

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

SEIN HERZ SCHLÄGT
WEITER.
IRGENDWO

im Fokus

KONGRESS-
HIGHLIGHTS 2019

06 | 11 | 2019

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



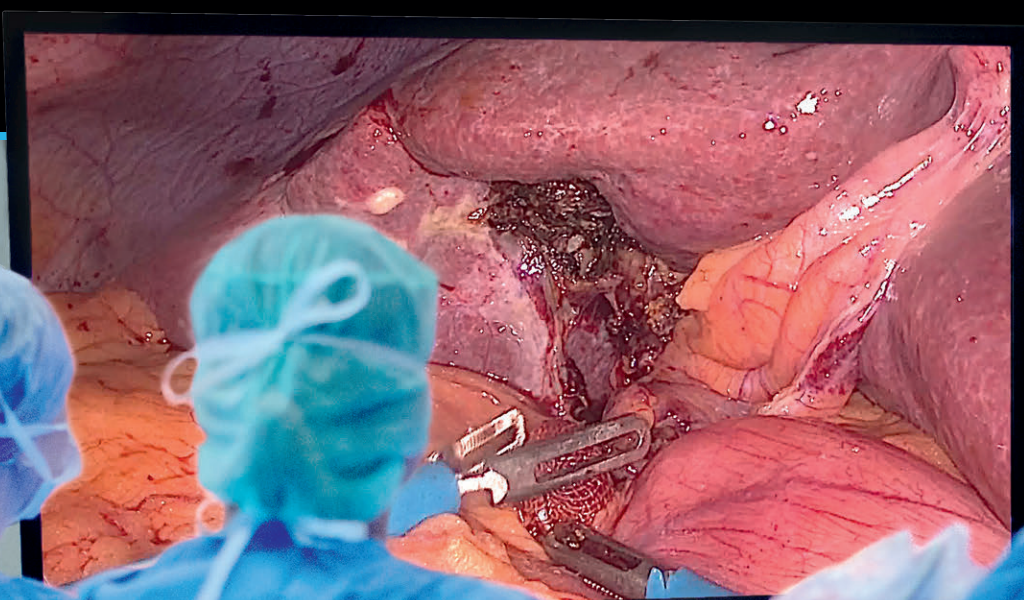
Synergy^{UHD4}

Maximale Auflösung. Maximale Farben. Maximales Ergebnis.

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

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

4K
ULTRA HD



www.arthrex.com

© Arthrex GmbH, 2018. Alle Rechte vorbehalten.

Arthrex[®]

Drei Monate im Amt – Es gibt viel zu tun



**Dr. med. Friederike Burgdorf,
M. Sc.**

Geschäftsführerin
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
burgdorf@bdc.de

Noch sind die berühmten ersten 100 Tage nicht vergangen und doch hatte ich bereits die Chance, viele von Ihnen, den aktiven Mitgliedern des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC), persönlich kennenzulernen.

Gelegenheit dazu bot insbesondere der Chirurgenkongress in München, den ich gleich in meiner zweiten Woche als neue Geschäftsführerin besuchen durfte. Beeindruckt hat mich insbesondere das unermüdliche Engagement zahlreicher Protagonisten: von wissenschaftlichen Beiträgen über die Leitung von Workshops sowie geschäftlicher Gespräche bis hin zur Moderation von Abendveranstaltungen und – last but not least – zur Teilnahme am Organisationsauf. Während dieser traditionsreichen Tagung konnte ich sowohl Veranstaltungen und Beiträge des BDC besuchen, Gespräche mit relevanten Geschäftspartnern begleiten und vor allem konnte ich Sie, die Mitglieder, in persönlichen Gesprächen näher kennenlernen und auch Ihre Vorstellungen und Erwartungen in Bezug auf die Ausrichtung des BDC und damit auch meiner Tätigkeit. Treffpunkt war immer wieder der BDC-Stand, der während des gesamten Kongresses durch die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle betreut wurde.

Begegnet sind mir dabei insbesondere berufspolitisch relevante Themen, wie Nachwuchsförderung, Altersentwicklung, Fort- und Weiterbildung, sektorenübergreifende Versorgung, Digitalisierung und Ökonomisierung. Und obschon ich im Langenbeck-Virchow-Haus mit dem allseits bekannten Zitat: „Die Deutsche Gesellschaft ist für die Chirurgie und der BDC für die Chirurgen da“ begrüßt wurde, wurde der Einheit der Chirurgie in den Gesprächen ein berufspolitisch hoher Stellenwert beigemessen. Diesen Leitgedanken werde ich bei meiner weiteren Tätigkeit als Geschäftsführerin gerne berücksichtigen, denn geeint findet die Chirurgie im politischen Umkreis mehr Gehör.

