Compendium for Children. J Orthop Trauma 21(Suppl.): S135-S160



Abb. 6 a-d: Beispiel für kindliches Korrekturpotential: Spontankorrektur bei einem 13-jährigen Jungen mit diaphysärer Flexionsfraktur: Konsolidationsbild und 1-Jahres-Kontrolle

- [8] Ackermann O, Liedgens P, Eckert K et al (2009) Sonographische Diagnostik bei metaphysären Wulstbrüchen. Unfallchirurg 112(8): 706–711
- [9] Ploegmakers JJ, Verheyen CC (2006) Acceptance of angulation in the non-operative treatment of paediatric forearm fractures. J Pediatr Orthop B 15: 428–432
- [10] Crawford SN, Lee LS, Izuka BH (2012) Closed treatment of overriding distal radial fractures without reduction in children. J Bone Joint Surg Am 94(3): 246–252
- [11] Laer L von, Kraus R (2010) Komplikationen bei der Behandlung von Verletzungen im Wachstumsalter. In: Wirth CJ, Mutschler W, Bischoff HP et al (Hrsg) Komplikationen in Orthopädie und Unfallchirurgie. Thieme, Stuttgart New York, S 514–552
- [12] Kraus R (2014) Distale Radiusfraktur im Wachstumsalter. Trauma Berufskrankheit 16[Suppl 1]:53–60 DOI 10.1007/s10039-013-1932-y

JETZT
BUCHEN

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



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

Für eine spätere kostenfreie Buchung des Kurses im [eCME-Center] nutzen Sie bitte die PIN: **BDC78926**.

CME-ARTIKEL BEARBEITEN UND PUNKTE SAMMELN IM [ECME-CENTER]



Online-Fortbildung für Chirurginnen und Chirurgen

So einfach
geht's:

Am PC:

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

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

Auf einem mobilen Gerät:

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

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



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





© MedizinFotoKöln D. Hensen

Willkommen zum Jahresprogramm 2019 der BDC|Akademie

Es ist unübersehbar, dass sich die BDC|Akademie mit ihrem aktuellen Programm 2019 in einem neuen Format präsentiert und sie heißt alle Chirurgeninnen und Chirurgen auf's Neue herzlichst willkommen. Das neue Design entspricht dem, wofür die BDC|Akademie mit ihrem Angebot seit vielen Jahren steht: ein klar gegliedertes und umfassendes Angebot für bewährte und zugleich innovative chirurgische Fort- und Weiterbildung für alle im deutschsprachigen Raum tätigen Chirurgeninnen und Chirurgen.

Aber nicht nur die Form hat sich geändert, sondern auch der Name der BDC|Akademie

wurde entsprechend ihrem Stellenwert auf dem Fort- und Weiterbildungsmarkt angepasst. Für alle chirurgischen Disziplinen hat die BDC|Akademie wieder fachübergreifende und fachspezifische Veranstaltungen in ihrem Portfolio zu bieten. Der neue Name „Deutsche Akademie für chirurgische Fort- und Weiterbildung“ wird diesem breiten Spektrum gerecht. Alle berufstätigen chirurgischen Kolleginnen und Kollegen sollen sich im Programm der BDC|Akademie wiederfinden und angesprochen fühlen – unabhängig davon in welchem Bereich sie arbeiten.



Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder, FACS

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



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

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
praesident@bdc.de
h-jmeyer@dgch.de

Mit unserem aktuellen Angebot leisten wir auch dieses Jahr einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung chirurgischer Kompetenz – auf allen Karrierestufen und für alle Fachdisziplinen.

Die Idee einer Deutschen Akademie für chirurgische Fort- und Weiterbildung greift aber noch weiter. Der BDC ist der festen Überzeugung, dass zukünftige innovative Fort- und Weiterbildungskonzepte nur dann erfolgreich umgesetzt werden können, wenn Kooperationen aktiv vorangetrieben und ausgebaut werden: Kooperationen mit Akademien anderer Berufsverbände und Fachgesellschaften sowie Industrie- und Verlagspartnern. Diese Zusammenarbeit soll nicht nur helfen, unübersehbare Redundanzen der jeweiligen

Angebote zu vermeiden, sondern auch moderne multimediale, aber kostenintensive Lernkonzepte zu implementieren. Hier hat die BDC|Akademie ihr Netzwerk in den letzten Jahren deutlich ausgebaut.

Die erfolgreiche Arbeit unserer Akademie wäre nicht möglich ohne das große Engagement und die fachliche Kompetenz aller beteiligten Referenten, Tutoren und Seminarleiter. Sie sind nach wie vor die entscheidende Säule für das umfassende Fort- und Weiterbildungsprogramm, das die BDC|Akademie Jahr für Jahr für die chirurgisch tätigen Kolleginnen und Kollegen aller Fachdisziplinen auf den Markt bringt. Ihnen möchten wir für die geleistete Arbeit und die Verbundenheit zum BDC unseren besonderen Dank aussprechen. ○

Das neue Akademie-Programm liegt diesem Heft bei. Sollte es abhanden gekommen sein, können Sie das aktuelle Programm auch auf BDC|Online unter www.bdc.de | BDC-Akademie herunterladen.

Bei Fragen wenden Sie sich an die Mitarbeiterinnen der BDC|Akademie unter Tel: 030/28004-120 oder per E-Mail: akademie@bdc.de

Schröder W: Willkommen zum Jahresprogramm 2018 der BDC|Akademie. *Passion Chirurgie*. 2018 Dezember, 8(12): Artikel 04_01.



Alle Seminare der BDC|Akademie finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik BDC|Akademie).



© MedizinfotoKöln D. Hensen

Einladung zum Facharztseminar Gefäßchirurgie Februar 2019

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

vom 11. bis 15. Februar 2019 findet das Facharztseminar Gefäßchirurgie in Berlin statt, zu welchem ich Sie ganz herzlich einladen darf. Die Veranstaltung hat sich in den letzten Jahren sehr gut etabliert und ist mittlerweile ein fixer Bestandteil im Programm der Deutschen Akademie für chirurgische Fort- und Weiterbildung.

Es ist mir eine große Freude, diese Veranstaltung als wissenschaftlicher Leiter begleiten zu dürfen. Mittlerweile ist das Spektrum der Gefäßchirurgie auf ein beachtliches Maß

entwickelt worden, sodass die Herausforderung darin besteht, Ihnen in sehr komprimierter Form und auf den Punkt gebracht den aktuellen Wissensstand zu vermitteln. Dafür konnten wir für Sie über 30 Referentinnen und Referenten sowie Vorsitzende gewinnen. Es wurde sehr darauf geachtet, dass die Vortragenden auf dem Gebiet, zu welchem sie sprechen, ausgesprochen erfahren sind. Das ermöglicht eine lebhafte und konstruktive Diskussion am Ende jedes Vortrages. Gerade das Nachfragen, Hinterfragen und Diskutieren fachlicher Themen ist meines Erachtens wichtig für das fachliche Verständnis und die Vermittlung von Erfahrungswerten. Wir



Prof. Dr. med. Andreas Greiner
Direktor
Klinik für Gefäßchirurgie
Charité Universitätsmedizin Berlin
Campus Benjamin Franklin
Hindenburgdamm 30
12200 Berlin
gefaesschirurgie@charite.de

haben nach jedem Referat genügend Zeit zum Nachfragen, Anregen und Diskutieren eingeplant.

Schon längst hat uns der Dualismus der Gefäßmedizin offene Operation vs. endovaskuläre Verfahren eingeholt. Die Verfahrenswahl ist nicht nur das dominierende Thema aller Kongresse, sondern führt zu lebhaften interdisziplinären Diskussionen im klinischen Alltag. Die „Endo-first-Strategie“ hat sich in der Gefäßmedizin auf vielen Gebieten durchgesetzt. Diese minimalinvasive Therapieform findet eine große Akzeptanz, nicht nur bei den Patientinnen und Patienten, sondern auch bei den Anwendern. Häufig fehlt jedoch zur Indikationsstellung und Methodenwahl eine harte prospektive randomisierte Evidenz. Die Herausforderung besteht nun darin, zu erarbeiten, was das Beste für den individuellen Betroffenen ist. Welche Fallgruppen können nach einem Standardschema behandelt werden, das nach Möglichkeit durch harte Daten unterfüttert ist? Wann müssen individuelle Entscheidungen getroffen werden? Dazu werden wir im Detail auf Behandlungsstandards eingehen. Diese bringen Sicherheit im täglichen klinischen Alltag und auch bei der Facharztprüfung.

Wir sind Chirurgen, und festgelegte therapeutische Maßnahmen müssen entsprechend umgesetzt werden. Erfolgsentscheidend sind zum einen gut durchdachte,

operationsstrategische Überlegungen als auch die angewandten Techniken. Unsere Referentinnen und Referenten lassen Sie an ihrem langjährigen praktischen Erfahrungsschatz teilnehmen. Wir haben bewusst Spezialistinnen und Spezialisten aus Kliniken unterschiedlichster Versorgungstufen für das Facharztseminar gewinnen können. Ziel ist es, ein möglichst realistisches Bild der gefäßchirurgischen Möglichkeiten, aber auch deren Grenzen zu vermitteln.

Ich bin mir sicher, dass das Programm dazu beiträgt, Sie auf Ihre Tätigkeit als Gefäßchirurgin und Gefäßchirurg vorzubereiten. Da die Vorträge auf dem neuesten Stand der Wissenschaft beruhen, eignet sich das Seminar auch zum Update für erfahrene Gefäßchirurginnen und Gefäßchirurgen.

Sie haben in dieser Woche die Möglichkeit, Kolleginnen und Kollegen aus ganz Deutschland kennenzulernen und sich auszutauschen sowie mit Spezialistinnen und Spezialisten auf dem Gebiet der Gefäßchirurgie in Kontakt zu treten. Diese Veranstaltung ist eine hervorragende Gelegenheit für junge Kolleginnen und Kollegen, bereits am Anfang ihrer Karriere ein berufliches Netzwerk aufzubauen. Ich würde mich freuen, Sie persönlich kennen zu lernen, um einen Blick in die Zukunft der Gefäßchirurgie werfen zu dürfen. Verbringen Sie mit uns eine tolle Zeit in Berlin!



SAVE THE DATE

BDC Facharztseminar Gefäßchirurgie*

vom 11. - 15. Februar 2019 in Berlin

350,- € für Mitglieder, 550,- € für Nichtmitglieder

*in Kooperation mit der DGG

Information und Anmeldung via <https://bit.ly/2PWp1Lk> oder akaemie@bdc.de

Greiner A: Einladung zum Facharztseminar Gefäßchirurgie Februar 2019. *Passion Chirurgie*. 2018 Dezember, 8(12): Artikel 04_02.



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

14 {

14 Webinare

14 Leitlinien

14 Experten

Seit September 2017 gibt es die BDC|Webinare (www.bdc-webinare.de). Bisher wurden auf der Plattform insgesamt 14 Leitlinien von Experten erfolgreich vorgestellt und besprochen. Jeden Monat wird von einem 45-minütigen Webinar eine chirurgisch relevante Leitlinie in ihren Grundzügen vorgestellt. Anschließend kann mit dem Referenten und anderen Teilnehmern via Chat diskutiert werden, selbstverständlich kostenfrei für alle BDC-Mitglieder. Und jede Teilnahme wird in der Regel mit zwei CME-Punkten akkreditiert.

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 Lernangebot sind unter www.bdc-webinare.de zu finden.

Themen der letzten Monate

S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Varikose

S2e-Leitlinie Rotatorenmanschette

S3-Leitlinie Präoperative Anämie

S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom

S3-Leitlinie Periphere arterielle Verschlusskrankheit

S2k-Leitlinie Benigne Schilddrüsenerkrankungen

S3-Leitlinie Perioperative Ernährung steht nicht im Widerspruch zu ERAS

S3-Leitlinie Pneumothorax

KRINKO Empfehlung 2018: Prävention postoperativer Wundinfektion

S3-Leitlinie Pankreaskarzinom

S2k-Leitlinie Gastroösophageale Refluxkrankheit

S3-Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin

S3-Leitlinie Ösophaguskarzinom

S3-Leitlinie Prophylaxe der venösen Thromboembolie

Termine für 2019: <https://www.bdc-webinare.de/>

Bundeskongress Chirurgie 2019

„Gemeinsam stark“

Wie wird sich die Gesundheitslandschaft in den nächsten Jahren verändern?

Wie erfolgt die bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung?

Wie soll der Personalnotstand in Klinik und Praxis behoben werden?

Wird es überhaupt noch einen Facharzt in Niederlassung 2030 geben?

All diese Themenkomplexe werden beim Bundeskongress Chirurgie 2019 in Nürnberg ausführlich erörtert werden. Zur Eröffnungsveranstaltung am Freitag, 22. Februar 2019 wird Herr Dr. med. A. Köhler, ehemaliger KBV Vorsitzender und SpiFa Ehrenpräsident, ein Impulsreferat zum Thema „Medizin 2030“ halten. Ein weiteres Impulsreferat erwartet uns am Samstagvormittag von Herrn Prof. Dr. B. Augurzky, Gesundheitsökonom aus Essen, der über die Thematik „Ist die/das klassische Praxis/Krankenhaus ein Auslaufmodell?“ sprechen wird. Ein weiterer Höhepunkt findet im Anschluss daran statt – der Gastvortrag von Gela Allmann, deutsche Trailrunning- und Skitourenläuferin, ihr Thema „Kämpfe: Lächle: Liebe:“.

Der demographische Wandel hat uns veranlasst, als unfallchirurgischen Themenkomplex „Frakturen des Alters – Osteoporotische Frakturen – Wann und wie sollte behandelt werden?“ zu wählen. Der BVOU wird eine sicherlich interessante Sitzung Sporttraumatologie abhandeln.

Auf Wunsch vieler Kollegen haben wir mit freundlicher Unterstützung von Prof. Dr. med. M. Anthuber eine viszeralchirurgische Sitzung am Samstagvormittag mit dem Thema „Akut entzündliche Krankheitsbilder in der Abdominalchirurgie – leitliniengerechte Therapie“ ins Programm genommen.

Die Kindertraumatologie, das Reha-Management/Medizin sowie das Gutachterseminar werden erneut DGUV zertifizierte Veranstaltungen sein.

Kein Thema hat in den letzten Wochen und Monaten so für Schlagzeilen, negative Kritik und konträre Diskussionen gesorgt wie das Datenschutzgesetz und die damit verbundenen massiven Anforderungen an die





Dr. med. Christoph Schüürmann
Vorsitzender BNC



**Prof. Dr. med. Dr. h.c.
Hans-Joachim Meyer**
Präsident BDC
Generalsekretär DGCH



Dr. med. Axel Neumann
Präsident BAO



Dr. med. Michael Bartsch
Kongressleiter

Schüürmann C, Meyer HJ, Neumann A, Bartsch M:
Bundeskongress Chirurgie 2019 „Gemeinsam stark“.
Passion Chirurgie. 2018 Dezember, 8(12): Artikel
04_04.



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



Chirurgen in Klinik und Praxis. Für uns ein Grund, Datenschutz und Digitalisierung erneut ins Programm mit aufzunehmen.

Aufgrund der großen Resonanz 2017 und 2018 wurde auch eine Hygienesitzung ins Programm eingebaut. Hierzu konnten wir Frau Dr. med. S. Gleich, Leiterin des Referats Hygiene und Umweltmedizin der Landeshauptstadt München, sowie Frau Prof. Dr. med. M. Arvand, Robert-Koch-Institut Berlin, als Referentinnen, gewinnen.

„Vom Bild zur Diagnostik“ heißt ein praxisrelevanter Workshop, hierzu haben wir Herrn Prof. Dr. med. M. Uder, Radiologisches Institut Erlangen, eingeladen, der Ihnen Tipps zur Beurteilung von CT/MR Bildern geben wird.

Neu im Programm ist die Sitzung des Forums Junge Chirurgie – junge Assistenzärzte werden die Nachwuchsproblematik aus verschiedenen Blickwinkeln erläutern.

Alle teilnehmenden Berufsverbände berichten über aktuelle Entwicklungen auf ihrem Fachgebiet, Neues aus dem Medizinrecht werden wir am Samstagnachmittag hören.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir haben Ihnen ein breitgefächertes Themenangebot vorgelegt und hoffen, Sie zahlreich in Nürnberg 2019 begrüßen zu dürfen. ○

BUNDESKONGRESS CHIRURGIE 2019

BNC · BDC · BAO

GEMEINSAM STARK

22.02. – 23.02.2019, Nürnberg Convention Center



Auch in diesem Jahr bieten wir alle von der **Berufsgenossenschaft geforderten Fortbildungsveranstaltungen** (Kindertraumatologie, Gutachterwesen sowie Reha-Management und Reha-Medizin) an.

**Dauerkarten für Mitglieder
ab 85,00 €**

Anmeldung zum Kongress unter: www.bundeskongress-chirurgie.de

Informationen zum Kongress:

MCN Medizinische Congress-
organisation Nürnberg AG
Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg
Tel.: 0911/3931625, Fax: 0911/3931620
E-Mail: bch@mcnag.info



GUT LEBEN AUF GESUNDEN BEINEN



VenaSeal™
Closure System



ClosureFast™
Endovenöses Radiofrequenz
Ablations-System

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

Closure Fast™ – Segmentale Radiofrequenz Ablation

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

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

VenaSeal™ – Closure System

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

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

Krampfadern modern therapiert –

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

12. /13. Februar 2019 | 02. /03. April 2019
MVZ Regiomed Rothenburg o.d.T.
Dr. Markus Zoller

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

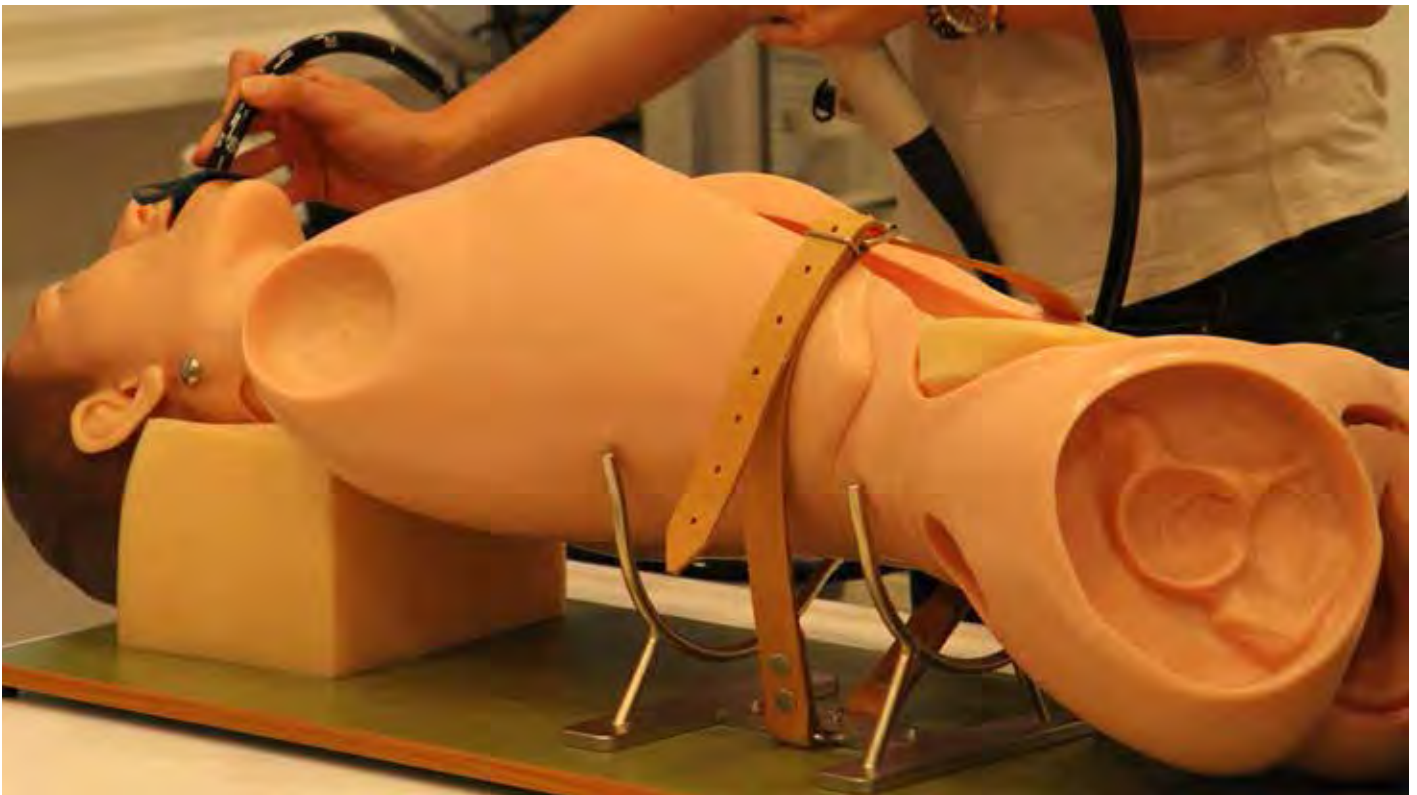
Nachwuchs- Kongress *in Berlin*



Alle Informationen zum Nachwuchs-
Kongress „Staatsexamen & Karriere“ finden
Sie auf der Webseite: www.staatsexamen-und-karriere.de.

**SAVE THE
DATE**

22.–23.02.2019
IN FRANKFURT a. M.



Bereits seit 2012 bieten die Berufsverbände der Deutschen Chirurgen und Internisten ein eigens entwickeltes Seminar- und Kongressformat für Medizinstudierende an, das auf die 3. Ärztliche Prüfung vorbereitet. Im Zentrum stehen dabei der praktisch-mündliche Prüfungsteil der beiden Pflichtfächer Chirurgie und Innere Medizin sowie Tipps und Tricks aus dem Klinikalltag und viele wertvolle Kontakte. Zum zweiten Kongress in diesem Jahr kamen 200 Teilnehmer nach Berlin. Vom 22.-23.02.2019 findet der nächste Termin in Frankfurt/Main statt.



Schicken Sie Ihren Nachwuchs zum Kongress ›Staatsexamen & Karriere‹ !

Optimale Vorbereitung auf die 3. Ärztliche Prüfung in Chirurgie und Innerer Medizin mit Vorträgen, Fallbeispielen, Videositzungen und Prüfungstraining ›Clinical Reasoning‹.

Der Nachwuchs-Kongress
›Staatsexamen & Karriere‹
Frankfurt/Main, 22.–23.02.2019
www.staatsexamen-und-karriere.de



Wissenschaftliche Leitung:

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

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

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

Prof. Dr. med. C. Krones, Aachen, BDC e.V.





© Stock/SARINYAPINNGAM

BDC|Umfrage: Hohe Burnout-Raten bei deutschen Chirurginnen und Chirurgen

In den USA spricht man mittlerweile von einer Burnout-Pandemie bei Chirurgen, wobei in den letzten Jahren ein bedeutsamer Anstieg zu verzeichnen ist. Burnout wird dabei primär als (Stress-)Reaktion auf Arbeitsbedingungen definiert. Dies führte eben zum Ruf nach einem „Redesigning Care“.

Im Folgenden soll herausgefunden werden, wie stark aufgaben- und organisationsbezogene Stressoren und Ressourcen bei Chirurginnen und Chirurgen in Deutschland ausgeprägt sind, bewertet werden und wie

Chirurginnen und Chirurgen ihre mentale Gesundheit und Zufriedenheit einschätzen. Der Vergleich mit Benchmark-Werten erlaubt eine statistisch abgesicherte Einschätzung der Bedeutsamkeit von Unterschieden und damit die Bewertung des Belastungsgefüges.

METHODIK

Diese Untersuchung wurde als Online-Befragung über das Portal SoSci-Survey gestaltet. 12.555 Mitglieder des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC) wurden im Juli



Korrespondierender Autor:
Marcel Kern, M.Sc.

Abteilung Arbeits- und
Organisationspsychologie
Goethe-Universität Frankfurt
Theodor-W.-Adorno-Platz 6
60629 Frankfurt am Main
kern@psych.uni-frankfurt.de

2017 angeschrieben. Von allen kontaktierten Personen haben 892 den Fragebogen begonnen und 643 den Fragebogen mindestens zu 80 % vollständig beantwortet. Von den 643 Teilnehmenden waren 34,8 % weiblich. Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden lag zwischen 50 und 55 Jahren (nur Altersgruppen erfasst) mit einer durchschnittlichen Berufserfahrung zwischen 20 und 25 Jahren. In der Stichprobe finden sich 64 Assistenzärzte, 103 Fachärzte, 304 Ober- und leitende Oberärzte, 84 Chefärzte und 81 niedergelassene Ärzte, 7 Personen gaben Sonstiges oder nichts an. Sämtliche Disziplinen finden sich in der Stichprobe, die Viszeral- (36,7 %) und Unfallchirurgie (24,5 %) sind am häufigsten vertreten. In Bezug auf die Art der Einrichtung gaben 2,2 % an, im MVZ zu arbeiten, während die größte Gruppe mit 38,9 % in Grund- und Regelversorgern tätig ist. Alle anderen Einrichtungsarten liegen zwischen 3,9 % (Einzelpraxis) und 26,1 % (Schwerpunktversorger).

Bei der Referenzstichprobe handelt es sich eine meta-analytische Zusammenfassung von 57 Studien, die insgesamt 12.232 Personen aus Gesamtdeutschland umfasst und unterschiedliche Berufsfelder, Positionen und Branchen abdeckt. Darin enthalten sind Daten von 3009 Personen aus dem Bereich der Humandienstleistung (Pflege, Krankenhaus, Sozialarbeit). Das Durchschnittsalter liegt bei 39,5 Jahren (Standardabweichung SD = 4,7 Jahre), 55,5 % der Gesamtstichprobe sind weiblich.

ERFASSUNG VON AUFGABENBEZOGENEN STRESSOREN UND RESSOURCEN

Zur Messung aufgabenbezogener bzw. organisationaler Stressoren und Ressourcen wurde das Instrument zur stressbezogenen Tätigkeitsanalyse ISTA 6.0 eingesetzt. Die Items erfordern Antworten auf einer fünfstufigen Likert-Skala und fragen nach Häufigkeit oder Intensität des Auftretens. Beim ISTA handelt es sich um ein bedingungsbezogenes Verfahren, das stressrelevante Aspekte der Arbeit erfasst. Es erfragt Belastungen, Anforderungen und Ressourcen, die sich potentiell auf Wohlbefinden und Gesundheit auswirken.

ERFASSUNG VON PSYCHOSOMATISCHEN BESCHWERDEN, BURNOUT UND ARBEITSZUFRIEDENHEIT

Psychosomatische Beschwerden wurden mit der gleichnamigen Skala von Mohr erfasst, um langfristige Stressreaktionen wie beispielsweise Kopfschmerzen, Magen-Darm-Probleme oder Schlafschwierigkeiten zu messen. Die Skala umfasst 21 fünfstufige Items, mit denen die Häufigkeit spezifischer Symptome erfragt wird.

Um die Facetten von Burnout zu erfassen (Emotionale Erschöpfung, Zynismus und Persönliche Leistungserfüllung) wurde das Maslach Burnout Inventory in der deutschen validierten Fassung eingesetzt.

Zur Messung der Arbeitszufriedenheit wurde die Skala von Semmer und Baillod eingesetzt, welche mit Hilfe von acht siebenstufigen Items die allgemeine Zufriedenheit mit der Arbeit sowie die resignative Arbeitszufriedenheit erfasst. Zusätzlich wurde mit dem Gesichter-Item die Gesamtzufriedenheit mit der Arbeitssituation ermittelt.

ERGEBNISSE

In Bezug auf die untersuchten aufgaben- und organisationsbezogenen Stressoren zeigen die statistischen Auswertungen, dass alle Stressoren deutlich stärker ausgeprägt sind als in der Referenzstichprobe. Besonders auffällig ist dabei der Zeitdruck am Arbeitsplatz, der stark höher ausgeprägt ist. Bei den anderen Stressoren sind die Effekte im mittleren Bereich zu verorten. Es zeigt sich zudem eine höhere Arbeitskomplexität und insgesamt schwach höher ausgeprägte Handlungsspielräume bei Chirurgen. Bei den gemessenen Variablen zu psychischem Befinden zeigt sich, dass die Zufriedenheit der Chirurgen mit der Arbeit insgesamt gleich hoch ausgeprägt ist wie in der Referenzstichprobe. Positiv fällt zudem auf, dass Chirurgen leicht weniger über psychosomatische Beschwerden berichten und deutlich stärker das Gefühl haben, bei der Arbeit effektiv und leistungsfähig zu sein. Allerdings zeigt sich gleichermaßen, dass Chirurgen signifikant höhere Werte bei

Kern M, Buia A, Tonus C, Weigel TF, Dittmar R, Hanisch E, Zapf D: BDC|Umfrage: Hohe Burnout-Raten bei deutschen Chirurgen und Chirurgen. Passion Chirurgie. 2018 Dezember, 8(12): Artikel 04_08.



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

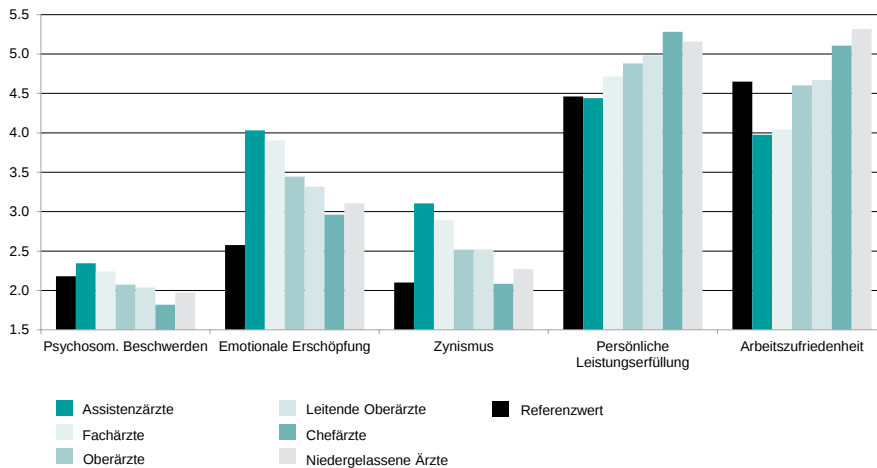


Abb. 1: Skalenmittelwerte in den beruflichen Positionen für alle untersuchten Befindensvariablen. Bei den einzelnen Variablen gab es unterschiedliche Antwortmöglichkeiten von 1 - 5 bei Psychosomatische Beschwerden bis 1 - 7 bei Arbeitszufriedenheit.

der emotionalen Erschöpfung und bei Zynismus aufweisen.

Ein weiterer starker Effekt findet sich für die Unterschiede im aufgabenbezogenen Handlungsspielraum dahingehend, dass Assistenz- und Fachärzte über stark weniger Entscheidungsmöglichkeiten bei der Arbeit verfügen als alle anderen Positionen und niedergelassene Chirurgen. Damit ergibt sich für Assistenz- und Fachärzte ein auffällig ungünstiges Belastungsprofil aus hohen Stressoren und sehr wenig Ressourcen. Die Mittelwerte der einzelnen Gruppen für alle Variablen des psychischen Befindens können in **Abbildung 1** eingesehen werden.

DISKUSSION

Zusammenfassend bestätigt die vorliegende Studie den Befund, dass die

Arbeitsbedingungen auch in Deutschland für Chirurgen mit einem hohen Stresspotential und einer hohen Burnout-Rate assoziiert sind. Erst kürzlich zeigte eine Umfrage von Chirurgen, dass nur 30 % der Befragten der Aussage „An diesem Arbeitsplatz bleibt man psychisch gesund“ zustimmten. Diese Befundlage ist jedoch bislang ohne jede Resonanz bei den unterschiedlichen Akteuren im Gesundheitswesen geblieben. Dabei ist schon seit geraumer Zeit bekannt, dass das Wohlbefinden von Ärzten von entscheidender Bedeutung für die Performance eines Gesundheitssystems ist. Zahlreiche Untersuchungen belegen den Zusammenhang zwischen Burnout und der Häufigkeit von Fehlern in unterschiedlichsten Bereichen.

Die Ursachen für Burnout sind natürlich vielfältig – Sie können beim Einzelnen liegen, in der medizinischen Profession (z. B. die

„blame culture“ der Medizin, die Tendenz, Stress zu ignorieren) und bei Gesundheitsorganisationen (z. B. die Belastung durch die elektronische Patientenakte, schlechte Arbeitsbedingungen, ökonomischem Druck). Es muss allerdings klar sein, dass es sich hier um ein Problem des Systems handelt, das eine systemische Antwort notwendig macht, wie sie z. B. in der „Charter on Physician Well-being“ zum Ausdruck kommt.

Nach einer Untersuchung der Harvard Medical School gehört Deutschland zusammen mit Singapur, Schweden und Kanada weltweit zu den vier „Best-Performern“ in den operativen Disziplinen. Um diesen hohen Qualitätsstandard zu erhalten und weiter zu verbessern, ist es nach Meinung der Autoren dringend geboten, konzertiert mit allen Akteuren des Gesundheitssystems über die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern nachzudenken und zu handeln.

Literatur erhalten Sie beim Verfasser.

In Kürze werden in DER CHIRURG die Umfrageergebnisse in ausführlicher Fassung veröffentlicht. Wir werden Sie über den Termin informieren, wenn er bekannt ist.



„Die reden die ganze Zeit über mich“



INTERVIEW: ALS ASSISTENZARZT IM MASTERTRAINER-PROGRAMM

Die Qualität der Weiterbildung – ein wichtiges und oft besprochenes Thema. Ein Thema, das vor allem von Weiterbildern selbst bearbeitet wird. Daher hat der BDC gemeinsam mit anderen Verbänden das Mastertrainer-Programm für Weiterbilder ins Leben gerufen. Wie wird dieses Programm aber von jungen Chirurgeninnen und Chirurgen wahrgenommen und eingeschätzt? Dr. med. univ. Christian Bischof ist einer der wenigen Assistenzärzte, die ebenfalls an dem Programm teilnehmen. Studium, Promotion, Forschung, PJ, Weiterbildung und dann Facharzt. Ein Weg, den Christian Bischof eingeschlagen hat. Früher oder später wird er Weiterbilder sein. Im Gespräch mit ihm erzählt er von seinen eigenen Weiterbildungserfahrungen und

warum es wichtig ist, auch Assistenzärzte beim Mastertrainer dabeizuhaben.

PASSION CHIRURGIE: Nach welchen Kriterien haben Sie sich Ihr Weiterbildungshaus ausgewählt?

