

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

AUS EINER WÜSTE
EINEN GARTEN MACHEN

im Fokus

SHUNTCHIRURGIE

04 | 2019

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



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“:

02. /03. April 2019 | 04. /05. Juni 2019 | 15. /16. Oktober 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

Shuntchirurgie: Ein anspruchsvolles und lohnendes Gebiet der Gefäßchirurgie



Prof. Dr. med. Markus Steinbauer

Leiter des Fach-Referates
Gefäßchirurgie im BDC
Vizepräsident der Deutschen
Gesellschaft für Gefäßchirurgie und
Gefäßmedizin e.V.
Krankenhaus Barmherzige Brüder
Klinik für Gefäßchirurgie
Prüfener Str. 86
93049 Regensburg

Steinbauer M: Editorial: Shuntchirurgie: Ein anspruchsvolles und lohnendes Gebiet der Gefäßchirurgie. *Passion Chirurgie*. 2019 April; 9(04): Artikel 01.



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

Die Shuntchirurgie ist ein Betätigungsfeld in der Gefäßchirurgie, das sowohl im ambulanten Sektor in der Breite als auch in Referenzzentren für Shuntchirurgie betrieben wird. Nichtsdestotrotz ist die Shuntchirurgie wenig im Fokus und es ist der Redaktion der Zeitschrift *PASSION CHIRURGIE* zu danken, dieses für den Patienten und die Gefäßchirurgie so wichtige Feld, den Lesern nahezubringen. Die Shuntchirurgie ist seitens der Diagnostik, der Indikationsstellung, aber auch von der technischen Seite (operativ/interventionell) ein sehr anspruchsvolles Feld und fordert Gefäßchirurgen auch insbesondere aufgrund der Polymorbidität der dialysepflichtigen Patienten.

Genau aus diesem Grunde sind Gefäßchirurgen prädestiniert, dieses Gebiet sektorübergreifend und mit Kontinuität für die Patienten anzubieten. Eine der wichtigsten diagnostischen Methoden ist neben der klinischen Untersuchung die Durchführung von duplexsonographischen Untersuchungen im arteriellen und venösen Bereich des Shuntarmes und die genaue Kenntnis der möglichen Komplikationen. Gefäßchirurgen können aus diesem Grund sowohl die Diagnostik als auch Therapie und Behandlung der Komplikationen anbieten.

Darüber hinaus sollten Gefäßchirurgen auch im Sinne eines Anwaltes des Patienten diesen bezüglich der Indikationsstellung zur Dialysekatheteranlage, aber auch zur Anlage von Shunts beraten. Es muss weiterhin das Ziel sein, Dialysekatheter und Lösungen mit prothetischen Materialien möglichst selten

anzuwenden und eine langfristige Dialysemöglichkeit, für den Patienten am besten mit autologem Material, zur Verfügung zu stellen.

In diesem Sinne ist auch die Struktur eines interdisziplinären Shuntzentrums, in denen neben dem Nephrologen der Gefäßchirurgie eine zentrale Rolle spielen sollte, von großer Bedeutung.

In diesem Heft werden von zwei sehr erfahrenen und bestens mit der Materie vertrauten Protagonisten, Herrn E. Metzler und Prof. Dr. G. Krönung, die Entwicklung und der Status der Shuntchirurgie beschrieben. Auch die Bedeutung einer adäquaten Shuntreife wird von ihnen diskutiert. Von besonderem Interesse dürfte der Erlebnisbericht des Shuntpatienten Herr T. Lehn sein, der seine Erfahrungen über lange Jahre und die elementare Bedeutung des Shunts dem Leser nahebringt.

Wir freuen uns, dass die Shuntchirurgie zunehmend größere Beachtung findet und wünschen uns eine weitere Entwicklung der Organisationsstrukturen in Shuntzentren, aber auch in Exzellenzzentren für Shuntchirurgie, um für die Patienten sowohl im transsektoralen Bereich bezüglich der ambulanten und stationären Therapie als auch in der Notfalltherapie die besten Möglichkeiten zur Verfügung zu stellen zu können.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Markus Steinbauer



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: Dr. med. Peter Kalbe,
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg

Justitiar: Dr. jur. Jörg Heberer, Berlin/München
Geschäftsführerin: Dr. med. Friederike Burgdorf

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. med. Friederike Burgdorf
Karin Kammerer (Tel.: +49 (0) 30 28004-202 |
passion_chirurgie@bdc.de)
Julia Weilbach

VERLAG

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

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

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

ABBILDUNGSHINWEISE

Cover-Foto von S. Donner, 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.

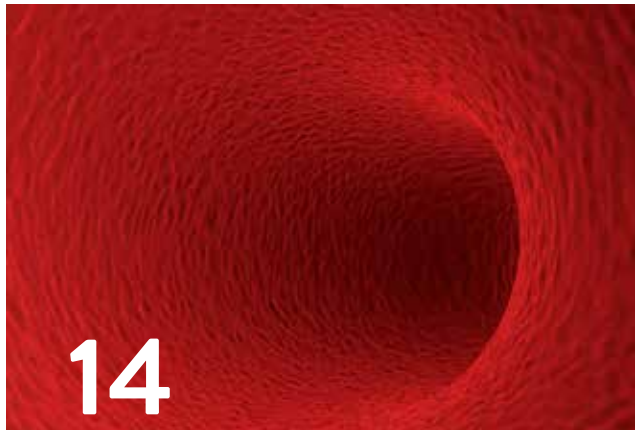
EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

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

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

ISSN 2194-5586

BDC IM WEB 2.0:



INHALT

3 EDITORIAL

3 Shuntchirurgie: Ein anspruchsvolles und lohnendes
Gebiet der Gefäßchirurgie *M. Steinbauer*

6 SCHAUFENSTER

8 CHIRURGIE

im Fokus

8

PASSION SHUNTCHIRURGIE

E. U. Metzler

14

DIE CHIRURGIE DES (DIALYSE)GEFÄß- ZUGANGS ALS KOMPLEXE, HOCHSPAN- NENDE INDUKTIVE PROZESSCHIRURGIE

G. Krönung

22

SHUNT ZU – WAS NUN? KEIN SHUNT HÄLT EWIG!

T. Lehn



29 CHIRURGIE⁺

- 29 Webinar-Termin im Juni 2019: S3-Leitlinie „Magenkarzinom“
- 30 Leserbrief *J. Zeller*
- 31 Für Praxen und Praxiskliniken: Die Betriebsrente wird attraktiver *A. Wieting*
- 34 **Hygiene-Tipp:** Händedesinfektion in der Notaufnahme und im externen Notfall
W. Popp, K.-D. Zastrow
- 36 Honorarbericht Quartal 3/2016 und 4/2016
- 37 Personalia
- 38 RECHT
- 38 Die Beweiskraft ärztlicher Aufklärungsbögen *A. Wienke*
- 41 F&A: Verpflichtung Befunde abzuzeichnen *J. Heberer*
- 42 F&A: Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung *J. Heberer*

44 GESUNDHEITSPOLITIK

- 44 Ambulantes Operieren 2018: Tiefe Gräben oder Zusammenarbeit? *A. Thiel*
- 47 Fachärzte kritisieren Entwurf zur Neuregelung der Psychotherapeutenausbildung *G. Berg*
- 49 BDC|Pressemitteilung: Rosig oder ungewiss – Wie steht es um die Zukunft der Chirurgie?
- 50 Aktuelle Meldungen

51 INTERN

51 DGCH

- 51 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland *S. Tenckhoff*
- 55 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 59 DGCH-Präsidium ab 1. März 2019

63 BDC

- 63 Jahresbericht 2018 – Landesverband BDC|Hamburg *C. Wenck*
- 64 Das Referat für „Presse- und Öffentlichkeitsarbeit“ stellt sich vor *H.-J. Meyer, J.-A. Rüggeberg*
- 66 BDC|News
- 68 BDC|Landesverbände
- 70 BDC|Pressespiegel
- 71 Termine BDC|Akademie
- 75 Veranstaltungshinweise
- 76 Lifestyle-Angebote im April 2019

78 PANORAMA

- 78 Aus einer Wüste einen Garten machen *N. Klose*

PATIENTENSICHERHEIT

Implantateregister kann Patientensicherheit erhöhen, braucht aber Transparenz

STELLUNGNAHME DES AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT ZEIGT ERGÄNZUNGSBEDARF DES GESETZESENTWURFS ZUM IMPLANTATEREISTER AUF

Internationale Beispiele zeigen, dass Implantateregister wesentlich zur Erhöhung der Patientensicherheit beitragen können. Voraussetzung dafür ist, dass die Angaben verlässlich, aussagekräftig und verständlich für Ärzte und Patienten sind. Deshalb begrüßt das Aktionsbündnis Patientensicherheit die Gesetzesinitiative der Bundesregierung, sieht aber wesentlichen Ergänzungsbedarf, damit das Gesetz diese Wirkung auch entfalten kann.

„Es ist überfällig, dass Erkenntnisse zur Qualität von Implantaten für die Behandlung von Patienten herangezogen werden“, sagt Hedwig François-Kettner, Vorsitzende des Aktionsbündnis Patientensicherheit zur anstehenden Gesetzesinitiative, zu der das Bundesgesundheitsministerium für den 26. Februar zur Anhörung eingeladen hat. Erfahrungen beispielsweise aus skandinavischen Ländern zeigen, dass durch gute Register die Rate an Revisionsoperationen halbiert werden konnte. „Damit die Patienten in Deutschland möglichst schnell ähnlich gut geschützt werden wie zum Beispiel in Schweden, sollten die Registerbetreiber verpflichtet werden, die vorliegenden ausländischen Daten zu Implantaten zu integrieren. Im Interesse der Patienten können wir nicht weitere Jahre mit dem mühsamen Aufbau vollständiger Datensätze verbringen.“



[Mehr lesen...](#)

Hygiene in der Arztpraxis: Aktualisierter Leitfaden veröffentlicht

Die zweite Auflage des Nachschlagewerkes zum Hygienemanagement in Arztpraxen kann ab sofort kostenlos heruntergeladen werden. Der aktualisierte Leitfaden berücksichtigt Änderungen der Rechtsgrundlagen sowie den medizinischen Fortschritt.

Herausgeber ist das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der KBV. Der Schwerpunkt des erstmals im Jahr 2014 erschienen Leitfadens liegt auf allgemeinen Hygiene-Themen wie Personal- und Umgebungshygiene. Er enthält aber auch

spezielle Hinweise für die Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten sowie eine Übersicht der wichtigsten Rechtsgrundlagen zu den Themen Hygiene, Medizinprodukte und Arbeitsschutz, die sich daraus ableitenden Pflichten sowie praktische Empfehlungen zur Umsetzung.

Interessierte Praxen können den Leitfaden kostenlos auf der Internetseite ihrer KV oder beim Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte herunterladen.

[Zum Leitfaden...](#)

Aktuelle

BDC|Umfrage

Assistentenumfrage 2018/2019: Chirurgische Weiterbildung in Deutschland

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen führt seit 1998 regelmäßige Assistentenumfragen zur Qualität der chirurgischen Weiterbildung durch. Die letzte Erhebung fand 2014/15 statt und zeigte leichte Trends zur Besserung auf. In diesem Jahr wird die Umfrage gemeinsam mit dem Perspektivforum Junge Chirurgie durchgeführt.

Die Beantwortung des Fragebogens nimmt ca. 15 Minuten Zeit in Anspruch. Die Auswertung erfolgt selbstverständlich anonym, d. h. ein Rückschluss auf den Absender ist nicht möglich.

[Zur Umfrage...](#)

Passion Chirurgie

Mit der Beantwortung unserer kurzen Umfrage zur Mitgliederzeitschrift PASSION CHIRURGIE würden Sie uns eine große Hilfestellung geben, was wir in Zukunft weiter verbessern können. Mitmachen können alle Leser der PASSION CHIRURGIE.

[Zur Umfrage...](#)



STADT.LAND.GESUND

Projekte und Initiativen zur Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen



Gesundheitsversorgung ist ein zentrales gesellschaftspolitisches Thema. Dabei sollten die Bedürfnisse der Bevölkerung auf dem Land stärker in den Fokus rücken und alternative Versorgungsansätze ausgeweitet werden. Die AOK möchte diese Entwicklung vorantreiben und hat deshalb die Initiative „Stadt. Land. Gesund“ für eine bessere ländliche Gesundheitsversorgung gestartet. Mit dieser Initiative möchte die AOK in den kommenden beiden Jahren konkrete Angebote schaffen, um Versorgungsunterschiede zwischen Stadt und Land anzugleichen.

[Mehr Infos...](#)



IM FOKUS

”

Shuntchirurgie

Passion Shuntchirurgie

Nach mehr als zwei Jahrzehnten der ausschließlichen Beschäftigung mit Gefäßzugängen für die Hämodialyse ist es mir eine Ehre, für die Mitgliederzeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen eine Übersicht über die Shuntchirurgie zu geben.



Ernst Ulrich Metzler
Shuntzentrum
St. Joseph-Krankenhaus
Wüsthoffstr. 15
12101 Berlin
ernst-ulrich.metzler@sjk.de

Metzler EU: Passion Shuntchirurgie. Passion Chirurgie. 2019 April, 9(04): Artikel 03_01.



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

IN MEMORIAM WOLF DIETER BRITTINGER

Während der Bearbeitung des Themas hat mich die Nachricht vom Tode meines shuntchirurgischen Lehrers, früheren Vorgesetzten und Vorgängers in der Leitung der Shuntklinik in Neckargemünd erreicht. Prof. Dr. Wolf Dieter Brittinger ist am 10. Januar 2019 gestorben. Gefäßzugänge für die Hämodialyse, oder wie er es gern nannte „Anschlussverfahren für die künstliche Niere“, waren sein Anliegen, in dessen Dienst er sich fast lebenslang gestellt hat. Sein Engagement ging so weit, dass er sich buchstäblich zu jeder Tages- und Nachtzeit im Operationssaal und der Dialysestation für die nierenkranken Patienten einsetzte. Eine wahre Passion.

Prof. Dr. Brittinger war von Hause aus Internist mit dem Schwerpunkt Nephrologie und Dialyse und hat sich wegen der unbefriedigenden Shuntversorgung für seine Patienten in der Anfangszeit der Dialysebehandlung in Deutschland teils unter Anleitung gefäßchirurgisch versierter Kollegen, teils auch autodidaktisch die notwendigen Fähigkeiten und Fertigkeiten angeeignet, um Shuntoperationen selbst durchzuführen. Im Laufe von rund vier Jahrzehnten hat er sämtliche bekannte Shuntformen frequent selbst operiert, weiterentwickelt und eigene Verfahren erfolgreich eingeführt. Eine weitergehende Würdigung und einen umfassenden Nachruf überlasse ich gerne Berufeneren an geeigneter Stelle. Die Grundregeln, nach denen dieser Pionier der Shuntchirurgie gearbeitet hat, stelle ich hier dar, weil sie nach wie vor gültig sind.

SHUNTQUALITÄT BESTIMMT DIALYSEQUALITÄT

Die Herangehensweise des Nephrologen an die Shuntoperation ist fachbezogen eine andere als die des Gefäßchirurgen. Im Gegensatz zum Chirurgen, dem die manuell-technische Seite der Operation, Zugangswege und Anastomosentechnik vertraut sind, kann der Nephrologe aus seinem Wissen um die Erfordernisse für die Dialyse und die eigene praktische Erfahrung mit der apparativen Nierenersatztherapie heraus auch die Anforderungen an den Gefäßzugang klarer

definieren. Die wichtigste Erkenntnis ist, dass die Shuntqualität die Dialysequalität bestimmt, und Letztere entscheidend für die Lebensqualität der Patienten ist. Es werden gefäßchirurgische Instrumente verwendet und gefäßchirurgische Techniken angewandt. Die Operationen stellen für sich genommen aber noch keine Therapie dar, sondern ermöglichen erst die Therapie, nämlich die Dialysebehandlung. So drückt sich in dieser Betrachtungsweise die Interdisziplinarität der Aufgabe aus.

Aus dieser Interdisziplinarität ergibt sich, dass die Bewertung des Dialysezugangs allein nach üblichen gefäßchirurgischen Kriterien zu kurz greift. Natürlich spielen die primäre, die 30-Tage-, 6- und 12-Monats-Offenheit des Shunts eine wesentliche Rolle. Der Benefit des Shunts für den Patienten ergibt sich aber erst durch die tatsächliche Nutzung zur Dialysebehandlung. Deshalb schlage ich eine Bewertung im Rahmen der Qualitätssicherung vor, die berücksichtigt, wie viele Hämodialysen sich infolge einer Shuntoperation, -revision oder -intervention problemlos durchführen lassen, respektive wie viele Monate ein Shunt zwischen zwei Prozeduren für die Dialysebehandlung effektiv eingesetzt werden kann.

Aufgrund einer derartigen Qualitätsbewertung lässt sich dann auch zeigen, dass die chirurgisch sicher scheinenden, mit hoher primärer Offenheitsrate einhergehenden Shuntanlagen, z. B. Ellenbeugenfisteln oder Prothesenshunts, für viele Patienten weniger vorteilhaft sind als periphere Nativshuntanlagen mit zwar längerer Reifungsphase, aber erheblich längerem Intervall bis zur Revision, bzw. bis zum ersten Shuntversagen.

Nach der Erstbeschreibung von Brescia, Cimino et. al. im Jahre 1966 hat sich die Anlage einer radio-cephalen AV-Fistel am distalen Unterarm, vorzugsweise am subdominanten Arm, zum „Goldstandard“ des Dialysezugangs entwickelt. Die Anastomosentechnik wurde angepasst, sodass heute anstelle der in der Erstbeschreibung angegebenen (funktionalen) End-zu-End-Anastomose grundsätzlich Fisteln in Seit-zu-End-Anastomosentechnik angelegt werden, um im Fall der Shuntthrombose eine durchgängige Arterie zu erhalten

und so die Erfolgsaussichten der Revision zu erhöhen.

Dieser Blick auf eine später mögliche Revision zum Shunterhalt ist ein essenzielles Qualitätsmerkmal der bedarfsorientierten Shuntchirurgie. Bedenkt man, dass die Shuntanlage keine eigenständige Therapie darstellt, sondern ihren Sinn erst durch die Nutzung zur Dialyse entfaltet, so muss ohne Schuldzuweisung auch festgestellt werden, dass die chronisch intermittierende Dialysebehandlung gleichzeitig eine systematische „Shuntzerstörung“ darstellt. Standard sind drei Dialysen pro Woche, jeweils mit zwei kaliberstarken Kanülen durchgeführt, sodass im Laufe einer „nur“ dreijährigen Dialysebehandlung rund 1.000 Punktionen des Shunts erfolgen. Dies stellt eine hohe mechanische Belastung dar und macht immer wieder operative oder interventionelle Eingriffe zum Shunterhalt erforderlich.

Ein Shunt, der sich im Falle des Versagens nicht sinnvoll und mit vertretbarem Aufwand revidieren lässt, ist für den Patienten nur von begrenztem Nutzen. Eine gefäßchirurgische „Hochseilakrobatik“ scheint aus diesem Grunde nicht indiziert, und „Extremshunts“ sollten extrem selten, aber nicht extrem schwierig oder für den Patienten belastend sein. Sie gehören nicht in das Portfolio der Standard-Shuntanlagen, sondern müssen für Patienten am Ende einer langen Dialysebehandlung mit entsprechendem Gefäßverbrauch reserviert bleiben.

In dieser Hinsicht stellt die periphere AV-Fistel eine besonders günstige Variante dar, weil sie eine besonders große Palette an Revisionsmöglichkeiten offen lässt. Zu nennen sind Proximalisierung der Anastomose, Ergänzung durch Protheseninterponate und Interventionsmöglichkeiten durch Angioplastie und Stentung. Unter günstigen Voraussetzungen angelegt, erleben wir eine Nutzungsdauer von über zehn, in Einzelfällen sogar bis über dreißig Jahren.

Vom „Goldstandard“ der peripheren AV-Fistel müssen wir zunehmend abweichen, weil die Gefäßverhältnisse der immer älter werdenden, immer häufiger multimorbiden

inzidenten Patienten keine erfolgversprechende Möglichkeit zur Nativshuntanlage am distalen Unterarm mehr bieten. Hier ist das Negativkriterium häufig nicht die fehlende oberflächliche Vene, sondern die fehlende Elastizität der Arterie, die für eine erfolgreiche Maturation des Nativshunts nicht weniger wichtig ist als die ausreichend kaliberstarke und elastische Shuntvene.

Prothesenshunts sind seit fast fünfzig Jahren bekannt und gebräuchlich. Prothesenshunts sind den Nativshunts bezüglich der Gesamtfunktionsdauer, der Revisionshäufigkeit und der Infekteresistenz deutlich unterlegen. Die Infekteresistenz von Prothesenshunts ist um den Faktor 2,5 schlechter als bei Nativshunts, und die Infektsanierung gelingt praktisch nie konservativ, sondern zwingt zur großzügigen Entfernung der infizierten Prothesensegmente und weiträumiger Umgehung des Infektareals. Es ist daher verständlich, dass der Anteil von Prothesenshunts rückläufig ist. Aktuell stellen Prothesenshunts nur noch ca. 10 % der Dialysezugänge bei prävalenten Patienten in Deutschland dar, während der Anteil zentralvenöser Katheter („Demerskatheter“) an den Zugängen auf rund 20 % gestiegen ist. Gründe sind im veränderten Patientenkollektiv zu finden: gestiegenes Alter der inzidenten Patienten ebenso wie die zunehmende Dauer der Dialysebehandlung (bis über vierzig Jahre) der prävalenten Patienten. Eine nachlassende Bereitschaft der Patienten, Unbequemlichkeiten in Kauf zu nehmen als Ausdruck des gesellschaftlichen Wertewandels hin zu einer „Plug and Play“-Mentalität führt nicht selten zu der Situation, dass Patienten, die mit einem gut funktionierenden Shunt versorgt sind, weiter über den initial implantierten Katheter dialysiert werden.

Die Patientenführung stellt eine extrem wichtige Aufgabe für das interdisziplinäre Team dar. Untersuchung, Beratung, Indikationsstellung und Aufklärung der Patienten erfordern etwa ebenso viel Zeit wie die anschließende Shuntoperation.

Bei den inzidenten Patienten, d. h. als Erstzugang für die Dialyse, implantieren wir Prothesenshunts nur in den Fällen, in denen keine Möglichkeiten zur adäquaten

Nativshuntanlage besteht. Im aktuellen Patientenkollektiel liegt der Anteil bei ~ 4%.