Seit meinem Start stehen bereits zahlreiche aktuelle Themen an. Vorrangig sind derzeit infrastrukturelle Themen innerhalb der

Geschäftsstelle anzugehen. Dazu gehört auch die Modernisierung der IT-Infrastruktur einschließlich der elektronischen Fortbildungsplattform. Dabei kommt der BDC-Geschäftsstelle als Nucleus und interner Triebfeder für die Realisierung der meisten satzungsgemäßen Aufgaben eine wichtige Funktion zu. Nach den bedauerlicherweise etwas unruhigen Zeiten wollen wir nun gemeinsam zu der gewohnt kreativen und konzentrierten Arbeitsatmosphäre zurückkehren. Künftige wichtige Themenfelder werden die weitere berufspolitische Ausrichtung und die Identifikation erfolgversprechender Projekte für den BDC und seine Mitglieder sein.

Die Aktivitäten der BDC|Akademie sind ebenfalls in vollem Gange. Im ersten Halbjahr wurden schon 52 Seminare, 12 Hospitationen und sechs Webinare realisiert. Die Planungen für das zweite Halbjahr laufen: es stehen fünf Webinare an, 47 Seminare und acht Hospitationen müssen vorbereitet werden.

Nun ist ein Verein am Ende immer nur so lebendig, wie seine Mitglieder. Daher ist es mir ein Anliegen, noch einmal die neue Struktur des BDC hervorzuheben und an das damit verbundene Potenzial zu erinnern. Neben den Landesverbänden, die in regelmäßigen Abständen tagen, besteht ebenfalls die Möglichkeit, sich spezifisch in Fach- und auch in Themenreferaten zu engagieren, z. B. zu „Chirurgie, Ökonomie & Zukunftsfragen“, „Familie und Beruf“, „Presse & Öffentlichkeitsarbeit“ sowie „Medizinische Dokumentation, Klinik- und Leistungsmanagement“, um nur einige zu nennen. Schauen Sie doch mal auf unserer Website unter: <https://www.bdc.de/der-bdc/praesidium/>!

Als Ärztin habe ich mich dazu entschlossen, mich für eine Verbesserung des Umfelds des ärztlichen Handelns einzusetzen. In diesem Sinne freue ich mich schon sehr auf die Zusammenarbeit mit Ihnen und möchte mich noch einmal bei Ihnen allen für das mir entgegengebrachte Vertrauen und das herzliche Willkommen bedanken! ○

Burgdorf F: Editorial. Drei Monate im Amt – Es gibt viel zu tun. *Passion Chirurgie*. 2019 Juni; 9(06): Artikel 01_01.



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

Unsere Kongresse: Alle Jahre wieder



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

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege

es ist zwar kein gesetzlicher Feiertag, der alljährlich ansteht, unsere wissenschaftlichen Kongresse sind aber für viele von uns eine ebenso feste Größe im Jahreskalender, vor allem für die jeweiligen Präsidenten und die chirurgischen Fachgesellschaften und Verbände. Und auch in diesem Jahr möchte ich die Gelegenheit nutzen, den wissenschaftlichen Leitern und ihren Teams ganz herzlich zu danken. Aus eigener Erfahrung kann ich gut nachempfinden, welche Belastungen und zeitliche Verpflichtungen notwendig sind, einen immer wieder interessanten Kongress bei Berücksichtigung der neuesten Entwicklungen zu planen und durchzuführen.

Knapp 5.000 Chirurginnen und Chirurgen kamen in diesem Jahr zum 136. Kongress der DGCH nach München und über 1.000 Chirurginnen und Chirurgen – viele davon in der Niederlassung – besuchten den Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg. Damit auch diejenigen, die nicht vor Ort waren, einen orientierenden Eindruck bekommen und einige aktuelle Themen nachlesen können, widmen wir die Juni-Ausgabe der PASSION CHIRURGIE diesen beiden Kongressen.