Dr. Bischof: Ich habe einen Arbeitgeber gewählt, bei dem ich meine Arbeit mit meinem Familienleben vernünftig kombinieren kann. Beruf und Familie an der Uniklinik unter einen Hut zu bekommen ist definitiv schwieriger – das ist kein Geheimnis und habe ich selber auch erlebt. Es gab einige Gründe für mich, nach Ludwigsburg zu Herrn PD Dr. med. Gahlen zu gehen: Dr. Gahlen ist eine feste Größe in der „Szene“ und von einer ehemaligen Kollegin wusste ich, dass die Weiterbildung zum Facharzt an seiner Klinik tatsächlich in sechs Jahren zu schaffen sei. Ein wichtiger Punkt

» ZUR PERSON



Dr. med. Christian Bischof
Klinik für Gefäßchirurgie,
vaskuläre und endovaskuläre
Chirurgie
Regionale Kliniken
Holding RKH GmbH
Ludwigsburg-Bietigheim
Posilipostraße 4
71640 Ludwigsburg

Christian.Bischof@kliniken-lb.de

war natürlich auch, dass die Klinik nahe meiner alten Heimat und meiner Familie liegt. Wie sagte meine Kollegin doch treffend: „Die Stelle ist die Lösung all deiner Probleme“. Insgesamt war es an dieser Klinik tatsächlich wesentlich einfacher, den Spagat zwischen Familie und Weiterbildung zu schaffen.

PC Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf war also Ihr Hauptkriterium. Gab es noch andere Gründe, warum Sie andere Kliniken „abgewählt“ haben?

CB Ich habe mich natürlich an mehreren Kliniken beworben – vor allem in Bayern. Ich habe ganz klar nach einem Arbeitgeber gesucht, der mir wenigstens halbwegs eine Zusage zur Einhaltung der Weiterbildungszeiten geben konnte. Meiner Meinung nach, ist die Einhaltung der Weiterbildungszeit von sechs Jahren nur dann möglich, wenn ein strukturiertes Weiterbildungskonzept verfolgt wird. Leider ist dies an manchen Unikliniken, an denen man erst nach einigen Jahren ein gewisses Standing hat und sich die Weiterbildung erst durch Wissenschaft verdienen musste, nicht immer der Fall. Insofern habe ich einen großen Maximalversorger gesucht, ohne den Druck, Wissenschaft in der Freizeit zu machen.

PC Was ist in Ihren Augen das Schlimmste, was in der Weiterbildung schiefgehen kann?

CB Ungerechtigkeit! Ich finde, es sollte immer gerecht verteilt sein, wer welche

Eingriffe bekommt. Für Assistenzärzte sollte immer transparent nachzuvollziehen sein, wer von den Kolleginnen und Kollegen wann welche OPs durchführen kann. Das habe ich schon oft anders erlebt.

PC Beim Mastertrainer-Programm werden genau diese angesprochenen Kriterien besprochen und wie sie in der Praxis am besten umgesetzt werden können. Wie haben Sie vom Mastertrainer-Programm erfahren?

CB Bevor ich in Ludwigsburg angefangen habe zu arbeiten, kannte ich das Mastertrainer-Programm nicht. Mein Chefarzt, Dr. Gehlen, hat selber an dem Programm teilgenommen und möchte, dass immer jeweils ein Glied aus der „Weiterbildungskette“ ebenfalls an dem Kurs teilnimmt. Ich war, glaube ich, einer der ersten Ärzte in Weiterbildung, der beim Mastertrainer dabei war. Zwischen all den Ober- und Chefärzten habe ich mich auch etwas fremd gefühlt – nach dem Motto „Die reden die ganze Zeit über mich“. Ich war bei dem Kurs sozusagen „die Stimme“ der Assistenzärzte und alle waren sehr interessiert an meiner Sichtweise auf die Weiterbildung. Es war also sehr gut, dass mein Chef mich zum Mastertrainer-Programm geschickt hat.

Ich finde, dass generell mehr Assistenzärzte an dem Programm teilnehmen sollten, was von den Veranstaltern durchaus erwünscht ist. Denn wir können das Prinzip auf unsere PJler übertragen und so auch gleichzeitig guten Nachwuchs akquirieren, was auch zunehmend schwieriger wird. Meiner Meinung nach sollte das Mastertrainer-Programm sogar Teil der Facharztweiterbildung sein, denn eigentlich sollten Fachärzte schon bevor sie Weiterbilder sind, die Basics gelernt haben.

Zudem ist der rechtliche Aspekt nicht zu vernachlässigen. In Zukunft könnten Richter im Schadensfall nach der Art der Weiterbildung und deren Überprüfung fragen: Wurde der Assistenzarzt überhaupt lege artis ausgebildet oder konnte

Das Interview führte Julia Weilbach, verantwortlich für Presse- & Öffentlichkeitsarbeit im BDC.

Bischof C: „Die reden die ganze Zeit über mich“. Passion Chirurgie. 2018 Dezember, 8(12): Artikel 04_09.



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

er bei mangelhafter Weiterbildung den Anforderungen gar nicht gerecht werden.

PC Was hat sich seit dem Kurs bei der Weiterbildung in Ihrem Haus verändert?

CB Das Prinzip, das im Mastertrainer-Programm vermittelt wird, beinhaltet, dass nicht nur die Weiterbilder bestimmen, welche Inhalte im jeweiligen Kerncurriculum sein sollen, sondern auch, dass die Ärzte in Weiterbildung die Inhalte mitgestalten und ein Mitspracherecht haben. In unserer Klinik haben wir in mehreren Sitzungen fast ein Jahr lang ein Kerncurriculum entwickelt. Dabei haben die Assistenten klar gesagt, was für sie wichtig ist und unter Berücksichtigung der Vorgaben der Ärztekammern haben wir dann ein Konzept entwickelt.

Wir sind schon sehr weit gekommen bei uns in der Klinik, aber uns ist auch klar, dass die Weiterbildung nicht statisch ist und immer weiterentwickelt werden wird. Viel wichtiger ist aber noch, dass alle in der Klinik versuchen, damit zu arbeiten, dass unser Curriculum nicht wieder „einschläft“. Das merke ich auch an mir selber! Man neigt dazu, in alte Muster zurückzufallen und es ist für alle Beteiligten ein Stück Arbeit, dass das eben nicht passiert.

PC Wie haben Sie das „Projekt Weiterbildung“ genau organisiert und welche Probleme gab es?

CB Es gab alle Vierteljahre ein Treffen mit möglichst allen Assistenzärzten, Fach- und Oberärzten und dem Chefarzt. Das war wegen der Dienste natürlich relativ schwierig umzusetzen, aber wenn es alle wollen, lässt es sich auch einigermaßen umsetzen. Sodass wir jetzt gemeinsam ein rundes, abgestimmtes Konzept erarbeitet haben. Dabei werden ganz klar die Kernkompetenzen in den Vordergrund gestellt, auch dazugehörige Zeiträume wurden abgesteckt und natürlich auch Lernzielkontrollen eingeführt, ohne die Weiterbildung wenig Sinn ergibt.

Es gab zum Teil auch Reibungsflächen zwischen Weiterbildern und Weiterzubildenden. Das ist im Rahmen eines solchen Prozesses aber auch ganz normal. Aber wir Assistenzärzte haben natürlich versucht, so viele, für uns wichtige Aspekte, wie möglich in die Entwicklung einfließen zu lassen. Streit gab es auf keinen Fall. Es war ein sehr kollegiales, fast freundschaftliches, Diskutieren und Entwickeln. Eher im Gegenteil: Unser Konzept ist so gut angenommen, dass es unter Umständen in anderen Häusern der Holding übernommen werden soll. So war sogar mehrmals die ärztliche Direktion und die Personalabteilung bei unseren Treffen dabei. Natürlich ist allen klar, dass gute Weiterbildung Zeit und somit auch Geld kostet. Wenn alle Ärzte mit dem Tagesgeschäft ausgelastet sind, bleibt einfach keine Zeit, um sich ausreichend um die Belange der Assistenzärzte zu kümmern. Auch die Krankenhausleitung muss hier ihr Zutun leisten, damit die Weiterbildung funktionieren kann.

PC Sie haben das Thema Lernzielkontrollen angesprochen. Wie läuft das bei Ihnen an der Klinik ab?

CB Wir haben das so festgelegt, dass der Weiterzubildende sich an den Weiterbildenden wendet, wenn er sich bereit für die Lernzielkontrolle fühlt. Es gibt bei uns jedes Jahr eines dieser Testate, wobei wir den Fokus auf den Anfang und das Ende der Facharztausbildung legen. Im ersten Jahr wird vor allem die Dienstfähigkeit geprüft. Einige Schlüsseleingriffe werden im Zuge der ersten Lernzielkontrolle durchgeführt. Man muss die entsprechenden Eingriffe dann „voroperieren“. Wenn das gut funktioniert, kann man diese Eingriffe nach dem Testat mehr oder weniger frei operieren – ein Facharzt ist selbstverständlich immer dabei. Aber insgesamt geben einem die Testate eine gewisse Sicherheit für die Dienstfähigkeit. Ganz am Ende steht dann die Facharztreife im Zentrum der Lernzielkontrolle.

PC Wenn Sie sich mit Bekannten und Freunden, die ebenfalls in der Weiterbildung stecken, austauschen, können Sie dabei einen Trend erkennen, in welche Richtung sich die Weiterbildung in Deutschland entwickelt?

CB Gerade wenn ich mit Kollegen in Unikliniken spreche, merke ich, dass es dort noch anders läuft. Sukzessive engagieren sich die Klinikleitungen aber auch dort für eine strukturierte Weiterbildung. Da gab es noch vor einigen Jahren deutliche Unterschiede, als man teilweise noch acht bis zehn Jahre für den Facharzt in der Uniklinik brauchte. Das ändert sich auf jeden Fall! An Unikliniken ist es aber zum Teil immer noch so, dass die Ärzte in Weiterbildung, die forschen, eher „gepusht“ werden. Und Forschung läuft nach wie vor in der Freizeit. Also jedenfalls kenne ich niemanden, der nicht in seiner Freizeit forschen muss – und das wird auch so vorausgesetzt. Meiner Meinung nach wäre ein Umdenken mit alternativen Konzepten nötig.

PC Als Abschluss: Was würden Sie sich ganz besonders für kommende Ärzte zur Verbesserung ihrer Weiterbildung wünschen?

CB In den kommenden Jahren werden überdurchschnittlich viele Frauen in diesen Beruf eintreten. Das wird zwangsläufig zu Schwierigkeiten in der Weiterbildung führen, denn es werden mehr und mehr Teilzeitpositionen besetzt werden. Natürlich wollen das auch immer mehr Männer. Es werden dringend neue Konzepte für Teilzeitarbeitende gebraucht, denn bei der heutigen Weiterbildungsordnung ist das sehr schwierig. Laut Ärztekammer bräuchte man mit einer 50-Prozent-Stelle 12 Jahre für den Facharzt und das ist einfach nicht zeitgemäß. Man sollte darüber nachdenken, dass es in diesen Fällen möglich ist, mithilfe eines strengen Curriculums und entsprechenden Lernzielkontrollen, zumindest teilweise die Weiterbildungszeit von den übrigen Anforderungen des Weiterbildungskatalogs zu entkoppeln. So wird es auch in anderen Ländern umgesetzt. ○

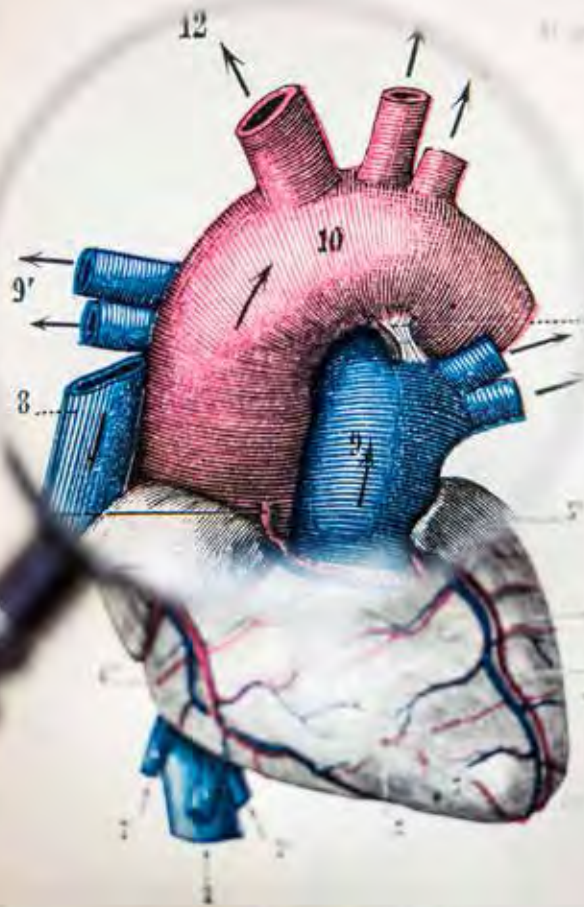


Fig. 52. — Cuore.
visto dalla sua faccia anteriore.

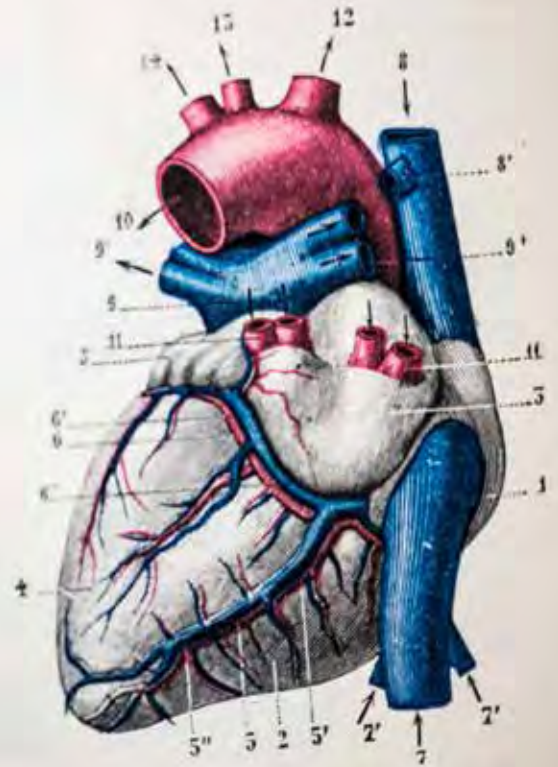


Fig. 53. — Cuore.
visto dalla sua faccia posteriore.

1, orecchiella destra; 2, ventricolo destro; 3, orecchiella sinistra; 4, ventricolo sinistro; 10, aorta; 11, vene pol-

Safety Clip: Notfallmanagement penetrierender Herzverletzungen ohne Kardiochirurgie

Theodor Billroth (1829 - 1894), einer der bedeutendsten Chirurgen des 19. Jahrhunderts, war der festen Überzeugung: „Der Chirurg, der jemals versuchen würde, eine Wunde am Herzen zu nähen, kann sicher sein, dass er die Achtung seiner Kollegen für immer verliert.“ Erst zwei Jahre nach Billroths Tod gelang Ludwig Rehn (1849-1930) die erste erfolgreiche Naht einer Stichwunde im menschlichen Herzen. Sein Patient war der 22-jährige Gärtnergehilfe Wilhelm Justus, der am 6. September 1896 bei einer Messerstecherei im „Nizza“, einer Grünanlage am Frankfurter

Mainufer, eine Verletzung des rechten Ventrikels erlitt [1].

AKTUELLE SITUATION

Mittlerweile ist es unstrittig, dass penetrierende Verletzungen des Herzens und der großen herznahen Gefäße grundsätzlich beherrschbar sind. Sie stellen die Notfallteams, insbesondere in Kliniken ohne Kardiochirurgie, jedoch vor besondere logistische, diagnostische und vor allem operationstechnische Herausforderungen.



Korrespondierende Autorin:
PD Dr. med. Alexandra Busemann
 Universitätsmedizin Greifswald
 Klinik und Poliklinik für Allgemeine
 Chirurgie, Viszeral-, Thorax- und
 Gefäßchirurgie
 Ferdinand-Sauerbruch-Straße
 17475 Greifswald
alexandra.busemann@uni-greifswald.de
www.chirurgie-greifswald.de

Dr. med. Stephan Diedrich
 Universitätsmedizin Greifswald
 Klinik und Poliklinik für Allgemeine
 Chirurgie, Viszeral-, Thorax- und
 Gefäßchirurgie
 Ferdinand-Sauerbruch-Straße
 17475 Greifswald

In Deutschland kommen penetrierende Herzverletzungen relativ selten vor.

Am häufigsten ist mit 40 Prozent der vorne liegende rechte Ventrikel betroffen, in 30 Prozent der linke Ventrikel. Die übrigen Verletzungen befinden sich zu etwa gleichen Teilen im Bereich der Vorhöfe oder der großen Gefäße, bzw. beschränken sich auf das Perikard. In fünf Prozent sind die Koronararterien involviert. Die Letalität, meist in Folge eines massiven Blutverlustes, ist in allen Fällen sehr hoch. Weniger als zehn Prozent der Betroffenen erreichen lebend die Klinik [2] und von diesen versterben noch etwa die Hälfte [3].

Die Prognose hängt im Wesentlichen von folgenden Faktoren ab [4]:

- *Die hämodynamische Situation:* Eine Kreislaufinstabilität des Patienten, besonders die Notwendigkeit einer Reanimation, verschlechtert die Prognose.
- *Die Art des Traumas:* Schusswunden haben eine höhere Letalität als Stichverletzungen.
- *Die Rettungszeit:* Je länger der Patiententransport in die Klinik dauert, desto schlechter ist die Prognose.
- *Ein massiver Hämatothorax* ist ein prognostisch schlechtes Zeichen.
- *Die Notfall-Thorakotomie.* Wird der Brustkorb im Schockraum eröffnet, ist die Letalität hoch.
- *Eine Perikardtamponade.* Sie wirkt sich überraschenderweise günstig auf den weiteren Verlauf der Behandlung aus.

Ob eine Brustkorberöffnung im Schockraum zu einer Prognoseverschlechterung führt, oder ob dieses ultima-ratio-Vorgehen im Sinne einer „Verzweiflungstat“ mehr Folge als Ursache einer ausweglosen Situation ist, lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht ableiten. Eine Perikardtamponade kann vor allem in der präklinischen Phase einen starken Blutverlust verhindern und wirkt sich daher positiv aus; solange sie nicht zu einem Herzstillstand führt.

ZUR BEHANDLUNG EINER MESSERSTICHVERLETZUNG OHNE HERZLUNGENMASCHINE

Eine Messerstichverletzung wurde von den Autoren bereits erfolgreich ohne Verfügbarkeit einer Herzlungenmaschine beherrscht. Folgende Empfehlungen können hierfür ausgesprochen werden:

- Penetrierende Stichwerkzeuge wie Messer sollen in situ belassen und erst intraoperativ am freiliegenden Herzen entfernt werden.
- Es sollte in der Klinik eine Standardarbeitsanweisung für die Massivtransfusion etabliert und mit der Blutbank abgestimmt werden (SOP Massivtransfusionsprotokoll).
- Die nächstgelegene Kardiouchirurgie sollte sofort informiert werden; die Einsatzbereitschaft einer mobilen Herzlungenmaschine (HLM) braucht Vorlauf.
- Häufig werden Patienten mit einer zunächst schützend wirkenden Perikardtamponade in das Krankenhaus eingeliefert. Diese führt im weiteren Verlauf aber oft zum Pumpversagen. Eine alleinige Punktion ist in der Regel frustan, da das Blut überwiegend geronnen ist. Bei relevanter Tamponade empfehlen wir deshalb, die Entlastung bereits im Schockraum vorzunehmen. Die Entlastung sollte über eine kleine anterolaterale Thorakotomie links, alternativ über eine subxyphoideale Inzision erfolgen.
- Eine weiterreichende Brustkorberöffnung sollte im Schockraum vermieden werden, da die Gegebenheiten dort oft nicht optimal sind.
- Überraschungseffekte für das versorgende Team müssen vermieden werden. Plant der Chirurg die unvermeidbare Thorakotomie im Schockraum, muss dies rechtzeitig kommuniziert werden. Nur so können alle Kräfte gezielt konzentriert werden.
- Zur optimalen Exposition aller relevanten Regionen empfehlen wir (idealerweise) im OP die Sternotomie. Je nach Verletzungsmuster kann diese dann zu einer Clamshell- oder Hemiclamshellinzision erweitert werden.

Busemann A, Diedrich S: Safety Clip:
 Notfallmanagement penetrierender Herzverletzungen
 ohne Kardiouchirurgie. *Passion Chirurgie*. 2018
 Dezember, 8(12): Artikel 04_10.



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

- Anschließend wird das Perikard eröffnet. Eine Herzverletzung kann oftmals erstaunlich gut digital komprimiert werden, sodass die Blutung steht.
- Die Blutungskontrolle ist für das versorgende Team ein entscheidender mentaler und stressreduzierender Schritt, sodass nun die weitere Strategie durchdacht werden kann. Die Vorhöfe und die rechte Kammer können in der Regel ohne HLM versorgt werden. Für Koronararterienverletzungen und meist auch für den linken Ventrikel wird die HLM benötigt.
- Für die Naht von Myokard ist aufgrund der Gefahr des Ausreißens des sich kontrahierenden Muskels, der nur wenig Nahtlager bietet, zwingend eine Nahtverstärkung erforderlich (zum Beispiel mit Filzfliegen, siehe **Abb. 1** und **2**). Eventuell kann zusätzlich ein chirurgischer Gewebekleber appliziert werden. Es wird monofiles, nicht resorbierbares Nahtmaterial verwendet, meist 3/0 oder 4/0.

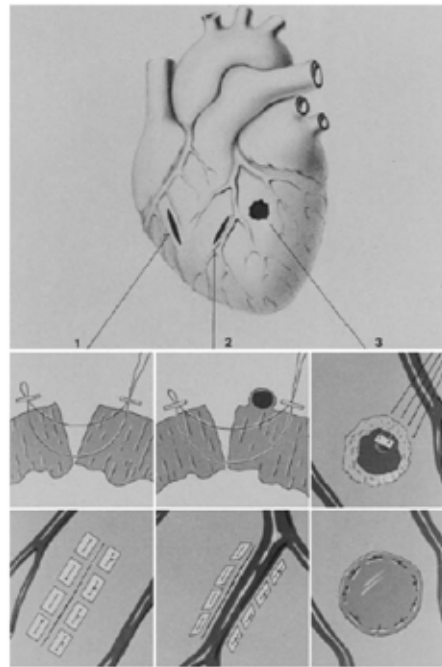


Abb. 1 [5]: Technik der Herzmuskelnaht über Nahtverstärkungen. Dies verhindert ein Durchschneiden der Fäden durch den Herzmuskel. 1) Filzpatcharmierte U-Naht, 2) Naht in unmittelbarer Nähe einer Koronararterie, 3) Patchverschluss eines Defekts der Herzwand



Abb. 2: Technik der Herznaht über dem komprimierenden Finger (© Caroline Kelch), nach erfolgreicher Herznaht müssen Begleitverletzungen ausgeschlossen werden (Pneumothorax, Hämatothorax, Lungenverletzung, Verletzung von Interkostalarterien, Zwerchfellverletzungen mit ggf. intraabdomineller Ausdehnung etc.).

SCHLUSSFOLGERUNGEN

- Penetrierende Herzverletzungen sind zwar selten, jedoch meist sehr dramatisch. Daher müssen sich Chirurgie, Anästhesie und Schockraumteams im Vorfeld mit dieser Problematik beschäftigen. Wir empfehlen, das Vorgehen innerhalb der Klinik zu thematisieren und idealerweise auch zu trainieren. Idee ist „Be prepared, not scared.“
- Massivtransfusionsprotokolle sollten als SOP vorliegen, die Blutbank muss vorbereitet sein.
- Vorteilhaft sind Thorakotomie-Siebe im Schockraum.
- Die Alarmierungswege (Leitstelle, Schockraumteam, OP-Pflege) müssen geregelt sein, genauso die jeweiligen Verantwortlichkeiten.
- Dem Chirurgen muss die Herzanatomie vertraut sein.
- Die Technik von Herznähten sollte beherrscht werden, zumindest sollte das Prinzip mit Nahtverstärkungen bekannt sein.

- Möglichst frühzeitig sollte die nächstgelegene Kardiochirurgie involviert und ein Herzchirurg angefordert werden. Einige Verletzungen sind ohne HLM nicht beherrschbar. Diese kann bei Bedarf von außerhalb in den OP gebracht werden, sofern dies zeitlich möglich ist.
- Das sichere Beherrschen außergewöhnlicher Notfallsituationen im interdisziplinären Team erfordert von allen an der Behandlung beteiligten einen kollegialen Umgang, der geprägt ist von Achtsamkeit, gegenseitigem Respekt und sorgfältiger Arbeitsweise.

LITERATUR

- [1] Werner OJ, Sohns C, Popov AF, Haskamp J, Schmitto JD. Ludwig Rehn (1849-1930): the German surgeon who performed the worldwide first successful cardiac operation. J Med. Biogr. 2012 Feb; 20(1): 32-4. doi: 10.1258/jmb.2011.011002.
- [2] Campbell NC, Thomson SR, Muckart DJ, Meumann CM, Van Middelkoop I, Botha JB. Review of 1198 cases of penetrating cardiac trauma. Br J Surg 1997 Dec; 84(12): 1737-40

- [3] Tyburski JG, Astra L, Wilson RF, Dente C, Steffes C (2000) Factors affecting prognosis with penetrating wounds of the heart. J Trauma 48: 587-590.
- [4] Arafat S, Alsabek MB, Ahmad M, Hamo I, Munder E. Penetrating abdominal injuries during the Syrian war: Patterns and factors affecting mortality rates. Injury. 2017 May; 48(5): 1054-1057.
- [5] J.-P. Stahl, W. A. Stertmann, T. Zimmermann, U. Horas, F.W. Hehrlein, R. Schnettler. Messerstichverletzung des Herzens. Unfallchirurg 2003 · 106: 176-181

**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:

Multiresistente Erreger – Folge fehlerhafter Antibiotikatherapie

WIR BRAUCHEN EIN GESETZ

Infektionskrankheiten hatten noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts vor allen anderen Erkrankungen hinsichtlich Morbidität und Mortalität die größte epidemiologische Bedeutung. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts kam es aufgrund verbesserter Hygiene-Bedingungen, Fortschritte in Diagnostik, Therapie und Immunprophylaxe zu einem bislang in der Menschheitsgeschichte vorher nie erreichten Erfolg bei der Verhütung, Erkennung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten.

Im Mai 1945 fand die bisher größte „traumatische Epidemie“ – der zweite Weltkrieg – sein Ende. In Deutschland hat man zu diesem Zeitpunkt verschmutzte Trümmerwunden durch Wundauf- und -ausschneidung und nachhaltende Offenhaltung behandelt. Ziel war die saubere Sekundärheilung, unterstützt

von Nähten im Granulationsstadium. 1944 erfolgte erstmalig ein Großeinsatz von Penicillin durch US-amerikanische Chirurgen und man schloss nach zeitgerechtem Debridement die Wunden locker, beschickte sie lokal über Drains mit Penicillin-Lösung und gab Penicillin auch systemisch. Trümmerwunden übelster Art, die vorher niemand zu schließen gewagt hätte, heilten nun primär.

1948 erschienen dann erste Berichte über die Anwendung von Penicillin in der Chirurgie mit „erstaunlichen, zum Teil lebensrettenden Erfolgen“ (von Oeynhausen, 1948). Später wurde das Antibiotikasortiment um das Streptomycin erweitert und 1951/52 standen dann Aureomycin, Chloramphenicol, später dann auch Neomycin, Tetracyclin, Polymyxin und Bacitracin zur Verfügung. Antibiotika halfen offenbar bei allen Problemen der Infektionschirurgie, man musste sie nur hoch



© iStock/DNY59



Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Zastrow

Chefarzt des Hygiene-Instituts
der REGIOMED-Kliniken Bayern/
Thüringen
Deutsche Gesellschaft für
Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)
Joachimsthaler Str. 10
10719 Berlin
hygiene@drzastrow.de

genug dosieren, was bei Penicillin möglich war, bei den nachfolgenden Breitbandantibiotika aber schon auf Schwierigkeiten stieß. Die Antibiotika-Euphorie hatte die gesamte klinische Medizin ergriffen.

Bald gingen die Überlegungen in der operativen Medizin auch dahin, Antibiotika zur Verhütung postoperativer Wundinfektionen prophylaktisch einzusetzen. Das gefährliche an diesem Glauben an die Wirksamkeit der Antibiotika war, dass die bewährten Prinzipien der Anti- und Asepsis ins Wanken gerieten. Man glaubte, hygienische Nachlässigkeiten durch die prophylaktisch gegebenen Antibiotika ausgleichen zu können.

Bereits Anfang der 50er Jahre zeigte sich als erstes unerwartetes Ergebnis kritikloser Antibiotikaaanwendung die Resistenz von Staphylokokken gegen Penicillin. Neuere und potentere Antibiotika halfen jedoch, diese Probleme zu überwinden.

Schon 1957 wurde eine Einschränkung des Antibiotikaverbrauchs und dafür die Beachtung der Regeln der Krankenhaushygiene gefordert. Hinweise, dass die Wundinfektionsraten nach aseptischen Operationen trotz Antibiotika in US-amerikanischen Kliniken nicht abgenommen habe, sondern signifikant angestiegen sei, wurden überhört. Anfang der 60er Jahre kamen aber aus den USA bereits die ersten Nachrichten über den Staphylokokken-Hospitalismus: Epidemieartige Häufungen von tödlichen Sepsisfällen, bei deren bakteriologischer Überprüfung schwere Lücken in der Anti- und Asepsis zutage traten und die Bedeutung der „Hauskeime“ für neu in das Krankenhaus aufgenommene Patienten erkennbar war.

Bis Anfang der 80er Jahre war man immer noch der Auffassung, dass der Kampf gegen die Infektionskrankheiten gewonnen sei und neue Infektionskrankheiten zukünftig durch Entwicklung von Impfstoffen vermieden oder durch Einsatz neuer Antibiotika behandelt werden könnten. Infolge dieser jahrelang vorherrschenden Situationsbeurteilung und der dadurch bedingten Selbstzufriedenheit und Gleichgültigkeit wurden Finanzmittel, die für die Verhütung, Erkennung, Überwachung und Forschung benötigt wurden, weltweit kontinuierlich gekürzt.

Das Auftreten und die Verbreitung multiresistenter bakterieller Infektionserreger betrifft besonders Krankenhäuser und vor allem Intensivtherapieeinheiten. Im Vordergrund stehen dabei Oxacillin-resistente Staphylokokken (MRSA), mehrfach-resistente Koagulase negative Staphylokokken, mehrfach- und gegen Glykopeptide resistente Enterokokken, mehrfach-resistente Enterobacter, Citrobacter, Serratia, Acinetobacter baumannii und Pseudomonas aeruginosa (MRGN). Wie am Beispiel der MRSA ersichtlich, wird ihre Ausbreitung durch Fehler in der Krankenhaushygiene und unpassendem Chemotheapeutikaeinsatz begünstigt.

Wenn wir die Geschichte zurückverfolgen, stellen wir fest, dass es immer wieder Zeiten gegeben hat, in denen Infektionserreger zur Häufung von Infektionen oder sogar Epidemien geführt haben, die Resistenzen gegen Desinfektionsmittel oder Antibiotika aufzeigten. In besonderem Umfang sind hierbei Intensivtherapiestationen, aber auch andere Bereiche des Krankenhauses mit breitem Antibiotikaeinsatz betroffen. Krankenhausinfektionen sind aufgrund einer Vielzahl neuer medizinischer Eingriffsmöglichkeiten, neuer therapeutischer Techniken, der Zunahme immunabwehrgeschwächter Patienten und dem Auftreten von Antibiotikaresistenzen bedeutsamer als je zuvor.

Wenn die meisten Antibiotika versagen und die chemotherapeutischen Möglichkeiten immer weniger werden, kann nur noch durch die strikte Einhaltung der Regeln der Hygiene eine Weiterverbreitung der Infektionskrankheiten unterbunden werden. Die zunehmende Bedrohung durch antibiotikaresistente Mikroorganismen ruft danach, neue und wirksamere Chemotherapeutika zu entwickeln. Da aber derartige Substanzen derzeit nicht in Sicht sind, hat die Einhaltung der Grundregeln der Hygiene als wichtigstes Instrument zur Vermeidung von Infektionskrankheiten und Epidemien zu gelten. Dazu gehören:

- Desinfektion,
- Sterilisation,
- das Tragen von Schutzkleidung (Handschuhe, Mund-/Nasen-Schutz, Haar-schutz, Schutzhittel),
- das Erstellen und Einhalten von Hygieneplänen und



Morgenpost-Artikel „Krankenkasse will Ärzten den Antibiotika-Test bezahlen“:
bit.ly/2TsbOvL

Zastrow KD: Multiresistente Erreger – Folge fehlerhafter Antibiotikatherapie. *Passion Chirurgie*. 2018 Dezember; 8(12): Artikel 04_11.



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

- die bauliche Gestaltung unter hygienischen Gesichtspunkten, die hygienisch funktionell einwandfreie Abläufe erst ermöglichen.

MRE IM KRANKENHAUS

Infektionen durch MRE können immer noch mit den verfügbaren Antibiotika erfolgreich behandelt werden. Bakterielle Erreger, die gegen alle verfügbaren Antibiotika resistent sind, sind weltweit eine absolute Rarität oder kommen gar nicht vor. Eine bakterielle Infektion kann jedoch nur durch ein wirksames Antibiotikum bekämpft werden. Dieses ermittelt man ausschließlich durch Einsatz eines Antibiogramms.

Die Zahl der nosokomialen Infektionen hat sich seit dem Jahr 1988 kaum geändert. Es wird gern aufgeführt, dass heute kränkere Patienten behandelt werden können als vor 20 oder 30 Jahren. Stimmt! Aber gerade weil die Medizin so sensationelle Fortschritte gemacht hat, muss doch sichergestellt werden, dass die mit den modernsten Mitteln und Techniken behandelten Patienten auch von Infektionen unbeschadet und lebend das Krankenhaus wieder verlassen. Wenn dies nicht gesichert ist, dann sind alle vorangegangenen Bemühungen überflüssig!

Resistente Bakterien sind als Erreger nosokomialer Infektionen besonders gefährlich, da für eine Therapie nur noch wenige Antibiotika zur Verfügung stehen, diese aber frühzeitig zum Einsatz kommen müssen. Die Entstehung von Antibiotika-Resistenzen wird durch einen unsachgemäßen Antibiotika-Einsatz beschleunigt.

Konsequenzen sind längere und deutlich schwerere Krankheitsverläufe und vorzeitige Todesfälle. Dies betrifft Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen. Gemeint sind die mehr als 40.000 Todesfälle pro Jahr, die Folge nosokomialer Infektionen sind. Dies liegt daran, dass zu oft und zu lange mit unwirksamen Antibiotika therapiert wird. So wird aus einer noch harmlosen Infektion eine todbringende Katastrophe. Das frühzeitig eingesetzte Antibiogramm ist das einzige Instrument zur erfolgreichen Bekämpfung multiresistenter Erreger.

MRE IN DER PRAXIS DES NIEDERGELASSENEN ARZTES

In der aktuellen Situation erfolgt in über 90 Prozent eine **ungezielte, kalkulierte** Antibiotikatherapie. Die Auswahl des Antibiotikums findet nach Erregerverdacht statt, **ohne** konkret nachgewiesenen Erreger, ganz nach dem **Zufallsprinzip**.

Damit werden multiresistente Erreger selektiert und vermehrt. Deshalb muss die Verordnung von Antibiotika auf wissenschaftlicher Basis, unter Einsatz von Antibiogrammen (Synonym: Resistogramm) erfolgen.