So stellen Prothesenshunts in erster Linie Nachfolgeschunts dar, nachdem die Nativshuntmöglichkeiten der betreffenden Extremitäten bereits ausgenutzt sind. Bei der Frage der Eskalation sollte man nicht dogmatisch vorgehen, sondern versuchen, das Vorgehen an die individuellen Bedürfnisse, bzw. die Akzeptanz der Patienten anzupassen. Das bedeutet, dass wir bei manchen Patienten erst sämtliche Nativshuntmöglichkeiten ausschöpfen, bevor wir einen Prothesenshunt implantieren. Bei anderen Patienten ist es sinnvoller, sämtliche Shuntmöglichkeiten einer Extremität auszunutzen, bevor eine andere Extremität, meistens der dominante Arm, gewählt wird. Wie beim Nativshunt ist auch beim Prothesenshunt entscheidendes Qualitätsmerkmal, auf eine möglichst große Bandbreite von Revisionsmöglichkeiten zu achten. Aus diesem Grund ist der Loopshunt gegenüber dem gestreckten Prothesenverlauf zu bevorzugen, weil eine größere Zahl von Revisionsmöglichkeiten beim Shuntverbrauch, bzw. -versagen besteht: Verlängerung eines oder beider Graftschenkel, Teilersatz der punktionsverbrauchten Segmente, Interventionen an den Anschlussgefäßen und zentralen Venen, bis hin zur Verlängerung durch zentrale Interponate.

Nicht mehr benutzbare Shuntprothesen sollten möglichst vollständig entfernt werden, einerseits, um für spätere Neuanlagen den benötigten Platz zu schaffen, andererseits, um Spätinfektionen („silent graft infections“) vorzubeugen, die insbesondere bei Patienten unter Immunsuppression nach Nierentransplantation auftreten. Aus diesem Grunde muss auch die Indikation zur Implantation eines Gefäßersatzshunts bei Patienten, die auf ein Spenderorgan warten, strenger gestellt werden als bei Patienten, für die eine Nierentransplantation nicht infrage kommt. Häufiger als für eine komplette Shuntanlage wird Prothesenmaterial als Interponat zum Shunterhalt benötigt.

Als Prothesenmaterial für Dialyseshunts findet in erster Linie Polytetrafluorethylen (ePTFE) Verwendung, das von zahlreichen

Herstellern in verschiedenen Konfektionierungen angeboten wird. Trotz der stofflichen Ähnlichkeit unterscheiden sich die Prothesen im Handling, sodass ich empfehle, sich zur Erzielung reproduzierbar guter Ergebnisse auf wenige Anbieter zu beschränken, ohne daraus die Empfehlung für ein spezielles Produkt abzuleiten. Frühpunktierbare Prothesen stellen eine willkommene Ergänzung der zur Verfügung stehenden Materialien dar, die Vermeidung eines Katheters zur Dialyseeinleitung gelingt jedoch seltener, als zunächst angenommen wurde.

SHUNTZENTREN UND ZERTIFIZIERUNG

Nach jahrelangen Überlegungen und intensiver Diskussion zwischen allen mit dem Dialysezugang befassten Disziplinen: Nephrologie, Gefäßchirurgie, Radiologie und Angiologie, konnte vor rund zwei Jahren mit der Zertifizierung von „Interdisziplinären Zentren für Dialysezugänge“ begonnen werden. Um den Kreis der Einrichtungen möglichst weit zu fassen, werden sowohl regionale Shuntzentren als auch Shunt-Referenzzentren zertifiziert. Neben den Anforderungen an Struktur und Leistungsdaten sind die gelebte Interdisziplinarität und die Qualitätssicherung entscheidende Kriterien. Inzwischen sind ca. 30 Einrichtungen zertifiziert, sodass wir dem Ziel, allen Dialysepatienten unabhängig von Wohnort und der eher zufälligen Vertrautheit einzelner Operateure mit den Anforderungen an den Dialysezugang, eine hochwertige Shuntversorgung bieten zu können, einen entscheidenden Schritt näher gekommen sind.

AUSBLICK

Die zurzeit diskutierten Innovationen für die Shuntchirurgie betreffen durchwegs Industrieerzeugnisse, die eine höhere Erfolgsrate der Shuntanlage und/oder einen höheren Patientenkomfort versprechen. Diese Entwicklungen sind interessant und können vielleicht im vorgenannten Sinne helfen, die Shuntchirurgie weiter zu entwickeln. Ich möchte aber an dieser Stelle im Patienteninteresse dafür plädieren, dass die notwendige klinische Erprobung in Zentren erfolgt, die bereits jetzt hochfrequent mit der Dialysezugangschirurgie befasst sind und die Mindestanforderungen an Referenzzentren deutlich übertreffen. Nachdem deutschlandweit hunderttausende von Shuntoperationen und weltweit Millionen davon erfolgreich durchgeführt wurden, ist eine vergleichende Untersuchung aus statistischen Gründen nicht einfach. Bei der Überprüfung der „Nichtunterlegenheit“ neuer Verfahren oder Produkte muss das Augenmerk nicht vorrangig auf die primären, bzw. 12-Monats-Erfolge gerichtet werden, sondern auf weitaus längere Zeiträume. Wie oben dargestellt, müssen nicht wenige Patienten die apparative Nierenersatztherapie über Jahrzehnte durchführen.

Die intensiv beworbene endovaskuläre Shuntanlage führt zu einer ellenbeugennahen Fistel, die morphologisch am ehesten der Gracz'schen Fistel vergleichbar ist. Da diese Shuntvariante in der offenen Shuntchirurgie vergleichsweise selten erforderlich ist, darf die Indikation zur Endo-AVF nur gestellt werden, wenn erfolgversprechende

Nativshuntmöglichkeiten am Unterarm ausgeschlossen wurden.

Mit der Entscheidung für eine spezielle Zugangsform schicken wir den Patienten auf einen Therapiepfad, auf dem wir ihn über lange Zeit begleiten müssen. Unsere Indikationsstellung erfordert, dass wir sehr ökonomisch mit den zur Verfügung stehenden Shuntmöglichkeiten umgehen und in jedem Fall einen Plan entwickeln, welche Eskalation im Falle des Shuntversagens zur Verfügung steht.

Solange über den adäquaten Anastomosenwinkel keine Einigkeit unter den Experten besteht, scheint es auch nicht gerechtfertigt, eine äußere Schienung mit dem Argument zu bewerben, dass dadurch der ideale Anastomosenwinkel fixiert wird. Darüber hinaus erschließt sich mir der Vorteil der äußeren Schienung nicht, weil der „Goldstandard“ Nativshunt durch das Einbringen von Fremdmaterial seine Überlegenheit bezüglich Infekteresistenz verlieren dürfte. Das gilt aus meiner Sicht ebenso für implantierbare Punktionshilfen aus Fremdmaterial.

In dem Bestreben die Zugangsmöglichkeiten für die Dialyse im Interesse langfristiger problemloser Behandlung und gesteigertem Patientenkomfort weiterzuentwickeln, müssen wir die Erprobung neuer Materialien und Techniken ethisch sorgfältig abwägen und die Resultate über einen langen Zeitraum kritisch auswerten, bevor wir von den bewährten Standards abweichen. ○

App.in.den.OP®!



App.in.den.OP®

Chirurgischer Stellenmarkt als kostenlose App für Smartphones und Tablets

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



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

Erhältlich im
App Store



Kostenlos im
App Store und
auf Google
Play erhältlich!

**Jetzt
installieren!**

GET IT ON
Google play



Die Chirurgie des (Dialyse) Gefäßzugangs als komplexe, hochspannende induktive Prozesschirurgie



Prof. Dr. med. Gerhard Krönung
Chefarzt der Shuntchirurgie
DKD Helios Klinik Wiesbaden
Aukammallee 33
65191 Wiesbaden
gerhard.kroenung@helios-gesundheit.de

Krönung G: Die Chirurgie des (Dialyse)
Gefäßzugangs als komplexe, hochspannende
induktive Prozesschirurgie. Passion Chirurgie.
2019 April, 9(04): Artikel 03_02.



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

Mit dem Verlust der Nabelschnur verliert der Mensch die Fähigkeit zum konvektiven Stoff(Volumen)austausch mit der Umgebung. Dieser Austausch ist kurz- oder (intermittierend) langfristig z. B. für einen extrakorporalen Kreislauf (apparativer Ersatz von Herz- oder exkretorischer Nierenfunktion, Apheresetherapie) oder zur großvolumigen parenteralen Flüssigkeits-substitution (Kurzdarmsyndrom) wieder erforderlich. Es braucht also für diese Patienten wieder ein Gefäßzugangsorgan. Wie macht man das?

TECHNISCHE LÖSUNG: KATHETER ALS „ÄUSSERE NABELSCHNUR“ MIT PERMANENTER HAUTPERFORATION UND PERMANENTEM INTRAVASALEM FREMDKÖRPER

Anfangs (1940er/1950er Jahre) wurde die Nabelschnur einfach technisch mechanisch kopiert. Katheter aus verschiedenen Materialien (Glas, Metall, Kunststoff) wurden operativ wiederholt intermittierend oder dauerhaft in Blutgefäße eingebunden, bei kleinkalibrigen peripheren Gefäßen arterio-venös (**Abb. 1**), bei großlumigen stammnahen Venen (V. femoralis, V. subclavia) ermöglicht auch die venovenöse Katheterisierung ausreichende Flüsse.

Vereinfacht dargestellt wurde bei unveränderter Anatomie mit aufwendiger Technik der Zugang zum Kreislaufsystem realisiert. Permanente Hautperforation und intravasaler Fremdkörper führten zu einer alltäglich nicht akzeptablen Komplikationsdichte und damit zu einem hohen Druck, bessere Gefäßzugänge zu entwickeln.

BIOLOGISCHE LÖSUNG: EINFACHE PERIPHERE PUNKTION EINER AUTOLOGEN „INNEREN NABELSCHNUR“

Die klinisch etablierte einfache periphere Gefäßpunktion wäre alltäglich problemlos auch wiederholt anzuwenden, benötigt aber ein gut zu punktierendes kräftigkalibriges oberflächliches Blutgefäß mit einer Förder- und Rücknahmekapazität von mindestens 600 ml Blut pro Minute. Über ein solches Blutgefäß verfügt der Mensch nicht. Durch

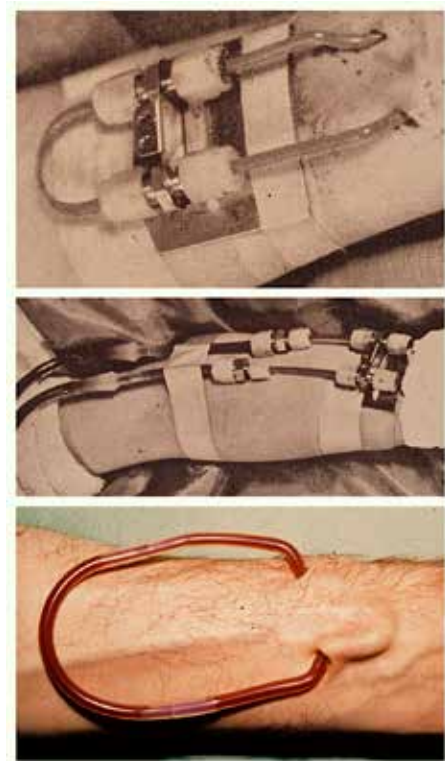


Abb. 1: Externe Kunststoffshunts; oben und Mitte: Teflonshunt mit „Armplatte und Überwurfmuttern“ (frühe Version eines Scribner Shunts) Anfang der 60er Jahre; unten: Teflon-Silastic-Shunt Ende der 1960er Jahre.

die Anastomosierung einer kräftigkalibrigen oberflächlichen Leitvene am Arm mit der vicinalen Leitarterie erfüllt diese Vene dann die oben beschriebene Eigenschaftskombination, um mit einer einfachen peripheren Venenpunktion einen extrakorporalen Kreislauf zu realisieren (**Abb. 2**).

FUNKTIONSMORPHOLOGIE

Körperstrukturen sind in Bezug auf die vorgesehene Leistung/Belastung hin konzipiert und werden prozessual durch letztere induktiv modifiziert und erhalten, alltäglich belegt u. a. durch die Phänomene Aktivitätshypertrophie (z. B. im Sport) oder Inaktivitätsatrophie (Use it or lose it!). An den Blutgefäßen lassen sich die korrespondierenden Belastungs- und Strukturelemente einfach darstellen und sind etabliertes (patho) physiologisches Wissen.

Um die Basalmembran gruppieren sich die drei Accessoria: Intima, Media und Adventitia belastungs-/funktionsabhängig qualitativ



Abb. 2: Langstreckig bei Cephalicamündungsstenose (cms) druckinduziert hypertroph dilatierte arterialisierte Vena cephalica am linken Oberarm als ideal zu punktierende „innere Nabelschnur“ mit deutlich verdickter Intima (i) und Media (m).

und quantitativ unterschiedlich. Die Intima nimmt mechanisch die Scherbelastung der durchströmenden Flüssigkeit auf. Sie ist bei langsamer (laminarer) Strömung dünn mit einem einschichtigen Endothel (alle Venen und peripheren Arterien) und am dicksten mit mehrschichtigem Endothel in den Arterien mit der höchsten Flussgeschwindigkeit (Kranzarterien und proximalen Aorta). Bereits beim Embryo finden sich an Arterienaufzweigungen mit turbulentem Flussmuster Intimapolster! Die Media nimmt in den Arterien die pulsierende Druckbelastung (Wandspannung) ausgleichend (Windkessel) und regulierend (Widerstand) auf und ist qualitativ (elastische/muskuläre Anteile) und quantitativ (Mediastärke) entsprechend der jeweiligen Belastungssituation modifiziert. Bei den Venen korrespondiert die Mediastärke mit der topographisch unterschiedlichen Druckbelastung (Wandspannung). Sie ist am stärksten in der V. saphena magna distal (hydrostatisch arterielle Drücke), schwächer z. B. in den Armvenen und fehlt bei den intrakraniellen Venen (bei denen keinerlei Druckbelastung auftritt) völlig!

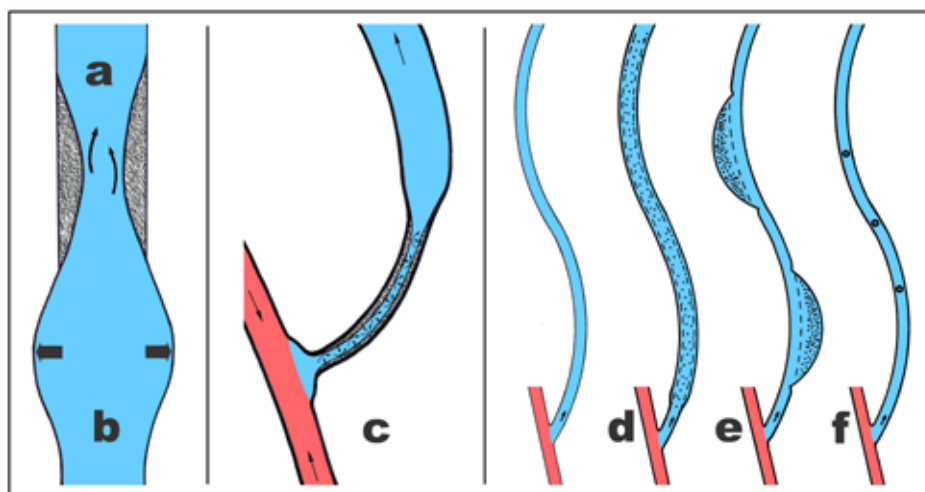


Abb. 3: Die morphologische Eigendynamik der arterialisierten und vielfach punktierten Shuntvene (schematisch) mit den Folgen von erhöhter Scherbelastung (a), erhöhter Druckbelastung (b), segmentaler Devaskularisation mit fixiertem Spasmus und sekundärer Intimaprolieration (c), Strickleiterpunktion (d), Arealpunktion (e) und Knopflochpunktion (f).

Durch den arteriovenösen Kurzschluss wird das Belastungsprofil der beteiligten Gefäße deutlich verändert. Die Flussgeschwindigkeit steigt in allen am Kurzschlusskreislauf beteiligten Gefäße(abschnitt)en. In der (den) zuführenden Arterie(n) nimmt der intraluminale Druck ab und in der (den) drainierenden Vene(n) zu. Obwohl die durch diese Belastungsänderungen induzierten morphologischen Veränderungen (Remodeling) der beteiligten Gefäße, aufgrund der zuvor beschriebenen physiologischen Kenntnisse, mit eindeutiger kausaler Bezogenheit (Scherstress → Intima und Druckstress → Media) vorhersehbar waren, hat es über 20 Jahre gedauert, bis das Remodeling Eingang in den klinischen Diskurs gefunden hat.

REMODELING

Armvenen transportieren das Blut mit niedrigem Druck und langsamer Flussgeschwindigkeit ohne sichtbare morphologische oder degenerative Veränderung bis ins hohe Alter. Ändern sich die Belastungsbedingungen, indem eine Armvene arterialisiert und regelmäßig punktiert wird, zeigen sie regelmäßig deutlich sichtbare morphologische Veränderungen, für die nur die vier bei der Shuntvene geänderten Belastungen ursächlich sein können: Erhöhte Scherbelastung, erhöhter intraluminale Druck, segmentale Devaskularisation und Vielfachpunktion (**Abb. 3**).

ERHÖHTE SCHERBELASTUNG

Eine erhöhte Scherbelastung (Flussgeschwindigkeit, Turbulenz) führt immer zur Verdickung (Proliferation) der Intima/Subintima von bis zu mehreren Millimetern (**Abb. 3a**). Das Ausmaß dieser Intimaprolieration nimmt individuell unterschiedlich ausgeprägt genau wie unter physiologischen Bedingungen (s. o.) mit steigender Scherbelastung grundsätzlich zu und bestimmt in Abhängigkeit vom anatomischen Ausgangsdurchmesser (u. U. verkleinert durch eine fixierte spastische Engstellung oder erweitert durch eine druckinduzierte Dilatation), ob es zur hämodynamisch wirksamen Lumeneinengung kommt u. U. bis hin zum Shuntverschluss.

ERHÖHTE DRUCKBELASTUNG/WANDSPANNUNG

Übersteigt der intraluminale Druck den für diese Vene (Mediastärke) physiologischen Wert, kann dies zur Venendilatation führen (**Abb. 2, 3b**). Da die muskelstarke V. saphena magna hydrostatische arterielle Drücke gewohnt ist, zeigt sie regelhaft auch bei Verwendung als arterieller in situ Bypass keine Neigung zur Dilatation. Armvenen zeigen bei einer Druckerhöhung über 50 mmHg in 80 Prozent eine Kaliberzunahme im Sinne einer wandhypertrophen Dilatation. Abgesehen von falschen und den typischen punktionsbedingten Aneurysmen sind alle Shuntvenendilatationen druckinduziert, liegen

(im Gegensatz zu der arteriellen poststenotischen Dilatation) ausnahmslos prästenotisch und weisen palpatorisch einen mehr oder weniger ausgeprägten Stenosepuls auf.

Diese Dilatationen entwickeln sich typischerweise in zeitlich begrenzten Phasen von einigen Monaten und kommen dann zum Stillstand. Die naheliegende Erklärung ist, dass die hypertrophe Venenwand dann der erhöhten Druckbelastung standhalten kann. Erreicht die Venenwand diese Stabilität nicht, kann es in Einzelfällen auch zur weiter progredienten Dilatation kommen.

Einzige gelegentliche Ausnahmen sind dilatierte Shuntvenensegmente ohne Stenosepuls bei Patienten mit längerer Kortisonmedikation, die wir als kortikoidbedingte Gefäßerweiterung analog zur Schwangerschaftvarikose oder von Ösophagusvarizen (verminderter Östrogenabbau bei Leberzirrhose) interpretieren.

SEGMENTALE DEVASKULARISATION

Das für die Anastomosierung freipräparierte Venensegment reagiert mit einem ausgeprägten Spasmus, der nicht, wie man annehmen könnte, durch den Druck des freigegebenen Blutstroms erweitert, sondern im Gegenteil durch den Bernoulli- (resp. Venturi-) Effekt funktionell perpetuiert und durch die zerstörte Vaskularisation narbig sklerotisch in dieser Engstellung fixiert wird (**Abb. 3c**). Diese induziert ihrerseits wieder eine Intimaproliferation, womit der Circulus vitiosus einer progredienten Lumeneinengung dieses postanastomotisch freipräparierten Venensegmentes komplettiert ist. Ohne Gegenmaßnahmen (frühzeitige intraluminal Druckerrhöhung (!) zur Vermeidung eines fixierten Spasmus) entwickelt dieses Shuntvenensegment dann ca. 70 Prozent aller Shuntvenenstenosen.