Während des Chirurgenkongress in München fanden auch die Mitgliederversammlungen der DGCH und des BDC statt. Es freut mich besonders, dass Prof. Dr. med. Hauke Lang,

Viszeralchirurg aus Mainz, zum 3. Vizepräsidenten 2019/20 und Präsidenten 2021/22 der DGCH gewählt worden ist. Bei der BDC-Mitgliederversammlung gab es in diesem Jahr ebenfalls die Wahl eines neuen Vizepräsidenten: Dr. med. Peter Kalbe löst Prof. Dr. med. Julia Seifert ab. Für ihre langjährige und engagierte Mitarbeit im Vorstand des BDC möchte ich Frau Professor Seifert an dieser Stelle nochmals ganz herzlich danken.

Weitere Informationen dazu finden Sie u. a. in den Protokollen der Mitgliederversammlungen in diesem Heft.

Nach Beschluss im Präsidium der DGCH bekommt der deutsche Chirurgenkongress 2020 ein neues Akronym: **DCK 2020** mit dem Untertitel **Gemeinsam Lernen und Heilen.**

Im DGCH-INTERN-Teil dieser Ausgabe stellt sich auch der Incoming-Präsident der DGCH, Prof. Dr.

med. Thomas Schmitz-Rixen, vor und lädt offiziell zum nächsten Kongress der DGCH in Berlin ein: Unter dem Motto „Intelligenz, Intuition und Individualität“ werden wieder interessante und spannende Sitzungen zu erwarten sein.

Nach Lektüre unserer gemeinsamen Mitgliederzeitschrift können vielleicht doch noch mehr Kolleginnen und Kollegen motiviert werden, sich den Termin des nächsten Chirurgenkongresses vom 21.- 24. April 2020 in Berlin vorzumerken und an diesem teilzunehmen. Es lohnt sich auf jeden Fall!

Ihr
Hans-Joachim Meyer

IM FOKUS

Kongress Highlights 2019

Meyer HJ: Editorial. Unsere Kongresse: Alle Jahre wieder. *Passion Chirurgie*. 2019 Juni; 9(06): Artikel 01_02.



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

GUT LEBEN AUF GESUNDEN BEINEN



VenaSeal™
Closure System



ClosureFast™
Endovenöses Radiofrequenz
Ablations-System

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

Closure Fast™ – Segmentale Radiofrequenz Ablation

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

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

VenaSeal™ – Closure System

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

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

Krampfaden modern therapiert –

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

15. /16. Oktober 2019 | 03. /04. Dezember 2019

**MVZ angiomed Rothenburg o.d.T. –
Dr. Markus Zoller**

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

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
Katrín 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 siraanamwong, Teaserfotos von iStock oder von den Autoren.

ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

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



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

Auflösung Bilderrätsel 3|QI|2019:

Gelenkmaus

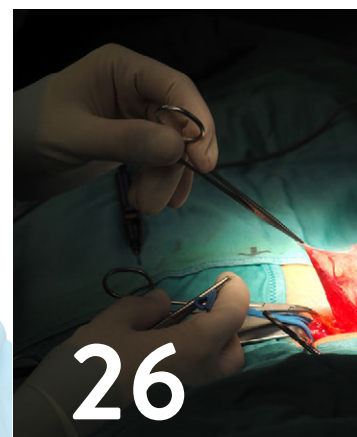
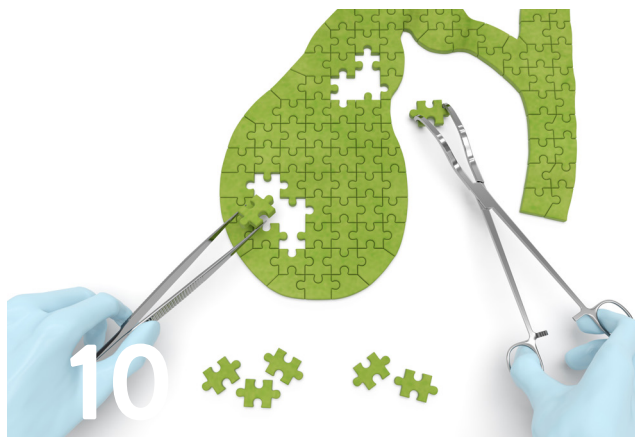
EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

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

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

ISSN 2194-5586

BDC IM WEB 2.0:



INHALT

1 EDITORIAL

1 Drei Monate im Amt – Es gibt viel zu tun F. Burgdorf

2

im Fokus

UNSERE KONGRESSE: ALLE JAHRE WIEDER

H.-J. Meyer

6 SCHAUFENSTER

10 CHIRURGIE

10 Akute Cholezystitis: Leitliniengerechte Therapie
C. N. Gutt

18 CME Artikel: Aktualisierte KRINKO-Empfehlung zur Prävention postoperativer Wundinfektionen (Stand 2018)
P. Kalbe, J. Seifert

24 CHIRURGIE⁺

24 Hospitation HERNIENSCHULE: 1 Tag, 7 Patienten, 5 Techniken
J. Weilbach

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

27 Umfrage Silver Worker 2018: Generation „Active Retirement“
M. Geiger, C. J. Krones

30 **Safety Clip:** Teile und (be)herrsche! Wie Wissensmanagement Patientenrisiken reduzieren hilft
V. Triphaus

36 Praxistipps zum Hygienemanagement unter Berücksichtigung der neuen KRINKO-Empfehlungen für niedergelassene Operateure
S. Franke



- 40 **Hygiene-Tipp:** Periphere Venenkatheter
- 42 Personalia
- 44 Haftung wegen Lebenserhaltung durch künstliche Ernährung? *J. Heberer*
- 47 Fragen und Antworten zu Scheidung und Immobilien
E. Fleschutz, J. Heberer
- 50 F&A: Verbot bestimmter Eingriffe aufgrund Personalmangels *J. Heberer*

51 GESUNDHEITSPOLITIK

- 51 Spahn bringt Gesundheitspolitik dauerhaft in die Schlagzeilen *H.-J. Meyer*
- 55 Chirurgie – Attraktivitätswandel durch Lehrwandel?
J. Schmidt, S. Hartmann
- 58 BDC|Pressemitteilungen

59 INTERN

- 59 **DGCH**
- 59 Kommentar des Generalsekretärs
- 63 Nachlese Chirurgenkongress 2019
- 64 Präsidentenrede anlässlich des 136. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie *M. Anthuber*
- 71 Bildergalerie zur Eröffnungsveranstaltung
- 74 Ehrungen, Preisverleihungen und Vergabe von Stipendien
- 76 Wahl des Präsidenten 2021/2022
- 78 Impressionen vom DGCH-Kongress 2019
- 83 Organspendelauf – ein voller Erfolg!
M.-T. Kügler, T. Kügler
- 84 Einladung zum 137. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie *T. Schmitz-Rixen*
- 86 Protokoll der DGCH-Mitgliederversammlung 2019

- 88 Ausschreibung Preise und Stipendien 2020
- 90 **Rezension:** Überliefertes, Erlebtes und Erkenntnisse
W. Hartel
- 91 Japanische Ösophagus-Chirurgie *A. Sakaki*
- 94 Nachruf zum Tod von Prof. Gangaly Diallo
H. Mothes, M. Richter-Turtur
- 95 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland *S. Tenckhoff*
- 99 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 102 DGCH-Präsidium ab 1. März 2019

107 INTERN

- 107 **BDC**
- 107 Bundeskongress Chirurgie: Update Niederlassung
J. Weilbach
- 109 Protokoll der BDC-Mitgliederversammlung 2019
- 111 Das Referat „Presse- und Öffentlichkeitsarbeit“
J.-A. Rüggeberg, H.-J. Meyer
- 112 Das Referat „Medizinische Dokumentation, Klinik- und Leistungsmanagement“ *T. Auhuber*
- 116 BDC|News
- 122 Veranstaltungshinweise
- 123 Lifestyle-Angebote im Juni 2019

124 PANORAMA

- 124 Sein Herz schlägt weiter. Irgendwo *J. Lauter*
- 129 Bilderrätsel

Zeitgemäße Ausbildung zu Gesundheitsberufen: BDC-Stellungnahme zum Referentenentwurf

Der BDC begrüßt die geplante bundeseinheitliche Regelung der Berufsbilder zur Anästhesie- und Operationstechnischen Assistenz (<https://tip.de/gqxf>). Hintergrund ist, dass bereits seit Anfang/Mitte der 1990er Jahre Krankenhäuser zum Operationstechnischen und seit 2004 zum Anästhesietechnischen Assistenten (OTA/ATA) ausbilden. Obwohl die betreffenden Aufgabenbereiche derzeit überwiegend durch Pflegefachkräfte ausgeführt werden, steigt die Anzahl ausgebildeter OTA/ATA, sodass nach Angaben des Statistischen Bundesamts bis Ende 2018 an 120 Schulen ca. 4000 OTA ausgebildet wurden (Fachserie 11, Reihe 2, 2017/2018 Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.). Die entsprechenden Ausbildungs- und Prüfungsinhalte waren aber bisher nicht bundesweit einheitlich strukturiert.