Ein Antibiogramm (Kosten: ca. 6 Euro) ist das Ergebnis einer Antibiotika-Resistenzbestimmung. Es zeigt gegenüber welchen Antibiotika ein bestimmter bakterieller Krankheitserreger resistent oder sensibel ist. Deshalb immer **gezielte** Antibiotikatherapie nach **Antibiogramm mit** konkret nachgewiesenem Erreger.

Fachinformation zu COTRIM forte – Patientenhinweis

Jede Anwendung von Antibiotika kann zur Vermehrung von Erregern führen, die gegen das eingesetzte Arzneimittel unempfindlich (resistent) sind.

DIAGNOSE INFektion IN DER ARZTPRAXIS

- Entnahme des infektiösen Materials (Urin, Wundabstrich, Trachealsekret, Blut)
- **Im Notfall „kalkulierte Therapie“ einleiten und parallel**
- Material ins Labor schicken (Transportdauer längstens 2 Std.).
- Anlage einer Kultur mit Antibiogramm (Ergebnis liegt nach ca. 48 Std vor).
- Der behandelnde Arzt erhält das Antibiogramm vom Labor per E-Mail (30 Sek.).
- Der behandelnde Arzt prüft nun, ob das ggf. bereits verordnete Antibiotikum wirksam ist und
- wählt ein wirksames Antibiotikum aus.
- Der Patient erhält vom Arzt ein Rezept für das wirksame Antibiotikum.

- So erhält der Patient spätestens nach 48 Std **immer** ein wirksames Antibiotikum, auch bei einer Infektion durch **multiresistente Erreger**.

Dieser Weg ist der Einzige um Infektionen durch multiresistente Erreger erfolgreich zu therapieren und flächendeckend zu bekämpfen. Kein Arzt kann mit bloßem Auge erkennen, welcher Erreger die Infektion verursacht. Selbst wenn der erfahrene Arzt den Infektionserreger erraten kann, so kann er dennoch keine Resistenzen ohne Antibiogramm ermitteln. Jede Antibiotikagabe, die den Krankheitserreger nicht vernichtet, schadet dem Patienten und begünstigt die Zunahme multiresistenter Erreger.

„BKK-Landesverband NORDWEST fordert verbindliche Regelung für eine sachgerechte Antibiotikatherapie gegen multiresistente Keime

Die Entstehung von Antibiotika-Resistenzen wird durch unsachgemäßen Antibiotika-Einsatz beschleunigt. Schwerere Krankheitsverläufe und vorzeitige Todesfälle in allen Altersgruppen sind die Folge. Die Bundesregierung hat in den vergangenen Jahren neue Maßnahmen entwickelt, um die Entstehung von behandlungsassoziierten Infektionen und Antibiotika-Resistenzen zu verringern, doch sind die bisherigen Erfolge nicht zufriedenstellend. Mit der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie wurden Schritte zur Eindämmung von Antibiotika-Resistenzen eingeleitet; allerdings fehlt die wichtigste Maßnahme, das Antibiogramm.

In einer groß angelegten Auswertung untersuchten die BKK-Landesverbände NORDWEST und Mitte die Verordnungshäufigkeit von Antibiotika in 13 Bundesländern. Von den 6.8 Mio. Versicherten erhielten im Untersuchungszeitraum von 18 Monaten ca. 1,7 Mio. Versicherte mindestens einmal ein Antibiotikum.“

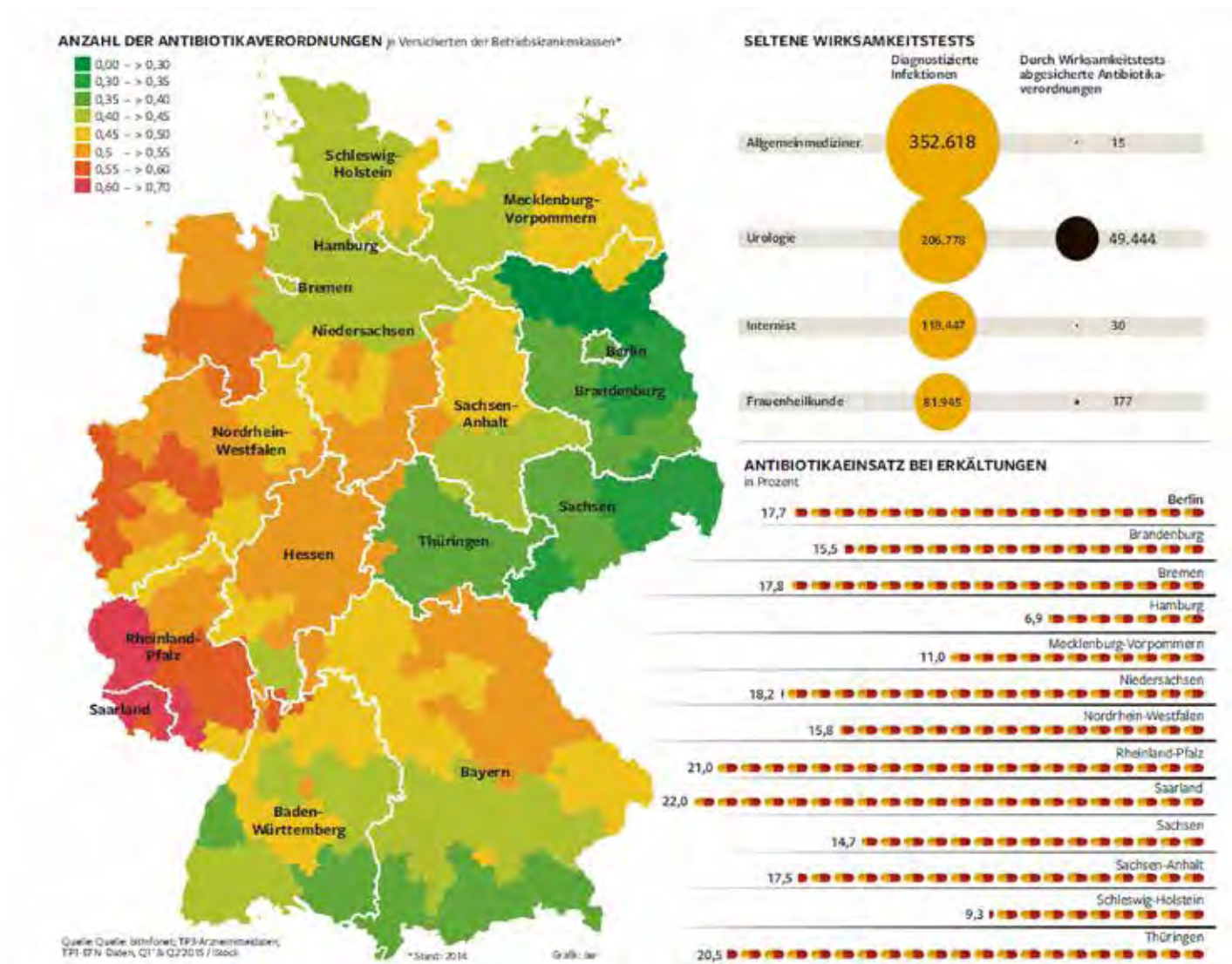


Abb. 1: Anzahl der Antibiotikaverordnungen 2014

Für die Idee und Umsetzung eines Strukturvertrages zur Reduzierung von Antibiotika-Verschreibungen durch Antibiotigramme wurde der BKK-Landesverband NORDWEST mit dem Gesundheitsaward 2017 ausgezeichnet.

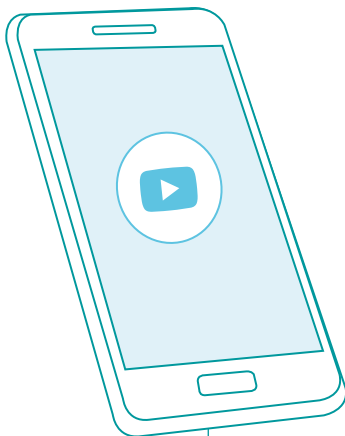
FAZIT

Wenn wir den Kampf gegen multiresistente Erreger gewinnen wollen, dann brauchen wir dringend eine Regelung, die vorsieht, dass Antibiotika vor ihrem Einsatz auf Wirksamkeit geprüft werden. Sonst rutschen wir in eine Postantibiotika-Ära, die uns hygienisch-mikrobiologisch ins Mittelalter zurückwirft.

Die vor uns liegende, bereits tickende Zeitbombe zu entschärfen, ist Aufgabe der Mediziner, wird auch in entscheidendem Maße vom Gesundheitsminister abhängen, denn er macht die erforderlichen Gesetze. ○

HYGIENE
CLIPGet Your
Disinfection

Erfolgreiche bundesweite
Kampagne des BDC
in Kooperation
mit DGKH und BDH



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

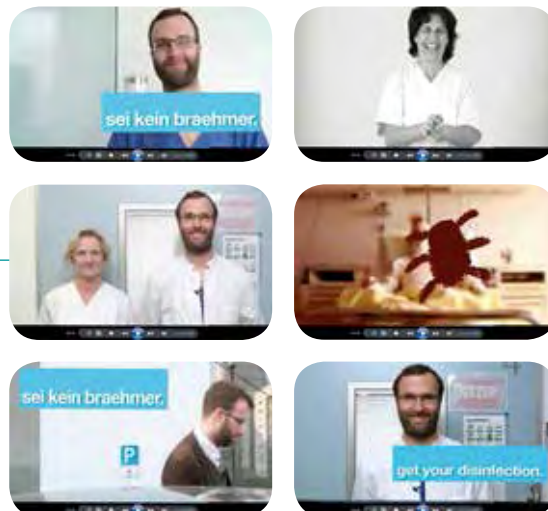
des chirurgischen Bewusstseins befindet. Deshalb wollen wir mit dieser langfristigen Aktion Hygienefragen regelmäßig ins Bewusstsein von Ärzten und Pflegepersonal rücken.

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

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

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

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



PATIENTENSCHUTZ DURCH HYGIENE IST EINE
BUNDESWEITE KONZERTIERTE AKTION VON:

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

Personalia



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

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



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

OKTOBER 2018

Prof. Dr. med. Matthias Anthuber ist neuer Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Der Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie des Klinikums Augsburg übernimmt das Amt von seinem Vorgänger **Prof. Dr. med. Jörg Fuchs**, der nun als Vizepräsident im DGCH-Vorstand 2018/2019 ist.

Prof. Dr. med. Holger Bannasch ist seit dem 01.08.2018 neuer Chefarzt der Klinik für Plastische-, Hand- und Ästhetische Chirurgie des Schwarzwald-Baar-Klinikums in Donaueschingen. Vorher war er 14 Jahre lang als Oberarzt der Plastischen und Handchirurgie am Universitätsklinikum Freiburg tätig.

PD Dr. med. Marcel Binnebösel übernahm zum 01.10.2018 die Leitung der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Klinikum Bielefeld. Er war zuvor Leitender Oberarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am Universitätsklinikum Aachen, Medizinische Fakultät der RWTH.

Dr. med. Kai Griepentrog ist neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie und Proktologie am Asklepios Klinikum Weißenfels und übernimmt die Nachfolge von Herrn Dipl.-Med. Jörgen Bretschneider. Zuvor war er seit 2013 Chefarzt am Kreiskrankenhaus Stollberg.

Dr. med. Axel Kleespies ist seit September 2018 neuer Chefarzt der Viszeral- und Thoraxchirurgie des HELIOS Amper Klinikum Dachau. Der ehemalige Oberarzt der Klinik für Allgemeine-, Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie am Klinikum der Universität München-Großhadern trat in Dachau die Nachfolge von **Prof. Dr. med. Horst-Günter Rau** an, der sich in den Ruhestand verabschiedete.

Ralf Koch leitet seit dem 01.08.2018 die neu entstandene Abteilung der Gefäßchirurgie der Asklepios Harzkliniken Goslar. Er kommt aus dem Johanniter Krankenhaus Genthin-Stendal, wo er als Oberarzt tätig war.

Prof. Dr. med. Christian Kühne ist seit August 2018 neuer Chefarzt des Chirurgisch-Traumatologischen Zentrums der Asklepios Klinik St. Georg in Hamburg. Er wechselte vom Asklepios Klinik Wandsbek, wo er als Chefarzt die Orthopädie und Unfallchirurgie leitete.

Dr. med. Mark Lienert wechselte als Chefarzt der Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie der Sana Kliniken Duisburg in die Chirurgie der Sana Kliniken Düsseldorf.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Norbert Runkel hat die Leitung der Klinik für Adipositas und metabolische Chirurgie am Sana Klinikum Offenbach am Rhein übernommen.

NOVEMBER 2018

Dr. med. Axel Blasi wechselte als Chefarzt der Unfallchirurgie und Orthopädischen Chirurgie des Eichsfeld-Klinikums in Heilbad Heiligenstadt an das Klinikum Werra-Meißner. Dort leitet er die Orthopädie und Unfallchirurgie der Standorte Eschwege und Witzenhausen.

Dr. med. Marc Dammann ist seit April 2018 neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Koloproktologie am Petrus-Krankenhaus in Wuppertal. Im Laufe des Jahres kommt die Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am St. Josef-Krankenhaus in Wuppertal noch hinzu. Zuvor war er langjähriger Oberarzt in der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am Universitätsklinikum Essen und leitender Oberarzt in der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Johanna-Etienne-Krankenhaus in Neuss.

PD Dr. med. Dirk M. Forner, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Evangelischen Krankenhaus Köln Kalk, Facharzt für Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, hat sich an der Universität zu Köln habilitiert, die Venia legendi im Fach Frauenheilkunde und Geburtshilfe erhalten und wurde zum Privatdozenten ernannt.

Dr. med. Silke Ganzera, ehemalige Chefärztin der Chirurgischen Klinik des HELIOS St. Josefs-Hospital Bochum-Linden, ist seit Oktober 2018 selbständige Ärztin in der BGA des Coloproktologischen Zentrums Düsseldorf.

Prof. Dr. med. Matthias Hansen, ehemals Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie der Hochtaunuskliniken in Bad Homburg, hat sich in seiner Heimatstadt Mainz mit einer Orthopädisch-Traumatologischen Praxis niedergelassen.

Prof. Dr. med. Thomas Moesta trat zum 1. Oktober 2018 seinen Dienst als Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Halle (Saale) an. Der ehemalige Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasiven Chirurgie am KRH Klinikum Siloah-Oststadt-Heidehaus in Hannover wurde durch den Aufsichtsrat des UKH für sechs Jahre in diese Funktion berufen.

Dr. med. Stefan Nachbaur ist neuer Chefarzt der Unfallchirurgie und Orthopädischen Chirurgie am Krankenhaus St. Josef in Schweinfurt. Er war zuvor langjährig als Oberarzt in der Abteilung tätig.

Dr. med. Bernhard Papenfuß leitet seit September 2018 das Rehasentrum München-Ottobrunn. Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Facharzt für Chirurgie, Spezielle Unfallchirurgie betreibt dort zudem auch eine Privatpraxis.

Prof. Dr. med. Matthias Schauer ist neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Endokrine Chirurgie am Augusta-Krankenhaus in Düsseldorf. Der Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunktbezeichnung Spezielle Viszeralchirurgie und Thoraxchirurgie folgt auf **Prof. Dr. med. Karl-Heinz Schultheis**, der zum Januar 2019 das Amt des Ärztlichen Direktors im Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf übernimmt.

Dr. med. Klaus-Thilo von Trotha ist seit September 2018 Leitender Oberarzt der Klinik für Gefäßchirurgie am Marienhospital in Aachen.

DEZEMBER 2018

Dr. med. Markus Ahrens, zuvor zehn Jahre als Oberarzt in der Chirurgie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein Campus Kiel tätig, ist seit Anfang November Co-Chefarzt der Chirurgie der HELIOS Klinik Lengerich. Der Facharzt für spezielle Viszeralchirurgie und Unfallchirurgie wird zunächst zusammen mit **Dr. med. Matthias Wankmüller** die Abteilung leiten bevor er diese dann nach Ruhestand des Kollegen später als alleiniger Chefarzt übernehmen wird.

Dr. med. Christian Clausen wechselte zum 1. September als Chefarzt an die Klinik für Unfall- und Orthopädische Chirurgie der Asklepios Klinik Nord Heidberg in Hamburg. Der ehemalige Chefarzt der Henstedt-Ulzbürger Paracelsus-Klinik möchte zusammen mit dem anderen Chefarzt der Klinik dort unter anderem die Bereiche Sportorthopädie, Sporttraumatologie und Endoprothetik stärken.

Dr. med. Koray Ersahi, Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie und ehemals Oberarzt am HELIOS Klinikum Krefeld, ist seit September neuer Chefarzt der Allgemein- und

Viszeralchirurgie des St. Josef-Hospital in Troisdorf.

Dr. med. Christoph Faymonville ist seit September 2018 neuer Chefarzt der Orthopädie und Unfallchirurgie, Hand-, Fuß- und Wiederherstellungschirurgie des Evangelischen Krankenhauses Köln Weyertal. Er löst **Dr. med. Karl-Ernst Sander** ab, der in den Ruhestand geht, der Abteilung jedoch noch stundenweise zur Verfügung steht.

PD Dr. med. Olaf Guckelberger ist seit Mitte September 2018 Chefarzt der Allgemein-, Viszeral-, und Gefäßchirurgie am HELIOS Klinikum Meiningen. Er war zuvor Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am St. Joseph-Krankenhaus in Berlin.

Stefanie Hild, Fachärztin für Allgemein- und Viszeralchirurgie, ist neue Chefarztin der Allgemein- und Viszeralchirurgie im Kreiskrankenhaus Waldbröl.

Dr. med. Ulrich Lindenberg, Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie des DRK Krankenhauses Lichtenstein, ist zum leitenden Chefarzt des Krankenhauses gewählt worden.

Prof. Dr. med. Norbert Senninger hat im November die Leitung der Universitätsklinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Klinikum Oldenburg übernommen. Senninger kommt von der Universitätsklinik Münster und war dort in gleicher Funktion bis zu diesem Jahr mehr als zwei Jahrzehnte tätig.

PD Dr. med. Nikolaos Tsilimparis ist seit September 2018 neuer Chefarzt der Abteilung für Gefäßchirurgie am LMU Klinikum der Universität München. Davor war er im Uniklinikum Hamburg Eppendorf Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin, Gefäßchirurgie, endovaskuläre Therapie, Angiologie. ○



Ist Rufbereitschaft doch Arbeitszeit?

URTEIL DES EUROPÄISCHEN GERICHTSHOFS ZUR RUFBEREITSCHAFT

Grundsätzlich ist es nach der deutschen Gesetzgebung so, dass Rufbereitschaftsdienst nicht als Arbeitszeit gilt. Nur die Zeiten der tatsächlichen Inanspruchnahme zählen als Arbeitszeit, ansonsten ist der Rufbereitschaftsdienst neutral. Dies führte dazu, dass vielfach Rufbereitschaftsdienst angeordnet wurde, wenngleich möglicherweise Bereitschaftsdienst tatsächlich anzunehmen war. Entscheidend ist für die Beurteilung, ob Rufbereitschaftsdienst oder Bereitschaftsdienst vorliegt, auch grundsätzlich das gelebte Arbeitsverhältnis und nicht das, was man arbeitsvertraglich vereinbart oder was im Dienstplan steht.

Insbesondere die Frage, innerhalb welcher Zeitspanne der Mitarbeiter im Rahmen des Rufbereitschaftsdienstes zur Arbeit erscheinen muss, hat in der Vergangenheit stets und wiederholt die Gerichte beschäftigt. Gerade die Zeitvorgabe der Arbeitsaufnahme bei Rufbereitschaftsdienst war hier dann oftmals das K.O.-Kriterium, das die höchstgerichtliche Rechtsprechung dazu bewogen hat, Rufbereitschaftsdienste entweder als unzulässig anzusehen oder tatsächlich als Bereitschaftsdienst und damit als Arbeitszeit zu klassifizieren.

So hat beispielsweise das Landesarbeitsgericht (LAG) Rheinland-Pfalz im Jahr 2012 klargestellt, dass trotz fehlender Aufenthaltsbestimmung durch den Arbeitgeber bei einer



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



Dr. Peter Hüttl
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Arbeitsrecht und
Fachanwalt für Medizinrecht

zeitlichen Vorgabe von 15 bis 20 Minuten zwischen Abruf und Arbeitsaufnahme ein Bereitschaftsdienst und kein Rufbereitschaftsdienst vorliegt, da dem Arbeitnehmer durch den vorgegebenen Zeitfaktor die Möglichkeit genommen wird, seine an sich arbeitsfreie Zeit frei zu gestalten (vgl. LAG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 20.09.2012, Az.: 11 SA 81/12).

Dabei ist es auch unerheblich, ob diese Zeitspanne rein medizinisch zwingend wäre. Denn der Arbeitgeber hat stets die Möglichkeit, Bereitschaftsdienst anzuordnen. Das LAG Rheinland-Pfalz hat in der vorgenannten Entscheidung auch klargestellt, dass das zentrale Kriterium der Unterscheidung zwischen den Diensten, nämlich der Aufenthaltsort, dann keine Rolle spielt, wenn der Zeitkorridor zu eng ist. Das Bundesarbeitsgericht (BAG) hatte bereits mit Urteil vom 19.12.1991 (Az.: 6 AZR 592/89) entschieden, dass bei einer vom Arbeitgeber vorgegebenen Zeit von zehn Minuten zwischen Abruf und Aufnahme der Arbeit ein Fall von Bereitschaftsdienst vorliegt. Auch im Jahr 2002 führte das BAG aus, dass der Arbeitnehmer die Möglichkeit haben müsse, sich während der Rufbereitschaft um persönliche und familiäre Angelegenheiten zu kümmern, an sportlichen und kulturellen Veranstaltungen teilzunehmen, sich mit Freunden zu treffen etc. Dies sei bei einer zeitlichen Vorgabe von 20 Minuten zwischen Abruf und Arbeitsaufnahme nicht möglich (vgl. Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 31.01.2002, Az.: 6 AZR 214/00).

Wie sich aus den vorbenannten Entscheidungen ergibt, war bereits in der deutschen Rechtsprechung der Rufbereitschaftsdienst daher stets auf dem Prüfstand. Den vorläufigen Höhepunkt dieser Auseinandersetzung setzt nunmehr ein Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom 21.02.2018.

DIE ENTSCHEIDUNG

Der EuGH hat in einer aktuellen Entscheidung nunmehr festgestellt, dass die Bereitschaftszeit, die ein Arbeitnehmer zwar grundsätzlich zu Hause verbringen darf als Arbeitszeit anzusehen ist, wenn zum einen vorgeschrieben ist, dass er einem Ruf des Arbeitgebers zum Einsatz innerhalb kurzer Zeit (im entschiedenen Fall acht Minuten) Folge zu leisten hat und

insbesondere auch vorgeschrieben wurde, dass er während des Bereitschaftsdienstes zu Hause sein muss. Die Entscheidung ist insofern neu, als auch die Tatsache, dass der Arbeitnehmer zwar zu Hause sein darf, aber dieses nicht verlassen darf, nicht ausreichend ist, um Rufbereitschaftsdienst anzunehmen. Denn hier ging man dann davon aus, dass kein frei zu wählender Ort vorhanden ist. Der EuGH geht davon aus, dass dann keine Selbstbestimmung im Hinblick auf den Aufenthaltsort durch den Arbeitnehmer möglich ist.

Denn der Unterschied zwischen Rufbereitschaft und Bereitschaftsdienst ist ja, dass beim Bereitschaftsdienst der Arbeitnehmer verpflichtet ist, sich außerhalb seiner regelmäßigen Arbeitszeit an einer vom Arbeitgeber bestimmten Stelle innerhalb oder außerhalb des Betriebes aufzuhalten. Man ging dabei regelmäßig davon aus, dass dies der Fall ist, wenn der Arbeitnehmer sich beispielsweise im Krankenhaus aufhalten muss. Die Rechtsprechung des EuGH stellt aber nunmehr nochmals klar, dass selbst eine Anwesenheit zu Hause, wenn sie vorgeschrieben ist, die Kriterien eines Bereitschaftsdienstes erfüllt und eben gerade nicht den freien Aufenthaltsort ermöglicht, den der Rufbereitschaftsdienst grundsätzlich erfordert.

Zwar erging diese Entscheidung im Zusammenhang mit einem Feuerwehrdienst in Belgien, sie ist aber aus grundsätzlichen Erwägungen heraus auch auf deutsches Recht anwendbar. Denn der EuGH hat in dieser Entscheidung zunächst einmal festgestellt, dass die Mitgliedstaaten nicht von allen Verpflichtungen aus der Arbeitszeitrichtlinie, insbesondere den Begriffen Arbeitszeit und Ruhezeit, abweichen dürfen. Insbesondere gestattet die Richtlinie den Mitgliedstaaten es nicht, eine andere Definition des Begriffs „Arbeitszeit“ beizubehalten oder einzuführen als die in der Richtlinie bestimmte. Auch wenn die Richtlinie für die Mitgliedstaaten die Möglichkeit vorsieht, für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer günstigere Vorschriften anzuwenden oder zu erlassen, besteht diese Möglichkeit nämlich nicht für die Definition des Begriffs Arbeitszeit. Diese Feststellung wird durch die Zielsetzung der Richtlinie bestätigt, die sicherstellen soll, dass die in ihr enthaltenen

Heberer J., Hüttl P.: Ist Rufbereitschaft doch Arbeitszeit? Passion Chirurgie. 2018 Dezember, 8(12): Artikel 04_13.



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

Definitionen nicht nach dem jeweiligen nationalen Recht unterschiedlich ausgelegt werden. Mit anderen Worten macht dies deutlich, dass, obgleich die Entscheidung im Zusammenhang mit einem Feuerwehrdienst in Belgien ergangen ist, sie 1:1 auf die Mitgliedstaaten zu übertragen ist.

In den Gründen führt der EuGH daher wie folgt aus:

„Im Rechtsstreit des Ausgangsverfahrens musste Herr Matzak nach den dem Gerichtshof zur Verfügung stehenden Informationen, deren Überprüfung Sache des vorlegenden Gerichts ist, während seines Bereitschaftsdienstes nicht nur erreichbar sein. Zum einen war er verpflichtet, einen Ruf seines Arbeitsgebers zum Einsatzort innerhalb von acht Minuten Folge zu leisten, und zum anderen musste er an einem von seinem Arbeitgeber bestimmten Ort persönlich anwesend sein. Jedoch handelte es sich bei diesem Ort um seinen Wohnsitz und nicht, wie in den Rechtssachen, die zu der oben in den Rn. 57 bis 59 des vorliegenden Urteils genannten Rechtsprechung geführt haben, um seinen Arbeitsplatz.“

Insoweit ergibt sich aus der Rechtsprechung des Gerichtshofs, dass die Begriffe „Arbeitszeit“ und „Ruhezeit“ im Sinne der Richtlinie 2003/88 unionsrechtliche Begriffe darstellen, die anhand objektiver Merkmale unter Berücksichtigung des Regelungszusammenhangs und des Zwecks der Richtlinie zu bestimmen sind, der darin besteht, Mindestvorschriften zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen der Arbeitnehmer aufzustellen (Urteil vom 10. September 2015, *Federación de Servidors Privados del sindicato Comisiones obreras*, C-266/14, EU:C:2015:578, Rn. 27).

Die Verpflichtung, persönlich an dem vom Arbeitgeber bestimmten Ort anwesend zu sein, sowie die Einschränkung, die sich aus geografischer und zeitlicher Sicht aus dem Erfordernis ergibt, sich innerhalb von acht Minuten am Arbeitsplatz einzufinden, können objektiv die Möglichkeiten eines

Arbeitnehmers in Herrn Matzaks Lage einschränken, sich seinen persönlichen und sozialen Interessen zu widmen.

Angesichts dieser Einschränkungen unterscheidet sich die Situation von Herrn Matzak von der eines Arbeitnehmers, der während seines Bereitschaftsdienstes einfach nur für seinen Arbeitgeber erreichbar sein muss.

Unter diesen Umständen ist der Begriff „Arbeitszeit“ in Art. 2 der Richtlinie 2003/88 dahin auszulegen, dass eine Situation darunter fällt, in der ein Arbeitnehmer verpflichtet ist, die Zeit des Bereitschaftsdienstes zu Hause zu verbringen, für seinen Arbeitgeber verfügbar zu sein und sich innerhalb von acht Minuten an seinem Arbeitsplatz einzufinden zu können.“ (EuGH, Urteil vom 21.02.2018, Az.: C-518/15-Matzak)

Im Ergebnis steht also fest, dass sich in der Rechtsprechung insbesondere auch durch den EuGH immer mehr zementiert, dass Rufbereitschaftsdienst nur noch dann nicht als Arbeitszeit gilt, wenn zum einen die Aufenthaltsbestimmung tatsächlich vollkommen frei ist. Dies betrifft aber nicht nur die tatsächliche Anordnung eines konkreten Aufenthaltsortes, sondern insbesondere auch die Zeitspanne, die dem Arbeitnehmer gelassen wird, damit er nach Abruf die Arbeit aufnimmt. Diese Zeitspanne darf nicht so eng gefasst sein, dass tatsächlich eine Verfügungsgewalt über den Aufenthaltsort nicht mehr möglich ist. Wo die tatsächliche Grenze zu ziehen sein wird, ist natürlich immer eine Betrachtung des Einzelfalls. Es kristallisiert sich aber heraus, dass allein die Vorgabe einer Alarmierungszeit bereits gegen die Annahme von Rufbereitschaftsdienst spricht. Hier ist bei der Gestaltung der Dienstpläne äußerste Vorsicht zu beachten.

Die reine medizinische Notwendigkeit spielt hier auch keine Rolle, da es ja über das Mittel des Bereitschaftsdienstes immer die Möglichkeit gibt, durch den Anwesenheitsdienst die Patientensicherheit zu gewährleisten. Aus Sicht der Krankenhausträger positiv ist der Entscheidung zu entnehmen, dass der EuGH hier nochmals klargestellt hat, dass die

Richtlinie nicht die Frage des Arbeitsentgelts für Arbeitnehmer regelt, da dieser Aspekt außerhalb der Zuständigkeit der Union liegt. Die Mitgliedstaaten können somit in ihrem nationalen Recht bestimmen, dass das Arbeitsentgelt eines Arbeitnehmers im Rahmen der Dienste von demjenigen abweicht, was im Sinne einer „normalen Arbeitszeit“ geschuldet ist.

FAZIT

Insgesamt kann man also festhalten, dass man bei der Gestaltung der Dienstpläne äußerste Vorsicht zu walten hat. Das absolute K.O.-Kriterium für die Annahme eines Rufbereitschaftsdienstes ist nach wie vor die Vorgabe eines bestimmten Aufenthaltsortes. Selbst wenn dieser vom Arbeitgeber bestimmte Aufenthaltsort das Zuhause des Arbeitnehmers ist, wäre dies zu starr. Aber auch bei den zeitlichen Vorgaben muss man zurückhaltend sein und insbesondere spielen dann medizinische Betrachtungen keine Rolle. Wenn die zeitliche Vorgabe so eng ist, dass sich der Mitarbeiter im Rahmen seiner Ruhezeit nicht frei bewegen kann, so dürfte dann auch Rufbereitschaftsdienst nicht mehr als Rufbereitschaftsdienst sondern als Bereitschaftsdienst gelten.

Insgesamt ist also diese Klarstellung des EuGH ein weiterer Fingerzeig darauf, wohin sich die Rechtsprechung entwickeln wird. Wie bereits aufgrund der zitierten nationalen Entscheidungen der Landesarbeitsgerichte und des Bundesarbeitsgerichts dargestellt, ist die Zeitspanne, die zwischen der Alarmierung und der Arbeitsaufnahme liegt, ein durchaus wichtiges Kriterium, um Rufbereitschaftsdienst vom Bereitschaftsdienst zu unterscheiden. Zu enge Vorgaben können hier nicht nur in vergütungsrechtlicher Hinsicht (weil dann ggf. das Bereitschaftsdienstentgelt zu bezahlen ist) sondern insbesondere im Hinblick auf die Einhaltung der täglichen und wöchentlichen Höchstarbeitszeit zum Problem werden. Es steht zu erwarten, dass bei der Überprüfung der Dienstpläne und deren Vereinbarkeit mit dem Arbeitszeitgesetz bzw. mit den sich aus den Tarifverträgen ergebenden Abweichungsmöglichkeiten, diese Entscheidungen als maßgebliches Kriterium der Einordnung herangezogen werden. 

Frage & Antwort



Operationsaufklärung mit dem Tablet



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer

Justitiar BDC

Rechtsanwalt und Fachanwalt für

Medizinrecht

justitiar@bdc.de

FRAGE:

Ein Chirurg/Unfallchirurg fragt an, ob eine Operationsaufklärung dem Patienten ausgedruckt mitgegeben werden muss oder ob es ausreicht, dass der Patient sie auf dem sog. Tablet (z. B. iPad) in der Praxis/Klinik lesen und unterschreiben kann. In seinem Arbeitsbereich werden Tablets zur Dokumentation und Aufklärung verwendet, auf welchen auch die Möglichkeit besteht, eine Unterschrift zu tätigen.

ANTWORT:

Grundsätzlich ist die elektronische Dokumentation mittlerweile anerkannt, sofern sie rechtssicher (d. h. geschützt vor nachträglichen Veränderungen) ausgestaltet ist. Auch die den ärztlichen Heileingriff regelnden Vorschriften befassen sich inzwischen mit der elektronischen Dokumentation (§§ 630 a ff. BGB – so besteht z. B. ein Einsichtsrecht für Patienten gem. § 630 f Satz 3 BGB auch in elektronisch geführte Patientenakten etc.).

Gemäß § 630e Abs. 2 Satz 2 BGB sind dem Patienten Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat,

„auszuhändigen“. Die grundsätzliche Pflicht zur Dokumentation ergibt sich aus § 630 f Abs. 2 Satz 1 BGB, in dem die Aufklärung ausdrücklich genannt wird.

Die Frage, ob dem Patienten auch dann Kopien der Aufklärungsunterlagen „ausgehändigt“ werden müssen, wenn er eine rechtssichere Unterschrift auf dem iPad leistet und ihm die Unterlagen auf elektronischem Wege (z. B. per e-mail) zur Verfügung gestellt werden, ist durch die Rechtsprechung bisher nicht entschieden. Nachdem aber die elektronische Dokumentation insgesamt anerkannt ist müsste es ausreichen, wenn dem Patienten die von ihm unterzeichnete Operationsaufklärung – sofern der Patient hiermit einverstanden ist – auf elektronischem Wege, z. B. als PDF-Datei o.ä. „ausgehändigt“, also übermittelt wird. Die Art und Weise der „Aushändigung“, d. h. der Übermittlung sollte dann auch in der Patientendokumentation festgehalten werden.

In Zweifelsfällen, wenn der Patient z. B. keine elektronische Übermittlung wünscht oder etwa über die hierfür erforderlichen technischen Voraussetzungen nicht verfügt, muss auf jeden Fall die Operationsaufklärung mit

Heberer J. F+A: Operationsaufklärung mit dem Tablet.
2018 Dezember; 8(12): Artikel 04_14.



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

der Unterschrift ausgedruckt und dem Patienten übergeben werden.