PLASTISCHE VERFORMUNG DER SHUNTVENE DURCH VIELFACHPUNKTION

Die drei grundsätzlichen Lokalisationsmöglichkeiten der Vielfachpunktion (Strickleiter-, Areal- und Knopflochpunktion) mit ihren plastischen Folgen für die Shuntvene wurden wiederholt beschrieben und sollen

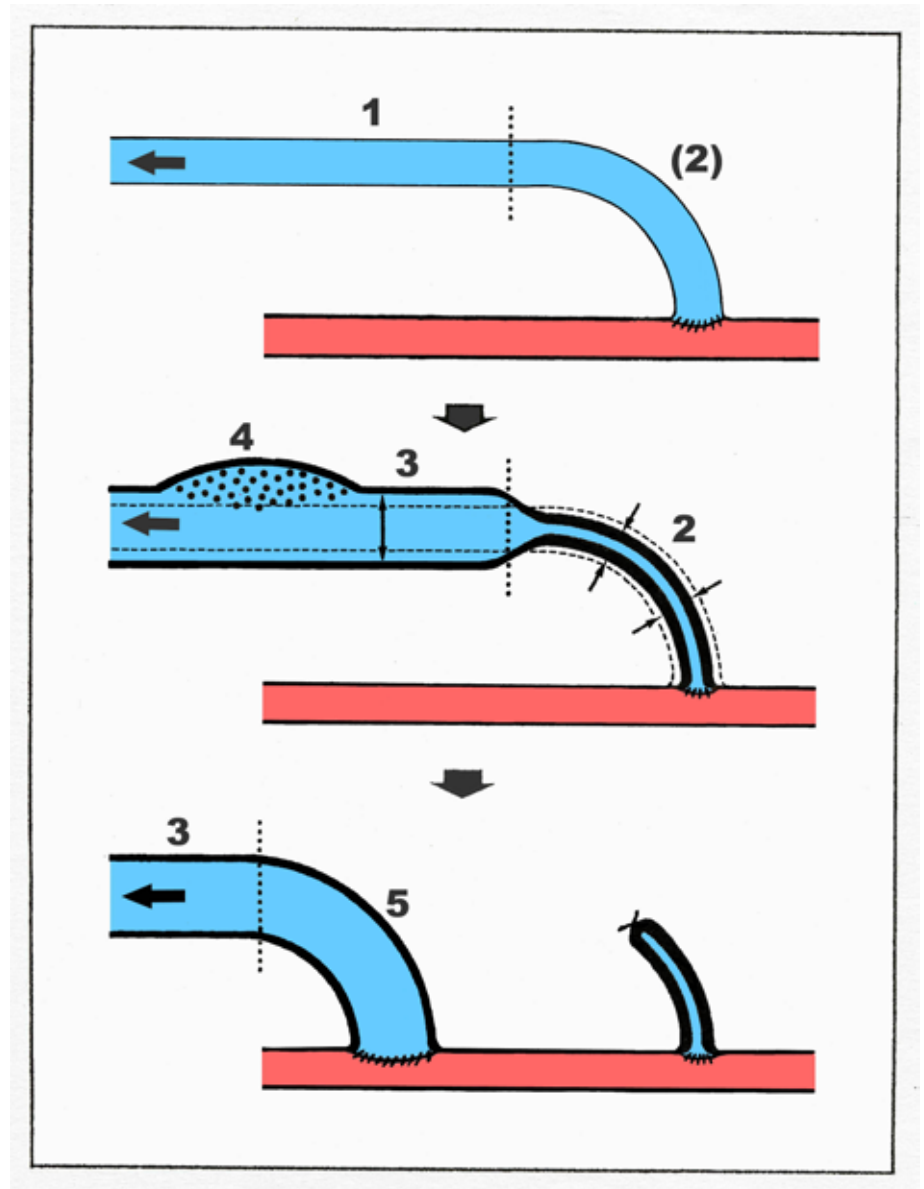


Abb. 4: Die fünf Wandtypen der Shuntvene schematisch. 1: native Venenwand; 2: nativ freipräparierte, transponiert arterialisierte, sekundär sklerotisch stenosierte Venenwand; 3: nicht freipräparierte, in situ arterialisierte, sekundär hypertroph dilatierte Venenwand; 4: hypertroph dilatierte Venenwand im Bereich eines Punktionsareals; 5: hypertroph dilatierte, sekundär freipräparierte und transponierte Venenwand.

der Vollständigkeit halber erwähnt werden (**Abb. 3d-f**). Der indizierte Einsatz aller drei Techniken mit alltäglicher Bevorzugung der Strickleiterpunktion gestattet eine topographisch gezielte plastische Erweiterung der Shuntvene (Areal- und Strickleiterpunktion) bzw. deren Vermeidung (Knopflochpunktion).

DIE FÜNF WANDQUALITÄTEN DER SHUNTVENE

Die beschriebenen Veränderungen im Rahmen des Remodeling führen zu fünf verschiedenen

Wandqualitäten der Shuntvene (**Abb. 4**), deren Kenntnis und Beachtung für die shuntchirurgische Indikationsstellung und das intraoperative Handling entscheidend sind und die Shuntchirurgie als eigenständige Disziplin innerhalb der Gefäßchirurgie klar von der Arterienchirurgie abgrenzen.

Das langstreckig hypertroph dilatierte Punktionssegment ist die „Zielstruktur“ in der Shuntchirurgie, deren Induktion und Erhalt alle shuntchirurgischen Bemühungen in erster Linie gelten sollten. Umgekehrt ist die nativ

freipräparierte Vene (ohne die intraluminale Druckschienung des venösen Bypasses im Hochdruckkompartiment bei der arteriellen Rekonstruktion) die „Problemstruktur“ in der Shuntchirurgie mit einer hohen Stenoseinzidenz. Die Problematik der nativ devaskularisierten Vene im Niederdruckbereich hat bis heute die Entwicklung einer rekonstruktiven Venenchirurgie verhindert und erklärt ebenfalls zwanglos in der Shuntchirurgie die hohe Erfolgsrate nach einer Anastomosenneuanlage weiter proximal mit einer nunmehr hypertroph arterialisierten Venenwand (**Ziff. 5 in Abb. 3**).

WAS HEISST VENENMATURIERUNG?

Armvenen sind dünnwandig und selten so kräftigkalibrig, dass sie problemlos einfach und wiederholt mit Dialysekanülen zu punktieren wären und der Punktionskanal sich nach Kanülenentfernung rasch und sicher verschließt. Da trifft es sich gut, dass die mit dem Ziel einer Flusserhöhung durchgeführte Arterialisierung sozusagen kollateral druckinduziert zu einer Hypertrophie der Media und einer Vergrößerung des Durchmessers führt. Wir bezeichnen diese druckinduzierte hypertrophe Dilatation als (erwünschte) Plusentgleisung und stellen sie der scherstressinduzierten rein stenosierenden Intimaprolieration (**Abb. 3a**) als zu vermeidende Minusentgleisung gegenüber.

INDUKTION DER MATURATION

Die klinisch eindeutige kausale Verknüpfung von erhöhtem Scherstress → Intimaprolieration und intraluminale Druckerhöhung → hypertrophe Dilatation führte konsequenterweise zur Idee der topographischen Trennung von hämodynamischer Katastrophe und deren Korrektur (**Abb. 5**) als essenziellem Konstruktionsprinzip zur Induktion einer inneren Nabelschnur in der autologen Shuntchirurgie. Die Flussvolumina Mitte und unten in **Abbildung 5** sind identisch, entscheidender Unterschied ist die Druckbelastung des Segmentes a bis b in **Abbildung 5** unten, klinisch realisiert z. B. durch ein postoperatives Shuntvenentraining mit einer mehrmals täglich für eine Viertelstunde am proximalen Oberarm angelegten venösen Staubinde oder einer nachgeschalteten proximalen spontanen (belassenen) oder iatrogenen (prox.

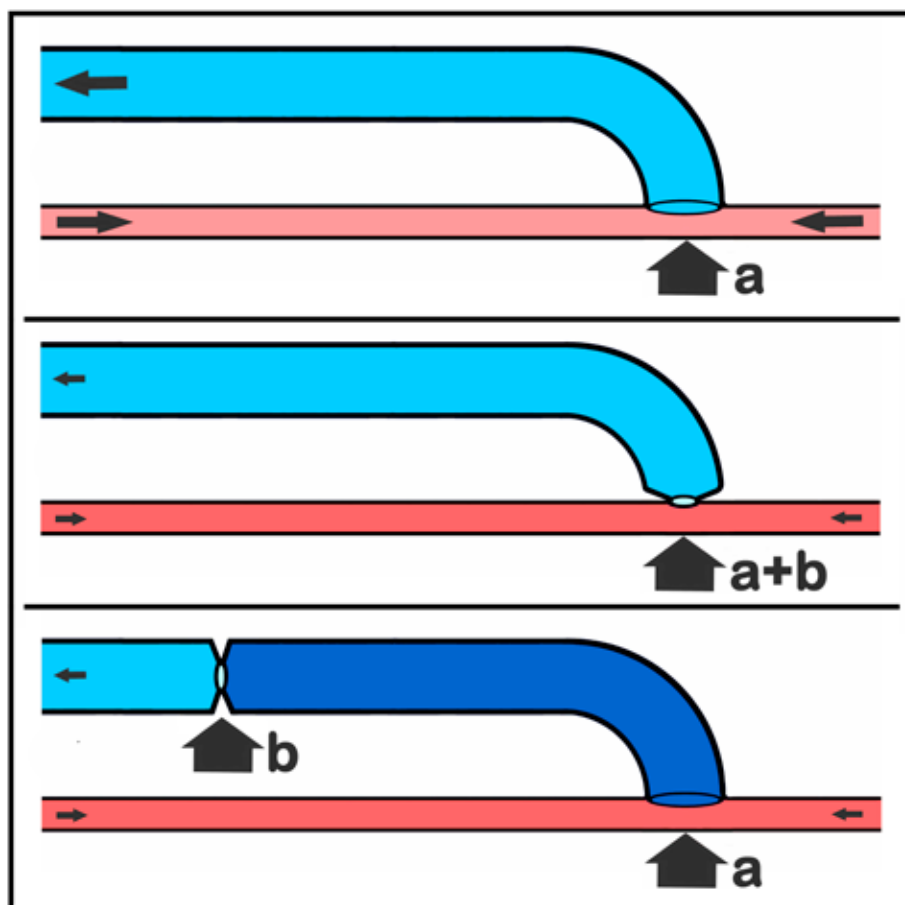


Abb. 5: Topographische Trennung von hämodynamischer „Katastrophe“ und „Korrektur“. Oben: großkalibrige periphere av-Anastomose (a) als hämodynamische „Katastrophe“; Mitte: hämodynamische (Teil) „Korrektur“ durch Einengung (b) der av-Anastomose (a und b fallen topographisch zusammen); unten: topographische Trennung von hämodynamischer „Katastrophe“ (a) und deren „Korrektur“ (b), jetzt in Form einer segmental nachgeschalteten Stenose (b).

Banding) „protektiven“ Stenose! Diese segmentale Fehlbelastung des Niederdruckschlauchs Vene durch die intraluminale Druckerhöhung liefert genau den induktiven Impuls, um das für die Dialyse benötigte, oberflächlich leicht zu punktierende, kräftigkalibrige und wandhypertrophe Gefäß zu induzieren, dass die Evolution nicht zur Verfügung stellt.

Die nachgeschaltete protektive Stenose wird damit zu einem entscheidenden Konstruktionselement des autologen Gefäßzugangs und wichtiger Gegenspieler zum unphysiologischen arteriellem Leck der arteriovenösen Anastomose (z. B. Vermeidung von Steal-S. und HOF).

STEUERUNG UND ERHALT DER MATURATION

Die Maturation muss nicht nur initiiert, sondern auch gesteuert und das Zielsubstrat,

das hypertroph dilatierte Punktionssegment möglichst über viele Jahre erhalten werden. Die wesentlichen shuntspezifischen (neben allen gefäßchirurgischen) Techniken sind plastisch gefäßchirurgische Korrekturen der Shuntvene (wie z. B. bei mehreren Aneurysmen in **Abbildung 6**) sowie die Transposition oder Transplantation des Punktionssegments in eine andere Extremitätenregion, letztere meist, wenn die Drainage regional nicht mehr rekonstruierbar ist. Es ist ein mit vielen speziellen shuntchirurgischen Techniken kreativ anspruchsvolles und attraktives chirurgisches Tätigkeitsfeld bei intensiver Zuwendung mit hohem Erfüllungs- und Erfolgspotenzial.

Mit der beschriebenen Eigenständigkeit und Spezifität einer „induktiven Prozesschirurgie“ (gegenüber der gesamten übrigen Chirurgie als „reparativer Ereignischirurgie“)

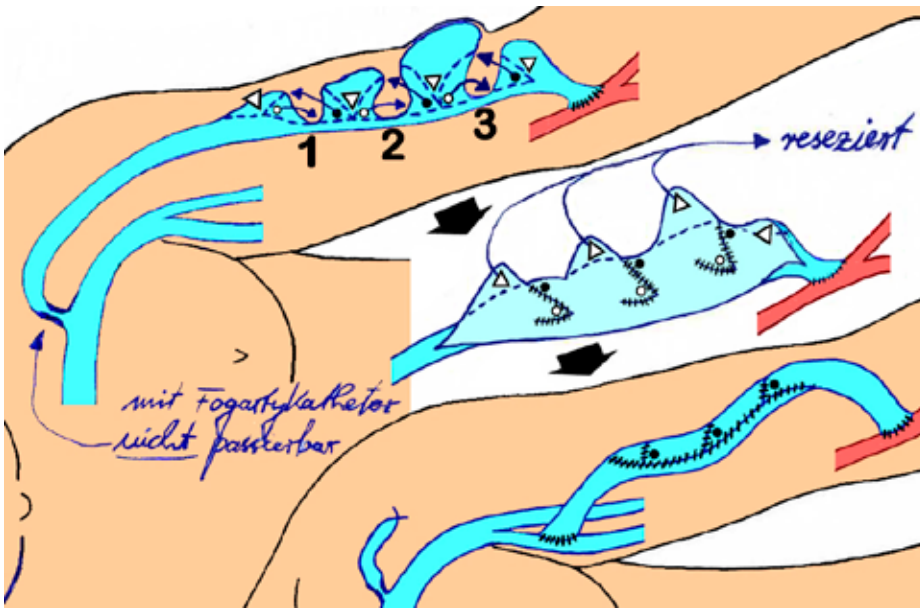


Abb. 6: Ausschnitt aus einer OP-Skizze nach Korrektur von wechselnden Shuntvenenaneurysmen und -stenosen mit mehreren Z-Plastiken.

mit der Aufgabe, eine in der Evolution nicht vorgesehene Struktur/Funktion induktiv realisieren und erhalten zu müssen, hat die Shuntchirurgie den notwendigen eigenen

Annahme(Axiom)rahmen gefunden, um ohne substratfremden arterienchirurgischen Bezug eigene shuntspezifische Substratbewertungen, diagnostische, klinische,

operationstechnische und punktionstechnische Strategien, Terminologien und Dokumentationskriterien entwickeln und formulieren zu können und ist damit neben der Arterienchirurgie zur zweiten selbstständigen Disziplin innerhalb der Gefäßchirurgie geworden mit eigener Terminologie für den täglichen shuntchirurgischen Diskurs: Plusentgleisung, Minusentgleisung, protektive Stenose, hypertrophe Dilatation, Banding-OP, Chancenverzicht (versus Erfolgsrate), Naht unter Spannung, In-Situ-Proximalisierung, Shuntvenentransplantation etc.

Ist diese Eigenständigkeit der Shuntchirurgie einmal formuliert und der notwendige Rahmen zur eigenständigen klinischen Anwendung und Forschung geschaffen, sollte die Shuntchirurgie, insbesondere und dringend auch für die jüngeren Kolleg(inn)en, ein hohes Provokationspotenzial haben, bei dieser promethäischen Aufgabe weitere Lösungsschritte zu finden.

Literatur erhalten Sie über den Autoren.



**60
CME-
Punkte!**

Hygiene- beauftragter Arzt (HBA)

[illegible]

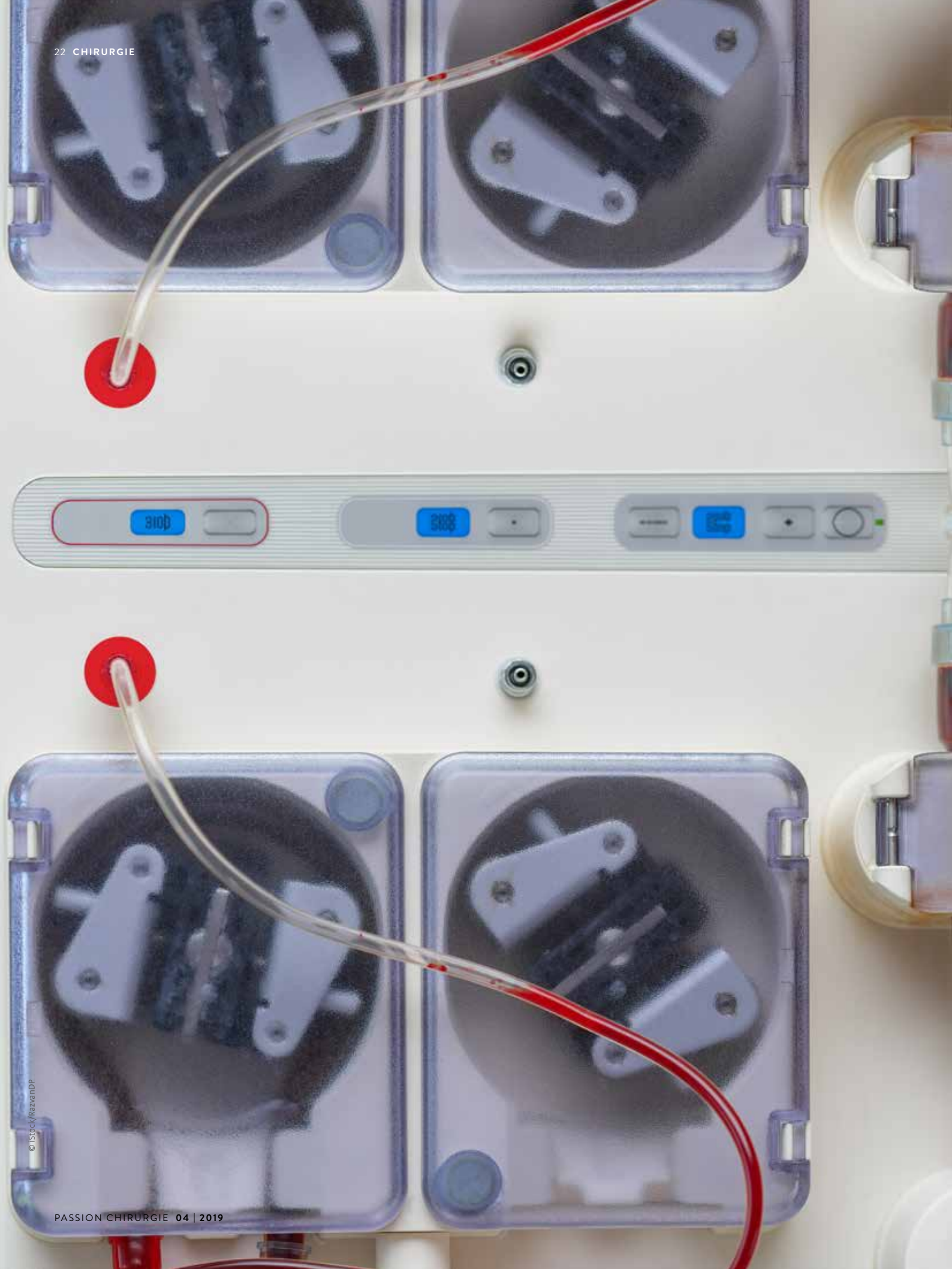
Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) und meduplus haben gemeinsam mit renommierten Krankenhaushygienikern ein kompaktes Angebot zur zertifizierten Qualifikation „Hygienebeauftragter Arzt“ entwickelt.

- 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

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

continuing medical education







Thomas Lehn

Patient, Hämodialyse seit 1970
Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft
Dialysezugang (IAD)
Vorstandsmitglied
Thomas.Lehn@dialysezugang.de
www.thomas-lehn.de

Shunt zu – was nun? Kein Shunt hält ewig!

ERFAHRUNGS- UND STATUSBERICHT ÜBER DIE WICHTIGKEIT DES THEMAS DIALYSESHUNT

Nur mit einem gut laufenden Dialysezugang (Dialyseshunt) ist eine effektive Hämodialysebehandlung möglich. Wenn dieser Dialyseanschluss thrombosiert, entzündet oder aus irgendeinem Grund nicht mehr punktierbar ist, muss dringend Abhilfe geschaffen werden. Manchmal ist eine Operation unabdingbar, um wieder an „das fließende Blut“ zu gelangen. Ich möchte hier meine Erfahrungen wiedergeben, die ich im Laufe meiner Dialysezeit mit dem Dialysezugang gemacht habe.

MEINE LEBENSADER

Mein erster Griff am Morgen, noch bevor ich die Augen öffne und den Wecker mit meiner Faust zur Aufgabe zwingen, noch bevor ich mich noch einmal oder zweimal im Bett drehe, gilt meiner Lebensader. Normalerweise merke ich im Schlaf, dass mein Kunststoffshunt seine Aufgaben ordentlich macht, nämlich das Blut von einer tief liegende Oberarmarterie in den punktierbaren Goretex-Loop und dann in die Vene zurück ins Venensystem zu transportieren. Meine Lebensader, ein extra-anatomisches System, das der Organismus von Natur aus nicht kennt, aber der Shuntchirurg zum sog. „Dialyseshunt“ angelegt hat. Manchmal leitet das Kopfkissen das Surren meines Dialyseshunts weiter, sodass ich weiß, „es ist alles in Ordnung“.

Seit über 37 Jahren habe ich als Punktionsgefäße Kunststoffprothesen. Davor Scribner-Shunts und A/V Fisteln als Dialysezugangslösungen, die kläglich nach kurzer Zeit ihren Dienst versagt hatten und mir in der Vergangenheit die Chance nahmen, eine gutlaufende A/V-Fistel aus eigenen Gefäßsubstrat installiert zu bekommen.

Durch die vielen Operationen sehen meine Unterarme aus wie misslungene 3D-Tattoos. Wenn man genauer hinschaut, sieht man den Verlauf der alten thrombosierten Kunststoffschläuche, die steinhart und knöchern unter der narbigen Haut verlaufen. Ästhetisch sehen meine Arme nicht aus, sie machen mich vielleicht einzigartig und wären steckbrieflich erwähnenswert wie meine DNA.

Mein Puls, das Geräusch wie bei einer fahrenden Dampflok, durchfließt die Prothese, die prall mit Blut gefüllt ist und gut spürbar unter meinem linken Daumen sich auf und ab bewegt. Bei einem gutlaufenden Dialyseshunt hört man ein freies Schwirren, verursacht durch das schnell fließende arterielle Blut durch den Prothesenshunt. Hohe Töne bedeuten eine Verengung im Shuntgefäß.

Mit einem Stethoskop die Lebensader zu erforschen, ihrer Melodie auf ganzer Strecke zu lauschen, ist ein besonderes Hörerlebnis. Professor G. Krönung, (Chefarzt der Shuntchirurgie in der DKD HELIOS Klinik in Wiesbaden) empfiehlt: „Hören Sie öfters Ihre Shuntmelodie!“

Mein Dialysezugang ist meine Lebensader, die Voraussetzung für mein Weiterleben. Für mich lebenslang. Sie ist die Garantie für eine effektive Dialyse, der Giftstoffentfernung aus meinem Organismus, der Wasserentfernung, um täglich aufs Neue bessere Lebensqualität zu erlangen.

REGELN FÜR DIALYSEPATIENTEN, DAMIT WENIGER PROBLEME MIT DEM DIALYSESHUNT AUFTRETEN

- Hygienische Händereinigung
- Sich mit seinem Shunt befassen (Ansehen, Tasten, Hören)
- Funktionskontrolle durch Abhören des Shuntgeräuschs mit einem Stethoskop
- Auf Warnsignale am Shunt achten (Entzündung, Schwellung Rötung)

Lehn T: Shunt zu – was nun? Kein Shunt hält ewig!
Passion Chirurgie. 2019 April, 9(04): Artikel
03_03.