Der BDC fordert, dass Tätigkeiten, die als Ausübung der Heilkunde zu qualifizieren sind, immer und ausdrücklich nur durch den Arzt bzw. die Ärztin oder auf ärztliche Anordnung im Wege der Delegation zu erfolgen haben. Dazu zählt insbesondere die Indikationsstellung. Der BDC unterstützt in diesem Zusammenhang ausdrücklich die Ausführungen in der Begründung, dass die Verantwortung für Aufgaben, die im Wege der Mitwirkung (Assistenz/Delegation) erbracht werden, bei der Ärztin bzw. dem Arzt verbleibt (vgl. S. 46). Beispielhaft zu nennen ist der Bereich des

Operierens. Hierbei handelt es sich zweifelsfrei um eine ärztliche Tätigkeit, geprägt durch das Erfordernis, bei Bedarf auch akut Indikationen zum weiteren (operativen) Vorgehen zu stellen.

Konkretisierungsbedarf sieht der BDC insbesondere bei der Bestimmung von Umfang und Grenzen der Ausbildung zur operations- bzw. anästhesietechnischen Assistenz. Insbesondere, da es sich um einen Gesundheitsfachberuf handelt, der davon geprägt sein soll, „medizinische Versorgung“ „im Rahmen der Heilung und Linderung von Krankheiten“ durchzuführen, bzw. Ärzte bei diesen Maßnahmen zu unterstützen (vgl. S. 48). Zwar zielt der vorliegende Referentenentwurf lediglich auf die Regelung der Ausbildung zu dem genannten Gesundheitsfachberuf ab, jedoch werden innerhalb des Referentenentwurfs bereits wichtige Weichenstellungen in Bezug auf die konkrete Berufsausübung vorgenommen.

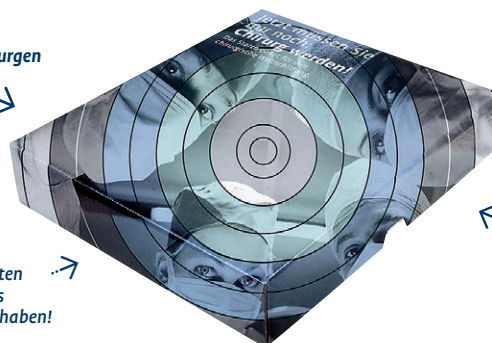
Die komplette Stellungnahme finden Sie hier: <https://www.bdc.de/?p=55916>

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 ...



Mit dem guten
Gefühl, alles
bedacht zu haben!

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

Das Starterpaket enthält:

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



Nähere Infos und Bestellung unter www.bdc.de/starterpaket. Alternativ senden Sie uns Ihre Bestellung an starter@bdc.de

122. Deutscher Ärztetag 2019 in Münster

Dr. med. Klaus Reinhardt wurde auf dem 122. Deutschen Ärztetag zum neuen Präsidenten der Bundesärztekammer (BÄK) gewählt. Der BDC gratuliert dem neuen Präsidenten zur erfolgreichen Wahl. Alle Informationen rund um den Ärztetag und die Wahl finden Sie auch auf BDC|Online.

Mehr lesen: www.bdc.de/Politik

ÄRZTESTATISTIK 2018

Ressource Arzt bleibt knapp: Anstellung und Teilzeit immer beliebter

„Die Ressource Arzt ist und bleibt knapp.“ So fasst Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die wesentlichen Entwicklungen der Ärztestatistik für 2018 zusammen.

„Die Zahlen aus dem Bundesarztregister zeigen, dass sich die Trends, die sich in den Vorjahren abzeichneten, im Jahr 2018 fortgesetzt haben. Die Teilzeitarbeit gewinnt weiter an Beliebtheit, die Zahl der angestellten Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeuten hat sich zudem deutlich erhöht, auf mittlerweile fast 36.300. Das sind fast zehn Prozent mehr als im Vorjahr“, erklärte der KBV-Chef heute in Berlin.