Eine Verletzung der Pflicht zur Aushändigung von unterzeichneten Aufklärungs-/Einwilligungsbögen an den Patienten bedingt im Streitfall eine Verschlechterung der

Beweislage für den Arzt, denn die Beweislast für Inhalt und Umfang der Aufklärung trifft grundsätzlich die Behandlungsseite (§ 630 h Abs. 2 S. 1 BGB).

Schließlich gilt auch für die elektronische Dokumentation, dass der Behandelnde die

Patientenakte, mithin die elektronisch gespeicherten Daten, für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren hat, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere, ggf. längere Aufbewahrungsfristen bestehen (§ 630 f Abs. 3 BGB).



HERZMEDIZIN 2019



48. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für
Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie



51. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für
Pädiatrische Kardiologie

Frühbucherfrist
31. Dezember 2018

Herz 4.0

16. – 19. Februar 2019

RheinMain CongressCenter Wiesbaden

Tagungspräsident:
Tagungsorganisation:
Tagungssekretär:

www.dgthg-jahrestagung.de

Prof. Dr. Volkmar Falk
Dr. Andreas Beckmann
Dr. Jörg Kempfert

www.dgpk-jahrestagung.de

Prof. Dr. Christian Jux
Dr. Karl Robert Schirmer
Prof. Dr. Markus Khalil

Gesucht: Sektoral unvorbelastete Experten



DR. STEPHAN DITTRICH ÜBER DIE ERPROBUNG DER HYBRID-DRG

Der Ruf nach einer sektorenübergreifenden Versorgung und Vergütung wird immer lauter. Auch Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) fordert Modelle zur besseren Zusammenarbeit von Kliniken und Praxen. Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe soll zudem im Auftrag der Koalition bis 2020 Vorschläge für eine übergreifende Versorgung erarbeiten. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) und die Techniker Krankenkasse (TK) haben vor drei Jahren ein Pilotprojekt in Thüringen ins Leben gerufen. Seit knapp einem Jahr läuft es laut Initiator, Dr. Stephan Dittrich, erst richtig an. Eine einheitliche Vergütung für gleiche Leistungen soll sektorale Anreize beseitigen erläutert der Chirurg im Interview.

Quelle: OPG 26 | 2018

opg Wann hat das Projekt begonnen? Wie lange soll es laufen?

Dittrich April 2015 wurde der Vertrag unterzeichnet. Im Oktober 2017 ist es offiziell gestartet. Die Umsetzung in den Kliniken braucht immer ein halbes Jahr, so dass das Projekt im Grunde erst gerade angelaufen ist und jetzt erst die ersten Fälle reinkommen – 100 sind es bislang. Das Projekt soll vier Jahre laufen.

opg Was ist die Grundidee des Modellprojekts?

SD Es geht bei dem Projekt um die Frage, was ist für den Patienten sinnvoll und notwendig mit einer klaren Definition von Indikation, Behandlungspfad und Abschluss mit entsprechendem Follow-up, unabhängig von sektorenspezifischen Bedingungen, so dass ein und dieselbe Leistung in der Klinik, in der Ambulanz oder der Praxisklinik ähnlich



» ZUR PERSON



Dr. Stephan Dittrich ist freiberuflicher Chirurg im thüringischen Bad Lobenstein. Der Facharzt für Viszeral- und Onkochirurgie, der Septischen-, Unfall- und Handchirurgie hat als konsiliarischer Oberarzt die DRG-Welt kennengelernt. Seit 1996 engagiert sich Dittrich berufspolitisch im Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen, der Landesärztekammer, des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen, des Bundesverbandes für Ambulantes Operieren und des Berufsverbandes Niedergelassener Chirurgen Deutschlands.

oder gleich honoriert wird. Denn einem Patienten, der einen Leistenbruch hat, ist es völlig egal, wo er operiert wird, Hauptsache es läuft gut und er hat hinterher keine Probleme mehr.

es dafür ein sauber kalkuliertes und transparentes Honorierungssystem. Das Pilotprojekt ist geeignet, das auszuloten.

opg Ein „indikationsbezogenes“ Projekt?

opg Was sind die Vorteile?

SD Der Vorteil ist, dass sämtliche sektorale Denke und Anreize, die ökonomisch, medizinisch, föderal bestehen, außen vorgelassen werden und patientenorientiert behandelt wird. Die Indikation entscheidet, wer was wann wo mit welchen Mitteln macht. Kosten und Krankenhausaufenthalte könnten auf diese Weise möglicherweise gesenkt werden – aber das sind alles Sekundärfragen. Ambulant heißt, dass es für Kostenträger nicht unbedingt billiger ist. Klar schlagen die Personal- und Infrastrukturkosten in den Kliniken hoch zu Buche, doch die OPs selbst sind ähnlich teuer. Ein weiterer Vorteil ist, dass man jetzt zum ersten Mal eine saubere Kostenkalkulation durchführen und herausfinden kann, was dieselbe Behandlung in der Klinik und in der Praxis kostet. Momentan ist das alles Verhandlungssache und Mystik, das sagt auch der Sachverständigenrat. Wenn wir tatsächlich an der Schnittstelle ambulant-stationär eine neue Versorgungsschiene aufmachen wollen, was allgemein gefordert wird, dann braucht

SD Wir haben eine Indikation – zum Beispiel einen Leistenbruch – definieren genau, wann ein Leistenbruch operationspflichtig ist, wie sind die Nebenerkrankungen, ob die Behandlung potenziell ambulant zu behandeln oder ob es ein ambulant-stationärer Krankheitsfall ist. Das Ganze wird dokumentiert. Dann wird der Patient dort operiert, wo es für ihn am sinnvollsten ist – entweder rein ambulant oder er bleibt ein oder zwei Tage auf Station. Am Ende gibt es einen Nachbericht über die OP. Und die operierende Einrichtung behält die Verantwortung für den Patienten bis zum Abschluss. Nach vier bis sechs Wochen gibt es einen Abschlussbericht mit klinischer Untersuchung, mit Patientenbefragung, Dokumentation mit Qualitätskriterien. Nach einem Jahr soll es ein Follow-up geben, dann werden die Ergebnisse angeschaut.

opg Wie viele Kliniken und Praxen machen bei dem Projekt mit und war es schwer, diese für das Vorhaben zu gewinnen?

Dittrich S: Gesucht: Sektoral unvorbelastete Experten. *Passion Chirurgie*. 2018 Dezember, 8(12): Artikel 05_01.



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

SD 27 von 32 Kliniken in Thüringen, die infrage kamen, hatten Interesse gezeigt und wollten mitmachen. Aktuell sind acht Kliniken unter Vertrag. Von den niedergelassenen Chirurgen haben wir 14 Praxen im Umfeld dieser Kliniken einbezogen. Vorbehalte gab es angesichts der geringen Fallzahlen, eine Routine aufzubauen.

opg Warum wurde Thüringen für das Projekt ausgewählt?

SD Da gibt es mehrere Gründe. Thüringen ist ein Flächenland. In den einzelnen Fachbereichen gibt es keinen so starken Wettbewerb zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern, wie dies etwa im Ballungsraum München der Fall ist. Zwischen den Fachgesellschaften, Kliniken, niedergelassenen Ärzten, KV, Landesärztekammer gibt es eine gewisse Harmonie, eine Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit. Wir haben mit der NAO GmbH in Thüringen ein starkes Netzwerk, dass das Management komplett übernimmt: Abrechnungen und Filemanagement, und das alles IT-gestützt. Die Techniker Krankenkasse ist zudem in Thüringen nicht so stark vertreten, dass auftretende Probleme gleich systemrelevant wären.

opg Welchen Part übernimmt die Techniker Krankenkasse? Welche Kosten entstehen?

SD Die TK hat sich als Kostenträger zur Verfügung gestellt. Das Ganze kostet nicht mehr als die Regelversorgung. Wir haben eine Hybrid-DRG gebildet – das sind die gewichteten Ausgaben aus bisherigen ambulanten und stationären Leistungen bei gleichen Indikationen. Das heißt, nur ambulant-sensitive Krankenhausfälle wurden berücksichtigt. Daraus wird ein gewichteter Mittelwert gebildet. Die Kasse trägt das Morbiditätsrisiko. Der Preis für den Leistenbruch entspricht damit in etwa der bisherigen Regelversorgung.

opg Taugt das Konzept, um es auf andere Versorgungsbereiche zu übertragen?

KBV-Vorstand Dr. Gassen hält von einer Hybrid-DRG nichts und will ein ganz neues Honorierungssystem.

SD Die Zusammenfassung von EBM- und DRG-Leistungen als Hybrid-System ist für das Projekt eine praktikable Honorierungsplattform, so dass man zwischen Klinik und Niederlassung eine harmonisierte Vergütung hat, um sektorale Anreize auszuschalten. Ziel ist, dass gleiche Leistungen gleich vergütet werden. Voraussetzung dafür ist eine saubere Kalkulation der Leistungen. Wie man das dann nennt, ist egal. Vorteil an einer DRG-basierten Kalkulation ist, dass es regionalisierbar ist anhand des Landesbasisfallwertes und die Kliniken einen einheitlichen Automatismus haben, anstatt dass über unterschiedliche Honorare im ambulanten Bereich diskutiert werden muss. Das EBM-System ist mit Punkten und Orientierungspunktwert einfach ungeeignet für solche Fälle, wie wir sie im Schnittstellenbereich haben. Gesundheitsexperten und die KBV reden seit mehr als 15 Jahren von einer integrierten Versorgung und wenn es dann einer tut, dann sagen sie, wir wollen es anders haben. Wenn Herr Gassen keine Kreuzung zwischen Esel und Pferd haben will, sage ich: selbst wenn dabei ein Maultier herauskommt, dann kann es den Karren aus dem Dreck ziehen und ist dabei ein sehr genügsames Tier, während das Pferd weiter wiehert und der Esel weiter ja sagt. Zudem braucht es zu lange, um ein komplett neues Honorierungssystem auf den Weg zu bringen. Als Hilfsbrücke ist die Hybrid-DRG erst einmal anwendbar und für jede Kasse transparent, man kann nachrechnen, wie man auf den Preis kommt. Vor allem haben wir momentan drei Vergütungssysteme – vertragsärztlich ambulantes Operieren nach EBM mit den budgetierten ambulanten Leistungen, das ambulante Operieren nach § 115 SGB V, wo die adjuvanten Leistungen nicht budgetiert sind aber trotzdem nach EBM abgerechnet wird, und wir haben das kurzstationäre Operieren nach DRG mit Abschlag. Das muss sich ändern.

opg Für wen ist eine sektorenübergreifende Versorgung nicht geeignet?

SD Es braucht einen klaren Anfangs- und Endpunkt einer Erkrankung. Um Fallpauschalen abzubilden, bietet sich der gesamte operative und interventionelle Bereich an. Viele Herzschrittmacher werden ambulant implantiert. Da gibt es ein weites Feld, was ambulant machbar ist. Das Projekt wäre für chronische Erkrankungen und Multimorbide aus meiner Sicht nicht geeignet, weil es keinen Anfang und kein Ende gibt. Da müssen andere Kriterien greifen. Es geht darum, für die Fälle, die ambulant wie stationär behandelt werden können, eine Regelung zu finden, ohne dass diese durch sektorale Befindlichkeiten getriggert ist. Alles das, was zuvor vollstationär behandelt werden musste, bleibt auch im Krankenhaus. Es geht nicht darum, die Leute massenhaft aus den Kliniken zu holen.

opg Was sind Ihre Forderungen an die Politik?

SD Dass Leute in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe über das Thema reden, ohne selbst sektoral behaftet zu sein und man frei von sektoralen Befindlichkeiten die Dinge betrachtet, wie wir es aktuell in Thüringen machen. Das Zweite wäre: Wenn man eine solche harmonisierte Versorgung und Vergütung haben will, sollte ein entsprechender Rechtsrahmen vorgegeben werden – und zwar im Sozialgesetzbuch, Bundesmantelvertrag und den gesamten Richtlinien. Denn die Rahmenbedingungen, um im Schnittstellenbereich zu arbeiten, sind bisher noch nicht geschaffen worden.

opg Wird das Pilotprojekt zu einem einheitlichen Vergütungssystem in der Praxis führen?

SD Deswegen machen wir es. Der Sachverständigenrat sollte das aufgreifen und empfehlen, es weiterzuführen, weil es ein Lösungsvorschlag und er patientenorientiert ist. ○

AKTUELLE MELDUNGEN



19.11.2018 BUNDESÄRZTEKAMMER BESCHLIESST NEUE WEITERBILDUNGSORDNUNG

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat am 15.11.2018 einstimmig die Gesamt-Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) für Ärztinnen und Ärzte beschlossen. Er gab damit den Startschuss für eine vollständige ...



16.11.2018 STATIONÄRE KRANKENHAUSKOSTEN 2017 AUF 91,3 MILLIARDEN EURO GESTIEGEN

Die Kosten der stationären Krankenhausversorgung betrugen im Jahr 2017 rund 91,3 Milliarden Euro. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) weiter mitteilt, waren das 3,9 % mehr als im Jahr 2016 (87,8 Milliarden ...)



15.11.2018 EUROPAS ÄRZTE WÄHLEN PROF. MONTGOMERY ZU IHREM PRÄSIDENTEN

Die Generalversammlung des Ständigen Ausschusses der Ärzte der europäischen Union (CPME) in Genf wählte am 10. November den Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, mit ...



13.11.2018 ARBEITSZEITEN IM KRANKENHAUS REGELMÄSSIG KONTROLLIEREN

Der Marburger Bund fordert die Länder auf, die jeweils zuständige Gewerbeaufsicht anzuweisen, die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes in den Krankenhäusern regelmäßig zu überprüfen und festgestellte ...



12.11.2018 BDC⁺ WIE WEIT DARF DIE „HILFE DURCH ZWANG“ GEHEN?

Der Deutsche Ethikrat hat eine Stellungnahme zu „Hilfe durch Zwang?“ veröffentlicht. Darin geht es um professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung.



07.11.2018 OPS 2019: DIMDI VERÖFFENTLICHT ENDGÜLTIGE FASSUNG

Das DIMDI hat die endgültige Fassung der Version 2019 des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) veröffentlicht. Eingeflossen sind 264 Vorschläge und zusätzliche Anforderungen aus der Weiterentwicklung ...



Bedarfsplanung: BDC begrüßt Zusammenlegung von Orthopädie und Chirurgie

Berlin, November 2018: Am 20. September 2018 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen, die Arztgruppen Chirurgie und Orthopädie bei der Bedarfsplanung zusammenzulegen. Dieser Beschluss wurde jetzt vom Bundesministerium für Gesundheit geprüft und bestätigt. Die Zusammenlegung hat erhebliche Auswirkungen auf die Nachbesetzung von chirurgischen Praxen. „Damit hat der G-BA endlich eine langjährige Forderung des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) – zumindest teilweise – umgesetzt“, so Dr. med. Peter Kalbe, BDC-Vorstandmitglied.

Durch die Inkongruenz zwischen der Weiterbildungsordnung, die ein gemeinsames Fach Chirurgie unter Einschluss der Orthopädie und Unfallchirurgie vorsieht, und den Bestimmungen zur Nachbesetzung von chirurgischen Arztsitzen sei es bisher zu erheblichen Verlagerungen in den Bereich Orthopädie gekommen. „Das führt einerseits zu nicht erwünschten Entsperrungen für Chirurgen und macht andererseits eine Nachfolgeregelung für chirurgische Kollegen ohne Zusatzweiterbildung „Unfallchirurgie“ schwierig bis unmöglich“, erklärt Kalbe.

Der BDC begrüßt daher im Grundsatz den längst fälligen G-BA-Beschluss. „Allerdings hatte der BDC gefordert, die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie und die Fachärzte für Allgemein- und Viszeralchirurgie, also die „Grundversorger“, auf der Landkreisebene und damit kleinräumig zu beplanen und die übrigen sechs spezialisierten chirurgischen Fächer auf der Ebene der

Raumordnungsregionen“, so Kalbe. Eine solche Differenzierung sei mit dem Beschluss leider nicht geregelt worden. Das bedeute, zukünftig wäre theoretisch denkbar, dass ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit einer Spezialisierung in Kinderorthopädie einen ausgeschriebenen chirurgischen Arztsitz mit der Spezialisierung auf Proktologie übernehmen könnte. Der G-BA hat zwar eine vierjährige Beobachtungsphase beschlossen, um derartige Verwerfungen der Versorgungslandschaft zu beobachten und ggfs. gegen zu steuern, der BDC hat aber erhebliche Zweifel, dass dies ausreichen würde, um eine Ausdünnung der chirurgischen Grundversorgung zu verhindern. Hier sei zunächst die Verantwortung der regionalen Zulassungsausschüsse gefordert. Darüber hinaus seien weitere Verbesserungen der Honorierung der Grundleistungen in der chirurgischen Praxis vonnöten, um diese Tätigkeiten wieder für alle niedergelassenen Chirurgen attraktiver zu machen.

Der Beschluss wurde auf der Internetseite des G-BA veröffentlicht: <https://bit.ly/2qUNlgr> 



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

Alle Pressemitteilungen und das Medienecho
finden Sie auf BDC|Online im Bereich
Presse. (www.bdc.de/presse/)

Kommentar des Generalsekretärs

AUS DER
DGCH



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

Präsident des Berufsverbandes der
Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
praesident@bdc.de

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

ein sich mit außergewöhnlich vielen Sonnentagen auszeichnender Sommer und Herbst im Jahr 2018 hat auch in nördlicheren Breiten-graden vermeintlich positiven Einfluss auf unsere kognitiven Kräfte und geistigen Fähigkeiten nehmen können. So ist zumindest die Aussage von Neurologen der Universität Toronto aufgrund mehrerer Kohortenstudien zur Bedeutung verschiedener Jahreszeiten. Dieses Phänomen bestätigen dann auch neurobiologische Untersuchungen, die im Sommer Spitzenkonzentrationen vom Beta-Amyloid 42 im cerebrospinalen Liquor nachgewiesen haben, welche mit besseren geistigen Leistungsfähigkeiten im Vergleich zum Herbst und Winter korrelieren. Diese jahreszeitlichen Schwankungen müssen wir nun als von der Natur vorgegeben akzeptieren und so zur Kenntnis nehmen. Ähnliches gilt auch für die immer wieder zur Diskussion gestellte zweimalige Zeitumstellung im Jahr. Viele bevorzugen die permanente Sommerzeit, andere hingegen die Winterzeit, die am ehesten den biologischen Tagesrhythmus entsprechen soll. Solche „großen“ Probleme sollen an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden.

Erlauben Sie mir vielmehr zum Jahresende, einige Anmerkungen in eigener Sache, also zu den Interna der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, darzustellen. Dieses betrifft zuerst das traditionelle Rahmenprogramm während des Jahreskongresses unserer Gesellschaft, welches beim 136. Kongress 2019 in München und auch zukünftig nicht mehr durchgeführt werden darf. Der Grund dafür liegt in den

immer komplexer werdenden Health Care Compliance-Regeln, nach denen ein Rahmenprogramm, auch bei unabhängiger und eigenständiger Finanzierung, nicht parallel zum wissenschaftlichen Programm angeboten werden kann. Zudem sind solche Veranstaltungen auch nicht mit den Vorgaben der Bundesärztekammer bzw. der Landesärztekammern vereinbar, da bei Nichtbeachtung derselben die Zertifizierung der wissenschaftlichen Fortbildungsveranstaltungen mit CME-Punkten aberkannt werden kann. Unter Berücksichtigung der aufgeführten Gründe findet der nächstjährige Organspendelauf deshalb auch als Nachtlauf im Englischen Garten in München statt.

Ein weiterer Punkt, der angesprochen werden muss: Nach Festnahme eines Klinikleiters wegen angeblichen medizinischen Fehlverhaltens sind die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie wie auch der Berufsverband der Deutschen Chirurgen von verschiedensten Seiten wiederholt kontaktiert und aufgefordert worden, zeitnah eine öffentliche Stellungnahme zu diesem Vorgang abzugeben. Wie bei ähnlich gelagerten Vorfällen in der Vergangenheit ist allerdings nach erneuter ausführlicher juristischer Beratung auch dieses Mal dringend davon abgeraten worden, sich als wissenschaftliche Fachgesellschaft oder Berufsverband öffentlich zu einem noch laufenden Verfahren bzw. staatsanwaltlichen Ermittlungen zu äußern. Im vorliegenden Fall sind zudem Medienberichten zufolge die staatsanwaltlichen Ermittlungen aktuell noch ausgeweitet worden. Nachdrücklich kann ich deshalb nur um Verständnis für das Verhalten unserer Gesellschaft und des Verbandes bitten.

Abschließend ist es mir im Rahmen dieser Interna ein besonderes Anliegen, den Vorsitzenden und Mitgliedern aller chirurgischen Arbeitsgemeinschaften und Sektionen sowie der verschiedenen Projektgruppen innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, besonders auch bei praktizierter interdisziplinärer Kooperation, ganz herzlich für die stetigen Bemühungen und den persönlichen Einsatz zu danken. Nur auf einem solchen Weg der Zusammenarbeit mit den assoziierten Fachgesellschaften, sei es bei Fragen zur Nachwuchsakquise oder Digitalisierung in der Medizin, speziell in unserem Fachgebiet bzw. zur Bedeutung der onkologischen Chirurgie, ist es möglich, den immer wieder hinterfragten Mehrwert einer Mitgliedschaft in der Muttergesellschaft zum Vorteil aller Beteiligten auch wirklich generieren zu können.

MUSTERWEITERBILDUNGSORDNUNG FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE IN DEUTSCHLAND

Mit Datum vom 15. November 2018 hat der Vorstand der Bundesärztekammer einstimmig die Gesamtnovelle der Weiterbildungsordnung beschlossen. Sieben Jahre nach dem Reformauftrag zur Weiterbildung vom 115. Ärztetag und den Diskussionen während des 121. Ärztetags in Erfurt im Mai dieses Jahres ist die Novellierung nunmehr abgeschlossen und der Weg für eine vollständige Neuausrichtung der ärztlichen Weiterbildung vorgegeben. Es handelt sich dabei nun um eine kompetenzbasierte und flexiblere Weiterbildung nach dem Motto: „Inhalte statt Zeiten“. Lerninhalte haben weitgehend die bisher geforderten Richtzahlen und -zeiten abgelöst. In der neuen Novelle wird jetzt generell zwischen den kognitiven und Methodenkompetenzen sowie den Behandlungskompetenzen in vier Kategorien unterschieden: Diese weisen Inhalte auf, die zu beschreiben, systematisch einzuordnen und zu erklären sind sowie Fertigkeiten, die unter Anleitung oder selbstverantwortlich durchgeführt werden müssen. Zur Dokumentation soll nach Paragraph acht ein möglichst einheitliches elektronisches Logbuch verwendet werden, welches aber gegebenenfalls einer Rechtsgrundlage des jeweiligen Bundeslandes bedarf. Die Kontrolle soll durch den Weiterbilder bei

dem verpflichtend durchzuführenden Jahresgespräch erfolgen. Nach Paragraph vier ist auch eine Weiterbildung in Teilzeit möglich, der Kompetenzerwerb muss allerdings einer ganztägigen Weiterbildung bei resultierender verlängerter Gesamtweiterbildungszeit entsprechen. Befindet sich ein Kandidat bei Inkrafttreten der neuen Weiterbildungsordnung in der Facharztweiterbildung kann er nach Paragraph 20 diese innerhalb einer Frist von sieben Jahren nach der bisher gültigen Weiterbildungsordnung abschließen. Die Weiterbildungsordnung 2018 weist bei einem Gesamtumfang von 444 Seiten 51 Facharzt-, 10 Schwerpunkt- und 57 Zusatz-Weiterbildungen auf. Im Gebiet Chirurgie beträgt die Weiterbildungszeit insgesamt 72 Monate, wobei z. B. in der Viszeralchirurgie 48 Monate in diesem Fach und jeweils sechs Monate in der Notfallaufnahme und Intensivmedizin abzu leisten sind. Anrechnungsfähig sind dabei zwölf Monate in einem anderen Gebiet. Unter der Handlungskompetenz sind insgesamt 36 verschiedene Richtzahlen aufgelistet. Es bleibt nun abzuwarten, wie zeitnah diese Empfehlungen der Bundesärztekammer in den 17 völlig autonomen Landesärztekammern umgesetzt werden.

STATIONÄRE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND

Nach Analyse des statistischen Bundesamtes waren die stationären Behandlungsfälle in den 1943 Krankenhäusern bei einer Bettenauslastung von 77,8 % im Jahr 2017 mit 19,45 Millionen im Vergleich zum Vorjahr um 0,4 % leicht rückläufig. Die durchschnittliche Krankenhausverweildauer betrug unverändert 7,3 Tage. Die Kosten der stationären Krankenhausbehandlung waren bei einer Zunahme von 3,9 % von 87,8 Milliarden Euro auf 91,3 Milliarden Euro im Jahr 2017 angestiegen, pro Fall lagen sie im Durchschnitt bei 4.695 Euro und damit um 4,4 % höher als im Vorjahr. Am höchsten waren diese mit 5.408 Euro in Hamburg und am niedrigsten mit 4.235 Euro in Brandenburg. Mit Ausgaben für nicht-stationäre Leistungen, z. B. für Ambulanz, wissenschaftliche Forschung und Lehre in Höhe von 14,5 Milliarden Euro, beliefen sich die Gesamtausgaben der Krankenhäuser 2017 auf 105,7 Milliarden Euro, wobei die Personalkosten

63,8 Milliarden Euro und die Sachkosten 39,1 Milliarden Euro ausmachten. Dies entspricht einer Zunahme gegenüber dem Vorjahr von 4,5 % bzw. 3,1 %.

GESUNDHEITSPOLITIK

Die Gesundheitspolitik stand in den letzten Monaten trotz erheblicher atmosphärischer Störungen innerhalb der großen Koalition nicht völlig im Schatten der Bundespolitik. Dafür sorgte besonders der 16. Bundesgesundheitsminister unseres Landes, der Westfale Jens Spahn, der angeblich gern Eierlikör trinkt und gern Disco-Fox tanzt; ihm gelang es, die Wahrnehmung seines Ministeriums in den Medien und der Bevölkerung durch zahlreiche, auch populistische Gesetzesvorlagen, deutlich zu steigern. Wie sein Vorgänger im Amt legte auch er eine hohe Schlagzahl zur Abarbeitung der im Koalitionsvertrag vereinbarten Gesetze vor. Sogar sein gesundheitspolitischer Partner Karl Lauterbach bestätigte, dass in der gemeinsamen Gesundheitspolitik die Sacharbeit im Vordergrund gestanden und der Minister sehr zuverlässig, schnell und kollegial gearbeitet habe. Nach Meinung von Lauterbach werden dabei auch zwei auf den Weg gebrachte Gesetze das Gesundheitswesen in Deutschland grundlegend verändern, nämlich das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sowie das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG). Ersteres hat jedoch bei den niedergelassenen Kollegen mit den bekannten Forderungen nach Erhöhung der Mindestsprechstundenzeiten für bestimmte Vertragsarztgruppen und dem Ausbau der Terminservicestellen bis zum heutigen Tag zu massiven Protesten geführt. Dieses Gesetz wird dabei als Missachtung der Selbstverwaltung und der Freiberuflichkeit sowie als vermehrter Einstieg in eine dirigistische Staatsmedizin angesehen und als Mogelpackung oder sogar als „wirre Idee“ bezeichnet. Verschiedene Landesärztekammern haben bereits entsprechende Resolutionen zu dieser „Ungeheuerlichkeit“ verfasst. Die Gegenreaktion der Ärzteschaft wird auch nicht durch die Aussage des Ministers abgeschwächt, dass dieses Gesetz einen Kompromiss darstellt, um die von der SPD favorisierte Bürgerversicherung verhindern

zu können. Es bleibt also abzuwarten, ob auf der Zielgeraden der parlamentarischen Beratungen noch Veränderungen erreicht werden können.

Dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz ist am 9. November 2018 vom Bundestag zugestimmt worden und die angestrebten Bemühungen zur spürbaren Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Personalausstattung im Bereich der Pflege ist von den meisten Organisationen und Verbänden positiv aufgenommen worden; die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen ist nach Ansicht der Kostenträger allerdings als problematisch anzusehen. Dies gilt auch für die Personalbemessungsverfahren, also die Bestimmung der Personaluntergrenzen, die vom Bundesgesundheitsministerium selbst für die Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie ab 2019 festgelegt worden sind, nachdem die Selbstverwaltungsorgane keine Einigung hatten erzielen können. Über die Konsequenzen dieser Vorgaben, dass Abteilungen gegebenenfalls geschlossen werden müssen, ist sich nach eigenen Aussagen der Minister sehr wohl bewusst, wobei zu hinterfragen ist, ob dieses nicht auch politisch gewollt ist.

Als weitere Maßnahmen in der Gesundheitspolitik sind die Einführung der Beitragsparität als Versichertenentlastungsgesetz, die konstituierenden Sitzungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur sektorenübergreifenden Versorgung bzw. der wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungswesen anzuführen. Zudem sind Veränderungen des Transplantationsgesetzes mit Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende vorgesehen. Die angestrebte Steigerung des Spenderaufkommens in unserem Land soll durch stringenter Organisationsstrukturen in den Krankenhäusern mit verbindlicher Freistellung von Transplantationsbeauftragten, Einrichtung eines neurologischen konsiliar-ärztlichen Bereitschaftsdienstes und eine bessere Vergütung für die Entnahmekrankenhäuser erreicht werden. In der Diskussion steht dabei allerdings weiterhin die von Spahn favorisierte

Widerspruchslösung gegenüber der noch gültigen Zustimmungslösung.

Auch in den jetzigen, gerade parteipolitischen interessanten Zeiten, findet der Minister klare Worte zu der Klagewelle der Kostenträger bei den Abrechnungen zur Behandlung von Patienten mit einem Apoplex und bezeichnet dieses Verhalten der Krankenkassen als „Irrsinn, Starrsinn und Wahnsinn“. Gleichzeitig werden weitere politische Veränderungen im Gesundheitswesen angekündigt, so z. B. eine Strukturdebatte zur Anzahl der benötigten Krankenhäuser, weiterer Ausbau der Digitalisierung, medizinische Qualitätsoffensive in den Krankenhäusern, gestufte Notfallstrukturen sowie Veränderungen des Arzneimittelgesetzes bei Anwendung gefährlicher Behandlungsverfahren, so auch in Praxen von Heilpraktikern, zur Steigerung der Patientensicherheit. Ob und wie sich die Vielzahl der Gesetzespläne bei der Komplexität unseres

Gesundheitssystems umsetzen und auswirken wird, hängt nicht zuletzt auch vom Fortbestand der jetzigen Regierung ab. Insgesamt kann man sich beim aufgezeigten vielfältigen Aktionismus in der Gesundheitspolitik durchaus der Meinung des französischen Moralisten J. Joubert (1754-1824) anschließen: *„Wir leben in einem Zeitalter, in dem die überflüssigen Ideen überhand nehmen und die notwendigen Gedanken ausbleiben.“*

Nun wünsche ich Ihnen eine besinnliche Adventszeit und ein schönes Weihnachtsfest im Kreise ihrer Familie sowie für das neue Jahr alles erdenklich Gute, vor allem Gesundheit und Schaffenskraft, zudem Erfolg und Zufriedenheit im privaten und beruflichen Umfeld. Schon jetzt darf auch ich Sie alle zum 136. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vom 26. bis 29. März 2019 in München einladen.

Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung



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

Im Auftrag des Präsidenten lade ich hiermit alle Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zur Mitgliederversammlung anlässlich des 136. Kongresses der DGCH 2019 in München sehr herzlich ein.

Die Mitgliederversammlung inkl. Wahlen findet am Donnerstag, den 28.03.2019, 12.30 bis 14.00 Uhr im Saal 1 statt.

TAGESORDNUNG

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

ZU TOP 2: WAHLEN

In Vollzug der gültigen Satzung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sind folgende Positionen des Präsidiums ab 01. Juli 2019 neu zu besetzen:

1. Dritter Vizepräsident 2018/2019, dann Präsident 2020/2021
2. Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland
3. Niedergelassener Arzt für Chirurgie
4. Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung

Nach § 15.1 der Satzung erhält die Mitgliederversammlung für die von ihr zu bestätigenden

Kandidaten (hier 1.) zum Präsidium bzw. Vorstand jeweils einen Namensvorschlag vom Präsidium. (Darüber hinaus unterbreitet das Präsidium Wahlvorschläge für die weiteren Mitglieder des Präsidiums (§13.2))

zu 1.: Als Dritter Vizepräsident 2019/2020 und Präsident 2021/2022 wird der Mitgliederversammlung Herr Prof. Dr. Hauke Lang aus Mainz, vorgeschlagen.

Zu 2.: Als Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland ab 2019 wird der Mitgliederversammlung Herr Prof. Dr. Raffaele Rosso aus Comano vorgeschlagen.

Zu 3.: Als niedergelassener Arzt für Chirurgie ab 2019 wird der Mitgliederversammlung Herr Dr. Ralph Lorenz aus Berlin vorgeschlagen.

Zu 4.: Als Vertreter der Sektion chirurgische Forschung wird der Mitgliederversammlung Frau Prof. Dr. Christiane Bruns aus Köln vorgeschlagen.

Berlin, im November 2018
Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer

BITTE AN ALLE CHEF- UND OBERÄRZTE

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

Bericht zum Reisestipendium der DGCH zum Jahreskongress 2018 des American College of Surgeons

Mit großer Freude und Dankbarkeit nahm ich am 19. April 2018 auf der Mitgliederversammlung der DGCH des 135. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin ein Reisestipendium zum Jahreskongress des *American College of Surgeons* (ACS) entgegen. Neben dem Besuch des ACS ermöglicht das Stipendium ebenfalls einen Besuch von zwei akademischen Zentren um die Kooperation mit amerikanischen Forschern und Chirurgen weiter zu festigen. Hier wählte ich meine frühere Arbeitsstelle, das *Yale-New Haven Hospital* (YNHH) in New Haven, Connecticut, sowie das *University of Pittsburgh Medical Center* (UPMC) in Pittsburgh, Pennsylvania, aus.

Im Zuge meiner bisherigen beruflichen Laufbahn verbrachte ich bereits mehrere Jahre in den USA. Initial fertigte ich während meines Humanmedizin-Studiums eine experimentelle medizinische Doktorarbeit in Kooperation mit Prof. Richard Bucala an der *Yale University* an. Direkt im Anschluss an das Studium kehrte ich finanziert durch ein DFG-Forschungsstipendium für knapp drei Jahre in Prof. Bucalas Labor an die *Yale University* zurück. Thematisch erforschte ich den Einfluss des proinflammatorischen Zytokins *Macrophage migration inhibitory factor* auf peritoneale Makrophagenpopulationen und somit die Rolle von MIF in der experimentellen postoperativen Sepsis. Im Anschluss an diese Forschungsarbeiten absolvierte ich zwei Jahre der klinischen Weiterbildung zur Allgemeinchirurgin am *Yale-New Haven Hospital* bevor ich nun seit dem 01. August 2017 meine Facharztweiterbildung an der Chirurgischen Klinik der Charité unter der Leitung von

Prof. Johann Pratschke fortsetze. Aufgrund einer engen wissenschaftlich- klinischen Kooperation einiger Chirurginnen der Charité mit Prof. David Bartlett vom UPMC entschied ich mich für einen Besuch seines Zentrums, um neue wissenschaftliche Ideen zum Ausbau der internationalen Kooperation in Bezug auf die peritoneale Entzündungsreaktion zu erhalten.