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

- Venöse und arterielle Shuntdrücke am Monitor der Dialysemaschine beobachten und Veränderungen dem Dialysearzt mitteilen
- Shunt- und Punktionshygiene einhalten
- Niedriger Blutdruck und Kreislaufabstürze vermeiden
- Richtige Abdrucktechnik (niemals den Shunt abdrücken, sodass man unter dem Finger das Pulsieren nicht mehr spürt!)
- Keine mechanischen Abdrückhilfen benutzen
- Lange Abdrücken (Dialyseshunt: 15 Min., Prothese: 30 Min.)
- Fehlpunktionen durch Erlernen der Selbstpunktion minimieren
- Bei jeder Punktion die Shuntpunktions-technik mit der Krankenschwester besprechen, immer Strickleiter- oder Knopflochtechnik
- Schwere Arbeit mit dem Shuntarm vermeiden
- Immer gut dialysiert zu sein. Kalium sollte nicht über 6 sein

SHUNTSPRECHSTUNDE

Ich halte es für wichtig, bei Problemshunts oder Dialyseshunt-Veränderungen die Shunt-sprechstunde aufzusuchen.

Bei plötzlich auftretenden Punktionsproblemen oder Verschiebungen des arteriellen/venösen Druckes in der Shuntvene, bieten shuntchirurgische Zentren als Service eine Shuntsprechstunde an. Die meisten Probleme kann man beheben, wenn nur frühzeitig von einem Spezialisten der Dialysezugang untersucht wird und er sein Urteil abgeben kann. Vor einer Shunt-Neuanlage und Revision ist es unbedingt erforderlich, den Shuntchirurgen aufzusuchen, damit er sich frühzeitig ein Bild von der Gefäß-situation beim Patienten machen kann.

Weitere erforderliche diagnostische Maßnahmen bzw. Untersuchungen könnte der Shunt-spezialist in Erwägung ziehen, so z. B.:

- CO₂-Angiographie
- Digitale Subtraktionsangiographie
- Ultraschalluntersuchung

Aus meiner persönlichen Erfahrung ist es von größter Bedeutung, ein Vertrauensverhältnis

zu seinem Chirurgen aufzubauen, ihm Fragen zu stellen und mit ihm das weitere Vorgehen besprechen.

Fehlt dies oder hat man das Gefühl, man nehme sich keine Zeit oder wird nicht genügend aufgeklärt, hat man immer die Möglichkeit eine zweite Meinung von einem anderen Shuntspezialisten zu holen.

VORTEILE EINER SHUNTSPRECHSTUNDE:

- Beurteilung der Shuntanlagemöglichkeiten insbesondere nach schon frustrierten Shuntanlagen oder deren Ablehnung
- Zur Beurteilung von Shuntaneurysmata
- Zum Ausschluss von Stealsymptomen
- Zur Abklärung von behandlungsbedürftigen Shuntvolumina
- Zur Abklärung von Druckanstiegen im Shunt
- Zur Abklärung von Weichteilschwellungen an der Shuntextremität
- Zur Frage der Dialyseshuntaufhebung bei Patienten nach Nierentransplantation

Der Shuntchirurg wird mit seinem Patienten und dem betreuenden Nephrologen die weitere Vorgehensweise (Shunt-OP) besprechen und gegebenenfalls einleiten.

DER DIALYSESHUNT „LÄUFT“ NICHT MEHR

Sonntagmorgen, 26. Oktober 2014, 8:45 Uhr Ingelheim, Schlafzimmer! Ich stehe senkrecht im Bett. Meinen Puls höre ich bis hinter die Ohren. Doch nicht meinen Dialyseshunt. „Mein Shunt ist zu, verdammt, wieso, warum?“ Mir verschlägt es die Sprache. Rufe meine Frau.

Ich fühle nochmal eine andere Stelle meiner Lebensader, kein Puls, kein Rauschen, kein Surren, keine Bewegung, keine Shuntmelodie. Ist mein Stethoskop kaputt? Ich höre nichts. Das Stethoskop fliegt in hohem Bogen auf das Bett.

Meine Frau hört auch kein Geräusch. Und plötzlich fühle ich mich elend und krank.

Ich suche nach Gründen, warum meine Lebensader aufgegeben hat. Was führte dazu, dass mein

Dialyseshunt nach der Dialyse gestern Abend oder in der Nacht zugegangen ist?

GRÜNDE FÜR EINEN SHUNTVERSCHLUSS

Es gibt einige Gründe, warum sich ein Dialyseshunt verschließen kann:

- Engstelle (Stenose) in der Shuntvene
- Blutdruckabfall und Flüssigkeitsmangel
- Gerinnungsproblem
- Zu starkes Abdrücken des Shunts
- Verengung der Anastomose
- Venenentzündung

WAS IST ZU TUN, WENN DER DIALYSESHUNT ZU IST?

Nach mehrmaligem Abtasten war mir zweifelsfrei klar, dass mein Kunststoffloop verschlossen war. Zwölf Jahre hat nun mein Kunststoffimplantat gehalten. Das ist weit über dem Durchschnittsalter eines Implantats. Man spricht von drei bis sechs Jahren. Eine sterile Punktion, die Punktionsmethode „Strickleitertechnik“ und immer der gleiche Punkteur können das Überleben eines Kunststoffshunts um ein Vielfaches verlängern.

Von meiner bevorzugten Shuntchirurgin in Wiesbaden finde ich schnell ihre Notfallnummer auf meiner Shunt-Webseite.

Sie hatte Bereitschaftsdienst, und wir vereinbarten, dass ich um die Mittagszeit in der Klinik bin. Nichts mehr Essen und Trinken, da ich eine Vollnarkose erhalten werde, rief sie mir beim Auflegen des Hörers noch zu.

WIE FINDE ICH EINEN DIALYSESHUNTARZT MEINES VERTRAUENS?

In einem Notfall wird meistens der betreuende Nephrologe vom Patienten kontaktiert, der in der Regel den Patienten zu dem Gefäßchirurgen schickt, mit dem er zusammenarbeitet und gute Erfahrungen gemacht hat. Nicht immer haben die Gefäßchirurgen die nötige Erfahrung einen Shunt zu legen, wenn z. B. die Gefäßverhältnisse beim Patienten sehr schlecht sind, der Shunt zu revidieren ist, oder wenn die Situation kompliziert und unübersichtlich ist. Aus diesem Grund rate ich jedem Mitpatienten von einem speziell

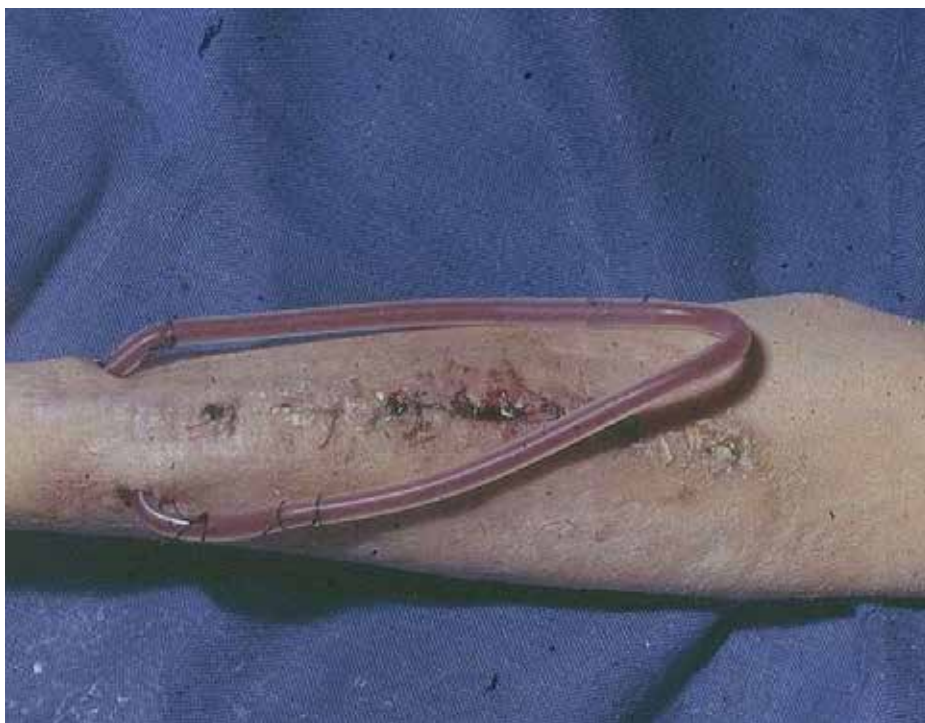


Abb. 1: Scribner Shunt (Thomas Lehn, 1970)



Abb. 2: Mit der AV-Fistel durfte man wieder baden (Thomas Lehn, 1971)

ausgebildeten und erfahrenen Shuntchirurgen seinen Shunt operieren zu lassen. Es gibt bei uns in Deutschland zwei Handvoll erfahrene Shuntchirurgen/innen, die nur Dialysezugänge operieren und revidieren.

Es ist relativ einfach, einen anerkannten Shuntchirurgen zu finden, wenn man die einschlägigen Plattformen im Internet kennt. Man kann in Patientenforen Fragen nach Shuntchirurgen stellen; aber auch Verzeichnisse über shuntchirurgische Kliniken sind dort aufgeführt. Eventuell können örtliche

Patientenvereine über die nächstbeste shuntchirurgische Gefäßabteilung Auskunft geben. Über den Bundesverband Niere e.V. oder über die Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft Dialysezugang e.V. (IAD) kann man mich erreichen und ich kann Empfehlungen aus Patientensicht aussprechen.

Für mich bedeutet das, von einem Shuntchirurgen behandelt zu werden, der mir mein Dialyseleben lang durch seine Motivation, Erfahrung, Kreativität, Leidenschaft, Intuition und Geschick zur Seite gestanden hat und mir

immer wieder einen Anschluss für die Dialyse installieren konnte. Die Voraussetzungen für eine effiziente und lange Dialysezeit, gute Blutwerte, Allgemeinzustand, bessere Lebensqualität mit weniger Zusatzkrankungen, sind ein gut laufender Dialysehunt. Das ist ein gesicherter Grund, dass ich über 46 Jahre mit der Dialyse überleben durfte.

WAS NUN AUF MICH ZUKOMMT, IST MIR NICHT NEU – ICH HABE ES ABER FAST VERGESSEN!

Anfang der 1970er wurde bei Kindern unter 14 Jahren ein Scribner Shunt als Zugang erster Wahl gelegt. So hatte ich am Anfang meiner Dialyse einen Scribner Shunt am linken Unterarm, dann rechts und an den beiden Unterschenkeln. Leider hielten die Scribner Shunts nie länger als 12 Wochen. Die Komplikationen am Scribner Shunt waren gefährlich und häufig. Ich hatte nach kurzer Zeit eine Entzündung an den Eintrittsstellen oder eine Thrombose war meistens das Ende dieser Art von Dialysezugang.

Wegen diesen Gefahren am Scribner Shunt wurde mir 1971 erstmals in Heidelberg als Jugendlicher eine AV-oder Cimino-Fistel angelegt, die mit zwei Nadeln punktiert werden konnte.

Natürlich war ich glücklich, mich seit langer Zeit wieder mit Armen und Beinen in die Badewanne legen zu dürfen und Gehstrecken laufen zu können ohne Schmerzen und Angst zu haben, dass sich der Scribner Shunt am Bein entzündet. Der Nachteil waren die Schmerzen; denn von nun an wurde ich ja mit zwei Nadeln punktiert.

Da meine Gefäße nicht sehr gut ausgebildet waren, kam es öfter vor, dass drei bis fünf Mal punktiert wurde. (Single Needle Punction gab es leider noch nicht). Schon in dieser Zeit stand meine Mutter immer bereit, das Auto aufgetankt und mein Kofferchen war immer gepackt, um mich nach Heidelberg fahren zu können, wenn der Shunt zu war. Der machte nicht nur werktags Probleme, in der Nacht, an Ostern oder Silvester. Mein Shunt suchte sich meistens Feiertage oder Wochenenden aus, um aufzugeben.

1979 war mein natürliches Substrat an Blutgefäßen für eine erneute Operation einer A/V Fistel verbraucht. Die Möglichkeit und Technik aus Kunststoffmaterial einen Prothesenshunt zu installieren, hatte 1976 Prof. Dr. W. D. Brittinger aus Neckargemünd erstmals in Deutschland eingeführt. In unregelmäßigen Abständen war ich Stammpatient bei ihm. Prof. Dr. Brittinger und seinem damaligen Team (den Oberärzten Dr. Röder, Herr Metzler, Dr. Twittenhoff, Dr. Mündlein). Sie fanden immer wieder eine Möglichkeit, meine Lebensader zu erneuern.

Mit dem Kunststoff-Loop an meinem rechten Oberarm wurde mir in Neckargemünd eine Lebensader konstruiert, die mir bis zum heutigen Tag keine Probleme gemacht hat.

DIE SHUNT-OP-GESCHICHTE WIEDERHOLT SICH

Jetzt war es so weit! Mein Dialyseshunt ist zu! Schnelles Handeln ist angesagt. Ein frischer Verschluss kann der Shuntchirurg leichter bzw. zügiger öffnen, als wenn der Patient zu lange wartet, um in die Klinik zu kommen. Nachdem ich mit meiner Shuntärztin telefoniert hatte, machte ich mich mit meiner Frau auf den Weg in die DKD HELIOS Klinik nach Wiesbaden, wo ich schon erwartet wurde.

Dialysepatienten sind Hochrisikopatienten, daher startet meistens ein erprobtes und durchorganisiertes Aufnahmemanagement, bevor der Patient auf dem Operationstisch zum Liegen kommt.

Nachdem die Formalitäten abgearbeitet waren, wurde mir ein OP-Hemdchen und OP-Haube von einer Schwester gebracht, die ich anziehen sollte. Die Uhr und meinen Ehering musste ich ausziehen und wurden im Stationssafe deponiert.

IM OPERATIONSRAUM

Im OP-Vorraum angekommen, wurde ich schon vom Anästhesisten erwartet. Die Einleitung der Vollnarkose, die ich ausdrücklich wünschte, stand bevor. Nachdem die Elektroden des EKG-Geräts an die Stellen meines Oberbauchs beklebt waren, wurde ein Blutdruckgerät am



Abb. 3+4: Shunt-OP (Prof. Dr. Krönung, Wiesbaden)

linken Unterschenkel angebracht, dass meinen Blutdruck während der OP automatisch überwachte. Ebenso wurde ein Messpunkt an meiner Fingerkuppe für die Kontrolle der Sauerstoffsättigung benötigt. Eine Verweilkanüle für das Narkosemittel und für Medikamente, die eventuell während des Eingriffs erforderlich werden, wurde treffsicher vom Anästhesisten gelegt. Wenige Sekunden später schlief ich ein.

Im Operationssaal wurde ich bequem auf dem OP Tisch gelagert.

Ich war im Tiefschlaf, als Frau Dr. Frizen und Herr Professor Krönung die Operation begannen.

Nach zweieinhalb Stunden war die Operation beendet. Nachdem die Hautnaht und nochmals der Shuntfluss vom Operateur geprüft wurden,



Abb. 5: nach der OP (Thomas Lehn)

verpackte man meinen Arm sicher mit Kompressen und Mullbinden. Ein mit blauem Filzstift gemaltes Kreuz soll sagen, dass man hier an dieser Stelle besonders gut das Shuntgeräusch hören kann. Dann entließ man mich aus dem Operationsraum in den Aufwachraum. Unter der behutsamen Aufsicht des OP-Pflegers wachte ich ein paar Minuten später auf. Mein erster Griff zu meiner Lebensader gab mir wieder die Gewissheit, dass sie wieder läuft. Ein wunderschönes Gefühl.

NACH DER OPERATION

Nachdem ich wieder auf meinem Zimmer auf der nephrologischen Station war, wurde von

Frau Dr. Frizen noch einmal der operierte Shunt auf Shuntfunktion und Nachblutung untersucht. Am Abend konnte ich etwas essen und am nächsten Tag war die Dialyse angesagt. Schmerzen hatte ich so gut wie keine, sodass ich keine Schmerzmittel benötigte.

Am späten Abend kam Professor Krönung an mein Bett, um mit mir die OP zu besprechen. Gleichzeitig machte er sich ein Bild vom Shunt, hörte mit dem Stethoskop. Seine Gestik bescheinigte mir, dass er zufrieden war. Kurz erläuterte er, was bei mir operiert wurde: Er entfernte eine hochgradige Stenose, machte denn Shunt wieder durchgängig und ersetzte das venöse

verbrauchte Prothesenmaterial durch neuen Kunststoff (PTFE). Er empfahl mir baldmöglichst eine CO₂-Angiographie machen zu lassen, damit er den Shuntverlauf im oberen Abschnitt, unter dem Schlüsselbein zu sehen bekommt. Er vermutete da eine Engstelle im Verlauf.

Nach zwei Tagen ohne Komplikation wurde ich aus der Klinik entlassen.

KEIN SHUNT HÄLT EWIG

Es ist selten, dass ein Gefäßanschluss über Jahrzehnte hält. Ich kenne Leute, die 40 Jahre und länger die erste A/V Fistel haben. Das sind zwar Trümmershunts, übersät mit Aneurysmen, aber sie laufen und laufen. Man operiert sie nur dann, wenn sie Probleme machen.

Als Dialysepatient muss man immer damit rechnen, dass irgendwann Probleme an der Lebensader auftreten können. Bei Einem geht das schnell, beim Anderen dauert es Jahrzehnte. Die meisten Probleme an der Lebensader kündigen sich an. Shuntverschlüsse treten meistens nach der Dialyse auf, wenn der Blutdruck niedrig ist und sich zudem eine Enge in der Shuntvene befindet. Mit Gewissheit hat man den Anstieg des Venendrucks versäumt. Das war früher bei mir immer der Fall gewesen.

Ein akuter Shuntverschluss bedeutet für den Dialysepatienten immer einen Eingriff unter besonderen Bedingungen. Die meisten Dialysepatienten sind Risikopatienten und ein Shuntverschluss- oder problem bedeutet zunächst: **Lebensgefahr, weil ohne Zugang keine Dialysebehandlung möglich ist.**

Als Patient ist man mitverantwortlich für seine Lebensader, denn sein Kapital ist das Gefäßsystem, mit dem alle Beteiligten sorgsam und verantwortungsbewusst umzugehen zu haben. Heute weiß ich, wie wichtig es ist, von einem kompetenten Shuntspezialisten versorgt zu werden.

IN DEUTSCHLAND FEHLEN JUNGE GUT AUSGEBILDETE DIALYSESHUNTCHIRURGEN

Es gibt in Deutschland zu wenig gute chirurgische Shuntzentren. Die erfahrenen

Shuntchirurgen sind in dem Alter, in dem der wohlverdiente Ruhestand immer näher kommt und scheinbar kann man junge Gefäßchirurgen nur selten für die Shuntchirurgie begeistern. Es gibt Ausnahmen, bei denen man sich frühzeitig um die Nachfolge gekümmert hat.

Häufig wird das Blutgefäßsubstrat durch Anfängerfehler, Unwissenheit oder durch leichtsinnige und unüberlegte chirurgische Maßnahmen unwiderruflich zerstört. Danach ist meistens nur noch ein Prothesenshunt als weniger gute Shuntlösung möglich.

Dazu kommt, dass sich das Patientenkontinuum seit einigen Jahren verändert und man erwartet, dass die Anforderungen an qualifizierte Shuntchirurgen in Zukunft noch weiter steigen werden. Zum einen rechnet man mit einer steigenden Anzahl von Dialysepatienten, zum anderen liegt das Durchschnittsalter der Patienten über 70 Jahre, die auf die Dialyse angewiesen sind und bereits Begleiterkrankungen wie Diabetes und arterielle Gefäßprobleme haben. Nicht nur ein hohes Aufkommen an Neuanlagen, sondern auch Revisionseingriffe erfordern besondere Erfahrungen des Operateurs. Zitat von Prof. Dr. med. W. D. Brittinger, Pionier der Shuntchirurgie: „Der Dialysepatient ist in der Shuntchirurgie die Hauptperson, der Umgang mit ihm erfordert vom Chirurgen Demut - und nicht den Drang zur Selbstdarstellung!“

Mein Kunststoff-Shunt läuft nach der Operation wieder, und ich hoffe, dass ich noch lange über meine neue Lebensader dialysieren kann. Nur ein gutlaufender Shunt macht eine effektive Dialyse und dadurch Lebensqualität. ○

IAD

Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft Dialysezugang

Die IAD ist eine Plattform zum interdisziplinären Meinungsaustausch, zur Weiterbildung und zur Zusammenarbeit aller Beteiligten. In der IAD sind Fachvertreter aus verschiedenen Fachdisziplinen aktiv, darunter Shuntchirurgen, Nephrologen, Radiologen, Fachdialysepersonal und natürlich auch Patienten.

Die IAD findet immer mehr Gehör in den nahestehenden und fachspezifischen Fachgesellschaften und Organisationen. Werbung für die Shuntchirurgie, als innovative und eigenständige Chirurgie zum Wohl des Dialysepatienten soll Begeisterung und Neugier bei den jungen Gefäßchirurgen schüren. Leidenschaft, Geschick, Ausdauer und Demut vor dem Substrat sind Voraussetzungen, die junge Gefäßchirurgen mitbringen sollten. Shuntoperationen müssen solange assistiert werden, bis junge Operateure über ausreichende Erfahrung verfügen und alle gefäßchirurgischen Techniken einwandfrei beherrschen.

Weiterbildungsveranstaltungen wie Symposien und Tagungen für Dialyseshuntchirurgie – wie beispielsweise die Shunttagung der IAD in Weimar oder Veranstaltungen von Dr. Matoussevitch in Köln oder von Dr. Meyer in Duisburg – sind Bestandteile für die Weiterbildung und ermöglichen Einblicke für angehende Shuntchirurgen in die interdisziplinäre Shuntchirurgie. Darüber hinaus werden Workshops angeboten.

Nur eine zertifizierte, interdisziplinäre Shuntchirurgie kann auf Dauer die geforderten Qualitätsrichtlinien erfüllen und somit dem Dialysepatienten und seiner Lebensader in Zukunft gerecht werden.