„Die Zahlen spiegeln allgemeine Entwicklungen wider. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist wie überall in unserer Gesellschaft auch für die jungen Kolleginnen und Kollegen ein wichtiges Thema“, sagte Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KBV, und fügte hinzu: „Wir müssen alles dafür tun, ihnen attraktive Rahmenbedingungen zu schaffen.“ Die Kassenärztlichen Vereinigungen seien hier sehr aktiv, wie die zahlreichen Fördermöglichkeiten unter www.lass-dich-nieder.de zeigten.



Mehr lesen: www.bdc.de/?p=55913

FÜR STUDIERENDE

Chirurgische Woche 2019 in Tübingen



Auch in diesem Jahr findet die Chirurgische Woche des Universitätsklinikum Tübingen statt – initiiert durch die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie und den Berufsverband der Deutschen Chirurgen.

Für die Chirurgische Woche 2019 stehen insgesamt 35 Ausbildungsplätze zur Verfügung. Es werden folgende Lerninhalte aufgegriffen und bei Workshops sowie Hands-on-Übungen vertieft:

- Chirurgie des Gastrointestinaltrakts
- Chirurgische Onkologie
- Endokrine Chirurgie
- Hepatopankreatobiliäre Chirurgie und Transplantationschirurgie
- Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie
- Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Mehr Informationen zur Bewerbung: <https://t1p.de/3vnn>

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...](#)

Personalbemessung in der Chirurgie

Diese kurze Umfrage dient einer Erhebung des „IST-Zustands“ in Deutschland. Getriggert von den aktuellen Diskussionen um die Personaluntergrenzen in der Pflege wollen wir eine Datengrundlage auch für den ärztlichen Dienst schaffen!

[Zur Umfrage...](#)



BDC Umfrage

WIE GEFÄLLT IHNEN DIE PASSION CHIRURGIE?

SAGEN SIE UNS IHRE MEINUNG!