Zunächst führte mich meine Reise also nach Boston, um vom 21. – 25. Oktober 2018 am ACS *Clinical Congress* teilzunehmen. Das U.S.-amerikanische *American College of Surgeons* ist mit rund 78.000 Mitgliedern laut eigenen Angaben die größte chirurgische Fachgesellschaft weltweit. Jährlich veranstaltet sie den sogenannten *Clinical Congress*, ein Jahreskongress, der sowohl renommierten als auch angehenden Chirurgen anhand von klinischen sowie wissenschaftlichen Schwerpunktbeiträgen, Panel Präsentationen, didaktischen Workshops und Expertendiskussionen die Möglichkeit zur individuellen Weiterbildung und Vernetzung gibt. Bereits die Eröffnungsfeier des ACS mit der Vorstellung des Leitbildes, der neusten Entwicklungen der Fachgesellschaft, des neuen und der ehemaligen Präsidenten, der nationalen und internationalen Ehren- und Gastmitglieder sowie aller ACS Stipendiaten am frühen Montagmorgen im riesigen *Boston Convention Center* war aufgrund ihrer Größe und Feierlichkeit äußerst beeindruckend. Aber auch medizinisch gehört der ACS *Clinical Congress* international sicherlich zu den renommiertesten chirurgischen Fachkongressen. Im Verlauf der kommenden Tage folgten verschiedenste



Dr. med. Wibke Schulte
Assistenzärztin
Chirurgische Klinik
Campus Charité Mitte | Campus
Virchow-Klinikum
Charitéplatz 1
10117 Berlin-Mitte
wibke.schulte@charite.de



Abb. 1: Vortrag während des sog. *Scientific Forums* des ACS



Abb. 2: Wiedertreffen ehemaliger Arbeitskollegen in lockerer Atmosphäre während des ASC

Sitzungen zu chirurgischen Schwerpunktthemen, die häufig von Koryphäen der entsprechenden Fachbereiche präsentiert wurden. Als angehende Viszeralchirurgin mit großem Interesse an der operativen Intensivmedizin und Schwerverletztenversorgung empfand ich besonders die Expertenvorträge, Sitzungen und Diskussionsrunden zu den Themen abdominelle Notfalleingriffe, Traumaver-sorgung, Management des sogenannten „offenen Abdomens“, chirurgische Intensivmedizin und das Sepsis-Update äußerst lehrreich. Diese Sitzungen gaben häufig

Anlass, etablierte Therapieverfahren kritisch zu hinterfragen und zeigten aufgrund neuer hochwertiger Evidenz Möglichkeiten der Veränderung der chirurgischen Therapieentscheidung auf.

Im Rahmen des wissenschaftlichen Forums hatte ich die Möglichkeit meine Forschungsergebnisse über letale Makrophagenpopulationen und deren Rekrutierung durch *Macrophage migration inhibitory factor* im Mausmodell der Sepsis in einem Kurzvortrag zu präsentieren und anschließend

während der Diskussion mit Experten neue Forschungsansätze und -ideen zu erhalten.

Des Weiteren besuchte ich im Verlauf des ACS Kongresses diverse Seminare in denen Karriereperspektiven und Nachwuchsförderungen für angehende Chirurgen und Chirurgen aufgezeigt wurden. Hier war sicherlich meine Erfahrung als Weiterbildungsassistentin im U.S.-amerikanischen System hilfreich um Unterschiede mit dem deutschen Ausbildungssystem erkennen und einordnen zu können. Als äußerst positiv und fortschrittlich empfand ich im amerikanischen System, dass das *Mentoring* des chirurgischen Nachwuchses durch ältere, erfahrene Chirurgen einen deutlichen Schwerpunkt während der Weiterbildungszeit einnimmt. Hier würde ich mir auch in Deutschland eine engere Zusammenarbeit und vor allem Unterstützung der jüngeren Kollegen durch erfahrene Chirurgen wünschen, wobei es auch in Deutschland bereits erste ähnliche Ansätze und Programme gibt.

Nach ein paar eindrucksvollen Tagen in Boston reiste ich nun weiter nach New Haven, Connecticut. Hier besuchte ich meinen früheren wissenschaftlichen Chef und langjährigen Mentor Prof. Richard Bucala. In einem langen, freundschaftlichen Gespräch erörterten wir neue Erkenntnisse in der *Macrophage migration inhibitory factor*-Forschung und stellten Weichen für eine längerfristige wissenschaftliche Kooperation um die Peritonitis-Forschung auch in Berlin zu etablieren.

Ebenfalls fand ein Wiedersehen mit meinen ehemaligen klinischen Arbeitskollegen, insbesondere einigen Oberärzten des *Department of Surgery* des YNHH statt. Ich empfand es als sehr bereichernd, Neuigkeiten aus den USA zu erfahren und gleichzeitig von meinen Erfahrungen an der Charité in Berlin zu berichten. Als wichtig empfinde ich den

internationalen Austausch von Chirurgeninnen und Chirurgen um auf die positiven Aspekte, wie z. B. die Flexibilität der ärztlichen Weiterbildung in Deutschland aufmerksam zu machen. Herausstellen möchte ich ebenfalls ein sehr positives Treffen mit der Chefärztin Prof. Nita Ahuja, die erst im Frühjahr 2018 als erste weibliche Chefärztin des *Department of Surgery* des YNHH und der *Yale School of Medicine* diese Position angenommen hat.

Anschließend flog ich weiter nach Pittsburgh, Pennsylvania. Das UPMC ist ein riesiges privates *nonprofit* Krankenhaus-Imperium mit ca. 80.000 Angestellten, 35 einzelnen Krankenhäusern und mit über 8.000 Betten eines der größten amerikanischen Krankenhaus-Verbünde überhaupt. Akademisch affiliert ist es mit der *University of Pittsburgh* und wird so derzeit entsprechend des *US News & World Report* als 12. bestes Krankenhaus der USA angesehen. Prof. David Bartlett ist Viszeralchirurg mit Schwerpunkt chirurgische Onkologie, der sich klinisch und wissenschaftlich mit Immuntherapien zur spezifischen Behandlung von u. a. malignen peritonealen Erkrankungen beschäftigt. Nach herzlicher Begrüßung durch Prof. Bartlett und meine Berliner Arbeitskollegin, die in Prof. Bartletts Labor gerade einen Forschungsaufenthalt durchführt, war es mir möglich, sein Labor kennenzulernen sowie an einem Labortreffen teilzunehmen. Bemerkenswert fand ich die enge Verzahnung von Klinik und Forschung, da Prof. Bartlett selbst Labortreffen leitet und Patientenproben aus seinen Operationen für das Labor zur Verfügung stellt.

So hatte ich ebenfalls die Gelegenheit einen Tag mit Prof. Bartlett im Operationssaal zu verbringen und die Anlage eines Katheters zur hepatischen arteriellen Infusions-Chemotherapie sowie eine partielle Gastrektomie mit zytoreduktiver Chirurgie und hyperthermer intraperitonealer Chemotherapie zu sehen.

Beeindruckt haben mich hier wieder die mir bereits aus meiner U.S.-amerikanischen früheren Berufstätigkeit bekannte gute Organisation des OP-Ablaufs und die ruhige und besonnene, schon fast kameradschaftliche Atmosphäre im Operationssaal. Außerdem wurde die erste Operation mit dem Da-Vinci-Operationssystem roboter-assistiert durchgeführt, was zeigt, dass am UPMC neue chirurgische Operationsverfahren zur Anwendung kommen.

In den anschließenden Tagen begleitete ich dann die morgendliche Visite der postoperativen Patienten und nahm an der wöchentlichen Tumorkonferenz und der chirurgischen Spezialsprechstunde zur Peritonealkarzinose teil, um so einen Einblick in verschiedenste Bereiche der Patientenversorgung am UPMC zu erhalten.

Zusammenfassend hat mir dieses Reise-stipendium die wunderbare Möglichkeit gegeben, meinen klinisch-wissenschaftlichen Horizont zu erweitern. Es ermöglichte mir die fachliche Weiterbildung durch aktive Teilnahme an einem renommierten chirurgischen Fachkongress und gab mir sowohl klinisch als auch wissenschaftlich neue Einblicke und Anreize. Ich denke, dass es wichtig ist, mit einer offenen Mentalität alt-eingesessene Therapieverfahren kritisch zu hinterfragen und mit neuer, qualitativ hochwertiger Evidenz Behandlungspläne zu etablieren, die unseren Patienten letztendlich die für sie individuell optimalste Therapie bieten.

Ich bedanke mich nochmals herzlich bei der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie für die Gewährung des Stipendiums, welches mich als chirurgische Weiterbildungsassistentin unterstützt und so letztlich die Weiterentwicklung der deutschen Chirurgie fördert.

Warum DGCH?

Warum engagieren?

Unter obigem Motto fand am 18. August 2018 in Frankfurt ein Kickoff-Meeting des Perspektivforums Junge Chirurgie der DGCH unter Mitwirkung einiger Nachwuchsorganisationen der assoziierten Fachgesellschaften statt. Die lokale Organisation wurde durch Professor Schmitz-Rixen, 2. Vizepräsident der DGCH, wahrgenommen.

WARUM EIN SOLCHES TREFFEN?

Als junger Chirurg in Weiterbildung in einem Fachgebiet fragt man sich natürlich, warum sich auch in der DGCH engagieren? Es gibt die verschiedenen Fachgesellschaften mit ihren eigenen Jahreskongressen und die Berufsverbände mit ihren entsprechenden Angeboten zur Fort- und Weiterbildung. Warum braucht es also eine zusätzliche, d. h. übergeordnete wissenschaftliche Fachgesellschaft? Schaut man aber zurück in die Schriftstücke aus der Gründungszeit der DGCH, so wird einem rasch bewusst: Das Hauptanliegen und dessen Wert liegt im interdisziplinären, also gemeinsamen Wissensaustausch. Neben der Vermittlung vom aktuellen Wissensstand an sich soll auch die Begeisterung für das Gesamtgebiet der Chirurgie gesteigert werden. Diese Zielsetzung ist aktueller denn je, gibt es in unserem Fach doch akzentuiert durch steigende Patientenzahlen mit entsprechendem Behandlungsbedarf und veränderten Arbeitszeiten einen regional unterschiedlich wahrgenommenen Ärztemangel in Klinik und Praxis. Dabei ist die initiale Motivation des studierenden Nachwuchses eine chirurgische Karriere zu ergreifen hoch (etwa 30 %) und sinkt erst mit zunehmender Exposition und Erfahrung im chirurgischen Alltag während des Praktischen Jahrs auf niedrig einstellige Werte (58 %). Damit verbunden sind in letzter Konsequenz auch zunehmend niedrigere Beteiligungszahlen an der Nachwuchsarbeit

in den Fachgesellschaften. Das betrifft uns alle und stellt somit eine wesentliche Herausforderung an uns alle dar. Gemeinsam galt es daher im Rahmen des Treffens zu eruieren, welchen Auftrag die DGCH aktuell wahrnimmt, welchen sie wahrnehmen sollte und wo Raum für gemeinsame Projekte besteht.

AUFBAU DES TREFFENS

Um einen strukturierten Ablauf zu ermöglichen, wurde die Diskussion extern begleitet und entlang des Konzepts nach Peter F. Drucker (amerikanischer Ökonom und Pionier des modernen Managements), den fünf wichtigsten Fragen, die man an eine Nonprofit-Organisation stellen kann, aufgebaut. Danach galt es zu erörtern:

1. Was ist die Aufgabe/der Auftrag (Mission) der DGCH?
2. Wer ist der „Kunde“ der DGCH?
3. Auf was legt der „Kunde“ wert?
4. Welche Ergebnisse erzeugen wir?
5. Wie sieht unser Plan aus?

Darüber hinaus wurde vereinbart, als Ergebnis ein konkretes, innovatives Projekt zu entwickeln, das sich auf die wesentliche, fachgesellschaftsübergreifende Arbeit konzentriert und den Auftrag der DGCH abbildet. Um zusätzlich einen regen Diskurs zu fördern wurde das „6 Hüte Konzept“ nach Edward de Bono angewendet (**Abb. 1**) und tatsächlich umgesetzt (**Abb. 2**). Eingeladen zu diesem Treffen waren alle Nachwuchsvertreter der assoziierten Fachgesellschaften der DGCH (**Abb. 3**).

DIE FÜNF FRAGEN

WAS IST DIE AUFGABE/DER AUFTRAG (MISSION) DER DGCH?

Eine traditionell wichtige Aufgabe der DGCH als wissenschaftliche Fachgesellschaft ist,

**Korrespondierender Autor:****Dr. med. Benedikt Braun**

Vertreter Perspektivforum Junge
Chirurgie der DGCH
Stellv. Leiter Themen-Referat
Nachwuchs im BDC
Universitätsklinikum des Saarlandes
Klinik für Unfall-, Hand- u.
Wiederherstellungschirurgie
Kirrberger Straße, Gebäude 57
66421 Homburg
benedikt.braun@uks.eu

**Prof. Dr. Thomas Schmitz-Rixen**

2. Vizepräsident der DGCH
Universitätsklinikum Frankfurt
Klinik für Gefäß- und
Endovascularchirurgie
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main

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

Präsident des Berufsverbandes der
Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
Generalsekretär der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie e.V.
(DGCH)

Braun BJ, Schmitz-Rixen T, Meyer HJ: Warum DGCH?
Warum engagieren? Passion Chirurgie. 2018 Dezember,
8(12): Artikel 06_03.



Abb. 1: Die 6 Hüte nach Edward de Bono. Quelle: The teaching and learning hub



Abb. 2: Der weiße Hut

wie bereits von Friedrich Trendelenburg dargelegt, die Dissemination von chirurgischem Wissen, besonders beim alljährlichen Chirurgenkongress. Dabei sieht der chirurgische Nachwuchs den Wert des Deutschen Chirurgenkongresses insbesondere in der Vermittlung von wissenschaftlich fundierten Updates zu fächerübergreifenden und interdisziplinären Themen im Rahmen von sogenannte „Up-To-Date“-Sitzungen, wie die Analysen der vorangegangenen Kongresse immer wieder belegen. Die Vermittlung von hoch fachspezifischem Wissen und Grundlagenforschung ist den verschiedenen Fachgesellschaften selbst vorbehalten, die an dem Chirurgenkongress aktiv teilnehmen, oder im

Rahmen von eigenen Kongressen diese Themen diskutieren.

Die wichtigste Aufgabe der DGCH sehen die Nachwuchsvertreter aber in der Gewinnung von chirurgischem Nachwuchs. Die Problemstellung wurde eingangs bereits diskutiert und betrifft uns alle. Dass ein neues Kooperations-Projekt des Perspektivforums dieses Problem unmittelbar adressieren muss, ist allen Vertretern bewusst und das größte Anliegen für dieses Treffen.

WER IST DER „KUNDE“ DER DGCH?

Primärer Kunde der DGCH sind die deutschen Chirurgeninnen und Chirurgen aller Fachgebiete.



Abb. 3: Die Teilnehmer des Treffens

Diese sind von den oben genannten Aufgaben unmittelbar betroffen. Wichtigste assoziierte „Kunden“ sind die Patienten, in deren unmittelbarem Interesse ein gut ausgebildeter Chirurg und eine starke, effiziente Chirurgie steht.

Weitergehendes Interesse an einer Gesellschaft wie der DGCH haben darüber hinaus die verschiedenen Arbeitgeber, andere Fachgesellschaften/Fachgebiete, Studierende, aber auch die Industrie.

AUF WAS LEGT DER „KUNDE“ WERT? WELCHE ERGEBNISSE ERZEUGEN WIR?

Zur Diskussion dieses Punktes gab es eine Zäsur im Treffen. Das Bedürfnis, ein konkretes Projekt zu definieren, mit dem das wichtigste Anliegen, die Nachwuchsgewinnung, unmittelbar adressiert werden kann, überwog jegliches Protokolldenken. Kurzerhand wurde eine „Brainstorming-Session“ einberufen, die Moderation temporär des Raumes verwiesen und über ein gemeinsames Projekt diskutiert.

WIE SIEHT UNSER PLAN AUS?

Das Problem liegt beim Nachwuchs, die Lösung auch. Schaut man in die begrenzt vorliegende Literatur, so wird klar, mit zunehmender Exposition der Studierenden gegenüber unserer konkreten Arbeitswelt sinkt die

Motivation, ein chirurgisches oder operatives Fach zu ergreifen. Es braucht somit persönliche Vorbilder und Begegnungen, durch die sich die Studierenden mit der Chirurgie identifizieren können. Die vermeintlichen Vorurteile einer übermäßigen Belastung, hoher Bürokratie und wenig familienfreundlicher Arbeit sind zu entkräften. Obwohl auf den Kongressen und im persönlichen Gespräch mit Entscheidern dieses Problem klar erkannt und diskutiert wird, scheint es in der Breite und im Routinebetrieb des klinischen Alltags bzw. bei weiter bestehender Hierarchie nicht adäquat umgesetzt zu werden, sonst wäre die Datenlage eine andere. Die Lösung könnte sein, Begegnungen zu schaffen und positive Kontakte mit der Chirurgie zu ermöglichen, die Raum für Begeisterung lassen. Dabei sind junge, motivierte Nachwuchsvertreter ideale Kandidaten, um zu begeistern, verfechten und demonstrieren sie doch mit ihrer noch ungebrochenen Begeisterung für das Gebiet die Vorteile der Chirurgie und arbeiten an ihrer kontinuierlichen Verbesserung in ihrer Freizeit mit großem Enthusiasmus bei oftmals fehlender klinischer Honorierung.

Plan ist es daher, ein deutschlandweites Netzwerk aufzubauen, in dem zunächst Studierende mit Vertretern der verschiedenen Fachgebiete in Kontakt treten können und so zum einen direkte Ansprechpartner,

zum anderen auch Möglichkeiten zu kurzen Hospitationen zu haben, um in positivem Kontext die Chirurgie erleben zu können. Perspektivisch kann dieses Modell auch für Kontakte und Hospitationen unter Assistenten und jungen Oberärzten dienen, um neue Kliniken und Operationstechniken kennen zu lernen, also eine rasche Netzwerkbildung und Kontaktlösung, quasi „der kurze Dienstweg“ in digital. Als Vorbild dient dazu die bereits in der Erstellung befindliche Forschungslandkarte der DGCH.

Ein solches Projekt ist natürlich mit vielen Auflagen und persönlichem Einsatz verbunden. Eine erste Testphase wird unter den Nachwuchsvertretern der Fachgesellschaften und den dort vor Ort befindlichen Studierenden erfolgen. Die Programmierarbeit, Verbreitung, Bewerbung und auch die persönliche Arbeit wird von den Nachwuchsvertretern direkt übernommen.

FAZIT

Wie ist das Treffen und das geplante Projekt nun letztlich zu bewerten? Ein Kickoff ist ein erster Schritt, die erreichten Ergebnisse zeigt die Zeit. Der Wille und die Motivation aller Nachwuchsvertreter, gemeinsam ein Projekt zu schaffen, von dem jeder profitieren kann und über das sich auch der Nachwuchs für unser Fach begeistern lässt, ist ungebrochen. Die Struktur und eine konkrete Idee sind nun geboren. Verbandsarbeit ist zäh und ein Wandel von oben nur sehr langsam, daher bietet diese Möglichkeit an der Basis der Vertretungen rasch ein erstes gemeinsames Projekt umzusetzen und zudem die Möglichkeit überdauernde Strukturen zu schaffen, die personenunabhängig in der Zukunft erweitert werden können.

Für jede weitere Unterstützung sind wir daher sehr dankbar und freuen uns über jede Kontaktaufnahme zum Perspektivforum (perspektivforum@dgch.de), aber auch zu den anderen Nachwuchsvertretungen.

Mentoring-Programm und Coaching durch die DGCH – ein neues Angebot für die Mitglieder

In den letzten Jahren sind die Anforderungen an die ärztlich-chirurgische Tätigkeit über die reinen operativen Anforderungen während der Patientenversorgung hinaus gerade auf dem Gebiet des Managements deutlich gestiegen. Seitens der Klinikleitungen wird mehr und mehr erwartet, dass mit der Übernahme einer Oberarztfunktion, spätestens aber einer chefärztlichen Tätigkeit ein umfangreiches Management-Verständnis vorliegt. Diesen Anforderungen Rechnung tragend, absolvieren seit einiger Zeit zahlreiche Chirurgeninnen und Chirurgen ökonomische und betriebswirtschaftliche Zusatzausbildungen bis hin zum MBA, um sich in Leitungspositionen zu behaupten.

Trotz dieser Zusatzqualifikationen, die mehrheitlich mit einem hohen persönlichen und finanziellen Aufwand getätigt werden, erleben viele junge Oberärztinnen und Oberärzte sowie Chefärztinnen und Chefärzte wiederkehrende Situationen, in denen eine Hilfestellung nützlich sein könnte. Als Beispiele seien schwierige Kommunikationsstrukturen mit dem ärztlichen, aber auch dem pflegerischen Team genannt, darüber hinaus Überlegungen zur strategischen Ausrichtung der Klinik unter Berücksichtigung der personellen und infrastrukturellen Ressourcen sowie die interkollegiale und interprofessionelle Zusammenarbeit.

Um hier eine Hilfestellung geben zu können, bietet die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie durch ihre Senatoren ein neues

Mentoring- und Coaching-Programm an. Die Senatoren der DGCH waren in der Vergangenheit Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und verfügen über eine sehr hohe und langjährige Erfahrung in der Leitung von universitären und nicht-universitären chirurgischen Kliniken. Auch wenn die meisten Senatoren nicht mehr aktiv eine Klinik leiten, so besteht dessen ungeachtet ein sehr großes Know-how, welches an jüngere Kolleginnen und Kollegen weiter gegeben werden soll.

In einem ersten Schritt haben sich die Senatoren Arbogast, Bauer, Jähne, Jauch und Rothmund für ein solches Programm zur Verfügung gestellt. Unter den jeweiligen Email-Adressen, die über die Geschäftsstelle der DGCH abrufbar sind (info@dgch.de), können jüngere Kolleginnen und Kollegen, aber natürlich auch bereits langjährige Chefärztinnen und Chefärzte Kontakt mit den Senatoren aufnehmen und über diesen Weg Ratschläge einholen. Die Koordination von Anfragen erfolgt durch die genannten Senatoren. Darüber hinaus können grundsätzlich auch telefonische Beratungen möglich sein, die allerdings wahrscheinlich nur von eingeschränkter Relevanz sein werden. Von besonderer Bedeutung bei diesem Angebot ist das Coaching vor Ort, also die Beobachtung von Verhalten und Kommunikationsfähigkeit. Es geht bei diesem Mentoring/Coaching in erster Linie nicht darum, hinsichtlich operativer Fähigkeiten und Fertigkeiten Ratschläge oder Schulungen anzubieten, sondern das



**Prof. Dr. med. Joachim Jähne,
FACS, MBA**

Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
DIAKOVERE Henriettenstift
Marienstraße 72-90
30175 Hannover
joachim.jaehne@diakovere.de

Programm richtet sich primär an die sogenannten weichen Faktoren im Rahmen einer Klinikleitung. Somit sind „Vor-Ort-Beratungen“ ein integraler Bestandteil dieses DGCH-Angebotes, das für alle DGCH-Mitglieder kostenfrei ist.

Mit diesem neuen Projekt möchte die DGCH dazu beitragen, dass sich junge Oberärztinnen und Oberärzte sowie angehende Chefärztinnen/Chefärzte und Klinikdirektoren in

ihren neuen Rollen und Funktionen sicher fühlen, sodass eine solche Begleitung vielleicht auch dazu beitragen kann, dass Beschäftigungsverhältnisse nicht bereits vor Beendigung der Probezeit oder kurz danach wieder gelöst werden.

Für weitere Rückfragen steht Ihnen der Verfasser unter der angegebenen Kontaktadresse gerne zur Verfügung.

Jähne J: Mentoring-Programm und Coaching durch die DGCH. *Passion Chirurgie*. 2018 Dezember, 8(12): Artikel 06_03a.

ERNENNUNGEN & AUSZEICHNUNGEN

Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Reinhard Bittner, FRCS, FICS. wurde anlässlich der Jahrestagung des Chinese College of Surgeons (CCS) am 19. Mai 2018 zum Ehrenmitglied der größten chinesischen Chirurgenvereinigung ernannt.

CHIRURGENKONGRESS 2019 EINLADUNG ZUM 136. KONGRESS VOM 26. – 29. MÄRZ 2019 IM ICM (MÜNCHEN)

136.

EINLADUNG ZUM 136. KONGRESS DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

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

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

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

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

Den Kongress 2019 begleitet das Motto:

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

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

CHIRURGENKONGRESS 2019 EINLADUNG ZUM 136. KONGRESS VOM 26. – 29. MÄRZ 2019 IM ICM (MÜNCHEN)



Prof. Dr. med. Matthias Anthuber

Präsident der DGCH 2018/2019

Klinikum Augsburg

Allgemein-, Viszeral- und

Transplantationschirurgie

Stenglinstr. 2

86156 Augsburg

anthuber@klinikum-augsburg.de

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

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

vom Verständnis für den kranken Menschen geleitet sind. Diese Vorstellungen von zupackender und zuversichtlicher, Menschenzugewandter und wissenschaftlicher Chirurgie hoffen wir in den Kongresstagen in München in jeder wissenschaftlichen Sitzung und in jedem persönlichen Gedankenaustausch vermitteln zu können!

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

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

CHIRURGENKONGRESS 2019

EINLADUNG ZUM 136. KONGRESS

VOM 26. – 29. MÄRZ 2019 IM ICM (MÜNCHEN)

Damit wir auch in Zukunft das Gesundheitswesen aktiv mitgestalten können, bleibt es unverzichtbar auch Themen abseits des kurativen chirurgischen Tagesgeschehens aufzugreifen, um in einem Gedankenaustausch und Schulterschluss mit politisch Verantwortlichen, den Administrationen von Kliniken, Berufsverbänden und den Partnern aus der Pharma- und Medizinprodukteindustrie den aktuellen Herausforderungen zu begegnen.

Ein besonderer Höhepunkt des Kongresses soll der Organspendelauf sein. Sie alle wissen um die besorgniserregenden Entwicklungen der Organspende in Deutschland. Wir wollen dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe mit diesem Lauf und der Beteiligung nicht nur von Kongressteilnehmern, sondern auch prominenten Persönlichkeiten aus dem

Leistungssport, der Politik, der Gesellschaft und der laufinteressierten Öffentlichkeit eine unüberhörbare Stimme geben.

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

Freundschaft ist in allen Lebensbereichen die Grundlage eines vertrauensvollen Miteinanders. Deshalb lade ich Sie im Namen der

Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und freundschaftlicher Verbundenheit zu allen beteiligten chirurgischen Fachdisziplinen und deren Präsidenten zum 136. Kongress der DGCH ein. Kommen Sie zahlreich nach München und geben Sie unserem Motto „Volle Kraft voraus – mit Herz, Hand und Verstand“ einen hörbaren, vielstimmigen Widerhall!

Es grüßen Sie herzlich
Ihr

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

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



136. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

Präsident:
Prof. Dr. med. Matthias Anthuber

26. bis 29. März 2019
ICM, München

CHIRURGIE 2019

Zusammen mit

21. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Präsident: Prof. Dr. med. Jörg C. Kalff, Bonn
Kongresspräsident: Prof. Dr. med. Albrecht Stier, Erfurt

57. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie

Präsident: Prof. Dr. med. Peter P. Schmittenbecher, Karlsruhe
Kongresspräsident: Prof. Dr. med. Stephan Kellnar, München

7. Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin

Präsident: Prof. Dr. med. Dittmar Böckler, Heidelberg
Tagungspräsident: Prof. Dr. med. Markus Steinbauer, Regensburg

5. Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie

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

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

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

Kongresssekretariat der DGCH

Dr. med. Bernd Geißler
E-Mail: dck2019@klinikum-augsburg.de

Veranstalter, Information und Organisation

MCN Medizinische Congress-
organisation Nürnberg AG
E-Mail: veith@mcn-nuernberg.de
Internet: www.mcn-nuernberg.de

www.chirurgie2019.de
info@chirurgie2019.de



Nachruf zum Tod von Prof. Dr. med. Dr. h.c. Friedrich Wilhelm Schildberg

in memoriam

Prof. Dr. med. Dr. h.c.

Friedrich Wilhelm Schildberg

(*06.03.1934 – † 04.09.2018)

**„PRAESIS UT PROSIS,
NON UT IMPERES –
STEH AN DER SPITZE
UM ZU DIENEN,
NICHT UM ZU
HERRSCHEN.“**

Diesen Leitspruch von Bernhard von Clairvaux hat Friedrich Wilhelm Schildberg als Leitspruch seiner Traueranzeige bestimmt. Er spiegelt seine Lebenseinstellung wider und sagt mehr als tausend Worte über unseren chirurgischen Lehrer, Klinikchef und Kollegen aus.

Friedrich Wilhelm Schildberg als Leiter einer chirurgischen Schule und als Persönlichkeit zu würdigen, ist angesichts seiner vielfältigsten Leistungen als akademischer Chirurg, Hochschullehrer, Präsident von Fachgesellschaften scheinbar leicht, kann aber nie umfassend sein.

Einige Daten und Fakten seines Lebenslaufs und Werdegangs sollen vorab dargestellt sein, um sein prägendes Umfeld zu erfassen: Als zweites von fünf Kindern erblickte F. W. Schildberg (FWS) am 06. März 1934

in Essen das Licht der Welt. Sein Vater war Gynäkologe und Geburtshelfer als Chefarzt am Friedrich-Krupp-Krankenhaus in Essen. Wie jeder ahnen kann war die Familie durch den ärztlichen Beruf, die stete Einsatzbereitschaft des Vaters für seine Patienten, das soziale und christliche Engagement in der Kruppschen Klinik und Lebenswelt geprägt. Die spätere Berufswahl wurde so schon früh angestoßen. Die Gemeinschaft von fünf Kindern, die gegenseitige Rücksichtnahme und Hilfsbereitschaft sind ihm so auch schon in der Kindheit zur Selbstverständlichkeit und Lebensphilosophie geworden, umso mehr als er als Kind und Jugendlicher die Nöte und Schrecken des Weltkriegs durchaus hautnah erfahren konnte und gewisse Kriegszeiten im Schwarzwald in sicherer Umgebung erleben konnte. Er besuchte die Schule und das Gymnasium in Essen und war sportlich vielseitig aktiv, vor allem im Rudern, wo er im Achter 1954 die Teilnahme an der Olympiade in Melbourne leider verpasste. Er betonte dies später öfters, da man ihm ohne Kenntnis seiner Jugend diese Sportlichkeit nicht zutraute. Auch das Rudern war ihm auf den Leib geschnitten, gilt es doch im Team zum einen harmonisch und abgestimmt mit der ganzen Mannschaft seine Kraft wohldosiert und ausdauernd einzusetzen und nicht ein eigenes Tempo zu bestimmen. Gleichzeitig ist das Einhalten eines klaren Kurses mit Blick auf die zurückgelegte Strecke und die Herkunft bestimmend für das Ziel, das man nur geistig im Auge hat.

Mit dem Studium der Humanmedizin begannen für FWS echte Wanderjahre, wie Sie heute kaum mehr vorstellbar sind. Dem Vorphysikum in Freiburg folgten Auslandssemester in Grenoble/Frankreich und Innsbruck. Hier lernte er französische Küche und Lebenskunst zu schätzen, genauso wie die Berge und den

Wintersport. Beidem frönte er bis zuletzt mit seiner Frau Christa und seinen beiden Söhnen mit deren Familie und Freunden, auch noch im Herbst 2017 im Engadin. Nach einem weiteren Jahr in Hamburg kehrte er wieder nach Freiburg zurück und legte das Staatsexamen 1960 ab. Die Promotion erfolgte am Hygiene-Institut der Universität bei K. Hummel.

Sein wissenschaftliches Interesse führte ihn dann zunächst in das Institut für Pathologie des Städtischen Krankenhauses München Schwabing (Prof. Dr. W. Langer) mit Untersuchungen zur Variabilität der Herzkranzgefäße. Spitzenforschung und Begeisterung erlebte er 1962 bis 64 als wissenschaftlicher Mitarbeiter bei Albrecht Fleckenstein, dem Entdecker der Calcium-Antagonisten am Physiologischen Institut der Universität Freiburg, der allen Medizineleven in Freiburg ob seiner Persönlichkeit durchaus ambivalent in Erinnerung bleibt. FWS befasste sich intensiv mit den Calcium-Kanälen und der Elektrophysiologie des Herzens.

Mit diesem Grundlagenwissen und Forschungsergebnissen war mit 30 Jahren der Weg geebnet zu Georg Heberer an die Chirurgische Universitätsklinik Köln-Lindenthal 1964.

Er durchlief eine umfassende klinisch-chirurgische Weiterbildung, die – wie damals üblich – die heutigen Gebiete Allgemein- und Viszeralchirurgie, Herzchirurgie, Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie und Unfallchirurgie sowie die chirurgische Intensivmedizin mit umfasste. Der Facharzt für Chirurgie folgte 1970 und 1972 die Habilitation mit einem Thema aus der Transplantationschirurgie zum Verhalten von Herz und Kreislauf im Stadium des Hirntodes. Ein Thema, das Isselhard und Brettschneider im ersten Institut für

Chirurgische Forschung in Köln beschäftigte und das auch heute noch tagesaktuelle Brisanz hat.

Schließlich folgte er 1973 als Oberarzt seinem Mentor und Lehrer Georg Heberer an die Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) und die Chirurgische Klinik in der Nussbaumstraße. Seine Erfahrungen brachte er in Forschungen zum Stoffwechsel nach Operationen, zur Infusionstherapie und Themen der Intensivmedizin ein, auch in Zusammenarbeit mit der Diabetes Arbeitsgruppe um Helmut Mehnert. Von dieser Zeit zeugen mehrere Monographien und Symposiumsbände zum Postaggressionsstoffwechsel, zum Wasser- und Elektrolythaushalt, an denen Kollegen und Schüler wie V. Zumtobel, B. Günther, H. Deneke, J. Witte und andere mitwirkten. Völlig überraschend aus heutiger Sicht führte er nach einem Forschungsaufenthalt in den USA in der chirurgischen Intensivstation das invasive Monitoring mit zentralen Venenkatheter und Pulmonalkatheter ein, wie er gerne in gemütlichen Runden rückblickend erzählte.

1977 wurde er von Heberer, der selber nicht nach Großhadern wollte, als „Vorhut“ mit der Inbetriebnahme der Chirurgischen Klinik am neuen Klinikum in Großhadern beauftragt. Hier führte er die unterstellten Mitarbeiter auf seine Art mit klaren Erwartungen, aber auch viel Spielraum und Gestaltungsmöglichkeiten und wusste den Wert von gemeinsamem Feiern zu schätzen. Legendar seine Mitteilung an den Chef Heberer in der Nussbaumstraße am Telefon, als er nicht zur Besprechung in die Innenstadt kam, sondern nach getaner Arbeit mit den anderen ein Essen genoss: „Herr Professor, hier sind alle noch an den Tischen voll beschäftigt“.