Informationen...



Webinar-Termin im Juni 2019: S3-Leitlinie „Magenkarzinom“

**Webinar S3-Leitlinie
„Magenkarzinom“
27.06.2019, 18:00 Uhr
www.bdc-webinare.de**



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

Seit September 2017 gibt es die BDC|Webinare (www.bdc-webinare.de). Bisher wurden auf der Plattform insgesamt 17 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 zertifiziert.

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 und allen Webinaren sind unter www.bdc-webinare.de zu finden.

GEPLANTE WEBINARE 2019

- S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Varikose“, Dr. med. Thomas Noppeney, 11.07.2019, 18:00 Uhr

www.bdc-webinare.de

Leserbrief

Dr. med. Johannes Zeller

Allgemein-, Viszeral- und
Thoraxchirurgie
Klinikum Hochrhein
79761 Waldshut-Tiengen
johanneszeller@t-online.de

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

Sehr geehrte Frau Busemann,
sehr geehrte Damen und Herren,

mit großem Interesse habe ich den Safety Clip zum Thema Notfallmanagement penetrierender Herzverletzungen ohne Kardiochirurgie gelesen. Es ist ein großes Verdienst, einen Fokus auf die Versorgung dieser in Mitteleuropa seltenen, aber dramatischen Verletzung zu richten. Meist erfolgt die Versorgung der penetrierenden Herzverletzung im nächsten erreichbaren Krankenhaus und nicht in einer Kardiochirurgischen Fachabteilung, sodass jedes Krankenhaus mit Notfallversorgung mit der Versorgung einer derartigen Verletzung konfrontiert werden kann.

Als kleines Versorgungskrankenhaus im Schwarzwald mit einem Einzugsgebiet von ca. 200.000 Einwohnern haben wir in den vergangenen zehn Jahren zwei Patienten mit penetrierenden Messerstichverletzungen der Ventrikel versorgen müssen, davon eine junge Patientin, die unter Reanimation das Krankenhaus erreichte. Glücklicherweise haben beide Patienten überlebt.

Aus dieser bescheidenen Erfahrung erlaube ich mir einige praktische Anmerkungen:

- Die Sternotomie gewährt sicherlich den besten Überblick auf den OP-Situs. Die meisten von uns Nicht-Kardiochirurgen haben keine große Routine in der Sternotomie. Deswegen würden wir in der Notfallsituation die anterolaterale Thorakotomie durchführen, die in der Regel auch vom erfahrenen Allgemein- oder Viszeralchirurgen beherrscht wird. Sie ist sicherer und schneller für den Allgemeinchirurgen durchführbar und wir sind damit gut klargekommen.
- Der komprimierende Finger zur initialen Blutungskontrolle und die Armierung der Nähte sind essenziell. Falls kein Filzpatch vorhanden ist, kann auch mit einem Stück eines resorbierbaren Netzes die Muskelnaht armiert werden.
- Patienten die, wie unsere junge Patientin, das Krankenhaus kreislaufinstabil erreichen, haben trotzdem noch eine reale Überlebenschance. Obwohl unsere Patientin bei offenem Thorax mehrmals reanimiert und defibrilliert wurde, hat sie die Verletzung ohne Residuen überlebt. Entscheidend ist die zügige und zielgerichtete Versorgung. Diese kann, wie von den Autoren betont, durch eine entsprechende Vorbereitung eingeübt und optimiert werden.

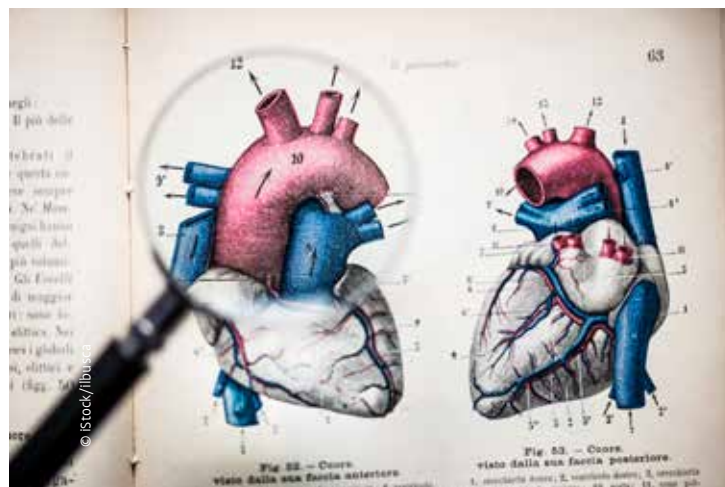
Freundliche Grüße
J. Zeller



Jeller J: Leserbrief. *Passion Chirurgie*. 2019 April, 9(04): Artikel 04_02.



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





© iStock/MisTunt

Für Praxen und Praxiskliniken: Die Betriebsrente wird attraktiver

Die Betriebsrente soll für Beschäftigte mit geringem Einkommen attraktiver werden. Die Bundesregierung hat dafür umfassende Neuerungen beschlossen: das Betriebsrentenstärkungsgesetz (BRSG). Der Gesetzgeber möchte die betriebliche Altersversorgung grundsätzlich stärken und die Betriebsrente insbesondere bei kleinen und mittleren Unternehmen fördern. Das ist auch für Praxen und Praxiskliniken interessant. Beschäftigte mit geringem Einkommen sollen ermutigt werden, diese betriebliche Sozialleistung nachzufragen. Arbeitgeber erhalten steuerliche Vorteile. Und können – im Wettbewerb um Fachkräfte – die Arbeitsplätze

für ihre gut ausgebildeten und eingespielten Teams noch attraktiver gestalten.

ARBEITGEBERZUSCHUSS FÜR ALLE ENTGELTUMWANDLUNGEN IST PFLICHT

Spart ein Arbeitgeber durch Entgeltumwandlung Sozialabgaben, muss er jedem Mitarbeitenden einen Zuschuss von bis zu 15 Prozent des Umwandlungsbetrages zahlen. Dieser verpflichtende Arbeitgeberzuschuss gilt seit 1. Januar 2019 für alle neu abgeschlossenen Verträge. Für bereits bestehende Verträge greift die Zuschusspflicht erst ab dem 1. Januar 2022. Um eine Ungleichbehandlung

Dr. Axel Wieting

Betriebliche Altersvorsorge
Ecclesia med GmbH
Klingenbergstraße 4
32758 Detmold
Telefon: 05231 603-0
info@ecclesiaMED.de
www.ecclesiaMED.de

von bereits bestehenden und neuen Verträgen und damit eventuellen innerbetrieblichen Ärger zu vermeiden, empfiehlt es sich jedoch für den Arbeitgeber, freiwillig auch bei bestehenden Verträgen bereits ab 2019 den Arbeitgeberzuschuss zu zahlen.

DER ARBEITGEBER WIRD STEUERLICH GEFÖRDERT

Führt ein Arbeitgeber für Niedrigverdienende eine Betriebsrente neu ein oder erhöht er einen bereits bestehenden Vertrag, erstattet das Finanzamt dem Arbeitgeber künftig 30 Prozent der von ihm zusätzlich aufgebrachten Beiträge. So sieht es der neue Förderrahmen des § 100 des Einkommensteuergesetzes (EStG) vor.

Niedrigverdienende sind Mitarbeitende im ersten Dienstverhältnis, deren Monatsgehalt 2200 Euro nicht übersteigt. Als förderfähiger Arbeitgeberbeitrag gelten jährliche Beiträge von mindestens 240 Euro, jedoch höchstens 480 Euro pro Beschäftigtem. Die 30 Prozent, mit denen sich das Finanzamt beteiligt, bedeuten somit eine jährliche Förderung von 72 Euro bis 144 Euro pro Jahr pro Vertrag.

Für den Arbeitgeber stellt die Förderung bei passender Gestaltung des Versorgungswerkes keinen Mehraufwand dar. Er erhält die neue Förderung für Geringverdiener, aber insbesondere auch für einen Großteil der Arbeitnehmer in Teilzeit, sehr zeitnah und einfach durch Verrechnung mit der abzuführenden Lohnsteuer. Voraussetzung ist: Der Arbeitgeber richtet freiwillig, nicht aufgrund gesetzlicher Vorgaben, eine betriebliche Altersversorgung als Direktversicherung, Pensionskasse oder

Pensionsfonds ein und nutzt dafür Tarife, bei denen alle Kosten über die gesamte Laufzeit des Vertrages verteilt werden (sogenannte ungezillmerte Tarife). Mögliche tarifvertragliche Vorgaben zur Gewährung einer arbeitgeberfinanzierten Versorgung, zum Beispiel im Rahmen des Tarifvertrags zur betrieblichen Altersversorgung und Entgeltumwandlung für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen, stehen einer Förderung nach § 100 EStG nicht entgegen.

Wenn allerdings ein Arbeitsverhältnis beendet und der Vertrag aufgelöst wird, muss der Arbeitgeber die im Rückkaufswert der Versicherung anteilig enthaltene Förderung an den Fiskus zurückzahlen.

FAZIT: FREIWILLIGE ALTERSVORSORGE WIRD HONORIERT

Das Betriebsrentenstärkungsgesetz honoriert endlich freiwillige Altersvorsorge auch für jene Beschäftigten, die fürchten, im Alter womöglich Leistungen der Grundsicherung in Anspruch nehmen zu müssen. Und selbst wenn die Beschäftigten unter die Grundsicherung im Alter fallen sollten, entsteht durch die neue Betriebsrente ein unschätzbarer Vorteil. Denn zusätzliche Alterseinkommen, zum Beispiel im Rahmen einer Betriebsrente, werden neuerdings bis zu einer monatlichen Höhe von 100 Euro überhaupt nicht auf die Grundsicherung angerechnet. Das bedeutet also effektiv eine Erhöhung des zur Verfügung stehenden Alterseinkommens. Arbeitgeber haben zudem einen klaren Handlungsspielraum und können sich die betriebliche Altersversorgung für diese Beschäftigten attraktiv fördern lassen. ○

Wieting A: Für Praxen und Praxiskliniken: Die Betriebsrente wird attraktiver. *Passion Chirurgie*. 2019 April, 9(04): Artikel 04_04.



Flyer „Mitarbeitende durch betriebliche Altersversorgung gewinnen und halten“



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

**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: Händedesinfektion in der Notaufnahme und im externen Notfall



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



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

In der Notaufnahme, wie auch im externen Notfall, ist aus Sicht der Hygiene die möglichst sorgfältige und häufige Händedesinfektion eine der wichtigsten Maßnahmen.

Eine Händedesinfektion ist in folgenden Fällen durchzuführen:

- vor Patientenkontakt
- nach Patientenkontakt
- vor aseptischen Tätigkeiten (z. B. Aufziehen von Spritzen, Legen von peripheren und ggf. zentralen Zugängen und der Wundversorgung)

Selbstverständlich erscheint unter Notfallbedingungen die Zeit für eine korrekte Händedesinfektion knapp. Dennoch muss versucht werden, die erforderliche

Einwirkzeit von 30 Sek. einzuhalten, denn nur dann kann eine Inaktivierung vorhandener Erreger erfolgen.

Spender müssen in jedem Raum vorhanden sein, möglichst nah am Patienten. Beim externen Notfall sind auch Kitteltaschenflaschen akzeptabel.

Der Kurz Tipp gibt die Meinung der Autoren wieder.



Popp W, Zastrow KD: Händedesinfektion in der Notaufnahme und im externen Notfall. *Passion Chirurgie*. 2019 April; 9(04): Artikel 04_05.

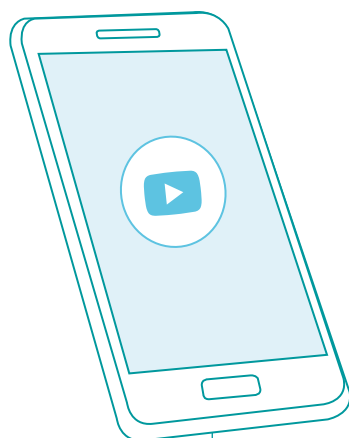


Weitere Hygiene-Tipps finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen |
Qualität & Patientensicherheit | Hygiene-Tipp).

HYGIENE CLIP

Get 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)

Honorarbericht Quartal 3/2016 und 4/2016



Kassenärztliche Bundesvereinigung
KdöR
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

Quelle: <http://www.kbv.de/html/honorarbericht.php>

Der Honorarbericht und die Kennzahlen erscheinen quartalsweise. Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (VStG) überträgt der KBV die Aufgabe, einen Bericht über die Ergebnisse der Honorarverteilung, über die Gesamtvergütungen, über die Bereinigungssummen und über den Honorarumsatz je Arzt und je Arztgruppe zu veröffentlichen.

Aktuell liegen alle vier Honorarberichte aus dem Jahr 2016 vor. Die Systematik der

Honorarberichte ab 2016 wurde angepasst: In den bisherigen Berichten bezogen sich die Kennzahlen stets auf fachgleiche Einzel- und Gemeinschaftspraxen mit zugelassenen Ärzten. Ab dem Bericht für das erste Quartal wird statt über zugelassene Praxen über zugelassene und angestellte Ärzte berichtet.

HIER finden Sie neben den aktuellsten Honorarberichten der KBV Informationen zu weiteren Arztgruppen, Zeiträumen und Kennzahlen. 



3. Quartal 2016
4. Quartal 2016



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



© iStock/utrecht

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.

APRIL 2019

Ulrike Brokmeier, Fachärztin für Chirurgie und Kinderchirurgie, wechselte im Januar 2019 als Chefärztin der Kinderchirurgie der Asklepios Klinik Sankt Augustin nach Oberhausen. Dort ist sie neue Leiterin der Klinik für Kinderchirurgie am Ev. Krankenhaus Oberhausen.

MU Dr. med. Ph. D. Ivor Dropco leitet seit Januar 2019 die Chirurgie des Krankenhauses Finsterwalde der Elbe-Elster-Klinik GmbH. Er war zuvor Chefarzt der Abteilung für Chirurgie der Asklepios Klinik Burglengenfeld.

PD Dr. med. Sven Eisold ist neuer Leiter der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des Rotes Kreuz Krankenhauses Bremen. Der Spezialist der großen Tumorchirurgie von Magen, Leber, Bauchspeicheldrüse und Darm baute zuvor in Lübeck die onkologische Chirurgie auf und war vor der Übernahme der Leitung in Bremen für kurze Zeit Chefarzt am Klinikum Stadt Soest.

Prof. Dr. med. Erol Gercek übernahm im Januar 2019 die chefärztliche Gesamtleitung des Zentrums für Unfallchirurgie und Orthopädie am Helios Universitätsklinikum Wuppertal. Vorher war er acht Jahre als Klinikdirektor und Chefarzt des Zentrums für Unfallchirurgie und Orthopädie am Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein, Ev. Stift St. Martin in Koblenz tätig.

PD Dr. med. Jörn Gröne wechselte als Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des Roten Kreuz Krankenhauses Bremen nach Berlin. Dort leitet der Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie die Klinik

für Allgemein- und Viszeralchirurgie des St. Joseph-Krankenhauses.

Prof. Dr. med. Jan Gummert, Direktor der Klinik für Thorax- und Kardiovaskularchirurgie am Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-Westfalen, wurde im Februar 2019 zum neuen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e.V. (DGTHG) gewählt.

Prof. Dr. med. Martin M. Kaiser, Facharzt für Kinderchirurgie und zuvor Oberarzt am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Lübeck, ist seit dem 01.01.2019 Chefarzt der Kinderchirurgie am Universitätsklinikum Halle (Saale).

Dr. med. Ulrich Matthias Karutz, Facharzt für Chirurgie, Gefäß- und Viszeralchirurgie mit Spezialisierung zum Proktologen und Erkrankungen des Enddarms sowie der Beckenbodenchirurgie, übernahm zum 01. April 2019 die Leitung der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie am Malteser Krankenhaus St. Carolus in Görlitz.

Dr. med. Peter Knez ist seit dem 15.01.2019 Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie der Lahn-Dill-Kliniken, Klinikum Wetzlar. Der Facharzt für Chirurgie und Gefäßchirurgie war bis dahin als Oberarzt am Klinikum Darmstadt tätig.

Prof. Dr. med. Frank Lehner hat zum 01.01.2019 die ärztliche Leitung des Zentrums für Chirurgie an der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am HELIOS Klinikum Hildesheim übernommen. Der Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie war zuvor Oberarzt am Zentrum Chirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover.



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



© iStock/shapachange

Die Beweiskraft ärztlicher Aufklärungsbögen

In Klinik und Praxis sind sie nicht mehr wegzudenken: ärztliche Aufklärungsbögen. Sie dienen der Vorab-Information des Patienten, als Check-Liste für den Arzt während des persönlichen Aufklärungsgesprächs, der Dokumentation des Gesprächs, später als Erinnerungstütze und schließlich als Beweisstück im Prozess.

Eine besondere Rolle kommt den Aufklärungsbögen immer im Arzthaftungsprozess zu, nämlich dann, wenn der Patient den Inhalt oder die Aufklärung über eine ärztliche Maßnahme an sich rügt. Die Rechtsprechung wendet in diesem Zusammenhang schon

immer den Grundsatz an, dass die Darlegungs- und Beweislast für die ordnungsgemäße Durchführung der Aufklärung beim Arzt liegt. Seit 2013 ist dies auch gesetzlich mit dem Patientenrechtegesetz im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) festgeschrieben (§ 630h Abs. 2 i.V.m. § 630e BGB). Danach muss immer der Arzt darlegen und beweisen, dass er die Einwilligung des Patienten eingeholt und entsprechend den im Gesetz vorgesehenen Anforderungen (mündlich, rechtzeitig, verständlich etc.) aufgeklärt hat. Nur ersatzweise kann sich der Arzt darauf berufen, dass der Patient auch im Falle einer ordnungsgemäßen Aufklärung in die geplante ärztliche



Dr. Albrecht Wienke

Fachanwalt für Medizinrecht
Wienke & Becker – Köln
Sachsenring 6
50677 Köln
awienke@kanzlei-wbk.de

Behandlung (diagnostische Untersuchung, Operation) eingewilligt hätte, sogenannter Einwand der hypothetischen Einwilligung.

Es ist daher für Patienten im Arzthaftungsprozess relativ leicht zu behaupten, dass die Aufklärung über den geplanten Eingriff nicht ordnungsgemäß gewesen ist. Es liegt dann bei dem Arzt, der den Eingriff letztlich tatsächlich durchgeführt hat, den Beweis für eine Einwilligung des Patienten auf Grundlage einer umfänglichen Aufklärung zu führen. Da Arzthaftungsverfahren oftmals erst einige Monate, in der Regel sogar Jahre nach dem Aufklärungsgespräch angestrengt werden, hat der verantwortliche Arzt in der Regel angesichts der Vielzahl von Patientenkontakten keine eigenen konkreten Erinnerungen mehr an die spezifische Aufklärungssituation und den Gesprächsinhalt.

Die Vorlage eines von Patient und Arzt unterzeichneten Aufklärungsbogens ist in diesen Fällen von großer, wenn nicht gar (prozess-) entscheidender Bedeutung. Ohne eine solche eingehende und den spezifischen Eingriff beschreibende Aufklärungsdokumentation bleibt in der Regel nur die Anhörung von Zeugen, die bei den Aufklärungsgesprächen anwesend waren. Meist werden die Aufklärungsgespräche jedoch von Ärzten geführt, die im Zeitpunkt der Gerichtsverhandlung nicht mehr an der maßgeblichen klinischen Einrichtung tätig sind, sodass es Glücksache ist, den aufklärenden Arzt als Zeugen ausfindig zu machen. Auch der „immer-so-Beweis“, also die Erläuterung, wie man bei bestimmten Eingriffen oder diagnostischen Untersuchungsverfahren üblicherweise aufklärt, hilft nicht in jedem Fall weiter. Daher ist der dokumentierte Aufklärungsbogen meist der einzige Rettungsanker, um in der Gerichtsverhandlung den Prozess in der Aufklärungsfrage in die für den Arzt entscheidende Richtung zu lenken.

ABER VORSICHT

Die Rechtsprechung verlangt beim Aufklärungsgespräch und der darauf fußenden Einwilligungserklärung des Patienten immer ein mündliches Gespräch in körperlicher Anwesenheit von Arzt und Patient. Eine

telefonische oder digital hergestellte Verbindung (Skype o. ä.) reicht hierzu in aller Regel nicht. Die Durchführung eines solchen mündlichen Gespräches muss vom Arzt bewiesen werden. Dies gelingt aber meist nur durch einen Zeugen oder die Anhörung des aufklärenden Arztes, der natürlich auch selbst Zeuge im Prozess sein kann. Der Zeugenbeweis, so anfällig dieser im Hinblick auf das verfügbare Erinnerungsvermögen auch sein mag, ist am Ende meist unumgänglich. Dem schriftlichen Aufklärungsbogen kommt dennoch eine starke Indizwirkung für die Durchführung und den Inhalt des Aufklärungsgespräches zu. Dazu muss der maßgebliche Aufklärungsbogen aber auch erkennbar individualisiert werden (Zeichnungen, handschriftliche oder digitale Ergänzungen etc.). Blankobögen in den Krankenunterlagen beweisen nichts, sie können sogar den Anschein erwecken, dass die Dokumentation und dann vielleicht auch das Aufklärungsgespräch selbst schlicht vergessen wurden.

Die Reichweite der Indizwirkung von Aufklärungsbögen wird – trotz vielfacher höchstrichterlicher Rechtsprechung – bisweilen von den Gerichten unterschiedlich gehandhabt.

So hat das Kammergericht Berlin mit Urteil vom 12.03.2018 (AZ: 20 U 127/16) entschieden, dass sich dem Aufklärungsbogen – trotz beiderseitiger Unterschriften und handschriftlicher Ergänzungen – keine Vermutung der Vollständigkeit und Richtigkeit des Inhalts entnehmen ließe. Denn das Indiz erstreckte sich lediglich darauf, dass abstrakt überhaupt ein Gespräch geführt worden ist, nicht jedoch auf den konkreten Gesprächsinhalt. In dem Verfahren gelang jedoch der Beweis durch die Zeugenaussagen der beteiligten Ärzte, sodass Aufklärungsfehler letztlich nicht festzustellen waren.

Das Kammergericht hat in seiner Entscheidung die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) nur teilweise berücksichtigt. Mit Urteil vom 28.01.2014 (AZ: VI ZR 143/13) hatte der BGH bereits entschieden, dass der von Patient und Arzt unterzeichnete Aufklärungsbogen einen wesentlichen Anhaltspunkt für die Tatsache ergebe, dass ein Aufklärungsgespräch tatsächlich stattgefunden habe. Dabei

Wienke A: Die Beweiskraft ärztlicher Aufklärungsbögen. *Passion Chirurgie*. 2019 April, 9(04): Artikel 04_08.