In all den Jahren wurde er von seiner lieben Gattin Christa Schildberg, Pädiaterin in Köln und aus Freiburg stammend, auf seinem Lebensweg begleitet. In vorbildlicher Gemeinschaft erlebten sie den Arbeitstag, die Mühen des Tages wie die Höhepunkte des Lebens die Erziehung der beiden Söhne gestalteten sie in weiser Aufgabenteilung mit gemeinsamen Urlauben und Sportaktivitäten und genossen auch nicht nur die gute Küche, sondern musische und künstlerische Aktivitäten und

Reisen. FWS war außerordentlich vielseitig belesen und bewandert, immer offen und interessiert an nicht medizinischen Themen und Diskussionen.

1978 folgte er dem Ruf auf den Lehrstuhl für Chirurgie der Medizinischen Hochschule zu Lübeck. Mit großer Dynamik entstand unter seiner Leitung eine moderne chirurgische Klinik. Die Teilgebiete Viszeral-, Gefäß-, Thorax- und Unfallchirurgie wurden gleichermaßen gepflegt und ausgebaut, die Intensivmedizin etabliert, eine Chirurgische Endoskopie und Laserforschung ausgebaut und die Transplantationschirurgie begründet. Aus diesen Jahren zeugen die jährlichen Monographien zu Symposien der Gefäßchirurgie und Angiologie, zu Themen der Intensiv- und Thoraxchirurgie von den vielfältigen Aktivitäten und dem Aufbau der Universitätsklinik. Ein Höhepunkt seiner Lübecker Zeit war sicher die Ausrichtung des Nord-Westdeutschen Chirurgenkongresses in Lübeck 1983. Der Vereinigung hielt er bis zuletzt immer mit aktiver Teilnahme die Treue und wurde auch deren Ehrenmitglied. Schildberg selber lebte das Prinzip der umfassenden Chirurgie mit Visite auf der Intensivstation früh morgens und einem OP-Programm von der Hüftprothese über die Bauchschlagaderoperation und schließlich zur Rektumresektion am selben Tag. Er bildete seine Mitarbeiter auch in dieser Breite aus und vergaß dabei insbesondere auch nicht die Persönlichkeitsentwicklung und Förderung in der Forschung. Viele Mitarbeiter wie A. Valesky, G. Hohlbach, E. Kiffner, H. Wenk, Frau Muhl, um nur einige zu nennen verdanken ihm seine Förderung. Arbeitszeitregelungen waren noch ein Fremdwort und die damals festgelegte sechs-Tage-Woche brachte die Mitarbeiter gelegentlich an die Leistungsgrenze. Das Wort vom „Chef, der mit dem Ruderboot Wasserski läuft“ machte die Runde.

Schildberg wurde für die Periode 1981 – 1984 zum Vizepräsidenten der zur Universität weiterentwickelten Medizinischen Universität zu Lübeck (MUL) gewählt und hat an deren Aufbau großen Anteil. Mit ihm bzw. nach ihm folgten Peter Scriba, Udo Löhns, Alfons Hofstetter und weitere Münchner nach Lübeck, sodass das Kürzel MUL zu „Münchner

Universität zu Lübeck“ im Volksmund verändert wurde. Bis heute wird seine Aufbauarbeit in Lübeck hochgeschätzt. Für seine außerordentlichen Verdienste um die Entwicklung der Lübecker Universität wurde ihm 1996 zusammen mit Peter Scriba die Ehrendoktorwürde verliehen.

1989 nahm FWS den Ruf auf den Lehrstuhl für Chirurgie der LMU als Nachfolger seines von ihm stets besonders verehrten Lehrers Georg Heberer an, wobei er sich in der Fakultät gegen hochkarätige Mitbewerber durchsetzen konnte, zum Glück der Fakultät, kann man heute rückblickend sagen.

Er übernahm die Leitung der Chirurgischen Klinik im Klinikum Großhadern und integrierte die neuen Oberärzte Volker Lange, Clemens Reutern und die Fachärzte Horst Rau, Günther Meyer und Martin Schardey in das bestehende Oberarztteam mit R. Baumeister, D. Inthorn, L. Lauterjung, G. Lob, W. Land H. Dienemann, E. Pratschke, H. Stiegler, E. Faist, K.W. Jauch, H. Fürst, H. Krämling, W. Hartl, G. Hoffmann, J. Andress und anderen, die später auf Lehrstühle und Chefarztpositionen berufen wurden. Welcher Wandel im Führungsstil vom immer von Ideen sprühenden Georg Heberer, der immer ansorgte zum sachlich-ruhigen FWS, der aber mit klaren nachhaltigen Visionen und Vorstellungen seine Mitarbeiter förderte und forderte. Er stimulierte eine intensive Forschung in der Onkologie in Zusammenarbeit mit der Immunologie unter W. Riethmüller und internationalem Austausch nach Portland, Toronto und andernorts. Wegweisende neue Erkenntnisse zur Metastasierung solider Tumoren und zum Einfluss der Bluttransfusion wurden so ermöglicht. Auch die Transplantationsforschung zur Lungenkonservierung in Zusammenarbeit mit K. Messmer, und K. Hammer im Brendel Institut stimulierte er gleichermaßen wie die jeweiligen klinischen Programme. Besonders im Bereich der medizintechnischen Entwicklungen, wie der Anwendung von Laser- oder Wasserstrahl in der Leberchirurgie oder auch der Bildfusion und Digitalisierung, förderte er Innovation, Kooperationen mit der Industrie und klinische Studien. Er förderte besonders die Endoskopie und minimalinvasive Chirurgie und entwickelte die Klinik zu

einer international führenden Institution mit Innovationskraft. Persönlich setzte er stets auf die handwerklich-technisch perfekte und konsequente Tumorchirurgie im Bereich des Thorax wie Abdomens und duldet keine Kompromisse zu Lasten des Patienten.

Zeugnis hierfür sind nicht nur die über 400 Publikationen, Preise, Ehrungen, Ehrenmitgliedschaften – u. a. bei den Österreichischen Chirurgen, der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sowie der DIVI – und über 20 Monographien und Bücher die er verantwortete, sondern auch die zahlreichen Ehrenämter und Tagungen, die FWS als Präsident und Vorsitzender ausrichtete. Nur einige wenige sollen erwähnt sein. Der nordwestdeutsche Chirurgenkongress, die Tagung der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen 1992, die Tagung der DIVI im Jahr 2000 (Deutsche interdisziplinäre Vereinigung der Intensivmedizin), deren Präsident und Generalsekretär er war als auch die Internationalen Tagungen zu Schock, Trauma and Sepsis mit Eugen Faist und Arthur Baue in München, welche die Forscher aus der ganzen Welt zusammenbrachte.

Vor allem aber zeugen die zahlreichen Berufungen von Mitarbeitern der Münchner Chirurgenschule auf Lehrstühle und Chefarztstellen in München, Bayern, national

und international in allen chirurgischen Disziplinen von seinem Wirken. So wurden Mitarbeiter der LMU auf die Lehrstühle für Thoraxchirurgie in Ulm und Heidelberg berufen, aber auch unfallchirurgische Ordinarien hatten ihn als Lehrer und Mentor neben gefäß- und viszeralchirurgischen Ordinaria und Ordinarien.

Dabei standen für diese Schule die Haltung und Persönlichkeit, das ärztliche Ethos, die Grundeinstellung zum Patienten und die Wertschätzung aller Mitarbeiter gleichberechtigt neben der operativ, handwerklichen Expertise und der Kompetenz in Forschung und Lehre.

Als Chef war Schildberg in jeder Hinsicht ein Vorbild. Er hatte immer ein offenes Ohr für jeden Mitarbeiter, die Tür zu seinem Arbeitszimmer stand immer offen. Ruhe und Ausgeglichenheit waren die äußeren Zeichen seiner Souveränität und Kompetenz. Hinzu kam sein brillanter Intellekt, verbunden mit unvergleichlichem trockenem, hintergründigem Humor, mit dem auch komplexe Themen mit einem Augenzwinkern auf den Punkt gebracht wurden. Ermahnungen oder korrigierende Bemerkungen wurden stets mit leiser Stimme vorgetragen, ernstere Tadelungen erfolgten unter vier Augen und niemals vor der gesamten Mannschaft. Inakzeptabel und

mit nichts zu entschuldigen waren schlechter Patientenumgang und Nachlässigkeiten bei der klinischen Tätigkeit. Der Patient stand im Mittelpunkt und der persönliche Werdegang in der Klinik ging nur über eine korrekte Patientenversorgung. Die von FWS stets gepflegte menschliche Atmosphäre und Liberalität und sein Charisma führte zu einer eingeschworenen Klinik-Gemeinschaft, mit der wir stets hinter ihm standen.

Uns allen bleibt sein 80. Geburtstag, den wir 2014 zusammen mit der Stabübergabe der Klinikführung von mir an Jens Werner feierten in bester Erinnerung und unvergesslich. Mit welcher geistigen Frische, Schlagfertigkeit und Humor er dem Abend seinen Stempel aufdrückte, bleibt unnachahmlich.

In den letzten Monaten spürte er einen Leistungsabfall und begab sich erst dann in die Klinik als es nicht mehr anders ging. Er sah klar, auch aufgrund seiner schweren Erkrankungen die 18 Jahre zurücklagen, dass sein Lebensweg sich dem Ende näherte. Wir werden FWS, der am 04. September 2018 in München im Beisein seiner Familie verstorben ist, stets ein ehrendes Andenken bewahren.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Karl Walter Jauch

München 28.10.2018

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

SR Dr. med. Wolfgang Roth, Überherrn

PD Dr. med. Ludwig Faupel, Schotten

Dr. med. Dimitri Surmeli, Berlin

Prof. Dr. med. Winfried Bettag, Recklinghausen

Prof. Dr. med. Joachim Kort, Essen

Prof. Dr. med. Volker Lenner, Schwäbisch Hall

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Friedrich-Wilhelm Schildberg, München, Ehrenmitglied

Dr. med. Herbert Stützele, Scheer

Prof. Dr. med. Bertold Hübner, Bad Nauheim

***05.08.1941 †30.06.2018**

***25.08.1942 †20.07.2018**

***15.07.1942 †06.08.2018**

***22.08.1925 †19.08.2018**

***11.03.1925 †20.08.2018**

***13.06.1941 †26.08.2018**

***06.03.1934 †04.09.2018**

***01.07.1955 †September 2018**

***10.10.1919 †22.09.2018**

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: AWARE₂ Registriernummer: NCT01181206				
PD Dr. J. C. Lauscher Prof. Dr. M. E. Kreis 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 574 von 636 Patienten	DFG 610 € (zzgl. Umsatzsteuer)/Patient	PD Dr. J. Lauscher Universitätsmedizin Berlin, Charité Campus Benjamin Franklin Chirurgische Klinik I T: 030/8445-2948 F: 030/450-522 902 E: johannes.lauscher@charite.de
Studientitel: BariSurg₂ 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 97 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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: BIOLAP₃ 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 104 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: CoCStom₃ 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 257 von 257 Patienten Rekrutierung beendet	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-Studie₃ Registrierungsnummer: DRKS 00004550				
Prof. Dr. M.W. Büchler Prof. 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
Studientitel: ESOPEC₃ 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 254 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: IOWISI₁ 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 208 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: iPEP₁ Registrierungsnummer: NCT02478996				
Prof. Dr. Ines Gockel, MBA	histologisch gesichertes Adenokarzinom des Ösophagus oder des gastroösophagealen Übergangs Typ I und II nach Siewert-Klassifikation bei männlichen Patienten im Alter von 18-75 Jahren mit geplanter abdomino-thorakaler Ösophagusresektion mit Schlauchmagenhochzug und intrathorakaler oder zervikaler Anastomose Interventionsgruppe: Web-basiertes perioperatives Trainingsprogramm 8-12 Wochen vor und bis 12 Wochen nach der OP Kontrollgruppe: Standardtherapie	07.08.2015 29 von 80 Patienten	Barrett-Initiative e.V. Kein Fallgeld	Prof. Dr. Ines Gockel, MBA Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Leipzig AöR 04103 Leipzig 0341/97-17200 0341/97-17209 chi2@medizin.uni-leipzig.de
Studientitel: PONIY₁ 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 41 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
Studientitel: RELY₁₀ 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 258 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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: WOPP_„ Registrierungsnummer: NCT01855464				
Prof. Dr. T. Walles, FETCS Prof. Dr. J. Neudecker (Stellvertreter Studienleiter)	Patienten (15–40 Jahre) mit Rezidiv eines primären Spontanpneumothorax (PTX) oder therapierefraktärem PTX Erstereignis Experimentelle Gruppe: Lungenkeilektomie mit parietaler Pleurektomie Kontrollgruppe: Alleinige parietale Pleurektomie	FPI: 19.11.2013 273 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] 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
- [2] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35-60 kg/m² – a multicenter randomized trial
- [3] Biologisches versus synthetisches Netz bei der laparoskopischen Hernienversorgung – eine randomisierte multizentrische, prospektive, selbst-kontrollierte klinische Studie
- [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] Perioperative Chemotherapie (FLOT) im Vergleich zur neoadjuvanten Radiochemotherapie (CROSS) bei Patienten mit Adenokarzinom des Ösophagus
- [7] Intraoperative wound irrigation to prevent surgical site infection after laparotomy
- [8] Internet-based Perioperative Exercise Program in Patients With Barrett's Carcinoma Scheduled for Esophagectomy
- [9] Postoperative negative pressure incision therapy following open colorectal surgery: a randomized-controlled trial
- [10] Eine randomisierte, kontrollierte Studie zur Lymphknotenentfernung bei Resektion kolorektaler Lebermetastasen
- [11] 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: Oktober 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:

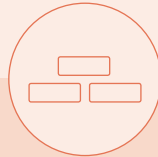
Treten auch Sie ein, unterstützen Sie die DGCH und werben Sie aktiv um weitere Mitglieder zu Stärkung unserer „Solidargemeinschaft“. Für weitere Fragen stehen wir Ihnen über unsere Geschäftsstelle jederzeit zur Verfügung. Darüber hinaus informieren Sie die DGCH-Newsletter zeitnah über weitere Entwicklungen.

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 Eingangsflyer 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

Herr Prof. Dr. med. Jürgen Ennker und
Frau PD Dr. med. Ina Carolin Ennker, Berlin

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. Rüeff, 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 Bünthe, 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
 Dres. med. Hermann und Beate Sons, Kassel
 in memoriam Dr. med. Paula Rotter-Pool, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Rolf Schlumpf, Zürich

BAUSTEIN IN BRONZE

Herr Dr. med. Holger Barenthin, Celle
 Herr Prof. Dr. med. Gernot Feifel, Homburg
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Lamesch, Gotzingen/Luxemburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jakob R. Izbicki, Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Hans Zwipp, Dresden
 Herr Dr. med. Dusan Dragojevic, Isernhagen
 Herr Prof. Dr. med. G. Heinz Engelhardt, Wuppertal
 Proktologische Praxis Kiel,
 Herr Dr. med. Johannes Jongen,

Herr Dr. med. Hans-Günter Peleikis,
 Herr Dr. med. Volker Kahlke
 Herr Dr. med. Wolfgang Hermes, Bremen
 Herr Dr. med. Wolf-Dieter Hirsch, Grimma
 Herr Dr. med. Holger Herzing, Höchststadt/
 Aisch
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke,
 Plettenberg
 Herr Dr. med. Winfried Hölter, Monheim
 Herr Dr. med. Matthias Becker, Possendorf
 Frau Dr. med. Martina Mittag-Bonsch,
 Crailsheim
 Zur Erinnerung an den Virchow-Schüler Paul
 Langerhans, Berlin und Madeira. Seine
 Familie
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Riedl, Göppingen
 Herr Dr. med. Gerwin Alexander Bernhardt,
 Voitsberg/Österreich
 Herr Dr. med. Georgios Adamidis, Pirmasens
 Herr Dr. med. Orhan Özdemir, Herborn
 Herr Dr. med. Marcus Giebelhausen,
 Paderborn

Herr Prof. Dr. med. Matthias Richter-Turtur,
 Münsing
 Herr Dr. med. Michael Eckert, Speyer
 in memoriam
 Prof. Dr. med. Kurt Spohn
 Herr Prof. Dr. med. Rudolf Bedacht,
 München
 Herr Dr. med. Hans-Joachim Wigro,
 Bielefeld
 Herr Dr. med. Ingolf Hoellen, Backnang
 Herr Dr. med. Konrad Prenner, Salzburg
 Herr Dr. med. Radovan Stojanovic, Kassel
 Herr Dr. med. Jörg Kluge, Erfurt
 in memoriam Dr. med. habil Werner
 Kluge, Dresden
 Herr Dr. med. Roland Kluge, Dresden
 in memoriam Dr. med. habil. Werner
 Kluge, Dresden
 Frau Dr. med. Ricarda E. Sieben,
 Braunschweig
 Herr Dr. med. Peter Gilsdorf, Mainz
 Herr PD Dr. med Friedrich Thielemann,
 Villingen-Schwenningen

Herr Dipl.-Ing. H. - F. Bär, Werl
 Herr Dr. med. Albert Schreiber, Neumarkt
 in memoriam Dr. med. Claus Wiedmann
 Frau Dr. med. Waltraud von Kothén,
 Tegernsee
 Herr Dr. med. Jürgen Friedrich, Essen
 Herr Dr. med. Arnd Siegel, Stade
 in memoriam Prof. Dr. med. Rudolf Nissen
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke,
 Plettenberg
 in memoriam Prof. Dr. med. E.H.
 Farthmann
 Saarländische Chirurgenvereinigung e.V.,
 Saarbrücken
 Herr Dr. med. Johannes Zeller, Laufenburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Manfred
 Schmolke, Düsseldorf
 Herr Prof. Tomislav Stojanovic
 Dr. med. Radovan Stojanovic, Wolfsburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Heinz Becker,
 Göttingen

DGCH-PRÄSIDIUM

ab 1. Januar 2019



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	D. Böckler, Heidelberg
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	P. Schmittenbecher, Karlsruhe
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	J. Hoffmann, Heidelberg
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	V. Tronnier, Lübeck
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	C. Perka, Berlin
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	P. Grützner, Ludwigshafen
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	C. Bruns, Köln

FRÜHERE PRÄSIDENTEN

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



MEINE DATEN HABEN SICH GEÄNDERT

Mitgliedsnummer

Titel

Name und Vorname

Klinik/Krankenhaus/Praxis

Abteilung

Klinik-Anschrift

Telefon dienstlich

Fax dienstlich

Privat-Anschrift

Telefon privat

Fax privat

E-Mail-Adresse

Postsendungen bitte an die

☐ Praxis-/Klinikadresse

☐ Privatadresse

Ich bin tätig als:

☐ Ärztlicher Direktor

☐ Chefarzt

☐ Niedergelassener Chirurg

☐ Oberarzt

☐ Assistenzarzt

☐ Belegarzt

☐ Student

☐ Ich lebe im Ruhestand seit _____

☐ Meine Bankverbindung hat sich geändert. Bitte senden Sie mir ein SEPA-Formular zu.

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE e.V., Luisenstr. 58/59, D - 10117 Berlin

Tel.: 030 28 87 62 90 | Fax: 030 28 87 62 99 | E-Mail: info@dgch.de





BDC|Mobile

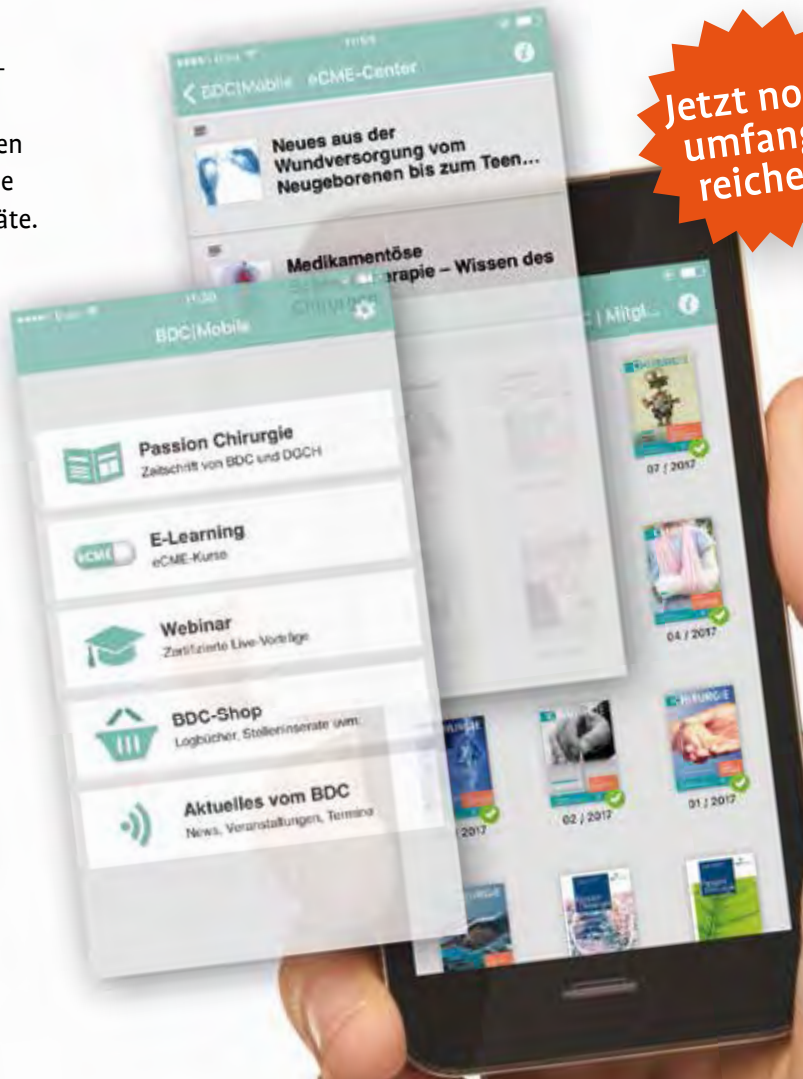
Die schnellsten Infos für
Chirurginnen und Chirurgen

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

**Jetzt noch
umfang-
reicher!**

BDC|Mobile beinhaltet:

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



Wie bekomme ich BDC|Mobile?

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





Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2019



**Prof. Dr. med. Dr. h.c.
Hans-Joachim Meyer**
Präsident des Berufsverbandes der
Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
praesident@bdc.de

Generalsekretär der
Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
e.V. (DGCH)
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
h-jmeyer@dgch.de

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

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

Termin: Freitag, 29. März 2019, 11:45 – 12:30 Uhr

Ort: Internationales Congress Center München (ICM München), Saal 2, im Rahmen des 136. Chirurgenkongresses.

Am Freitag, den 29. März 2019, 09:30 Uhr bis 12:30 Uhr, findet eine Rechtsberatung für BDC-Mitglieder mit dem BDC-Justitiar, Dr. Jörg Heberer, im Raum Büro 0.336 statt. Eine Anmeldung via justitiar@bdc.de ist erforderlich.

Ich wünsche Ihnen eine angenehme Anreise.

Ihr

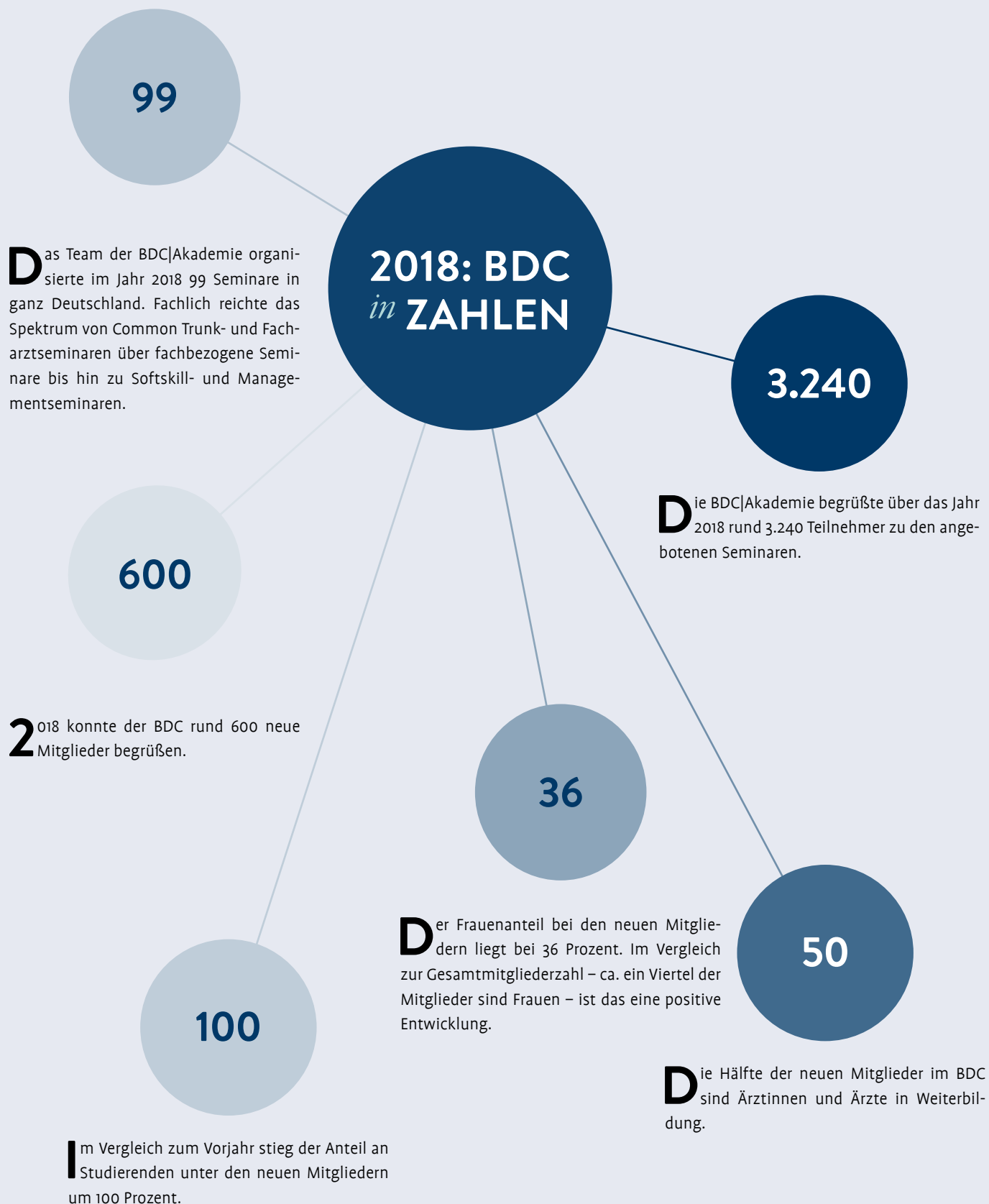
Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer

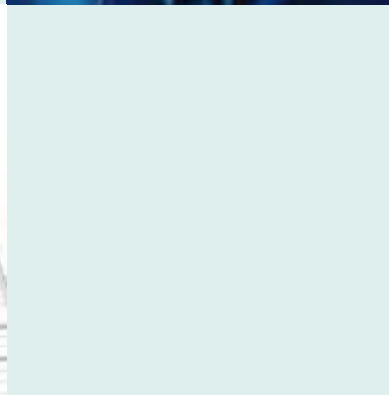
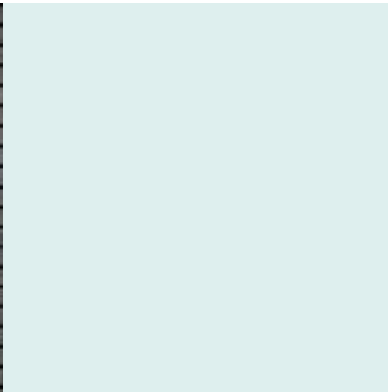
TAGESORDNUNG

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



Lesen Sie mehr über den BDC auf
BDC[Online (www.bdc.de)].





Für interessierte
Kolleginnen und
Kollegen

Willkommen in einem
starken Netzwerk



BEITRITTSERKLÄRUNG

Beitrittserklärung

Bitte elektronisch
oder in Druckschrift
ausfüllen.

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.

Name* Vorname*			
Geschlecht*	Geb.-Datum* (TT.MM.JJJJ)	Akad. Grad*	Einheitliche Fortbildungsnummer Ihrer Ärztekammer (EFN)
☐ männlich ☐ weiblich			
Berufliche Position*			
seit:		☐ Chefarzt	☐ niedergelassener Arzt ☐ MVZ
		☐ Assistenzarzt	☐ Student**
		☐ Oberarzt	☐ Sonstiges:
Weiterbildung und Qualifikation			
WB zum Facharzt/ Schwerpunkt für	seit (JJJJ)	☐ in Basischirurgie	☐ Allgemeine Chirurgie ☐ Unfallchirurgie/Orthopädie
		☐ Gefäßchirurgie	☐ Thoraxchirurgie ☐ Viszeralchirurgie
		☐ Plastische Chirurgie	☐ Kinderchirurgie ☐ Herzchirurgie
Facharzt/Schwerpunkt für	seit (JJJJ)	☐ Allgemeine Chirurgie	☐ Unfallchirurgie/Orthopädie ☐ Gefäßchirurgie
		☐ Thoraxchirurgie	☐ Viszeralchirurgie ☐ Plastische Chirurgie
		☐ Kinderchirurgie	☐ Herzchirurgie ☐ Neurochirurgie
Interessengebiete (mehrere Angaben möglich)	☐ Allgemeinchirurgie	☐ Chir. Intensivmedizin	☐ Gefäßchirurgie ☐ Handchirurgie
	☐ Herzchirurgie	☐ Kinderchirurgie	☐ Mund-, Kiefer-, Gesichtschir. ☐ Neurochirurgie
	☐ Plastische u. Ästhetische Chir.	☐ Thoraxchirurgie	☐ Unfallchirurgie ☐ Viszeralchirurgie
	☐ Management und Führung	☐ Orthopädie	
Dienstanschrift*			
☐ als Postanschrift verwenden			
Klinik/Praxis			
Abteilung			
Straße		Telefon	
Ort, PLZ		Fax	
E-Mail*		Mobil	
Privatanschrift*			
☐ als Postanschrift verwenden			
Straße		Telefon	
Ort, PLZ		Fax	
E-Mail*		Mobil	
Beitragszahlung			
☐ per SEPA-Lastschriftmandat			
Ich ermächtige den BDC, meinen Jahresbeitrag und die Versicherungsprämie für den Berufs-Rechtsschutz von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BDC e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.			
Name des Zahlungspflichtigen			
Anschrift d. Zahlungspflichtigen			
Kreditinstitut (Name und BIC)			
IBAN des Zahlungspflichtigen DE			
Ort, Datum		Unterschrift (für Lastschriftmandat)	
☐ per Rechnung			
Ich werde den Jahresbeitrag nach Erhalt der Rechnung überweisen.			
Einwilligung zur Speicherung und Verwendung Ihrer Daten nach DSGVO			
☐ Ich willige ein, dass der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Informationen durch den Verein verarbeitet und genutzt werden. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet nicht statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes/Datenschutzgrundverordnung das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeichert sind. Außerdem hat das Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht.			
☐ Ich bin mit der Veröffentlichung meiner nicht privaten Daten im BDC-Intranet (myBDC) einverstanden. Dieses Einverständnis kann ich selbst in myBDC jederzeit widerrufen. Laut Satzung des BDC entspricht das Geschäftsjahr dem Kalenderjahr. Mitgliedsbeitrag und Versicherungsprämie für den obligatorischen Berufs-Rechtsschutz werden jeweils für den Zeitraum vom 01.01. bis 31.12. eines Jahres erhoben. Dies gilt auch, wenn der Beitritt zum BDC im laufenden Jahr erfolgt.			
Datum/Unterschrift*			



KidsClub beim Chirurgenkongress

Wie jedes Jahr wird es beim Chirurgenkongress 2019 in München wieder den KidsClub Chirurgie geben. Der BDC organisiert gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie und den Frauen in der Thoraxchirurgie die Kinderbetreuung an allen Tagen des Kongresses. Wie schon in den letzten Jahren hat die

Agentur Pünktchen ein abwechslungsreiches Programm für alle Kinder zwischen zwölf Monaten und zwölf Jahren zusammengestellt.

Im KidsClub wird nicht nur für Spiel und Spaß gesorgt, sondern natürlich auch für das leibliche Wohl: Frühstück, Mittagessen und vitaminreiche Snacks füllen samt gesunden Säften und Wasser den Speiseplan.



Weitere Information zur Veranstaltung auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik BDC|News).

KidsClub Chirurgie



Kinderbetreuung auf dem Chirurgenkongress 2019

Wann: an allen Kongresstagen, Dienstag 26.03. bis Freitag 29.03.2019, von 08:00 Uhr bis 18:00 Uhr.
Wer: Kinder im Alter von 12 Monaten bis 10 Jahre. Die Kinderbetreuung ist auf 20 Kinder täglich begrenzt.
Wo: ICM, München
Wie: Verbindliche Anmeldung* bis zum 11. März 2019 unter service@bdc.de oder Fax BDC 030/28004-159
Vorort-Anmeldungen am Tagungsschalter je nach Kapazität gegebenenfalls noch möglich.
Nähere Informationen über BDC|Online (www.bdc.de) oder über die Kongressseite unter www.chirurgie2019.de.

Eine Initiative von



Verbindliche Anmeldung*

Bitte bis zum 11. März 2019 an den BDC senden (service@bdc.de oder Fax 030/28004-159)

Name des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Ich wünsche eine Betreuung am

- | | |
|---|-----------------------|
| ☐ Dienstag, 26. März | von..... bisUhr |
| ☐ Mittwoch, 27. März | von..... bisUhr |
| ☐ Donnerstag, 28. März | von..... bisUhr |
| ☐ Freitag, 29. März | von..... bisUhr |

Name des
Sorgeberechtigten _____

Adresse _____

Mobiltelefonnummer
des Sorgeberechtigten _____

Vorort-Anmeldungen am Tagungsschalter nach Kapazität möglich, jedoch ohne Garantie. Bitte melden Sie sich am Betreuungstag mit Ihrem Kind direkt am Tagungsschalter.

*** Bitte geben Sie uns so früh wie möglich Bescheid, wenn Ihr Kind doch nicht betreut werden soll: 030/28004-150.**

Haftungsausschluss durch den Kongressveranstalter: Der Veranstalter übernimmt keine Haftung für Sach- und Personenschäden. Dies gilt auch für Schäden, die durch Dritte verursacht werden. Der Haftungsausschluss erstreckt sich auch vollständig auf fahrlässige und grobfahrlässige Pflichtverletzungen des vom Veranstalter mit der Kinderbetreuung beauftragten Fachpersonals!

BDC-GESCHÄFTSSTELLE



Neue Geschäftsführerin des BDC

Ab Mitte März 2019 wird Frau Dr. med. Friederike Burgdorf die Geschäftsführung des BDC und der BDC Service GmbH übernehmen. Die Kardiologin hat seit 2008 bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gearbeitet – zuletzt als Leiterin der Abteilung für sektorenübergreifende Qualitätssicherung und Transparenz.

HUBERT-WALDMANN-PLAKETTE



Auszeichnung für Vizepräsidenten Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg

Diese Auszeichnung des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) ist dem Mitbegründer und langjährigen ersten Vorsitzenden des BVOU gewidmet, der sich in den 50er und 60er Jahren die berufspolitische Organisation der Orthopäden in Deutschland und Europa maßgeblich mitbegründet hat. Für die herausragende Leistung auf dem Gebiet der Orthopädie und Unfallchirurgie wurde der Preis dem BDC-Vizepräsidenten Jörg-A. Rüggeberg verliehen.

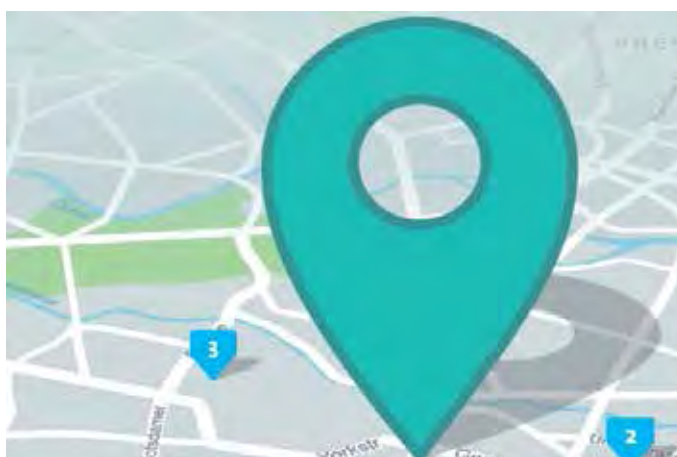
LANDESVERBAND



BDC|Hessen wählt neuen Vorstand

Bei der 9. Jahrestagung des Landesverbandes BDC|Hessen im Oktober dieses Jahres fand die Wahl der Landesvorsitzenden statt. Frank Forst übernimmt den Vorsitz des BDC|Hessen und löst Prof. Dr. Dr. med. Ernst Hanisch ab, der sich nach langjähriger Vorstandsarbeit in den Ruhestand verabschiedet. Als 1. Stellvertreter wird Herr Dr. med. Christoph Schüürmann bestätigt. Dr. med. Alexander Buia wird zum 2. Vorsitzenden gewählt, Dr. med. Grapentin übernimmt die Regionalvertretung des BDC|Hessen.

CHIRURGIE-SUCHE.DE



BDC-Portal geht offline

Aufgrund einer überschaubaren Nutzerzahl und bevorstehender hoher Kosten wird der BDC das Portal Chirurgie-Suche.de ab dem 01. Januar 2019 einstellen. „Wir sehen uns gezwungen, dieses Serviceangebot für BDC-Mitglieder einzustellen. Der Mehrwert steht leider nicht im Verhältnis zu der Investition, die wir tätigen müssten, um das Portal auf den neuesten Stand zu bringen und damit wettbewerbsfähig zu bleiben“, so Vizepräsident Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg. Der BDC-Vorstand hätte einstimmig beschlossen sich anstelle dessen auf die Fort- und Weiterbildungsangebote sowie die notwendigen Plattformen zu konzentrieren. „Wir bitten um das Verständnis der Mitglieder und hoffen, in deren Sinne entschieden zu haben“, ergänzt Präsident Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer.



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

BDC|Sport: Mitläufer für den Staffellauf in Berlin gesucht!

In alter Tradition wollen wir uns auch 2019 wieder am 5 x 5 TEAM-Staffellauf der Berliner Wasserbetriebe beteiligen und suchen Mitläufer! Wer hat Zeit und Lust den Staffstab an andere BDC-Mitglieder weiterzugeben?

Der Staffellauf findet 2019 vom 12. Bis 14. Juni im Berliner Tiergarten statt. Der genaue Lauftag steht noch nicht fest und wir bitten Sie herzlich, bei der Anmeldung Ihren Wunschtermin mitanzugeben, damit wir planen können.

Ein Team besteht aus fünf Teilnehmern, die jeweils eine 5-km-Runde durch den nördlichen Bereich des Tiergartens zurücklegen.

Wir laden Sie herzlich ein, aktiv dabei zu sein! Bitte melden Sie sich bei Interesse mit einer E-Mail (sport@bdc.de) **rasch** an.



Um die Anmeldung der Staffeln und einen Picknickkorb zur Verköstigung kümmert sich der BDC. Jedes Mitglied eines BDC-Teams erhält eine Running Surgeons-Laufkombi, geben Sie deshalb bitte bei der Anmeldung Ihre Größe an: S – M – L – XL – XXL (fallen klein aus).

Wir freuen uns auf Ihre Nachricht!
Ihr BDC|Sport-Team



Weitere Artikel über die BDC|Sport-Aktivitäten finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen | Panorama | BDC|Sport).

Das Referat für „Nachwuchs“ stellt sich vor



PD Dr. med. Andreas Kirschniak, MBA

Leiter Themen-Referat „Nachwuchs“
im BDC

Leitender Oberarzt
Klinik für Allgemeine, Viszeral- und
Transplantationschirurgie
Universitätsklinik Tübingen
Hoppe-Seyler Straße 3
72076 Tübingen
andreas.kirschniak@uni-tuebingen.de



Dr. med. Benedikt Braun

Stellv. Leiter Themen-Referat
„Nachwuchs“ im BDC
Vertreter Perspektivforum Junge
Chirurgie der DGCH
Universitätsklinikum des Saarlandes
Klinik für Unfall-, Hand- u.
Wiederherstellungschirurgie
Kirrberger Straße, Gebäude 57
66421 Homburg
benedikt.braun@uks.eu

Die im April dieses Jahres neu in Kraft getretene Satzung des BDC sieht Themenreferate vor, um die vielfältigen Sachfragen des Berufsverbandes für seine Mitglieder noch effizienter und zielführender zu strukturieren.

2018 wurde der Stab für die Leitung des Nachwuchsresorts des Bundes Berufsverbands der deutschen Chirurgen an Herrn PD Dr. Andreas Kirschniak, Universitätsklinikum Tübingen, sowie Herrn Dr. Benedikt Braun, Universitätsklinik Saarland überreicht. Herr Kirschniak war bereits in verschiedenen Foren der Fachgesellschaften tätig, Herr Braun ist ebenfalls im Perspektivforum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie tragendes Mitglied und mit Nachwuchsfragen und -förderung engstens vertraut. Die durch den BDC bereits bestehende Nachwuchsförderung mit den Veranstaltungen „Staatsexamen & Karriere“, „Nur Mut – kein Durchschnittsjob Chirurgin“ und weitere Kampagnen werden von dem

Nachwuchsresort weitergeführt. Enge Kooperationen mit der Akademie und den anderen bestehenden Referaten werden gepflegt und weiter ausgebaut. Zusammen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des BDC finden regelmäßige Treffen statt, die entweder separat oder an andere Termine, wie z. B. an die großen Kongressen angegliedert sind. In der neuen Bildung des Nachwuchsresorts sind helfende Hände und Köpfe herzlich willkommen, und wir laden gerne ein, sich an unseren Nachwuchsarbeiten zu beteiligen. Inhaltlich beschäftigt das Nachwuchsresort sich in den genannten Veranstaltungen auch mit den aktuellen Fragen der Nachwuchsförderung in Deutschland.

Besuchen Sie uns auf den Kongressen, diskutieren Sie mit und beteiligen Sie sich im Kleinen wie im Großen daran den Nachwuchs für unser Fach zu begeistern und die Ausbildungssituation zu verbessern.

Kirschniak A, Braun B: Das Referat für „Nachwuchs“ stellt sich vor. *Passion Chirurgie*. 2018 Dezember, 8(12): Artikel 07_08.



Alle BDC|Referate finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik DER
BDC | Struktur | Präsidium).

Das Referat „Beruf und Familie“ stellt sich vor



Prof. Dr. med. Katja Schlosser

Leiterin Themen-Referat „Beruf und Familie“ im BDC
Sektionsleitung Gefäß- und Endokrine Chirurgie
Stellvertretende Chefärztin der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie
European Board Certified Endocrine Surgeon
Agaplesion Evangelisches Krankenhaus Mittelhessen
Paul-Zipp-Straße 171
35398 Gießen
katja.schlosser@ekm-gi.de



Dr. med. Frauke Fritze-Büttner

Stellv. Leiterin Themen-Referat „Beruf und Familie“ im BDC
Ltd. Oberärztin Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Sana Klinikum Lichtenberg
Fanningerstraße 32
10365 Berlin
frauke.fritze@sana-kl.de

Schlosser K, Fritze-Büttner F: Das Referat „Beruf und Familie“ stellt sich vor. *Passion Chirurgie*. 2018 Dezember, 8(12): Artikel 07_08a.

Die Chirurgie braucht Nachwuchs, doch für Dreiviertel der Studierenden stellt sich die Frage, ob diese anspruchsvolle Profession auch mit einer Familiengründung vereinbar ist. Nach einer Umfrage des Hartmannbundes empfinden nur knapp die Hälfte der Medizinstudierenden den Arztberuf heute noch als erstrebenswert. Chirurg(in) wollen nur noch weniger als ein Fünftel der Studierenden werden.

Eine chirurgische Facharztausbildung würde allerdings wesentlich an Attraktivität gewinnen, wenn dieser Beruf nicht nur Berufung, sondern auch mit einer Familie vereinbar wäre und sowohl geregelte Arbeitszeiten, optimierte Arbeitsbedingungen und weniger Bürokratie den Alltag erleichtern würden. Neben dem Erfordernis flexibler Arbeitszeiten stehen der Wunsch nach arbeitskompatiblen Kinderbetreuungsangeboten, Teilzeitmodellen (auch in Führungspositionen), Jobsharing sowie Wiedereinstiegsprogramme nach der Elternzeit auf der Prioritätenliste. Und das nicht nur bei Chirurginnen, sondern auch bei Chirurgen, denn nicht nur Chirurginnen wollen Mütter, auch Chirurgen wollen Väter sein!

Bei einer zunehmenden Feminisierung des Arztberufes werden Frauen zukünftig als Assistenz- oder Fachärztin, Oberärztin oder Chefärztin die Personalstruktur in den Krankenhäusern verändern. Das stellt Chefärztinnen/Chefärzte und auch die Geschäftsführungen der Kliniken vor die Aufgabe, die Klinikstruktur den veränderten

Rahmenbedingungen anzupassen, sobald eine Chirurgin eine Schwangerschaft anzeigt und gleichzeitig den Wunsch äußert, bei gesunder, intakter Schwangerschaft weiter operativ tätig sein zu wollen. Auch nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Neuordnung des Mutterschutzrechts seit dem 01.01.2018 hat sich die Situation für Chirurginnen bislang nicht grundlegend geändert und ihnen bleibt der Weg in den Operationssaal meist versperrt. Das hindert insbesondere Assistenzärztinnen, ihre Weiterbildung in gewünschter Kontinuität bzw. Fachärztinnen ihren beruflichen Karriereweg mit entsprechendem Erfolg fortzusetzen.

Das Referat Beruf und Familie will die berufspolitischen Entwicklungen nicht nur beobachten, sondern den Blick nach vorne richten und sich aktiv für eine Arbeitsplatzgestaltung einsetzen, welche die Chirurgin und den Chirurgen in die Lage versetzt, den Drahtseilakt zwischen erfülltem Berufs- und Familienleben zu meistern. Wir wollen uns einmischen, uns fachübergreifend austauschen und engagieren. Hierbei brauchen wir Ihre Unterstützung! Sprechen Sie uns an und machen Sie mit bei der Gestaltung Ihrer Zukunft.

Wir wollen uns aber auch für Sie einsetzen und wir sind als Referat in allen Belangen, die Sie in Konfliktsituationen zwischen Beruf und Familie belasten, für Sie als Ansprechpartner da. Zögern Sie also bitte nicht, uns auch in einem solchen Falle zu kontaktieren.



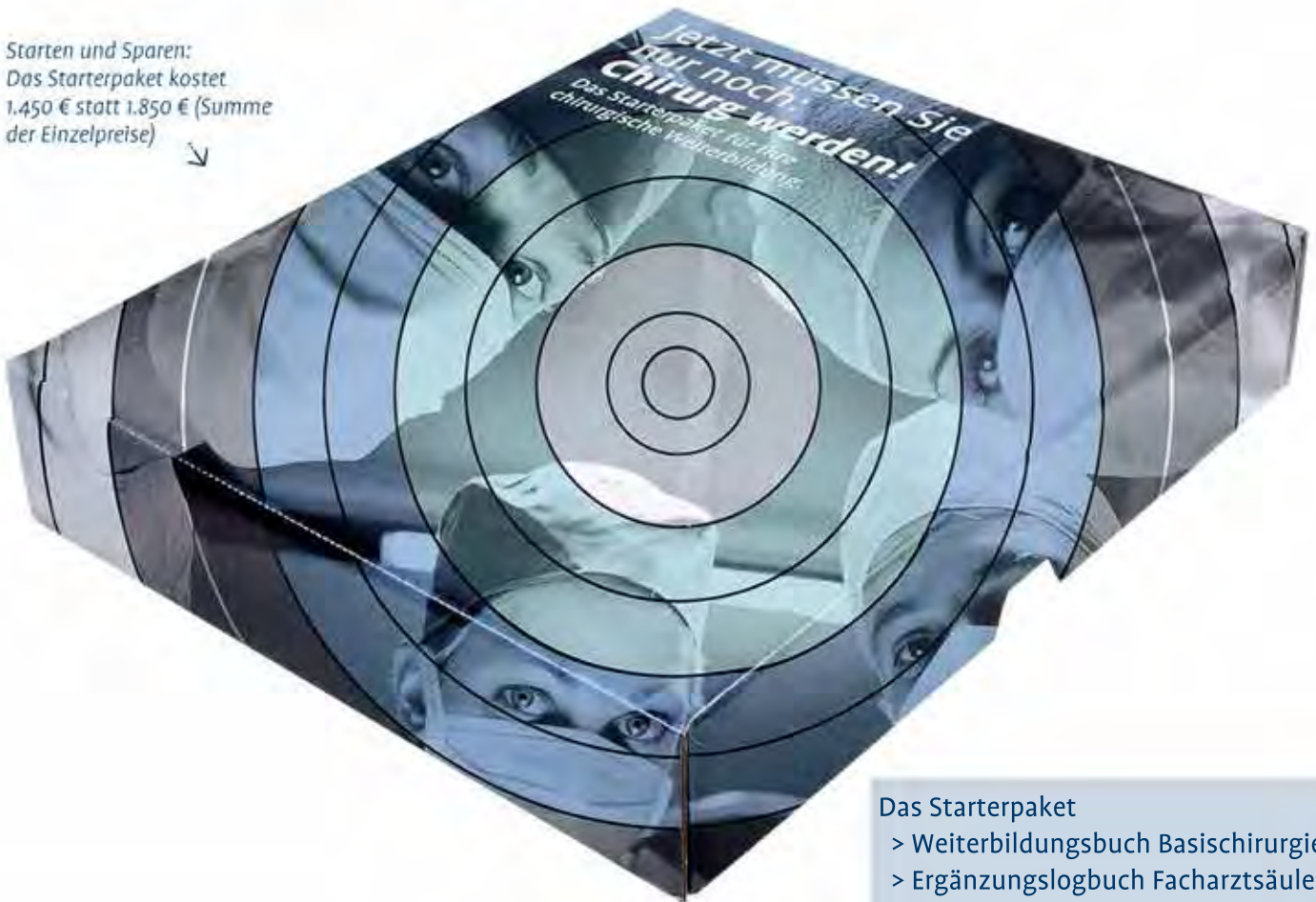
Alle BDC|Referate finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik DER
BDC | Struktur | Präsidium).

Gute Anreize für neue Chirurginnen*!

* Und für Chirurgen natürlich auch.

Das Starterpaket des BDC ist das ›Rundum-Sorglos-Paket‹ für Ihre neuen Mitarbeiter in den ersten zwei Berufsjahren (Basischirurgie). Es bietet alles für die interne und externe Weiterbildung, von Seminaren und Kongressbesuchen über Logbücher und E-Learning bis hin zu wissenschaftlicher Literatur. **Das Berufsstarterpaket des BDC ist der ideale Willkommensgruß für Ihren chirurgischen Nachwuchs.**

Starten und Sparen:
Das Starterpaket kostet
1.450 € statt 1.850 € (Summe
der Einzelpreise)



Das Starterpaket

- > Weiterbildungsbuch Basischirurgie
- > Ergänzungslogbuch Facharztsäule
- > Wochenseminar Basischirurgie
- > weiterführender Praxisworkshop (3 Tage)
- > Teilnahme Bundeskongress Chirurgie
- > 2-Jahreslizenz E-Learning des BDC
- > 2-jährige BDC-Mitgliedschaft
- > Fachbuchgutschein

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. Jürgen 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
Frank Forst

1. Stellvtr. Vorsitzender
Dr. med. Christoph Schüürmann

2. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Alexander Buia

Regionalvertreter NL
Dr. med. Detlev Grapentin

BDC | Saarland

Vorsitzender
Dr. med. Peter Bongers

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Georgios Tosounidis

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 | 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

28.09.2018, Thieme Online

Struktur nationaler chirurgischer Fachgesellschaften und Verbände: was sollte ich wissen?

Am Beispiel der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, die auch Dachgesellschaft aller chirurgisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften ist, werden Definition, Aufgaben und Zweck medizinischer Fachgesellschaften und Formen der Mitgliedschaft dargestellt, ergänzt durch die speziellen Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC).

30.08.2018 Deutsches Verbände Forum

BDC-Modellprojekt: einheitliche Vergütung ambulant und stationär

Der Ruf nach Lösungen zur sektorenübergreifenden Versorgung wird immer lauter. Auch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn fordert Modelle zur besseren Zusammenarbeit von Kliniken und Praxen...

30.08.2018 BibilomedManager

BDC weist auf Hybrid-DRG hin

Im Zuge der Debatte um die sektorenübergreifende Versorgung hat der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) auf das Modellprojekt zu Hybrid-DRG in Thüringen hingewiesen...

11.08.2018 Usinger Anzeiger

Usingens Chefärztin Ute Schaumann legt Wert auf Nahbarkeit

Sie ist nahbar und persönlich - eine Ärztin zum Anfassen eben: Ute Schaumann, die Chefärztin der Chirurgie in Usingen. Nun steht sie dem UA Rede und Antwort...

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. ...

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
08.03.2019	09.03.2019	Leipzig	2019-21520	Seminar: Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Dr. med. Ehrhardt Weiß	100,00	200,00
21.03.2019	23.03.2019	Bochum	2019-21665	Common Trunk	Prof. Dr. med. Daniel Vallböhmer; Dr. med. Jörg Sauer	350,00	550,00
09.05.2019	11.05.2019	Hamburg	2019-21666	Common Trunk	PD Dr. med. Dr. Uwe Johannes Roblick; Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith	350,00	550,00
09.05.2019	10.05.2019	Berlin	2019-21509	Praktisches Seminar – Orthopädie und Unfallchirurgie	Dr. med. Thomas Stoffels	300,00	500,00
10.05.2019		Berlin	2019-21525	Workshop: Simulationstraining Notfallmanagement	Dr. med. Jan Baus	450,00	600,00
24.05.2019	25.05.2019	Potsdam	2019-21512	Workshop: Intensivmedizin & Reanimation	Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch	500,00	700,00
03.06.2019	06.06.2019	Tuttlingen	2019-21663	Common Trunk	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	400,00	600,00

FACHARTZTVORBEREITUNG

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
11.02.2019	15.02.2019	Berlin	2019-23691	Facharztseminar Gefäßchirurgie	Prof. Dr. med. Andreas Greiner	350,00	550,00
07.03.2019	09.03.2019	Berlin	2019-23920	Facharztseminar Plastische Chirurgie	Prof. Dr. med. Heinz-Herbert Homann; Prof. Dr. med. Ulrich Kneser	350,00	550,00
11.03.2019	15.03.2019	Berlin	2019-22570	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller	350,00	550,00
06.05.2019	10.05.2019	Hamburg	2019-23820	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großerlinden	350,00	550,00
20.05.2019	22.05.2019	Solingen	2019-23686	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Wolfgang Schwenk	350,00	550,00
03.06.2019	07.06.2019	Erfurt	2019-23670	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Albrecht Stier	350,00	550,00
05.06.2019	07.06.2019	Berlin	2019-23711	Facharztseminar Thoraxchirurgie	Dr. med. Gunda Leschber	350,00	550,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
17.01.2019	18.01.2019	Berlin	2019-22400	CAMIC 1: Grundlagen der minimalinvasiven Chirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
23.01.2019	25.01.2019	Augsburg	2019-23610	Spezielle Unfallchirurgie Teil II	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Edgar Mayr	300,00	500,00
24.01.2019	18:00 Uhr			Webinar: S2k-Leitlinie „Spezifischer Kreuzschmerz“	PD Dr. med. Stefan Kroppenstedt		
25.01.2019	26.01.2019	Hamburg	2019-23862	Fußchirurgie II	Prof. Dr. med. Maximilian Faschingbauer; Dr. med. Ralph Springfield	500,00	650,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
25.01.2019	26.01.2019	Hildesheim	2019-28138	Masterclass Endoprothetik 2019	Prof. Dr. med. Burkhard Wippermann; PD Dr. med. Robert Hube	220,00	275,00
14.02.2019	15.02.2019	Berlin	2019-22402	CAMIC 2: Endoskopische Hernienchirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
21.02.2019	18:00 Uhr			Webinar: S2k-Leitlinie „Neuroendokrine Tumore“	Prof. Dr. med. Peter Goretzki		
14.03.2019	15.03.2019	Berlin	2019-22404	CAMIC 3: Laparoskopische Nahttechniken	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
21.03.2019	18:00 Uhr			Webinar: S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“	Prof. Dr. med. Arne Dietrich		
11.04.2019	13.04.2019	Hamburg	2019-23612	Osteosyntheseverfahren an der oberen Extremität	Prof. Dr. med. Peter Biberthaler	400,00	600,00
11.04.2019	12.04.2019	Berlin	2019-22406	CAMIC 4: Laparoskopische kolorektale Chirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
06.05.2019	08.05.2019	Aachen	2019-23680	Spezielle Unfallchirurgie Teil I	Prof. Dr. med. Frank Hildebrand	300,00	500,00
08.05.2019	10.05.2019	Berlin	2019-23681	Viszeralchirurgie Kompakt: Endokrine Chirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller; Dr. med. Mechthild Hermanns	300,00	500,00
10.05.2019	11.05.2019	Mannheim	2019-23675	Viszeralchirurgie Kompakt: Proktologie	Prof. Dr. med. Dieter Bussen; Prof. Dr. med. Alexander Herold; Dr. med. Andreas K. Joos	300,00	500,00
22.05.2019	24.05.2019	Berlin	2019-23671	Viszeralchirurgie Kompakt: Hepatobiliäre Chirurgie	Prof. Dr. med. Johann Pratschke; PD Dr. med. Moritz Schmelzle; PD Dr. med. Robert Öllinger	300,00	500,00
03.06.2019	05.06.2019	Berlin	2019-23678	Viszeralchirurgie Kompakt: Kolorektale Chirurgie	Prof. Dr. med. Martin Kreis; Prof. Dr. med. Johann Pratschke; PD Dr. med. Felix Aigner	300,00	500,00
14.06.2019	15.06.2019	Templin OT Groß Dölln	2019-23682	10. Brandenburger Viszeralchirurgisches Update	Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch; Prof. Dr. med. Hubertus J. C. Wenisch	30,00	50,00
26.06.2019	28.06.2019	Köln	2019-23677	Viszeralchirurgie Kompakt: Oberer Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. med. Christiane Bruns; Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder; Prof. Dr. med. Jessica Leers	300,00	500,00

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
22.02.2019	23.02.2019	Nürnberg	2019-24712	Abschlusscolloquium Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte (HBA) beim Bundeskongress Chirurgie	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		
22.03.2019	23.03.2019	Berlin	2019-24706	Abschlusscolloquium Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		
03.05.2019	04.05.2019	Berlin	2019-24707	Abschlusscolloquium Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		
14.06.2019	15.06.2019	Berlin	2019-28136a	Mastertrainer für die Strukturierte Facharztweiterbildung	Prof. Dr. med. Marcus Siebolds		

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
02.02.2019		Frankfurt am Main	2019-25830	Vorbereitungskurs BG-Gutachterstellung (Untersuchungstechnik, Tipps und Tricks)	Dr. med. Werner Boxberg	200,00	400,00
22.03.2019		Bonn	2019-23632	Kindertraumatologie für D-Ärzte	Dr. med. Werner Boxberg; Prof. Dr. med. Christof Burger	150,00	250,00
22.03.2019		Bonn	2019-25840	Rehabilitations-medicin / -Management	Dr. med. Werner Boxberg	150,00	250,00
03.05.2019		Berlin	2019-24760	Medizinische Krisenkommunikation unter juristischen und medialen Aspekten	Dr. jur. Jörg Heberer; Holger Münsinger	200,00	400,00
25.05.2019		Berlin	2019-27706	Abrechnungsseminar EBM	Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg	140,00	240,00
25.05.2019		Berlin	2019-27701	Abrechnungsseminar GOÄ und BG	Dr. med. Peter Kalbe	140,00	240,00
15.06.2019		Berlin	2019-25590	Der Chirurg als Gutachter im Behandlungsfehlerprozess	Prof. Dr. med. Heiner Wenk	250,00	400,00
28.06.2019	29.06.2019	Berlin	2019-27832	Praxis-Optimierung	Dr. med. Peter Kalbe	350,00	500,00

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

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

eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-CENTER

MEDIATHEK



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

Von Chirurgen für Chirurgen –

praxisnäher lässt sich Fortbildung nicht darstellen.

Es können auch eigene Fortbildungsfilme eingereicht werden!

www.mediathek-dgch.de

mediathek
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

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
09.02.2019	09.02.2019	Düsseldorf	Intensivkurs Röntgenbefundung im Wachstumsalter	durchblicken.org	350.00	350.00
22.02.2019	22.02.2019	Hamburg	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250.00	250.00
15.03.2019	15.03.2019	München	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250.00	250.00
26.03.2019	29.03.2019	München	136. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie	MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG		
06.09.2019	06.09.2019	Hannover	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250.00	250.00
09.10.2019	10.05.2019	Bad Steiffelstein	Kniegelenknahe Osteotomien	Intercongress GmbH		
22.10.2019	25.10.2019	Berlin	DKOU 2019	Intercongress GmbH		



Yes, I am!

Bekennen Sie (BDC-)Farbe mit diesen eleganten Accessoires aus reiner Seide. Die exklusiven, in Kleinserie für den BDC hergestellten „Must-Haves“ Krawatte und Tuch wissen durch ihr zeitloses Design und ihre hohe Qualität zu überzeugen.

Members only!



BDC-Seidenkrawatte (18,00 €)	Material: 100% Seide, Schmuckverpackung
BDC-Seidentuch (13,00 €)	Material: 100% Seide, Größe: 30 cm x 140 cm, Schmuckverpackung
Bestellung	Online bestellen unter www.bdc-shop.de oder per E-Mail an: bdc-shop@bdc.de
Fragen?	Tel.: 030/28004 - 115

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

Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin

Telefon: 030/28004-100
E-Mail: mail@bdc.de

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Dezember 2018

%

30 %



GARMIN: BIS ZU 30 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

25 %



HESSNATUR: 25 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

15 %



KÄFER: BIS ZU 15 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

20 %



WMF: 20 % 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.

Nur Mut!

Kein
Durchschnittsjob:
ChirurgIn
www.chirurg-werden.de



Regerer Austausch bei Hospitationen

ClosureFast™-Training

MVZ ANregiomed Rothenburg lädt gemeinsam mit der Firma Medtronic regelmäßig Kollegen aus ganz Deutschland zu Hospitationen ein.

Das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) ANregiomed Rothenburg ist seit Anfang des Jahres deutschlandweit das einzige Hospitationszentrum mit regelmäßigen Hospitationsterminen für die endovenöse Behandlung der Varikosis mit der ClosureFast-Methode.

„

Mir und meinen ärztlichen Kollegen ist es ein großes Anliegen, uns kontinuierlich weiterzubilden und das am besten gemeinsam und praxisnah.“, sagt der ärztliche Leiter des MVZ ANregiomed Rothenburg, Dr. Markus Zoller. Ihn freue es deshalb sehr, in seiner Praxis in Rothenburg ob der Tauber seit Januar regelmäßige Hospitationstermine für die ClosureFast-Methode anbieten zu können. Die ClosureFast-Therapie ist eines der modernsten Radiofrequenzverfahren zur Behandlung von Varizen. Bei dem Verfahren setzt ein Radiofrequenzgenerator thermische Energie auf die Venenwand ein, was zu deren Erhitzung, Kollaps und Verschluss führt. Eine chirurgische Entfernung der Vene erübrigt sich, weil sie vom Organismus abgebaut wird.

Vor der OP, natürlich nach Diagnose und Indikationsstellung, wird der Verlauf der Krampfadern am Bein mit zu Hilfenahme der Duplexsonographie eingezeichnet. Der Arzt führt dann einen speziellen Katheter in die Stammvene ein, dessen Lage während der gesamten OP fortlaufend

mittels Ultraschall kontrolliert wird. An der Spitze des Katheters ist ein drei oder sieben Zentimeter langes Heizelement angebracht. Über diese Heizspirale kann die Veneninnenwand mittels Radiowellen sehr stark erwärmt werden. Dabei reguliert der Radiofrequenzgenerator die Leistung ständig, um die Temperatur auf der gesamten Gefäßinnenwand gleichmäßig zu verteilen. Innerhalb weniger Minuten wird der Katheter unter Freisetzung von Wärmeenergie zurückgezogen. Die Erhitzung der Vene auf 120 Grad Celsius bringt diese zum Schrumpfen und zum Verschluss. Sobald die behandelte Vene vollständig verschlossen ist, können gesunde Venen deren Funktion übernehmen und für den regulären Abfluss des Blutes sorgen. Closure Fast gilt als ein besonders schonendes und effektives Verfahren im Rahmen der thermischen Krampfaderbehandlungen. Eine Tumescenzanästhesie (spezielles Verfahren zur Betäubung der Region und zur Kühlung des Gewebes) ist für das Verfahren Voraussetzung, viele Eingriffe können deshalb aber auch ohne Narkose durchgeführt werden.

Bei einer zweitägigen Hospitation im Januar konnte Dr. Zoller sein Wissen über die ClosureFast-Methode an zwei Kollegen aus Chemnitz und Hamburg weitergeben. Dabei wurden vier Patienten von der Diagnose bis zur Operation begleitet. Die drei Chirurgen haben die Patienten gemeinsam untersucht, OP-Indikationen gestellt und die Therapie für den folgenden Tag festgelegt. In den Untersuchungs- und Operationspausen fanden fachliche Diskussionen, Kurzvorträge und Übungen zur Punktionstechnik am Modell Blue Phantom statt.

„Beim Feedback-Gespräch zeigten sich meine Kollegen mit der Hospitation sehr zufrieden und auch für mich war der kollegiale Austausch intensiv, sehr positiv und sehr lehrreich“, so Dr. Zoller. Man habe zu dritt genauestens über die Möglichkeiten der Methode diskutiert, wovon wiederum die Patienten profitiert hätten. „Es freut mich sehr, dass ich durch die Hospitationen Chirurgen, die Phlebologie betreiben, unterstützen und so zu einem regen Austausch beitragen kann.“



Überblick über die vier gemeinsam behandelten Patienten

1. Patient, 36 Jahre, männlich

Diagnose: Symptomatische Varikosis der Vena saphena parva (V. s. p.) und insuffiziente Vena femoropoplitea (V. f. p.) links

Stadium: 3 nach Hach

Therapie: Radiofrequenzablation (RFA) der V. s. p. und der V. f. p., Seitenastexhairese nach Vardy in Vollnarkose und Bauchlage

Duplexsonographie: 2. Post OP Tag: komplett verschlossene V. s. p. und V. f. poplitea

Abschluß der Behandlung: am 10. Post OP Tag Patient beschwerdefrei, keine Parästhesien

Verlaufskontrolle: im Sommer

Erlös: IV Vertrag AOK Bayern 1020 Euro

2. Patient, 28 Jahre, weiblich

Diagnose: Stammvarikosis der Vena saphena magna (V.s.m.) rechts mit konsekutiven Seitenästen am dorsalen Unterschenkel

Stadium: 3-4 nach Hach

Therapie: RFA mit ClosureFast-System (CFS) sowie Seitenastexhairese nach Vardy in Vollnarkose auf Wunsch

Duplexsonographie: 2. Post OP Tag: verschlossene V. s. m. offene V. epigastrica (Spüleffekt)

Abschluß der Behandlung: am 10. Post OP Tag Patient beschwerdefrei

Verlaufskontrolle: im Sommer

Erlös: IV Vertrag AOK Bayern 1020 Euro

3. Patient, 29 Jahre weiblich

Diagnose: Stammvarikosis der V. s. m. rechts

Stadium: 3-4 nach Hach

Therapie: RFA mit CFS in Tumescenz-Anästhesie und Analgosedierung sowie Schaumsklerosierung der Vena saphena accessoria anterior (VSAA)

Duplexsonographie: 2. Post OP Tag: verschlossene V. s. m. verschlossene VSAA, offene V. epigastrica (Spüleffekt)

Abschluß der Behandlung: am 10. Post OP Tag Patient beschwerdefrei

Verlaufskontrolle: im Sommer

Erlös: IV Vertrag AOK Bayern 1020 Euro

4. Patient, 61 Jahre, weiblich

Diagnose: Insuffizienz der V. s. m. mit vielen Seitenästen

Stadium: 3 nach Hach

Therapie: RFA mit CFS der V. s. m. und Seitenastexhairese nach Vardy in Vollnarkose

Duplexsonographie: 2. Post OP Tag: verschlossene V. s. m. komplett (endovenöse Crossektomie)

Abschluß der Behandlung: am 10. Post OP Tag Patient beschwerdefrei

Verlaufskontrolle: im Sommer

Erlös: IV Vertrag AOK Bayern 1020 Euro

Kontaktadresse

Medtronic GmbH

Earl-Bakken-Platz 1 | 40670 Meerbusch | Germany

krampfadern@medtronic.com



Link zum Video: <https://youtu.be/2f7T2MDqWB8>

PANORAMA

Schwierige Patienten

Der schwierige Patient – Reflexionen und mögliche Lösungen zur Gestaltung eines befriedigenden Umganges

In Auszügen vorgetragen beim 135. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Berlin, 2018.







Prof. Dr. med. Joachim Jähne,
MBA, FACS
 Klinik für Allgemein- und
 Viszeralchirurgie
 DIAKOVERE Henriettenstift
 Marienstr. 72-90
 30175 Hannover
joachim.jaehne@diakovere.de

Jähne J: Der schwierige Patient – Reflexionen und mögliche Lösungen zur Gestaltung eines befriedigenden Umganges. *Passion Chirurgie*. 2018 Dezember, 8(12): Artikel 07_01.