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

sei dieser Aufklärungsbogen – sowohl in positiver als auch negativer Hinsicht – zugleich ein Indiz für den Inhalt des Aufklärungsgesprächs. Nach dieser Auffassung bietet der durch Unterstreichungen oder Notizen individualisierte Inhalt des Aufklärungsbogens durchaus ein Indiz dafür, dass die entsprechenden Punkte Inhalt des Gesprächs gewesen sind. Umgekehrt besteht auch eine Indizwirkung dafür, dass über einen Punkt nicht aufgeklärt worden ist, wenn ein aufklärungspflichtiger Aspekt nicht in dem Bogen enthalten oder notiert ist.

Diese Indizwirkung ist jedoch auch nach Auffassung des BGH durch eine entsprechende Beweiserhebung zu ergänzen und kann dadurch bestätigt – aber auch widerlegt – werden. Daher hört das Gericht den aufklärenden Arzt in der Regel an, um sich einen persönlichen Eindruck zu verschaffen. Auch ohne eine konkrete Erinnerung kann dem Arzt der Beweis gelingen, insbesondere wenn er schildert, wie er üblicherweise bei den Gesprächen vorgeht und was genau er unter den einzeln aufgeführten Aspekten den Patienten üblicherweise mitteilt (sog. „Immer-so-Beweis“, s. o.). Letztlich ist es nämlich immer entscheidend, dass das Gericht aufgrund

der Beweisaufnahme zu der Überzeugung gelangt, dass eine ordnungsgemäße Aufklärung stattgefunden hat. Dies ist immer eine Frage des Einzelfalles.

PRAXISTIPP

Aufklärungsbögen erleichtern die ärztliche Praxis und sind auch im gerichtlichen Verfahren eine große, meist entscheidende Hilfe. Maßgeblich ist jedoch immer das konkrete, individuelle Aufklärungsgespräch mit dem Patienten. Dieses sollte anhand des Aufklärungsbogens dokumentiert werden, bestenfalls durch Unterstreichungen, Markierungen und handschriftliche oder digitale Notizen. Auch negative Tatsachen, z. B. dass der Patient keine weiteren Fragen hat oder eine weitere Aufklärung nicht wünscht, sind zu dokumentieren. Am Ende sollten beide – Patient und Arzt – den Bogen unterzeichnen.

Wenn alle Stricke reißen und z. B. kein Aufklärungsbogen ausgefüllt wurde und kein Zeuge zum Nachweis des

Aufklärungsgesprächs gefunden werden kann, bleibt noch der auch in § 630h Abs. 2 BGB niedergelegte Einwand der hypothetischen Einwilligung. Dieser besagt, dass der Patient bei – unterstellter – ordnungsgemäßer Aufklärung in die Durchführung der geplanten diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme eingewilligt hätte. Dies ist regelmäßig der Fall, wenn der Leidensdruck des Patienten besonders hoch ist und objektiv gesehen keine vernünftigen anderen Behandlungsalternativen zur Debatte stehen. Wenn es aber um nur relativ indizierte Maßnahmen geht, hilft auch der Einwand der hypothetischen Einwilligung nicht weiter.

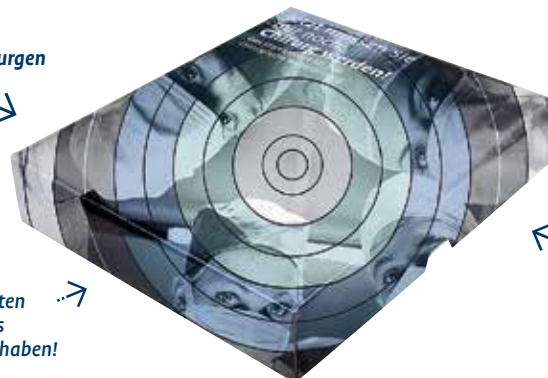
Letztlich ist der individualisierte Aufklärungsbogen erfahrungsgemäß immer das beste und entscheidende Dokument, um die Durchführung und den Inhalt des Aufklärungsgesprächs im Behandlungsfehlerprozess zu beweisen. Sein Einsatz sei daher auch aus anwaltlicher Sicht sehr empfohlen.

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!**

Das ›Starterpaket‹
für Chirurginnen und Chirurgen
in Weiterbildung ...



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

Das Starterpaket enthält:
 > Weiterbildungsbuch Basischirurgie
 > Ergänzungslogbuch Facharztsäule
 > Wochenseminar Basischirurgie
 > weiterführenden Praxisworkshop (3 Tage)
 > Teilnahme am Bundeskongress Chirurgie
 > Zwei-Jahreslizenz E-Learning des BDC
 > 2-jährige BDC-Mitgliedschaft
 > Fachbuchgutschein

Mit dem guten
Gefühl, alles
bedacht zu haben!

Frage & Antwort



Verpflichtung Befunde abzuzeichnen



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

FRAGE:

Ein Oberarzt fragt an, ob es eine gesetzliche Verpflichtung zur Abzeichnung der auf der jeweiligen Klinikstation eingehenden Befunde gebe.

ANTWORT:

Eine gesetzliche oder durch die Rechtsprechung aufgestellte Verpflichtung zur Abzeichnung eingehender Befunde im Klinikalltag gibt es nach Ansicht des Verfassers nicht.

Allerdings kann der Arbeitgeber, also der Klinikträger, nach Auffassung des Verfassers im Rahmen seines Direktionsrechts grundsätzlich die arbeitsrechtlich relevante Anweisung erlassen, dass Befunde bei Eingang abzuzeichnen sind. Vom Direktionsrecht umfasst

ist die inhaltliche Ausgestaltung der Arbeitsleistung. Verstöße gegen eine Weisung des Arbeitgebers könnten dann zu arbeitsrechtlichen Konsequenzen führen.

Dabei bestimmt aus Sicht des Verfassers stets die medizinische Notwendigkeit die zeitliche Vorgabe zur Sicherstellung des Befundergebnisses bzw. ob und wann anhand des Ergebnisses entsprechende Maßnahmen zu veranlassen sind. Im Falle einer dringenden Reaktionspflicht bzw. wenn die Befundergebnisse zu einer solchen führen könnten, wird man aus haftungsrechtlicher Sicht vom Arzt durchaus verlangen können, dass er sich möglichst zeitnah, jedenfalls ohne schuldhaftes Zögern, um den Eingang angeforderter Befunde kümmert bzw. die Befundergebnisse zur Kenntnis nimmt. ○

Heberer J. F+A: Verpflichtung Befunde abzuzeichnen. 2019 April; 9(04): Artikel 04_09.



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

Frage & Antwort



Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung

FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, ob er, wenn der Krankenhausträger die Vorschriften der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV) nicht einhalte (hier konkret werde die Pflegepersonaluntergrenze in der unfallchirurgischen Abteilung unterschritten), verantwortlich gemacht werden könne.

ANTWORT:

Für eine eventuelle Nichteinhaltung der PpUGV durch den Krankenhausträger kann aus Sicht des Verfassers ein Chefarzt einer hiervon betroffenen Abteilung nicht in Anspruch genommen werden. Denn hierfür besteht keinerlei Rechtsgrundlage, da es sich bei der Erfüllung der Vorgaben und Pflichten aus der PpUGV um den alleinigen Verantwortungsbereich des Krankenhausträgers handelt. Dieser Bereich ist damit dem Einflussbereich des Chefarztes vollumfänglich entzogen, sodass jedwede Entscheidungskompetenz ausschließlich beim Krankenhausträger liegt.

Die PpUGV sieht vor, dass der Krankenhausträger für pflegesensitive Bereiche, worunter

grundsätzlich die Unfallchirurgie fällt, eine Untergrenze an Pflegepersonal vorhalten muss, sofern dieser Bereich auch in dem individuellen Krankenhaus einen pflegesensitiven Bereich darstellt. Die Ermittlung pflegesensitiver Bereiche erfolgt dabei stets krankenhausesindividuell.

§ 3 Abs. 2 PpUGV legt dabei fest, dass ein pflegesensitiver Bereich die jeweilige Fachabteilung mit ihren Stationen für jeden Standort des Krankenhauses umfasst. Eine Fachabteilung ist gemäß § 3 Abs. 3 PpUGV dann ein pflegesensitiver Bereich in Krankenhäusern, wenn sie in den nach § 21 KHEntgG übermittelten Daten entweder nach **Nr. 1** als Fachabteilung der Unfallchirurgie oder als Fachabteilung mit einer entsprechenden Schwerpunktbezeichnung ausgewiesen ist oder nach **Nr. 2** einen Anteil von Fällen aufweist, der an ihrer Gesamtfallzahl mindestens 40 % beträgt und diese Fälle in den jeweiligen Indikatoren-DRGs entweder der Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie oder der Herzchirurgie einzugruppieren sind. Gemäß § 6 Abs. 1 PpUGV sind die Pflegepersonaluntergrenzen auf den Stationen der betroffenen Fachabteilung einzuhalten.


Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

Heberer J. F+A: Einhaltung der
Pflegepersonaluntergrenzenverordnung, 2019 April;
9(04): Artikel 04_10.



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

Das InEK legt sodann für ein Krankenhaus aufgrund der vom Krankenhausträger übermittelten diversen Daten nach § 3 Abs. 1 PpUGV einen pflegesensitiven Bereich, z. B. für die Unfallchirurgie, gemäß § 3 Abs. 2, 3 PpUGV fest. Die entsprechende Mitteilung des InEK gegenüber einem Krankenhausträger musste nach Kenntnis des Verfassers jedenfalls bis 15.11.2018 erfolgen. Allerdings mussten binnen dieser Frist auch nur diejenigen Krankenhäuser angeschrieben werden, für die nach den Regelungen der PpUGV das InEK pflegesensitive Bereiche ermittelt hat.

Sofern ein Krankenhausträger die Mindestgrenzen der PpUGV unterschreitet, so drohen als Sanktionen entweder Vergütungsabschläge oder eine Verringerung der Fallzahl. Wie bereits erläutert, treffen diese Sanktionen aber allein den Krankenhausträger. Einem Chefarzt stehen nach Auffassung des Verfassers auch rechtlich keinerlei Einflussmöglichkeiten zu, um den Krankenhausträger zur Umsetzung der PpUGV anzuhalten. Dies obliegt nach Meinung des Verfassers allein dessen unternehmerischer Entscheidungsfreiheit. ○

SAVE THE DATE



Medizinische Krisenkommunikation unter juristischen und medialen Aspekten

Berlin, 03. Mai 2019

BDC|Akademie

Seminar „Medizinische Krisenkommunikation unter juristischen und medialen Aspekten“

am 03. Mai 2019 in Berlin

Referenten: Dr. med. J. Heberer, Holger Münsinger

Informationen & Anmeldung...



Ambulantes Operieren 2018: Tiefe Gräben oder Zusammenarbeit?

Im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin fand am 7. und 8. Dezember 2018 das „4. Forum Ambulantes Operieren“ statt. Gut 120 Betreiber von ambulanten OP-Zentren, Operateure und Anästhesisten tauschten sich über Zukunftsthemen und Rahmenbedingungen des Ambulanten Operierens aus. Schwerpunkte der Veranstaltung waren u. a.: Sektorenübergreifende Versorgung, Vernetzung im Gesundheitswesen aus verschiedenen Perspektiven, alternative Vergütungsarten sowie das perioperative Management in Bezug auf Hygiene und Regresse.

Auf der politischen Agenda steht die Forderung seit langem: Überwindung der Sektorengrenzen ist politisches Ziel bereits seit 2003.

Doch immer noch gibt es keinen Konsens über die Ausgestaltung. Auf dem 4. Forum Ambulantes Operieren beschäftigten sich der Vorstandsvorsitzende des Spitzenverbandes Fachärzte (SpiFa) und der stellvertretende Vorsitzende des Sachverständigenrates (SVR) Gesundheit mit einer zentralen Frage: Haben die ambulant tätigen Fachärzte überhaupt noch eine Zukunft?

Der Vorstandsvorsitzende des SpiFa Herr Dr. Heinrich empfahl seinen niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, ihren fachärztlichen „Markenkern“ zu stärken: „Das ist die persönliche Arzt-Patienten-Beziehung, die durch Kommunikation, Empathie und echtes Verstehen geprägt ist.“



Antje Thiel

Freie Journalistin und Autorin
Dachsweg 5
25335 Elmshorn
info@antje-thiel.de
<http://www.antje-thiel.blog>



Abb: Dr. Heinrich, Vorstandsvorsitzender des SpiFa

Thiel A: Ambulantes Operieren 2018: Tiefe Gräben oder Zusammenarbeit? *Passion Chirurgie*. 2019 April, 9(04): Artikel 05_01.



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

Die Bevölkerung wisse die individuelle Betreuung beim niedergelassenen Facharzt zu schätzen und wünsche sie sich im Übrigen auch für Klinikbehandlungen. Eine Erklärung für die gesetzgeberische Trägheit hinsichtlich neuer sektorenübergreifender Ansätze hatte auch der stellvertretende Vorsitzende des SVR Gesundheit, Prof. Eberhard Wille, nicht parat. So gälten in den beiden Sektoren unterschiedliche Leistungsbeschreibungen und auch (Mindest-) Standards, die die Kooperationen erschweren. Hinzu kämen die grundverschiedenen Vergütungssysteme einschließlich Investitionsfinanzierung und Vorhaltekosten. Wenn die

sektorenübergreifende Versorgung erst einmal einen größeren Anteil an der Versorgungslandschaft habe, werde der Anteil ambulant tätiger Fachärzte an der Versorgung steigen.

Diskutiert wurde das Belegarztwesen als Versorgungsmodell. Frau Dr. Friederike Burgdorf, zu der Zeit Leiterin der Abteilung sektorenübergreifende Qualitätssicherung und Transparenz bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (jetzt BDC-Geschäftsführerin) verwies auf ein Gutachten zur belegärztlichen Versorgung, das derzeit erarbeitet werde. Ziele des Gutachtens seien eine wissenschaftliche Analyse der Entwicklung



Abb: Prof. Eberhard Wille, stellvertretende Vorsitzende des SVR Gesundheit



des Belegarztwesens, die Identifikation des Weiterentwicklungsbedarfs und Empfehlungen zur Anpassung der Rahmenbedingungen.

Der Krankenhausvertreter Marc Schreiner forderte als neuer Geschäftsführer der Berliner Krankenhausgesellschaft einen gleichrangigen Zugang von Kliniken zur ambulanten Versorgung. Demgegenüber stehen die Praxiskliniken als „Vollsortimenter“ für das Ambulante Operieren. Die ambulanten Operateure sind die Kunden, die Praxisklinik stellt ihnen wie ein Vollsortimenter optimale Rahmenbedingungen für das Ambulante Operieren zur Verfügung. So beschrieb Jascha Rinke, Gesundheitsökonom und geschäftsführender Gesellschafter der Praxisklinik im Südpark in Solingen, das Konzept seiner Einrichtung.

Auf doppelte Strukturen ging auch Dr. Ruth Hecker, stellvertretende Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, ein. Sie forderte ein Gesundheitswesen, das umfassend an der Patientensicherheit ausgerichtet ist, Ergebnisse transparent mache und den Patienten umfassend aufkläre um ihn zu selbstbestimmten Entscheidungen zu befähigen. Diese Einschätzung unterstützt auch Ulrike Elsner, die als Vorstandsvorsitzende des Verbands der Ersatzkassen die Position der Kostenträger vertrat. Das Ausgabenvolumen für sektorenübergreifende Projekte in der GKV sei vergleichsweise gering, so seien beispielsweise in der gesamten ASV bis dato erst 68.000 Patienten versorgt worden.

Den ausführlichen Bericht zum 4. Forum Ambulantes Operieren finden Sie unter: <https://www.bbBraun.de/ambulantes-operieren> ○

SAVE THE DATE

Das 5. Forum Ambulantes Operieren findet vom 15. bis 16. November 2019 in Berlin statt. Nähere Informationen und Anmeldung unter www.tinyurl.com/ForumAOP2019


 AUS DER
GFB

Fachärzte kritisieren Entwurf zur Neuregelung der Psychotherapeutenausbildung

Die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) sieht erhebliche Schwierigkeiten im Referentenentwurf zur Neuregelung der Psychotherapeutenausbildung. Hier wird ein neuer Heilberuf auf eine Art geschaffen, die lange bewährte Strukturen in Frage stellt und den hohen Stellenwert der ärztlichen Psychotherapie in der Versorgung ignoriert und dadurch gefährdet. Wichtige somatisch medizinische Aspekte der psychotherapeutischen Behandlung werden in dem Gesetzentwurf zu wenig beachtet, gleichzeitig wird suggeriert, dass der „Psychothe-

rapeut“ umfassende Kompetenzen für die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen habe.

Mit dem Gesetz soll ein komplett neuer Heilberuf etabliert werden, der den Arztberuf nicht tangieren solle. Tatsächlich werden aber in dem Gesetz Regelungen getroffen, die von erheblicher Auswirkung auf die psychotherapeutische Versorgung als Ganzes haben werden, wenn sie in der jetzt vorgelegten Form beschlossen werden. Die GFB lehnt jegliche Eingriffe in die Benennung ärztlicher Berufsbezeichnungen

Dr. med. Gundolf Berg
 Vizepräsident
 Gemeinschaft Fachärztlicher
 Berufsverbände
presse@gfb-facharztverband.de

ab. „Es muss klar bleiben, dass Ärzte mit entsprechender Qualifikation auch weiterhin als Psychotherapeuten für die Patienten erkennbar bleiben und dass für die Patienten auch deutlich wird, dass ein Psychotherapeut nach der neuen Ausbildung kein Arzt ist“, so Dr. Gundolf Berg, Vizepräsident der GFB.

Es soll ein Modellstudiengang Psychopharmakotherapie etabliert werden. Diesen lehnt die GFB aufs Schärfste ab. Es kann nicht ausreichen, Wissen über die Wirkungen pharmakologischer Substanzen auf das zentrale Nervensystem und die Psyche zu haben. Medikamente wirken regelmäßig auch auf andere Organsysteme und jeder Verordner muss in der Lage sein, die komplexen Wirkungen, Neben- und Wechselwirkungen in ihrer Gänge zu erfassen und er muss auch spezifisches Wissen zum Umgang mit diesen Phänomenen haben. Das kann nicht im Rahmen eines Modellstudiengangs vermittelt werden. „Wir sehen in dem Modellstudiengang eine Patientengefährdung und eine Schlechterstellung psychisch kranker Menschen“, erklärt

Dr. Berg weiter. Die in der Gesetzesbegründung vom Gesetzgeber selbst benannte Einstufung der medikamentösen Behandlung als „Hochrisikoprozess“ wird durch den

Modellstudiengang vom Gesetzgeber selbst konterkariert.

Die GFB fordert den Gesetzgeber auf, intensiv daran zu arbeiten, dass die Kooperationsmöglichkeiten der verschiedenen Berufsgruppen unterstützt und die vorhandenen Ressourcen gut vernetzt werden. Es braucht keine Regelungen, die so tun, als ob man die Psyche eines Menschen unabhängig von seinem Körper betrachten könnte. Der neue Heilberuf in seiner jetzigen Ausgestaltung treibt aber genau diese Trennung voran. Eine solche Spaltung lehnt die GFB entschieden ab. Eine in diesem Zusammenhang anderenorts erhobene Forderung nach Ausgrenzung der Psychotherapeuten in eine eigene KV-Struktur würde eine derartige Spaltung irreversibel vorantreiben und ist vollkommen kontraproduktiv.

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) ist Mitglied im GFB und BDC-Vizepräsident, Dr. med. Jörg-A. Rüggelberg seit 2015 Präsident des Verbandes.



Berg G: Fachärzte kritisieren Entwurf zur Neuregelung der Psychotherapeutenausbildung. *Passion Chirurgie*. 2019 April, 9(04): Artikel 05_02.



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

Rosig oder ungewiss – Wie steht es um die Zukunft der Chirurgie?



NACHWUCHSMANGEL ALS ZENTRALES THEMA BEIM BUNDESKONGRESS CHIRURGIE

Berlin/Nürnberg, 26. Februar 2019 – Nachwuchs, Sektorengrenzen, Finanzierung – alles bekannte Stichworte, die entscheidend für die künftige Entwicklung des Fachbereichs Chirurgie sind. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) machte beim Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg gemeinsam mit anderen Verbänden eine Bestandsaufnahme aktueller Rahmenbedingungen und diskutierte über die Entwicklung der Chirurgie. Das zentrale Thema dabei war der Nachwuchsmangel und wie der BDC seine Nachwuchsarbeit ausbauen kann.

An beiden Kongresstagen diskutierte der Berufsverband in gemeinsamen Sitzungen mit Studierendenvertretern und dem Bündnis Junge Ärzte über Lösungsansätze. „Wir müssen bei den aktuellen Forderungen der Studierenden, das Praktische Jahr zu verbessern, ganz klar Stellung beziehen und unseren Teil beitragen“, so BDC-Präsident Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer. „2025 werden wahrscheinlich 10.000 Chirurgeninnen und Chirurgen fehlen. Wir können es uns einfach nicht leisten, Studierende im PJ zu verprellen.“ Der Berufsverband engagiert sich mit der Nachwuchskampagne „Nur Mut! Kein Durchschnittsjob: ChirurgIn“ schon seit vielen Jahren. „Wir wissen genau, dass das PJ ein wichtiges Entscheidungsmoment ist, in die Chirurgie zu gehen oder nicht. Die Proteste der letzten Wochen zeigen, wie groß die Unzufriedenheit ist“, so Meyer. „In den nächsten Monaten werden wir deshalb weitere Projekte mit Studierendenvertretern entwickeln. Auf jeden Fall müssen wir bemüht sein, die PJler im chirurgischen Arbeitsalltag in das bestehende chirurgische Team einzubinden.“

Nachwuchsprobleme in der Chirurgie gehen einher mit den Fragen zur Zukunft des Faches. Gesundheitsökonom Prof. Dr. Boris Augurzky prognostizierte bei seinem Impulsreferat „Medizin 2030“ auf dem Bundeskongress zunehmende Probleme ab 2025. Der demografische Wandel und der Personalmangel würde sich auf alle wirtschaftlichen Bereiche auswirken, auch auf die Gesundheitsbranche. Augurzky geht davon aus, dass die Kombination aus fehlenden finanziellen Ressourcen und fehlendem Personal problematisch würden. Um dieser Entwicklung entgegenzutreten, sieht der Gesundheitsökonom Möglichkeiten u. a. im Ausbau der Digitalisierung, der Robotik im Bereich Logistik und einem neuen Vergütungssystem; einem Vergütungsmodell, das Sektorengrenzen überwindet.