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

In den letzten Jahren hat sich die Arzt-Patienten-Beziehung deutlich verändert. War das Verhältnis früher von einem Paternalismus geprägt, so geht es seit etwa einer Dekade und besonders heute in der Arzt-Patienten-Beziehung eher um die partizipative Entscheidungsfindung [1]. Hinzu kommt, dass sich im digitalen Zeitalter die Arzt-Patienten-Beziehung weiter grundlegend verändern wird. Sowohl medizinische Entwicklungen als auch veränderte gesellschaftliche Gegebenheiten haben zu dem Wandel der Arzt-Patienten-Beziehung beigetragen. Beispielsweise seien hier die Spezialisierung in der Medizin, die Zunahme des Anspruchsdenkens und der Erwartungshaltung seitens der Bevölkerung im Hinblick auf Hygiene, Unterbringung und Schnelligkeit der Behandlung, die Überbetonung der Ökonomie und nicht zuletzt auch die Ansprüche an eine sichere Patientenbehandlung genannt. Diese z. T. sehr unterschiedlichen Faktoren haben dazu beigetragen, dass die Patientenbehandlung komplexer geworden ist. Ungeachtet dieser Entwicklungen gab es allerdings immer schon Patienten, die im Allgemeinen als schwierig bezeichnet wurden. Dieser Artikel versucht, eine Standortbestimmung zum schwierigen Patienten vorzunehmen und gleichzeitig Optionen aufzuzeigen, wie der Umgang mit diesen Patienten für beide Seiten befriedigend gestaltet werden kann.

DER SCHWIERIGE PATIENT – VERSUCH EINER DEFINITION

Jeder Arzt und jeder Chirurg kann mit dem Begriff des sogenannten „schwierigen Patienten“ etwas anfangen, wobei aber auch jeder andere Zuschreibungen vornehmen wird. Gemeinhin passt sich der schwierige Patient nicht an, lehnt Behandlungsvorschläge ab, ist überkritisch, kritisiert alles und jeden und weist eine mäßige bis schlechte Compliance auf [2]. Im Betrieb eines Krankenhauses, aber auch einer Arztpraxis löst der schwierige Patient Widerstände aus, hemmt den Betrieb und frustriert letztlich Ärzte und Pflegepersonal. Nach den allgemeinen Erfahrungen gehören zur Gruppe der schwierigen Patienten zum Beispiel Patienten mit einer Depression oder einer Suchterkrankung, aggressive und

vorwurfsvolle Patienten, Patienten mit narzisstischen Störungen, aber auch Patienten mit einer schlechten Prognose.

DER (SCHWIERIGE) PATIENT UND DIE INTERAKTION MIT DEM ARZT

Zum (erfolgreichen) Umgang mit schwierigen Patienten ist es erforderlich, dass unveränderbare Gegebenheiten bewusst gemacht werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass natürlich nicht nur der Patient mit seinem Verhalten, seiner Persönlichkeit und seinen Motiven Beachtung finden muss, sondern auch der Behandler, der seinerseits ebenfalls bestimmte Verhaltensmuster und eigene Motive aufweist [3, 4]. So werden auf Seiten der Patienten Therapeuten mit einer ablehnenden oder distanzierten Haltung ebenfalls als schwierig empfunden. Auch muss bei der Betrachtung des sogenannten schwierigen Patienten klar sein, dass ein Arzt nach einer langen Dienstreise ohne Schlaf oder nach einem für ihn unbefriedigenden Behandlungsergebnis – in der Chirurgie z. B. eine Anastomosensuffizienz – mit einer gänzlich anderen Einstellung auf Patienten zugehen wird als ausgeruht und nach einer erfolgreichen Behandlung/Operation. Aus diesen unveränderbaren Gegebenheiten können sich bisweilen schwierige Interaktionen ergeben. Als Arzt sollte man sich deshalb immer bewusst machen, dass man selbst auch Teil einer als unangenehm empfundenen Situation ist. Diese Selbsterkenntnis muss zugleich der Anspruch an die berufliche Professionalität sein, steuernd und korrigierend einzugreifen.

ALS ARZT SOLLTE MAN SICH DESHALB IMMER BEWUSST MACHEN, DASS MAN SELBST AUCH TEIL EINER ALS UNANGENEHM EMPFUNDENEN SITUATION IST.

Darüber hinaus darf nicht vergessen werden, dass insbesondere die Selbstregulation für das menschliche Sein eine erhebliche Bedeutung hat. Patienten in einem Krankenhaus haben häufig das Gefühl eines Autonomieverlustes. Das Selbstwirksamkeitsgefühl geht verloren, und es besteht natürlich im ersten Moment keinerlei Bindung bzw. Zugehörigkeitsgefühl. Die Frustration dieser Gefühle resultiert in Angst, Enttäuschung, Verärgerung und Hilflosigkeit und in deren Folge zu chronischen Stresserfahrungen und Aggressivität [5]. Interaktionelle Probleme entstehen meist dann, wenn der Patient seine berechtigten Grundbedürfnisse als bedroht erlebt. Dazu gehören Anerkennung und Wertschätzung, eine verlässliche und solidarische Beziehung und die Anerkennung der Unverletzlichkeit des eigenen Territoriums und vor allem auch der eigenen körperlichen Grenzen. Es ist in diesem Zusammenhang unerheblich, ob diese Bedrohung der Grundbedürfnisse tatsächlich vorliegt oder vom Patienten nur so wahrgenommen wird [3]. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass in Anerkennung dieser „Gesetzmäßigkeiten“ Strategien und Kommunikationsebenen geschaffen werden sollten, um eine für alle Seiten befriedigende Lösung herbeizuführen.

STRATEGIEN ZUM UMGANG MIT SCHWIERIGEN PATIENTEN

Gerade aufgrund des Verlustes der genannten Grundbedürfnisse haben Patienten berechnete Erwartungen an den Krankenhausaufenthalt. Dazu gehören Vertrauenswürdigkeit, fachliche Expertise und Kompetenz, der Aufbau eines Verhältnisses und einer Beziehung zum Patienten, die Kommunikation sowie letztlich die Organisation und das Management der Krankenhausversorgung. Ganz entscheidend sind darüber hinaus die Umgebungsgestaltung und die Atmosphäre. Diese Erwartungen können auf Seiten der Ärzte durch Respekt und das Eingehen auf Ängste und Emotionen der Patienten, durch eine hochqualifizierte Behandlung, durch die Einbindung des sozialen Umfeldes des Patienten und vor allen Dingen auch durch eine verständliche und klare Kommunikation erfüllt werden [6]. Während die Erwartungen und deren Erfüllung zunächst



einem kognitiv-rationalen Abgleichungsprozess ähneln, wird die Erwartungserfüllung dann zur Zufriedenheit, wenn auch die emotional-affektive Bewertung seitens des Patienten erfolgt. Ganz entscheidend für den Umgang mit schwierigen Patienten ist es also, sich die Bedürfnisse des Patienten bewusst zu machen und darauf entsprechend zu reagieren. Neben einer ausgeprägten Fähigkeit zur Kommunikation kommt es entscheidend auch auf ein funktionierendes Erwartungsmanagement an, um die gestiegenen Patientenansprüche an die Behandlung zu erfüllen [6, 7].

Ungeachtet dieser essenziellen Voraussetzungen für eine beiderseitige wertschätzende und zielführende Interaktion ist jedoch uneingeschränkt zu konstatieren, dass die Aggressivität im Krankenhaus zunimmt. Praktisch jeder Arzt und jede Pflegekraft hat in einem mehr oder weniger ausgeprägten Umfang selbst bereits verbale oder gar körperliche Aggressivität erfahren, wobei auch hier durch abgestufte Kommunikationsstrategien häufig ein beruhigender Einfluss auf aggressive Patienten ausgeübt werden kann. Gleichwohl sollte es heute jedoch die Aufgabe der Krankenhäuser sein, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für den Umgang mit aggressiven Patienten zu sensibilisieren, Verhaltensmaßnahmen an die Hand zu geben und auch

Fortbildungen auf dem Gebiet der Selbstverteidigung anzubieten. Für den Umgang mit schwierigen und aggressiven Patienten gilt der Grundsatz, dass die Schwierigkeit ein Symptom, aber keinesfalls ein Schicksal ist. Bei der Analyse der Gründe können Ängste und/oder krankheitsspezifische Ursachen, inadäquate Erwartungen des Behandlungsteams, eine Etikettierung des Patienten, eine kritische Grundhaltung, aber auch pathologische Primärpersönlichkeiten relevant sein. Als Strategie empfehlen sich ein wertfreies Akzeptieren, eine Unvoreingenommenheit sowie die Signalisierung von Empathie. Entscheidend sind der Abbau von Ängsten und ein besonders zuvorkommendes, Entspannung anstrebendes Verhalten. Es existieren zahlreiche Möglichkeiten der Aggressionsabwehr, die sowohl im Auftreten, in der Kommunikation, aber auch im Einsatz von körperlichen Abwehrmechanismen liegen können [8].

FAZIT

Bei Einsatz der geeigneten Strategien resultieren im Umgang mit schwierigen Patienten häufig überraschende Wendungen. Der abgewandte Patient fasst Zutrauen, der aggressive Patient wird führbar und der fordernde Patient ist zufrieden. Und es darf auch nicht unberücksichtigt bleiben, dass es durchaus zulässig ist, eine Behandlung wegen des



Gefühls eines fehlenden Vertrauensverhältnisses abzulehnen. Ein solches Vorgehen überrascht dann meist den Patienten und dessen Angehörigen, kann jedoch durchaus auch eine Strategie sein. Zweifelsohne sind schwierige Patienten im Arbeitsalltag eine Herausforderung. Die Kenntnis der Erwartungshaltung von Patienten und deren mögliche Erfüllung sind ebenso essenziell wie eine kritische Selbstreflexion der Ärzte („Wo liegt mein Beitrag zu dieser Situation?“). Für den Umgang mit schwierigen Patienten ist die Kommunikation ein entscheidender Faktor.

LITERATUR

- [1] Loh A, Simon D, Kriston L, Härter M: Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen – Effekte der partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. Dtsch Arztebl 104 (21): A-1483 / B-1314 / C-1254, 2007
- [2] Gespräche mit den sogenannten „schwierigen Patienten“. http://www.linus-geisler.de/ap/ap19_schwierig.html, abgerufen am 10.9.2018
- [3] www.stefan-zettl.de/pdfs/schwierigepatienten.pdf, abgerufen am 8.9.2018
- [4] Reimer C: Probleme beim Umgang mit schwierigen Patienten, Schweiz Med Rundschau 80(8), 157-162, 1991
- [5] R Sachse, Persönlichkeitsstörungen verstehen – zum Umgang mit schwierigen Patienten, Psychiatrie-Verlag Bonn, 2006
- [6] Gerlach C, Güntert B: Erwartungen und Patientenzufriedenheit im Krankenhaus: Konstruktion und Anwendung einer erwartungsbasierten Erfahrungstypologie und deren Nutzung im Rahmen des Qualitäts- und Erwartungsmanagements. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen (ZEFG), 109, 585–593, 2015
- [7] Bühring P: Der schwierige Patient: Kommunikation ist alles. Dtsch Arztebl 114(6): A-280 / B-248 / C-244, 2107
- [8] Sonnenmoser M: Der schwierige Patient: Aggressivität und Gewalt – Der Respekt nimmt ab; Dtsch Arztebl 2017; 114(10): A-482 / B-418 / C-408 ○

eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-
CENTER

WEBINARE



Namhafte Experten *live* direkt in Ihrem Arbeitszimmer.

Live-Webinare setzen neue Maßstäbe für eine zeitgerechte, interaktive Fortbildung. Nehmen Sie teil an Live-Seminaren mit Chats, nutzen Sie Vorträge aus dem Archiv und die korrespondierenden CME-Tests online auf der neuen BDC-Plattform.

BDC|WEBINAR

www.bdc-webinare.de

MEDIATHEK



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

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

mediathek
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

www.mediathek-dgch.de

[eCME-CENTER]



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

eCME-center.org
accelerating medical education

www.ecme-center.org





Prof. Dr. med. Bernd Tillig
Klinik für Kinderchirurgie,
Kinderurologie
und Neugeborenenchirurgie
Vivantes Klinikum Neukölln
Rudower Str. 48
12351 Berlin
bernd.tillig@vivantes.de

Der schwierige Patient – Besonderheiten in der Kinderchirurgie

In unserer Gesellschaft hat gegenwärtig das Streben nach einem Optimum an Sicherheit und Wohlergehen oberste Priorität. Die Gewährleistung individueller Bedürfnisse und Rechte sowie Selbstbestimmung werden auf der Grundlage unserer Werteordnung mit Recht eingefordert. Die Familie steht unter dem besonderen Schutz des Staates und die Pflege und Erziehung der Kinder sind das herausragende Recht sowie die Pflicht der Eltern [1].

Daraus ergibt sich eine weitreichende und spürbar zunehmende Anspruchshaltung auch gegenüber der Qualität in der Gesundheitsversorgung. Gleichzeitig sind sowohl die Patientinnen und Patienten selbst, als auch deren gesetzliche Vertreter, durch die steigende Verfügbarkeit medizinischer Fachinformationen im Internet und den Medien immer besser über Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten informiert. Aktuelle randomisierte klinische Studien über die Entwicklung der Arzt-Patienten-Beziehungen zeigen eindeutig, dass Patientinnen und Patienten stärker in Entscheidungen über Diagnostik und Therapie einbezogen werden wollen [2]. In die gleiche Richtung zielt der im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz für gesetzlich Versicherte festgeschriebene Anspruch zur Einholung einer Zweitmeinung [3].

Aus diesen gesellschaftlichen Entwicklungen resultieren sehr komplexe Anforderungen an die aktive Gestaltung eines konstruktiven Verhältnisses zwischen Arzt und Patient bzw. dessen gesetzlichen Vertreter. Die gestaltende bzw. moderierende Funktion muss dabei der Arzt als medizinischer Experte erfüllen. Mögliche Probleme und Schwierigkeiten in diesem Prozess sind bekanntermaßen sehr vielfältig und oft ist es eine große

Herausforderung, mit Patienten in besonders schwierigen Situationen bzw. mit „schwierigen Patienten“ zu kommunizieren sowie Diagnostik und Therapie stringenz zu planen.

Das Spektrum der Kinderchirurgie umfasst die chirurgische Behandlung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen. Demzufolge müssen Ärztinnen und Ärzte auf völlig unterschiedliche Weise das Vertrauen der kindlichen bzw. jugendlichen Patienten gewinnen und aus medizinischer Sicht deren Interessen vertreten sowie gleichzeitig mit den Sorgeberechtigten, in erster Linie mit den Eltern, kommunizieren und medizinische Entscheidungen konsentieren.

Im Folgenden wird versucht, im Kontext der geschilderten Entwicklungen, relevante Besonderheiten und die Komplexität des Arzt-Patienten-Verhältnisses in der Kinderchirurgie herauszuarbeiten.

UM WEN GEHT ES?

Wenn ein krankes Kind zur Behandlung in ein Krankenhaus muss, ist das immer ein sehr beeinträchtigender Ausnahmezustand für die ganze Familie. Kinder wissen meist nicht, was auf sie zukommt, die Eltern machen sich Sorgen, ob die Versorgung und die Betreuung im Krankenhaus auch wirklich gut sind. Oft ist es die erste Trennung von Eltern und Geschwistern. Die Umgebung ist fremd und das Kind hat Angst vor Schmerzen und vor dem Alleinsein. Vielleicht bringen sie das Krankenhaus auch in Verbindung mit dem Tod, weil z. B. die Großeltern, andere Familienmitglieder oder auch Bekannte der Familie im Krankenhaus verstorben sind. Vielleicht machen auch bereits bestehende Erfahrungen mit unangenehmen ärztlichen Untersuchungen bzw.

Tillig B: Der schwierige Patient – Besonderheiten in der Kinderchirurgie. *Passion Chirurgie*. 2018 Dezember, 8(12): Artikel 07_02.



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

schmerzhaften medizinischen Prozeduren Angst vor dem Kommenden.

Die Kontaktaufnahme zum kranken Kind gestaltet sich im Krankenhaus oder in der Arztpraxis entsprechend der jeweiligen Entwicklungs- und Altersstufen unterschiedlich schwierig. Mit jungen Säuglingen ist naturgemäß kein wirklich nutzbarer Kontakt herzustellen und ab dem zweiten Lebenshalbjahr ca. bis zum dritten Lebensjahr zeigen sich viele Kinder entwicklungsbedingt sehr verunsichert, ängstlich oder scheu und ablehnend – sie „fremdeln“ [4].

Auch im folgenden Vorschul- bis frühen Schulalter, in der Phase der sogenannten „kleinen Pubertät“, sind die Kinder auf die Unterstützung der Eltern oder anderer Bezugspersonen angewiesen, um sich bewusst einer Behandlung stellen und entsprechende ärztliche Erklärungen verstehen zu können. Meist dominieren in diesem Alter die Angst sowie eine Abwehr- und Vermeidungshaltung gegenüber medizinischen Maßnahmen. In diesen genannten Altersgruppen ist die ständige Anwesenheit einer entsprechenden Bezugsperson bei medizinischen Maßnahmen sowie generell während des stationären Aufenthaltes für die Kinder essenziell erforderlich.

Im Verlaufe des Schulalters entwickeln Kinder zunehmend Aufmerksamkeit und Verständnis für Erklärungen und Gespräche über ihre gesundheitliche Situation und erforderliche medizinische Maßnahmen. Sie werden für entsprechende Absprachen und Vereinbarungen mit der Ärztin oder dem Arzt bzw. der Pflegekraft zugänglich.

Meist sind ein wirklich nutzbarer Kontakt zu kindlichen Patienten und eine Kommunikation nur mithilfe der Eltern bzw. der Familienangehörigen herzustellen, wobei oft alle möglichen Bezugspersonen einbezogen werden müssen. Besonders im Jugendalter können zudem auch Freunde als wichtige Bezugspersonen eine Rolle spielen.

Jugendliche entwickeln neben den emotionalen und psychischen Besonderheiten der Pubertät zunehmend Anspruch auf

Selbstbestimmung. Jugendliche verfügen z. T. über medizinisches Wissen aus dem Internet und Meinungen aus entsprechenden Foren sowie Social-Media-Plattformen, die nicht immer mit denen der sorgeberechtigten und betreuenden Personen übereinstimmen.

JURISTISCHE GRUNDLAGEN

Anders als bei Erwachsenen bedarf es für einen operativen Eingriff bei einem Kind der Einwilligung eines einwilligungsfähigen gesetzlichen Vertreters. In der Regel sind die sorgeberechtigten Eltern die entscheidenden gesetzlichen Vertreter des Kindes für Entscheidungen sowie Einwilligungen für Diagnostik und Therapie.

Im Dezember 2012 wurde das Elternrecht noch einmal gestärkt, indem Eltern nun auch in eine medizinisch nicht indizierte Beschneidung nicht einsichts- und urteilsfähiger Jungen einwilligen dürfen [5].

Allerdings ist zu beachten, dass dem Willen des Kindes mit dem Heranwachsen zunehmendes Gewicht beigemessen werden muss und ihm ein Vetorecht zusteht [6]. Jugendliche können in Abhängigkeit von ihrem psychosozialen Entwicklungsstand bzw. ihrer Verstandesreife juristisch einwilligungsfähig sein [7]. Bedauerlicherweise hat der Gesetzgeber jedoch versäumt, eine eindeutige Regelung zur Behandlung einwilligungsfähiger Jugendlicher zu treffen. Somit obliegt die Entscheidung, ob ein jugendlicher Patient einwilligungsfähig ist, allein dem behandelnden Arzt. Dabei gilt der Grundsatz: Je einschneidender und wenig dringlich der Eingriff, je unübersehbar dessen Risiko und Folgen und je jünger die Patientin bzw. der Patient ist, desto eher fehlt es an der notwendigen Urteils- und Einsichtsfähigkeit [8].

Zur Sicherheit sollten möglichst immer die gesetzlichen Vertreter informiert werden. Dazu bedarf es allerdings der Zustimmung der Jugendlichen, um nicht die ärztliche Schweigepflicht zu verletzen. Verweigern Jugendliche eine dringend notwendige Behandlung geht die Einwilligung der Sorgeberechtigten vor. Generell müssen bei für die Gesundheit des heranwachsenden Kindes

bzw. minderjährigen Jugendlichen schwerwiegenden Entscheidungen stets dem Personensorgerecht des gesetzlichen Vertreters Vorrang eingeräumt werden [6].

WAS MACHT ES IN DER KINDERCHIRURGIE TEILWEISE SO KOMPLIZIERT?

Neben individuellen persönlichen Besonderheiten auf beiden Seiten, können zahlreiche innere und äußere Faktoren bzw. schwierige Situationen das Verhältnis zwischen dem medizinischen Personal und den kindlichen bzw. jugendlichen Patienten sowie deren Eltern belasten und komplizieren. Daraus resultieren mitunter „schwierige Patienten“ aber mit Sicherheit auch „schwieriges medizinisches Personal“.

PROFESSIONALITÄT

Für den Umgang mit Kindern im Krankenhaus sind sowohl eine besondere Eignung, als auch spezielle Qualifikationen erforderlich, die über allgemeine pflegerische Grundkenntnisse deutlich hinausgehen. Infolge des Mangels an qualifiziertem Personal in der Kinderkrankenpflege kann diese Professionalität nicht immer gewährleistet werden. Nicht fachgerechter Umgang mit Kindern infolge fehlender Kenntnisse über die körperliche und psychosoziale Entwicklung sowie fehlende Empathie verhindern oftmals einen vertrauensvollen und konstruktiven Kontakt zu den Kindern und Jugendlichen sowie deren Sorgeberechtigten und fördern Misstrauen und Ablehnung.

SPRACHLICHE VERSTÄNDIGUNG

Regional unterschiedlich, aber gegenwärtig zunehmend bewirkt die Zuwanderung von Migranten eine starke Beeinträchtigung der Kommunikation mit Patienten und deren Sorgeberechtigten infolge sprachlicher Barrieren. Nicht immer und meist nicht unmittelbar kann eine fachkompetente Übersetzung zur Verfügung gestellt werden. Teilweise ist eine Verständigung mit den Sorgeberechtigten nur durch laienhafte Übersetzung durch das zu behandelnde Kind selbst oder durch Familienmitglieder möglich. Unvollständige Aufklärungen, Unverständnis sowie Missverständnisse und falsche Erwartungen können die Folge sein.

STATIONÄRE MITAUFNAHME DER ELTERN BZW. DER BEZUGSPERSONEN

Die stationäre Mitaufnahme von Eltern bzw. Bezugspersonen der Kinder ist heute für bestimmte Altersgruppen bzw. bei schweren Erkrankungen notwendiger Standard. Die alleinige Anwesenheit wird jedoch den Bedürfnissen der Kinder nicht gerecht. Beobachtende Passivität, das Gefühl der Hilflosigkeit und des Überflüssigseins werden von beiden Seiten irritierend bzw. störend empfunden und können zu Unverständnis, unberechtigter Kritik sowie unnötigen Auseinandersetzungen führen.

PSYCHO-SOZIALE UND FAMILIÄRE SITUATIONEN

Psychische und Suchterkrankungen sowie Beziehungsprobleme und soziale Belastungen können dazu führen, dass sorgeberechtigte Eltern ihrer Aufgabe als gesetzlicher Vertreter ihrer Kinder nicht gerecht werden können. Getrenntlebende bzw. geschiedene Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht müssen medizinischen Eingriffen bei ihrem gemeinsamen Kind gleichberechtigt zustimmen. Unversöhnliche Meinungsverschiedenheiten und fortbestehende juristische Konflikte zwischen den Eltern führen oft zu unnötigen Diskussionen sowie zu Verzögerungen erforderlicher medizinischer Entscheidungen.

Zum Teil werden Kinder nicht ausreichend durch ihre Eltern auf einen geplanten Aufenthalt im Krankenhaus vorbereitet, weshalb die Umgebung, das Pflegepersonal und die Ärzte als Bedrohung empfunden und von vornherein von dem Kind abgelehnt werden. Steht der Wille eines einwilligungsfähigen Jugendlichen dem seiner Eltern konträr entgegen, muss der behandelnde Arzt entsprechend der Dringlichkeit der medizinischen Intervention entscheiden, was einiges an Konfliktpotenzial enthalten und zur Ablehnung der Behandlung führen kann.

KULTURELL-RELIGIÖSE SITUATIONEN

Insbesondere bei muslimischen Kindern kann das Schamgefühl sehr stark ausgeprägt sein. Der körperliche Kontakt bei der ärztlichen Untersuchung insbesondere von

Jugendlichen kann gelegentlich abgelehnt bzw. durch die Familie stark reglementiert werden. Die Intensität der Schmerzäußerung hängt bei Kindern auch von der jeweiligen Sozialisation ab. Besonders in Anwesenheit der Eltern können Schmerzen von Kindern überhöht geäußert werden, was zu ärztlichen Fehlinterpretationen führen kann.

Teilweise wird von Eltern erwartet, dass kulturell-religiöse Rituale wie die Beschneidung von Jungen im Säuglings- und Kleinkindesalter im Rahmen anderer Operationen simultan durchgeführt werden. Ablehnung dieser Prozeduren aus medizinischer Sicht wird meist als diskriminierend empfunden.

BESONDERE SITUATIONEN

In einem Beratungsgespräch mit werden den Eltern über eine pränatal festgestellte schwere Fehlbildung bei dem Feten konkurrieren oftmals durch langehegten und unbedingten Kinderwunsch bedingte Hoffnungen und Erwartungen der Eltern mit einer ernüchternd realistischen Einschätzung des beratenden Arztes bezüglich der Möglichkeiten postnataler Korrekturoperationen und des zu erwartenden Outcomes.

Ähnlich gelagert ist die Situation mit Eltern eines chirurgisch kranken und viel zu früh geborenen Kindes mit offensichtlich infauster Prognose. In beiden Fällen sind weitere Entscheidungen nur mit einer festen Vertrauensbasis zwischen medizinischem Personal und den Eltern möglich. Das gelingt nicht immer.

Leider muss in der kinderchirurgischen Praxis immer wieder bei einem verletzten Kind der Verdacht auf eine stattgehabte Kindesmisshandlung geäußert werden. Natürlich lehnen die Eltern einen solchen Vorwurf primär vehement ab. Teilweise entstehen daraus juristische Auseinandersetzungen.

LÖSUNGSANSÄTZE

- Auch im Umgang mit Kindern und Jugendlichen sind Offenheit und Ehrlichkeit sowie Empathie die Grundlagen der Kommunikation.

- Im Arztgespräch ist es wichtig, zuerst mit den Jugendlichen zu sprechen und danach die Eltern zu fragen. Und heranwachsende Kinder sollten in Abhängigkeit von ihrem Alter und der Verstandesreife ebenfalls in die Entscheidungsfindung mit den Eltern einbezogen werden.
- Handelt es sich um bereits weitestgehend urteils- und einsichtsfähige Kinder und Jugendliche, sind das Veto-recht bzw. die Einwilligungsfähigkeit möglichst im Konsens mit den sorgeberechtigten Eltern zu respektieren und zu unterstützen.
- In seltenen, besonders problematischen Fällen ist zur Wahrung der Sicherheit und der Rechte von Kindern die Einbeziehung des Familiengerichts zur Erwirkung eines Sorgerechtsentzuges erforderlich.
- Vor einem notwendigen stationären Aufenthalt ist es sehr hilfreich, wenn die Kinder und die Eltern durch die einweisenden Ärzte oder beim Aufnahme-gespräch umfassend informiert und auf das Kommende vorbereitet werden.
- Während eines stationären Aufenthaltes muss das Kind die Möglichkeit haben, die gewohnten familiären und sozialen Kontakte in kindgerechter Umgebung weitestgehend beizubehalten.
- Dazu sind bei Bedarf auch sozialdienstliche Unterstützungen erforderlich, z. B. um Arbeitsausfall vor allem alleinerziehender Eltern zu kompensieren oder eine Geschwisterbetreuung und Unterstützung im Haushalt zu organisieren.
- Mitaufgenommene Eltern bzw. Bezugspersonen sollten in die Versorgung und Betreuung des Kindes integriert, das heißt in das behandelnde Team mit konkreten, ggf. schriftlich fixierten Aufgaben (Rollenzuteilung), eingebunden werden.
- Sowohl in einer kinderchirurgischen Praxis, als auch in einer stationären kinderchirurgischen Einrichtung sollten sich auf die medizinische Betreuung von Kindern spezialisierte Ärztinnen, Ärzte und Pflegeteams um die Kinder und Jugendlichen kümmern.
- Entsprechend der regionalen Gegebenheiten sind kulturelle und religiöse

Besonderheiten der Bevölkerungsstruktur in die Fortbildung des medizinischen Personals einzubeziehen.

ZUSAMMENFASSUNG

Wie generell in der Kindermedizin besteht in der Kinderchirurgie die prinzipielle Besonderheit, dass es in der Person des Sorgeberechtigten einen gesetzlichen Vertreter bzw. Mittler im Verhältnis zwischen Arzt und Patient geben muss. Zudem sind für Kinder und Jugendliche alters- und entwicklungsspezifische Voraussetzungen zur Gewährleistung einer hohen Versorgungsqualität erforderlich. Juristische und Verständnisfragen müssen in Abhängigkeit vom Alter und der Verstandesreife der Kinder und Jugendlichen vollständig oder teilweise mit den sorgeberechtigten Eltern geklärt werden. Dabei müssen ärztlicherseits sowohl das Sorgerecht der Eltern und deren Pflichten, als auch die Rechte der Kinder und Jugendlichen auf Einbeziehung

und bestmögliche medizinische Behandlung respektiert werden. Der „schwierige Patient“ kann sich in der Kinderchirurgie sehr vielgestaltig darstellen.

Auch in der Kinderchirurgie ist gegenseitiges Vertrauen die Basis eines konstruktiven Arzt-Patienten-Verhältnisses, allerdings immer unter Einbeziehung der sorgeberechtigten Eltern und zum Teil mehrerer Bezugspersonen sowie der Familie. Schwierige Situationen, Missverständnisse und Probleme sind auch hier am ehesten durch offene und ehrliche sowie sachgerechte Kommunikation zu klären. Meist ist dies möglich. Nur bei besonders schwierigen, nicht lösbaren Konflikten mit den Sorgeberechtigten und wenn alle Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten ausgeschöpft wurden, müssen im Ausnahmefall zur Sicherung der Rechte und der Gesundheit der Kinder juristische Schritte gegangen werden.

LITERATUR

- [1] Art. 6 Absatz 1 Grundgesetz (GG)
- [2] Loh A, Simon D, Kriston L, Härter M: Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen – Effekte der partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. Dtsch Arztebl 104 (21): A-1483 / B-1314 / C-1254, 2007
- [3] GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
- [4] <https://www.kindergesundheit-info.de/themen/entwicklung/0-12-monate/erste-gefuehle/fremdeln/>
- [5] § 1631 d Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)
- [6] Oppelt, P. G., Dörr, H.-G. (Hrsg.): Kinder- und Jugendgynäkologie. Teil I: 9 Rechtliche Besonderheiten bei der Behandlung minderjähriger Patientinnen; 9.3 Einwilligungsfähigkeit. 2015 Thieme Verlagsgesellschaft, Stuttgart, New York, Delhi, Rio
- [7] § 630d Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)
- [8] LG München, NJW 1980, 646



BILDERRÄTSEL



AND THE WINNER IS ...

... Dr. med. Heike Hasbach aus Hagen

Wir gratulieren und wünschen viel Spaß
mit dem neuen Android-Tablet.

AUFLÖSUNGEN

AUSGABE I / 2018

KAISERSCHNITT



AUSGABE II / 2018

LEISTENBRUCH



AUSGABE III / 2018

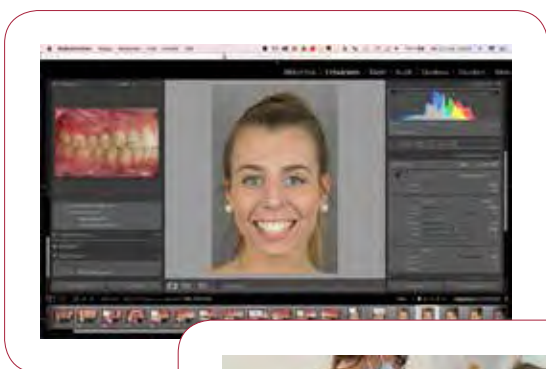
DAMMRISS



DIGITALE FOTOGRAFIE FÜR DENTALE UND MEDIZINISCHE DOKUMENTATION

Lernen Sie digitale Fotografie bequem von Zuhause aus.

In **13 Videoclips** wird Ihnen das notwendige Wissen vermittelt, um qualitativ hochwertige dentale Fotografien zu erstellen:



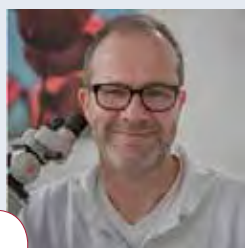
INHALT DES KURSES

TEIL 1 (THEORIE)

- 01 Begrüßung und Einführung
- 02 Warum digitale dentale Fotografie?
- 03 Grundlagen der Belichtung – Das Belichtungsdreieck
- 04 Basics der Kamerabedienung – Belichtungsautomatiken
- 05 Weißabgleich und Farbkalibrierung
- 06 Kameras und Bildsensoren / RAW vs JPEG
- 07 Objektive
- 08 Schärfentiefe / Tiefenschärfe
- 09 Spezielles Zubehör für die digitale dentale Fotografie

TEIL 2 (PRAXIS)

- 10 Intraorale Aufnahmen
- 11 Medizinische dokumentarische Portraits
- 12 Digitaler Workflow am Rechner (mit Adobe Lightroom®)
- 12.1 Weissabgleich und Einrichtung eines Kameraprofils
- 12.2 Import von Aufnahmen und Anlegen von „Sammlungen“
- 12.3 Auswahl von Bildern
- 12.4 Ausrichten der Bilder und Belichtungskorrektur
- 12.5 Ausgabe und Speicherung der Bilder
- 13 Schlusswort



Autor und Referent
**Dr. med. dent.
Michael-Kurt Prüfert**

5
CME
FORTBILDUNGSPUNKTE
gemäß der Richtlinie von
BZÄK, KZBV & DGZMK

Buchen Sie Kurse auf der
Webinar-Seminarplattform
science2media.com

**SCIENCE
2 MEDIA**

**60
CME-
punkte!**

Kompaktkurs:

Hygiene- beauftragter Arzt (HBA)

Geeignet für alle Ärzte



Mit der Smart-Learning-Methode

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

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

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

Termine 2019

Abschlusscolloquium

Wissenschaftlicher Leiter	Ort	Termin	Kurs-Nr.
Prof. Dr. med. Axel Kramer	Berlin	01. - 02.02.19	24706
Prof. Dr. med. Axel Kramer	Berlin	03. - 04.05.19	24707
Prof. Dr. med. Axel Kramer	Berlin	18. - 19.10.19	24708



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



EIN KLEINER GRIFF FÜR DEN CHIRURGEN,
EIN GROSSER FÜR DIE MENSCHHEIT.

25
YEARS
TACHO
FAMILIE



TachoSil® Versiegelungsmatrix

Zusammensetzung: 1 cm² enthält: Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,0 I.E. Sonstige Bestandteile: Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E101), Natriumchlorid, Natriumcitrat, L-Argininhydrochlorid. **Anwendungsgebiete:** TachoSil® wird bei Erwachsenen zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebeerseugung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie angewendet, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie zur unterstützenden Versiegelung der Dura Mater, um postoperative Liquorleckagen nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** 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