„Wir fordern schon seit langem eine sektorenübergreifende Versorgung, auch durch eigene Projekte“, so Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg, Vizepräsident des BDC. „Die Weiterbildung in chirurgischen Praxen ist da ein großes Thema.“ Junge Ärztinnen und Ärzte müssten die Vorzüge der Niederlassung selbst während ihrer Weiterbildung erfahren. Denn die Tendenz zum Angestelltenverhältnis steige. „Wir müssen uns die Hausärzte zum Vorbild nehmen. Denn nach langem Kampf wird deren Weiterbildung in der Praxis bundesweit gefördert“, so Rüggeberg.

Der Präsident des BDC wies in seiner Eröffnungsrede in Nürnberg darauf hin, dass es keine Überraschung sei, in Zukunft weiterhin vor vielen Herausforderungen des Faches zu stehen. „Kongresse wie in Nürnberg ermöglichen uns aber, mit anderen Verbänden an Lösungen zu arbeiten“, so Meyer. ○



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/)

AKTUELLE MELDUNGEN



21.03.2019

INVESTITIONSBEDARF DER KRANKENHÄUSER

Der bestandserhaltende Investitionsbedarf der Krankenhäuser liegt bundesweit deutlich über sechs Milliarden Euro pro Jahr. Dies zeigt die aktuelle Investitions-Analyse für das laufende Jahr 2019, auf ...



15.03.2019

HERAUSFORDERUNGEN DER ZUKUNFT GEMEINSAM BEWÄLTIGEN

Zu der heutigen Verabschiedung des Terminservice- und Versorgungsgesetzes im Deutschen Bundestag erklärt Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery ...



14.03.2019

BDC+ GESUNDHEITSPOLITIK ALS STEIGBÜGEL?

Vor genau einem Jahr: Jens Georg Spahn (CDU) schreitet ins Schloss Bellevue. Er hat sein Etappenziel erreicht: Bundesminister, mit 37. Seit 2002 sitzt er im Bundestag und hat von Anfang an auf Gesundheit ...



12.03.2019

BDC+ HIGHLIGHTS IN DER ALTERNSFORSCHUNG?

Die Vorstellung, dass junges Blut Anti-Aging oder andere positive Eigenschaften haben könnte, stammt aus 150-jährigen Experimenten, bei denen die Haut von zwei noch lebenden alten und jungen Mäusen ...



07.03.2019

BDC+ DER DYNAMISCHE EVIDENZPREIS

Neuartige Therapien (advanced therapy medicinal products, ATMP) wie langwirksame, Heilung versprechende Gentherapien sowie beschleunigte europäische Zulassungsverfahren werfen eine Reihe von Fragen auf, ...



06.03.2019

KRANKENKASSEN: VORSTANDSBEZÜGE ERREICHEN KNAPP 50 MILLIONEN EURO

Nachdem rund 60 Betriebskrankenkassen vorab ihre Vorstandsvergütungen für 2018 veröffentlicht haben, wurden zum Fristablauf am 01.03.2019 auch die Zahlen der Ersatzkassen, Allgemeinen Ortskrankenkassen ...

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

AUS DER
DGCH

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 597 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/m² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m² Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP Kontrollgruppe: Magenbypass-OP	FPI: 27.11.2013 99 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 186 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: DiaSurg 2-Studie₄ 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: ESOPEC₅ 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 288 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
Studientitel: IOWISI₆ 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 241 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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: iPEP_® 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 34 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: PONIY_® 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 58 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: RELY_® 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 261 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: WOPP₁₀* 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 279 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: 030/450-622125 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] 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.

[5] Perioperative Chemotherapie (FLOT) im Vergleich zur neoadjuvanten Radiochemotherapie (CROSS) bei Patienten mit Adenokarzinom des Ösophagus

[6] Intraoperative wound irrigation to prevent surgical site infection after laparotomy

[7] Internet-based Perioperative Exercise Program in Patients With Barrett's Carcinoma Scheduled for Esophagectomy

[8] Postoperative negative pressure incision therapy following open colorectal surgery: a randomized-controlled trial

[9] Eine randomisierte, kontrollierte Studie zur Lymphknotenentfernung bei Resektion kolorektaler Lebermetastasen

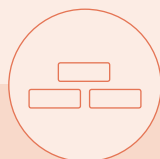
[10] Pulmonary wedge resection plus parietal pleurectomy (WRPP) versus parietal pleurectomy (PP) for the treatment of recurrent primary pneumothorax

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

Stand: März 2019

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

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

Überweisungen mit Angabe von Namen und Adresse des Spenders werden erbeten auf das Konto der DGCH bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank 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. Ruëff, München

- Herr Prof. Dr. med. Karl-Joseph Paquet, Bad Kissingen
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Volker Schumpelick, Aachen
Herr Prof. Dr. med. Yoshiki Hiki, Tokio/Japan
Herr Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith, Konstanz
Herr Dr. med. Goswin von Mallinckrodt, München
Herr Prof. Dr. med. Lothar Kinzl, Ulm
Frau Ingrid und Herr Dr. med. Robert Raus, Riedlingen
Frau Dr. med. Ursula Engel, Hamburg
Enddarm-Zentrum Bietigheim,
Herr Dr. med. Wolfgang Pfeiffer,
Herr Dr. med. Markus Piro-Noack,
Herr Dr. med. Edgar Kraft
Herr Prof. Dr. med. Thomas Rüedi, Maienfeld/Schweiz
in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Chur/Schweiz
Herr Prof. Dr. med. Gert Specht, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Henning Weidemann, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Otto Scheibe, Stuttgart
in memoriam Prof. Dr. med. Helmut Remé, Lübeck
Herr Prof. Dr. med. Stephan Langer, Mönchengladbach
Herr Dr. med. José Luis Narro, Köln
Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Ulf Wayand, Linz
Herr Prof. Dr. med. Werner Grill, Starnberg
Herr Prof. Dr. med. Fritz Kümmerle, Mainz
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Friedrich Stelzner, Bonn
Herr Prof. Dr. med. Günther Vetter, Bad Vilbel
in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Bernhard Sprung, Dresden
Frau Dr. med. Eva Böhlau, Bad Soden
1991–2011 DGT in memoriam
Prof. Dr. med. Ingolf Vogt-Moykopf zum 80. Geburtstag
Herrn Prof. Dr. med. Gerhard Krönung, Wiesbaden
in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke, Regensburg
Herr Prof. Dr. med. Alois Fürst
Herr Dr. med. Arthur Heiligensetzer
Herr Dr. med. Peter Sauer
Herr Dr. med. Bernfried Pikal
Herr Dr. med. Johannes Winfried Pruy
in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke, Regensburg
Herr Prof. Dr. med. Christian Müller, Hamburg
Herr Dr. med. Friedrich Klee, Heidelberg
Herr Prof. Dr. med. Karl Dinstl, Wien
in memoriam Prof. Dr. med. K. Keminger
Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim
Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen
Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
Herr Dr. med. Helge Hölzer, Stuttgart
in memoriam Prof. Dr. med. Gerhard Köveker, Sindelfingen und Böblingen
Herr Dr. med. Friedemann Schreiter, Hamburg
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Hannover
Herr Prof. Dr. med. Konrad Schwemmle, Linden
Herr Dr. med. Frank U. Zittel, Frankenthal
in memoriam Prof. Dr. med. Richard Xaver Zittel
Herr Prof. Dr. med. Wulf Brands, Karlsruhe
in memoriam Dr. med. Hartmut Wirth, Mannheim
Herr Prof. Dr. med. habil. Dieter Bokelmann, Essen
in memoriam Dr. med. Ottmar Kohler, Idar-Oberstein
Herr Prof. Dr. med. Hermann 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
Herr Prof. Dr. med. Reinhart T. Grundmann, Burghausen
in memoriam Margarethe Grundmann, Burghausen
Herr Prof. Dr. med. Helmut Witzigmann
von seinen Mitarbeitern der Chirurgischen Klinik Dresden-Friedrichstadt
Herr Dr. med. Claus Müller, Dresden
Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Hartig, Leipzig

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 Kothen,
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
Herr Dr. med. Jürgen Benz
in memoriam Prof. Dr. med. Hans-
Joachim Streicher
Frau Dr. med. Frauke Eleonore Meyer-Wigro,
Bielefeld
Herr Prof. Dr. med. Alfred Berger,
Deutschlandsberg

DGCH-PRÄSIDIUM

ab 1. März 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	F. Adili, Darmstadt
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	B. Kladny, Herzogenaurach
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen	R. Guinta, München
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	J. Gummert, Bad Oeynhausen
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	E. Stoelben, Köln
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	D. Pennig, Köln
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.	J.-A. Rüggeberg, Bremen
Perspektivforum Junge Chirurgie	B. Braun, Homburg

WEITERE MITGLIEDER

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

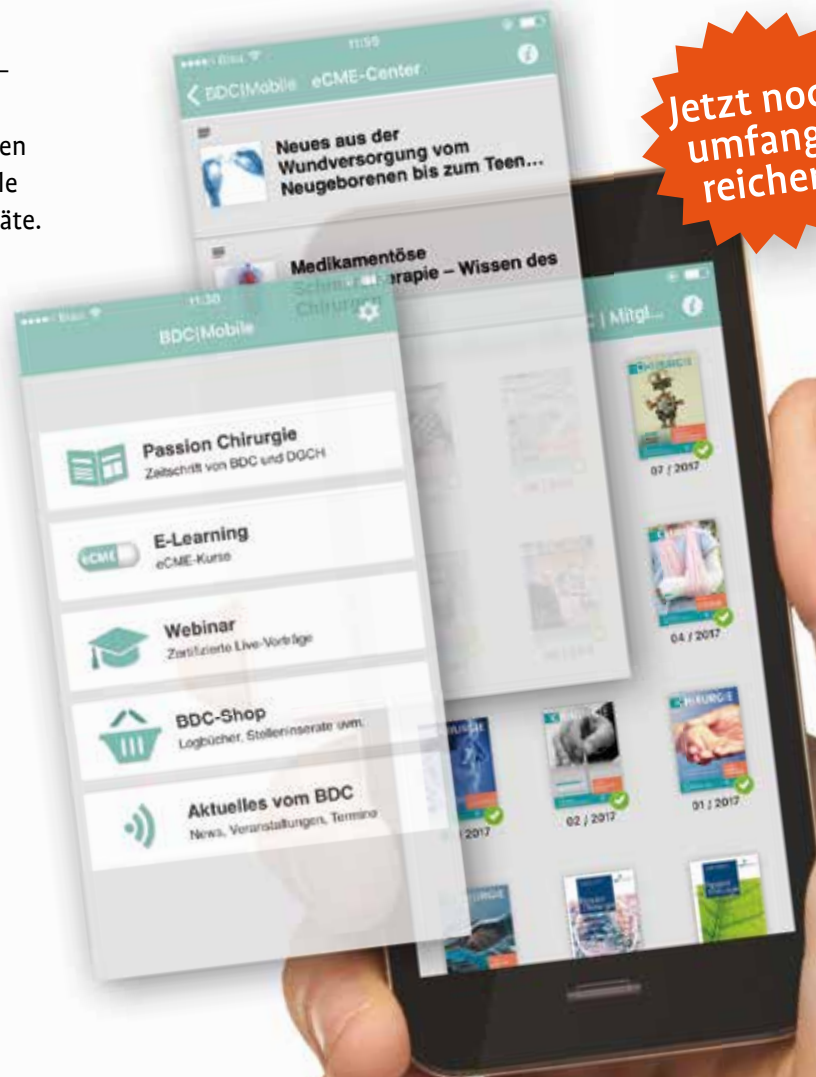
Die schnellsten Infos für
Chirurginnen und Chirurgen

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.



Jahresbericht 2018 – Landesverband BDC|Hamburg



Dr. med. Christopher Wenck
Vorsitzender des Landesverband
BDC|Hamburg
HELIOS Mariahilf Klinik Hamburg
Allgemein- und Viszeralchirurgie
Stader Str. 203 C
21075 Hamburg
christopher.wenck@helios-gesundheit.
de

Das Jahr verlief aus Sicht des BDC|Hamburg ruhig. Keines der Mitglieder hat Kontakt mit mir oder meinem Stellvertreter aufgenommen.

2017 fand die Mitgliederversammlung des Landesverbands Hamburg erstmals im Rahmen des Norddeutschen Chirurgenkongresses statt. Da dieser konzeptionell umgestellt wurde und lediglich als Workshop fortbesteht, musste ein neuer Veranstaltungsort gefunden werden. Ohnehin war die Platzierung unserer Veranstaltung damals nicht richtig glücklich, da wir den sehr frühen Sitzungstermin zugewiesen bekamen, der auch noch zeitgleich mit der Mitgliederversammlung der Norddeutschen Chirurgen im Nachbarsaal war. Diese Überschneidung war sehr schwierig, da Herr Dr. Mansfeld auch Kassenwart der Norddeutschen Chirurgen Vereinigung ist.

Die von Herrn Dr. Giensch und Herrn Prof. Schwenk in den Jahren zuvor gestalteten Treffen fanden traditionsgemäß im Steigenberger Hotel an der Fleetinsel statt. Leider scheint sich das Preisniveau des Hotels aber erheblich geändert zu haben, sodass auch dieses etablierte Arrangement nicht wieder reaktiviert

werden konnte. Erfreulicherweise konnten wir die KV Hamburg dafür gewinnen, die Veranstaltung in ihren Räumen stattfinden zu lassen. Lediglich für das Catering müssen wir finanziell aufkommen. Von einem Versand der Einladung per Post haben wir abgesehen und die Einladung per E-Mail versendet, sodass auch hier eine weitere Kostenersparnis und ein in meinen Augen zeitgemäßes Verfahren genutzt werden konnte.

Bedanken möchte ich bei dem Sekretariat der Geschäftsstelle, Frau Löprick und Frau Quandt, für die Unterstützung und das Nachhalten der Organisation sowie bei Herrn Dr. Rüggeberg, der sich erneut als Redner zur Verfügung gestellt hat.

Auf BDC|Online können Sie - am ehesten zu Ihrer Kenntnisnahme - eine E-Mail nachlesen, die mir von einem Kollegen weitergeleitet wurde. Herr Dr. Thomas Hemker fordert als Landesvorsitzender des BVOU-Netzwerkes seine Kollegen auf, nicht in von konzerngeführten MVZ einzuweisen. Als BDC|Hamburg haben wir uns an dieser Aktion bewusst nicht beteiligt, die durchaus auch innerhalb des BVOU umstritten ist.

Wenck C: Jahresbericht 2018 – Landesverband BDC|Hamburg. *Passion Chirurgie*. 2019 April, 9(04): Artikel 07_01.



Informationen aus den Landesverbänden
finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de),
Rubrik Der BDC | BDC|Landesverbände).

Das Referat für „Presse- und Öffentlichkeitsarbeit“ stellt sich vor



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



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

Meyer HJ, Rüggeberg JA: Das Referat für „Presse- und Öffentlichkeitsarbeit“ stellt sich vor. *Passion Chirurgie*. 2019 April, 9(04): Artikel 07_02.



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

Bei dem Bereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit denken die meisten in erster Linie an den Austausch mit der externen Öffentlichkeit. Im Berufsverband der Deutschen Chirurgen sind die Mitglieder – also sozusagen die interne Öffentlichkeit – mindestens genauso wichtig. Das Referat umfasst demnach neben der Erstellung von Pressemeldungen und der Beobachtung der Medien auch die Online-Kommunikation mit den Mitgliedern und vor allem die Mitgliederzeitschrift *PASSION CHIRURGIE*.

Die enge Zusammenarbeit der DGCH und des BDC spiegelt sich in diesem Referat besonders wider. Seit einiger Zeit wird die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit gemeinsam gestaltet, um insgesamt die Wahrnehmung des Verbandes zu stärken und mit einer Stimme gehört zu werden. Weitere Fachgesellschaften unter dem Dach der DGCH sollen künftig in die Pressearbeit mit dem BDC und der DGCH einbezogen werden – immer mit dem Ziel, gemeinsam gesteigerte Aufmerksamkeit zu bekommen.

Bei unserer Mitgliederzeitschrift des BDC und der DGCH, *PASSION CHIRURGIE*, funktioniert die Zusammenarbeit schon sehr gut. Beide Geschäftsstellen gestalten in Abstimmung mit uns die Inhalte der Zeitschrift.

Wie wir alle wissen, sind Social Media, gerade für die jüngere Generation der Chirurginnen und Chirurgen, eine sehr wichtige und nicht wegzudenkende Kommunikationsform. Wir sind schon lange aktiv in sozialen Netzwerken und werden diesen Bereich künftig ausweiten. Aktuell bauen wir beispielsweise das Instagram-Profil des BDC auf. Folgen Sie uns gern!

Kooperationen mit Studierendenverbänden, dem Perspektivforum Junge Chirurgie oder auch dem Bündnis Junge Ärzte werden im Social Web schon länger umgesetzt. Das soll in Zukunft Hand in Hand mit den Nachwuchsvertretern in weiteren Kampagnen intensiviert werden.

Neue Mitglieder für den BDC zu gewinnen ist eine gemeinschaftliche Aufgabe, auch für unser Referat. Wir entwickeln vor allem mit den Nachwuchsvertretern und -koordinatorinnen Ansprachen an junge Kolleginnen und Kollegen, um zu zeigen, warum es sich lohnt, Teil unseres starken Netzwerkes zu sein. Unsere Mitgliederstrukturen verändern sich zunehmend in Richtung der jüngeren Generationen, denn die Babyboomer verabschieden sich langsam wohlverdient aus dem Arbeitsleben. Wir legen den Fokus in Zukunft vermehrt auf Studierende, PJler und Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, um sie in berufspolitischen Zielen zu unterstützen, aber auch, um in den eigenen Reihen Verbesserungen zu erreichen.

Zusammengefasst bleiben wir mit unseren Kommunikationskanälen, extern und intern, am Puls der Zeit und werden die „klassische“ Pressearbeit in enger Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften und den Themen- bzw. Fach-Referaten im BDC weiter ausweiten.

Noch ein Wort zum Abschluss: Seien Sie selber aktiv und schicken Sie uns gerne eigene Artikel, von denen Sie meinen, dass Ihre Kollegen, also unsere Leser, davon einen Gewinn haben könnten.

eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-
CENTER

WEBINARE



Namhafte Experten live direkt in Ihrem Arbeitszimmer.

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

BDC|WEBINAR

www.bdc-webinare.de

MEDIATHEK



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

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

mediathek
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

www.mediathek-dgch.de

[eCME-CENTER]



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

eCME-center.org
continuing medical education

www.ecme-center.org

COMMON TRUNK



Workshop: Intensivmedizin & Reanimation

Der sehr praxisorientierte Workshop für Berufseinsteiger vermittelt nötiges Grundwissen und chirurgische Basisfertigkeiten für den Berufsalltag auf der Station und in der Notaufnahme. Am **24. - 25. Mai 2019 in Potsdam** wird theoretisches Wissen vermittelt und in praktischen Übungen erlernt und so optimiert, dass am Ende jeder Teilnehmer die Algorithmen der Reanimation kennt und in der Anwendung sicher beherrscht. Das Seminar gehört

zum Curriculum Basischirurgie. Nach Teilnahme an einem Common Trunk-Seminar sowie Durchführung eines weiterführenden Seminars bzw. Workshops verleiht die BDC|Akademie das BDC-Zertifikat Basischirurgie.

Anmeldung und Information ...

BUNDESKONGRESS CHIRURGIE



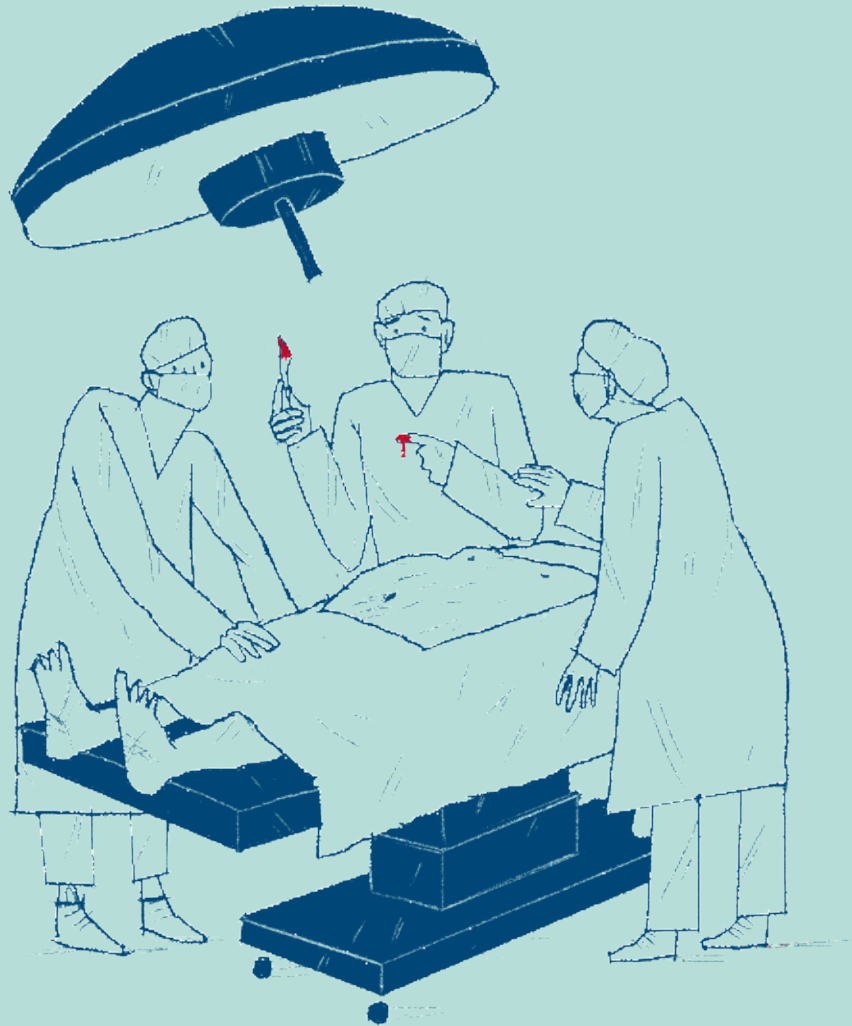
BDC in der Tagesschau

Auch in diesem Jahr wurde bundesweit über den Kongress in Nürnberg berichtet. Der Bayerische Rundfunk war vor Ort und hat für die Tagesschau ein Beitrag produziert. Dr. med. Peter Kalbe, BDC-Vorstandsmitglied, stand Rede und Antwort zum Kongress und zum Thema Nachwuchsmangel in der Chirurgie.

Zur Sendung ...



Neuigkeiten aus dem BDC finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik BDC|News)



Am Ende braucht jeder einen **Verband.**



Wir als Berufsverband unterstützen Ihre chirurgische Karriere, wo Sie es brauchen!

- Seminare, Webinare und E-Learning für Ihre Fort- und Weiterbildung
- Versicherungen für Ihren Berufseinstieg
- juristische Beratung für Ihre Verträge
- Karriereberatung und Stellenmarkt für Ihre nächsten Schritte
- Vertretung gegenüber der Politik für unsere Interessen

BDC | Landesverbände

BDC | Westfalen-Lippe

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Waldemar Uhl, MHSA

Stellv. Vorsitzender und Regionalvertreter NL
Jerzy Wielowiejski

BDC | Bremen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Heiner Wenk

Regionalvertreter NL
Dr. med. Björn Ackermann

BDC | Hamburg

Vorsitzender
Dr. med. Christopher Wenck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Mansfeld

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Kemnitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gerd Fass

BDC | Schleswig-Holstein

Vorsitzender
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Michael Müller

Regionalvertreter NL
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Bertram Wittrin

BDC | Nordrhein

Vorsitzender
Dr. med. Jüßen Klein

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Werner Boxberg

stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Sven Gregor

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Jürgen Klein

BDC | Hessen

Vorsitzender
Frank Forst

1. Stellv. 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.).

Sprecher der Landesvertreter

Dr. Ralf Wilhelm Schmitz, Kiel
Stellv.: Prof. Dr. Michael Schäffer, Stuttgart
Stellv.: Dr. med. Ralph Lorenz, Berlin

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
Dr. Max Freiherr von Seebach

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gunnar Peters

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. Arndt Voigtsberger

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

19.03.2019 MedMix

Junge Chirurgie: Wie kann man chirurgischen Nachwuchs gewinnen?

Nachwuchs in der Chirurgie gehört gefördert. Denn Studien berichten über ansteigende Burnout-Raten bei Klinikärzten. Woher rührt die totale Erschöpfung?

18.03.2019 Management & Krankenhaus

BDC: Dr. Friederike Burgdorf ist neue Geschäftsführerin

Dr. Friederike Burgdorf, M.Sc. ist seit 16. März neue Geschäftsführerin des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) und der BDC Service GmbH. Nach ihrer praktischen ärztlichen Tätigkeit in der Kardiologie war Friederike Burgdorf seit 2008 in verschiedenen Positionen in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, u. a. den Bereichen Qualität und Honorar, tätig.

26.02.2019 äzteblatt.de

Chirurgen setzen auf das Praktische Jahr für die Nachwuchsgewinnung

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) will seine Nachwuchsarbeit ausbauen und dabei unter anderem auf das Praktische Jahr (PJ) setzen. „2025 werden wahrscheinlich 10.000 Chirurgen fehlen. Wir können es uns einfach nicht leisten, Studierende im PJ zu verprellen“ ...

22.02.2019 Blickpunkt Deutschland

Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen würdigt Beitrag zur Organspende

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) hat einen herausragenden Beitrag aus dem Jugendmagazin fluter mit dem Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen ausgezeichnet. Julia Lauter beschreibt in ihrem Artikel „Sein Herz schlägt weiter. Irgendwo.“ Den Ablauf einer Organspende - vom Abschied bis zum Neuanfang.

13.02.2019, verbaende.com

Bundeskongress Chirurgie 2019

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 ...

06.12.2018, MedMix

Deutschland: Aktuelle Entwicklungen in der Gesundheitspolitik

Bei allen atmosphärischen Störungen innerhalb der großen Koalition stand in den vergangenen Monaten die Gesundheitspolitik nicht völlig im Schatten der „großen“ Politik ...

03.12.2018, Thieme Verlag

Deutschen Chirurgen begrüßen Zusammenlegung von Orthopädie und Chirurgie

Am 20. September 2018 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen, die Arztgruppen Chirurgie und Orthopädie bei der Bedarfsplanung zusammenzulegen ...

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...

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
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
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
05.07.2019	06.07.2019	Regensburg	2019-21515	3. Kurs Fundamental Critical Care Support	Dr. med. Kornelius Fuchs; PD Dr. med. Michael T. Pawlik	400,00	600,00
20.09.2019		Berlin	2019-21525	Workshop: Simulationstraining Notfallmanagement	Dr. med. Jan Baus	450,00	600,00
20.09.2019	21.09.2019	Aachen	2019-21514	Workshop: Chirurgische Anatomie	Prof. Dr. med. Andreas Prescher	400,00	600,00
20.09.2019		Berlin	2019-21525	Workshop: Simulationstraining Notfallmanagement	Dr. med. Jan Baus	450,00	600,00
26.09.2019	28.09.2019	Berlin	2019-21503	Praktisches Seminar – Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00	600,00

FACHARTZTVORBEREITUNG

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
06.05.2019	10.05.2019	Hamburg	2019-23820	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großterlinden	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
09.09.2019	13.09.2019	Leipzig	2019-22550	Facharztseminar Allgemeinchirurgie	Dr. med. Ehrhardt Weiß	350,00	550,00
17.09.2019	20.09.2019	Berlin	2019-23823	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Julia Seifert	350,00	550,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

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

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
05.06.2019	07.06.2019	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
12.06.2019	14.06.2019	Aachen	2019-23680	Spezielle Unfallchirurgie Teil I	Prof. Dr. med. Frank Hildebrand	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
27.06.2019				Webinar: S3-Leitlinie «Magenkarzinom»	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans- Joachim Meyer		
11.07.2019				Webinar S2k-Leitlinie «Diagnostik und Therapie der Varikose»	Dr. med. Thomas Noppeney		
06.09.2019	07.09.2019	Berlin	2019-23685	Viszeralchirurgie Kompakt: Beckenbodenchirurgie	PD Dr. med. Annett Gauruder- Burmester	300,00	500,00
19.09.2019	20.09.2019	Berlin	2019-22401	CAMIC 1	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
23.09.2019	24.09.2019	Norderstedt	2019-23617	Orthotrauma: Zugangswege untere Extremität	Prof. Dr. med. Burkhard Wippermann	800,00	1.000,00
27.09.2019	28.09.2019	Berlin	2019-23865	3. Seminar Fußchirurgie	Dr. med. Dan-H. Boack	500,00	650,00
27.09.2019	28.09.2019	Dresden	2019-23824	OP-Kurs Ellenbogenchirurgie	Prof. Dr. med. Guido Fitze; Dr. med. Jörg Nowotny; Prof. Dr. med. Wolfgang Schneiders	500,00	650,00
10.10.2019	11.10.2019	Tuttlingen	2019-23683	Spezielle Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	300,00	500,00
17.10.2019	18.10.2019	Berlin	2019-22403	CAMIC 2	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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	200,00	350,00
11.10.2019	12.10.2019	Berlin	2019-28136	Mastertrainer Strukturierte Facharztweiterbildung	Prof. Dr. med. Marcus Siebolds	300,00	450,00
18.10.2019	19.10.2019	Berlin	2019-24708	Abschlusscolloquium hygienebeauftragte Ärzte	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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
20.09.2019	21.09.2019	Köln	2019-25820	Begutachtung von Berufskrankheiten	Dr. med. Ekkehard Hierholzer	300,00	500,00
23.10.2019	24.10.2019	Berlin	2019-28104	Zusammenhangsgutachten (DKOU)	Dr. med. Werner Boxberg	80,00	80,00

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

Tel: 030/28004-120, Fax: 030/28004-108 oder per E-Mail: akademie@bdc.de

oder über BDC|Online unter www.bdc.de, Rubrik BDC|Akademie | Alle Veranstaltungen



Kompaktkurs – geeignet für alle Ärzte

Hygienebeauftragter Arzt (HBA)

Mit der Smart-Learning-Methode

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

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

eCME-center.org®
continuing medical education

meduplus

60
CME-
punkte!



Jetzt anmelden:

www.ecme-center.org/hba

SPONSOREN DER BDC|AKADEMIE

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

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

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

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



Veranstaltungshinweise

Datum		Ort	Seminartitel	Veranstalter	Preis Mitglied	Preis Nicht-Mitglied
04.05.19	04.05.19	Braunschweig	Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz nach der Röntgenverordnung (RöV) sowie Strahlenschutzverordnung (StrlSchV)	BSG Braunschweiger Studieninstitut für Gesundheitspflege GmbH	195,00	195,00
06.05.19	06.05.19	Köln	Praxistag: Erfolgreich führen - Anwendbare Tipps und praktisches Knowhow für den Führungsalltag im medizinischen Kontext	Frielingsdorf Consult GmbH	464,10	583,10
11.05.19	11.05.19	Scharbeutz	1. Nordlicht Update Symposium - Die Schulter	CSi Hamburg GmbH	20,00	20,00
11.05.19	11.05.19	Baden bei Wien	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	300,00	300,00
15.05.19	15.05.19	Köln	GOÄ Optimale Abrechnung: Erfahren Sie Wichtiges, Aktuelles und Bewährtes zur GOÄ-Abrechnung	Frielingsdorf Consult GmbH	464,10	583,10
17.05.19	18.05.19	Nürnberg	11. addz e. V. Jahrestagung & Studientreffen EDIUM-Studie	addz e. V. arbeitgemeinschaft deutscher darmkrebszentren	100,00	100,00
17.05.19	17.05.19	Berlin	3. Berliner CIRS-Symposium 2019	Ärztammer Berlin Abteilung Fortbildung / Qualitätssicherung	125,00	125,00
23.05.19	24.05.19	Düsseldorf	17. Jahrestagung der Deutschen Herniengesellschaft	event lab. GmbH	55,00	55,00
24.05.19	25.05.19	Bonn	Bonner Orthopädie- und Unfalltage 2019 "Probleme Schultern"	Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie Universitätsklinikum Bonn	72,00	90,00
20.06.19	21.06.19	Hamburg	6. Norddeutscher Kniearthroskopiekurs Basiskurs mit Hands-on am Humanpräparat	CSi Hamburg GmbH	450,00	450,00
27.06.19	29.06.19	Tübingen	Grundtechniken der Laparoskopie	Universitätsklinikum Tübingen Klinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie AG Chirurgische Technologie und Training	345,00	345,00
27.06.19	28.06.19	Schwerin	202. Tagung der Vereinigung Norddeutscher Chirurgen	Vereinigung Norddeutscher Chirurgen (NDCH) e.V.	75,00	75,00
27.06.19	29.06.19	Salzburg	34. Jahreskongress der GOTS	Intercongress GmbH		
18.07.19	20.07.19	Tübingen	Grundtechniken der Laparoskopie	Universitätsklinikum Tübingen Klinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie AG Chirurgische Technologie und Training	345,00	345,00
14.08.19		Berlin	14. Hauptstadt-Symposium Thoraxchirurgie	Ev. Lungenklinik Berlin, Thoraxchirurgie		
30.08.19	15.09.19	Braunschweig	Palliativmedizin für Ärzte	BSG Braunschweiger Studieninstitut für Gesundheitspflege GmbH	720,00	720,00
02.09.19	07.09.19	Köln	IHK-Fortbildungsgang: "MVZ-Geschäftsführer/in (IHK)" - Präsenzveranstaltung in Köln	Frielingsdorf Consult GmbH	3.504,55	3.867,50
02.09.19	20.09.19	Braunschweig	Basiskurs Wundexperte ICW	BSG Braunschweiger Studieninstitut für Gesundheitspflege GmbH	960,00	960,00
03.09.19	03.09.19	Köln	KV-Honorarbescheide: Richtig lesen und verstehen!	Frielingsdorf Consult GmbH	464,10	583,10
06.09.19	06.09.19	Hannover	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250,00	250,00
20.09.19	20.09.19	Erfurt	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250,00	250,00
25.10.19	10.11.19	Braunschweig	Hygienebeauftragter Arzt - Grundkurs	BSG Braunschweiger Studieninstitut für Gesundheitspflege GmbH	720,00	720,00

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im April 2019

%

10 %



TCHIBO: 10 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

10 %



COSTA: 10 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

7 %



WEG.DE: 7 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

20 %



SAMSUNG: 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.



Werde

RestauratorIn

Kein Durchschnittsjob:
ChirurgIn

www.chirurg-werden.de



PANORAMA

Wüste zum Garten machen



Aus einer Wüste einen Garten machen



INTERVIEW MIT EINER EHEMALIGEN CHIRURGIN, DIE JETZT ALS COACH ARBEITET

Nele Klose wollte in einem Krankenhaus arbeiten, wo auch der Rettungshubschrauber landet. Sie wollte als Unfallchirurgin arbeiten – einem tollen Beruf, von dem sie immer noch überzeugt ist. Sie arbeitete im Maximalversorger und beim gemeinnützigen Träger. Erst lief die Weiterbildungszeit nicht so wie versprochen und dann kam die entscheidende Erkenntnis: Ihre Energie, die sie in den Job investiert hat, stand für sie in keinem Verhältnis zu dem, was ihr Job ihr zurückgab. Jetzt arbeitet sie unter anderem als Coach rund um das Thema Belastungssituationen im Krankenhaus und nutzt so ihre Erfahrungen als Chirurgin.

PASSION CHIRURGIE: Warum sind Sie ausgestiegen? Was war der Auslöser?

Nele Klose: Es gab nicht DEN Grund oder DEN Auslöser. Es war auf jeden Fall eine Mischung verschiedener Faktoren: die berüchtigte Work-Life-Balance, wenig Zeit zur Weiterbildung und direkt am Patienten. Unter dem Zeitdruck im Krankenhausalltag leidet dann auch oft die Stimmung in der Klinik.

Was ich in dieser Zeit investiert habe, stand für mich in keinem Verhältnis zu dem, was die Patienten am Ende davon hatten und oft nicht zu meinen eigenen Qualitätsansprüchen. Das ist aber mein ganz persönliches Empfinden gewesen. Es gibt viele Menschen, gerade unter Chirurginnen und Chirurgen, die sehr vom Fachlichen profitieren und merken, sie haben jetzt den Dreh raus und können gut operieren – das gibt ihnen die nötige Zufriedenheit im Job. An den Punkt bin ich in meiner Ausbildung leider nicht gekommen. Das hat sehr stark mit meiner Prägung, mit dem Blickwinkel wie ich aufgewachsen bin zu tun.

Wahrscheinlich habe ich einen eher „unchirurgischen“ Blick gehabt.

PC Was meinen Sie mit dem „Blickwinkel“, mit dem Sie aufgewachsen sind?

NK Meine Mutter war Psychotherapeutin auf dem Land. Sie war in Kollegenkreisen immer gut vernetzt und wusste auch schnell Bescheid über Hintergründe – gefühlt habe ich beim Aufwachsen jährlich von einem Suizid vom Namen nach bekannten Ärzten im Umkreis gehört. Ich habe also schon früh erlebt, was im schlimmsten Fall passieren kann und wie wichtig es ist, auf sich selber zu hören und seinen Bedürfnissen gerecht zu werden, auch im Job.

PC Was ist in Ihren Augen nötig, damit sich das Arbeitsklima in einer Klinik bessert?

NK Es kann sehr viel in der Kommunikation in den chirurgischen Teams getan werden. Es gibt so viele Möglichkeiten, die von den meisten Kliniken leider nicht genutzt werden. Oft wird gesagt, dass für gute Kommunikation die Zeit fehle, aber ganz im Gegenteil: man kann dadurch ungemein viel Zeit sparen. Wenn zum Beispiel ein/e neue/r Chef/in ins Haus kommt, vergeht sehr viel Zeit bis man Vertrauen aufgebaut hat, bis man „aufgewärmt“ ist. Das ist Zeit, in der noch nicht so effektiv gearbeitet werden kann. Diese Phase könnte man durch einen Übergangsworkshop sehr gut abkürzen. Dort kann ein/e neue/r Chef/in genau sagen, welchen Hintergrund er/sie hat, wie er sich die Zusammenarbeit vorstellt und was er/sie vom Team braucht, um gut arbeiten zu können. Und das Team bekommt den Raum um zu erklären, welche Dinge und Abläufe bisher gut geklappt haben, welche sie weiter so erhalten wollen. Es können dann auch gleich Punkte besprochen werden, die in der Vergangenheit nicht so gut gelaufen

» ZUR PERSON



Korrespondierende Autorin:
Dr. med. Nele Klose
Coach und Ärztin
Helmsweg 36
21073 Hamburg
www.coaching-hamburg-harburg.de

kontakt@coaching-hamburg-harburg.de

sind. Damit hat man von Anfang an einen ganz anderen Vertrauensvorschuss und kann locker ein halbes Jahr früher effektiv miteinander arbeiten. Innerhalb von Wochen statt Monaten. Das ist ein Beispiel wie man mit geringem Aufwand viel erreichen kann durch Coaching.

PC Was genau verstehen Sie unter Coaching?

NK Es ist ein Ansatz, nach einer Lösung zu schauen, ganz konkret, statt sich ewig mit dem Problem zu beschäftigen; dabei ist der Klient der Experte und die Annahme, dass er die Lösung bereits in sich trägt und danach Potenzial entwickelt werden kann, was ohne das Problem gar nicht hervorgekitzelt worden wäre. Der Coach ist also kein allwissender Berater, sondern nur der Experte für den Prozess, sozusagen der Geburtshelfer. Damit ist es sehr effektiv, eine Schlüsselperson mit all ihrem internen Wissen und Einfluss ein paar Stunden zu coachen, um gleich eine Änderung zu erzielen, ohne dass notwendigerweise das ganze Team einen Tag frei braucht. Quasi wie ein Domino-Effekt: die anderen können mitbewegt werden. Keiner steht mit seinem Handeln isoliert allein da.

PC Welche Teams coachen Sie?

NK Ziel bei meinem Coaching ist auf jeden Fall, viel mit chirurgischen Teams zusammenzuarbeiten. Da kommen vor allem mutige Einzelpersonen auf mich zu. Verwaltungen bzw. Personalentwicklungsabteilungen fragen auch

Workshops an. Das überrascht mich eher, weil mir der Umfang ihrer Rolle nicht bewusst war als Ärztin in Weiterbildung im Krankenhaus. Auch in großen Häusern ist oft die Motivation, dass ihnen bereits Fachärzte fehlen, die wegen der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus lieber in der Niederlassung arbeiten. Bemerkenswert ist, dass diese Anfragen häufig im Krankenhausprozess „steckenbleiben“. Bis der Vorstand/die Geschäftsleitung zustimmt und bis die Ärzte sich tatsächlich Zeit dafür nehmen, ist schnell die nächste Alltagsherausforderung wichtiger.

In Coaching wird in den meisten Fällen erst dann investiert, wenn das Kind schon in den Brunnen gefallen ist – Insolvenz, Head-Hunter bei massiven Nachwuchssorgen, statt sich attraktiv für PJler zu positionieren etc., also Druck statt Prophylaxe.

PC Sie raten also eher zu Prophylaxe als zum Krisenmanagement?

NK Später ist es leider ungleich teurer und viel schwieriger, unter so einem Veränderungszwang und Existenzangst nach der wirklich besten Lösung zu schauen statt nur Feuer zu löschen. Dann bleibt allerdings eher das Bild zurück von „Heuschrecken mit BWL-Anzügen, die auch nichts besser machen“. Obwohl manche der Methoden es vielleicht gekonnt hätten, aber zu einem früheren Zeitpunkt. Im chirurgischen Bild: Der an Krebs erkrankte Patient, der bis zum Darmverschluss gewartet hat, schimpft auf den Operateur und die Medizin, die einen nur beim Sterben begleitet, statt zeitnah bei wechselnden Stuhlgängen/Bauchschmerzen abzuklären oder Jahre vorher die Vorsorge-Untersuchungen wahrzunehmen und sich beraten zu lassen, das Rauchen aufzugeben. Dann kann auch der größte Spezialist keine Rettung mehr versprechen.

Meines Erlebens nach wissen die meisten Ärzte gar nicht (oder haben Sorge, dass sich der Zeitaufwand nicht lohnt),

Das Interview führte

Julia Weilbach

Presse- & Öffentlichkeitsarbeit im
BDC

Luisenstraße 58/59

10117 Berlin

weilbach@bdc.de

Klose C, Weilbach J: Aus einer Wüste einen Garten machen. *Passion Chirurgie*. 2019 März, 9(04): Artikel 09_01.



Chirurg Atul Gawande: Everybody needs a Coach



Hier können Sie die elektronische Praxiskarte bestellen: <https://bit.ly/2MJ3zc2>



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

dass es Maßnahmen für die „wechselnden Stuhlgänge einer Organisation“ gibt, man letztere ernst nehmen sollte und die Maßnahmen auch etwas ändern. Denn meistens sind das Problem und auch die Verbesserung nicht so glasklar gleich im nächsten Quartal zu fassen wie die bessere Belegungszahlen und der CMI.

PC *Was steckt dahinter? Warum glauben Sie, dass Coaching oft mit Zeitmangel abgetan wird?*

NK Was ich spannend finde, ist, dass doch einige den Frust rein im Privaten halten und den Druck nach Hause tragen. Das geht dann zu Lasten von Beziehung und Familie. Statt betriebsinterne Probleme professionell anzugehen, wird kurzfristig Belastbarkeit idealisiert und der Einzelne kämpft allein. Häufig scheint es automatische Denkverbote oder sogar Tabus zu geben („verpönt“), auf jeden Fall Berührungängste. Den gleichen mangelnden Schulterschluss sehe ich auf

Organisationsebene bei Verwaltungen, die Interesse an Schulungen für die Ärzte haben, und Ärzte, die unzufrieden sind, aber kaum Austausch stattfindet. ○



TachoSil® – ruhig Blut!

Durch die Kraft der Natur.



TachoSil® Versiegelungsmatrix

Zusammensetzung: 1 cm² enthält: Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,01 E. Sonstige Bestandteile: Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E101), Natriumchlorid, Natriumcitrat, L-Argininhydrochlorid.
Anwendungsgebiete: TachoSil® wird bei Erwachsenen zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebeversiegelung 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 zu 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