zur
Umfrage

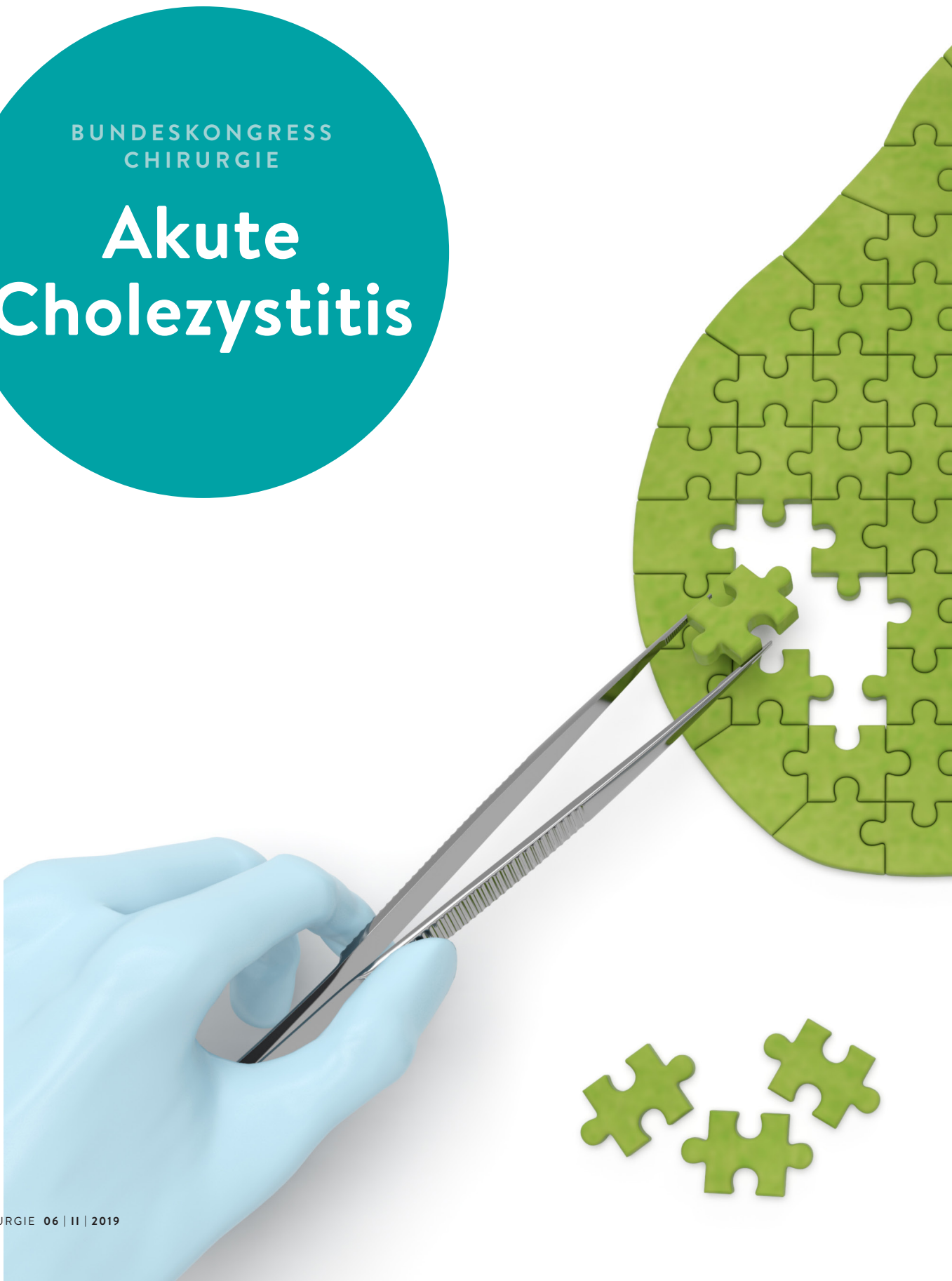


LINK:
<https://www.surveymonkey.de/r/PassionChirurgie>

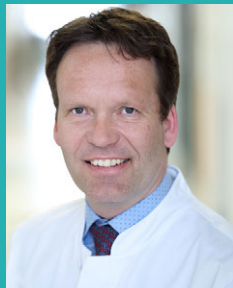


BUNDESKONGRESS
CHIRURGIE

Akute Cholezystitis







Prof. Dr. med. Carsten N. Gutt
Abteilung für Allgemein-, Viszeral-,
Thorax- und Gefäßchirurgie
Klinikum Memmingen
Bismarckstraße 23
87700 Memmingen
carsten.gutt@klinikum-memmingen.de

Gutt CN: Akute Cholezystitis: Leitliniengerechte
Therapie. Passion Chirurgie. 2019 Juni, 9(06): Artikel
03_01.



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

Akute Cholezystitis: Leitliniengerechte Therapie

Die aktuelle Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Gallensteinen aktualisiert die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten und der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie aus dem Jahr 2007. Die Leitlinie wurde interdisziplinär von Gastroenterologen und Chirurgen erstellt. Sie basiert auf den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften für eine systematische evidenzbasierte Konsensus-Leitlinie der Entwicklungsstufe S3 und berücksichtigt die klinische Anwendbarkeit der Studienergebnisse.

Die akute Cholezystitis ist ein häufiges Krankheitsbild, meist ausgelöst durch einen vorübergehenden Verschluss des Ductus cysticus bei Gallensteinen. Eine Vielzahl der Patienten braucht kurz-, mittel- oder langfristig eine Cholezystektomie, um ein erneutes Beschwerdeaufreten zu vermeiden. In der Vergangenheit standen zwei Vorgehensweisen zur Wahl: Primär operativ die frühe Cholezystektomie versus primär konservative Therapie mit Antibiotika und Operation im Intervall (i. d. R. mehrere Wochen später) [2, 7]. Aktuelle Studien konnten mit hoher Evidenz zeigen, dass die frühzeitige laparoskopische Cholezystektomie als Standard anzusehen ist. Nach aktueller Leitlinie sollte diese innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme in einer 4-Trokartechnik durchgeführt werden [3, 4, 5].

EINLEITUNG

Die akute Cholezystitis ist eine Entzündung der Gallenblase, die in den meisten Fällen durch Gallensteine verursacht wird (90 bis 95 %). Bei der Pathogenese der akuten

Cholezystitis werden im Wesentlichen drei unterschiedliche Mechanismen verantwortlich gemacht:

1. Die mechanische Entzündung, sie entsteht durch erhöhten intraluminalen Druck in der Gallenblase, die dann zu einer Überdehnung und Ischämie der Gallenblasenmukosa und -wand führt. Häufigste Ursache hier ist der Verschluss des Ductus cysticus.
2. Die chemische Entzündung, sie basiert im Wesentlichen auf einer Freisetzung von Lysolecithin.
3. Die bakterielle Entzündung, die durch eine Besiedlung der Gallenblasenflüssigkeit, im Weiteren dann mit einer Durchwanderung der Gallenblasenwand durch E. coli, Enterokokkus, Klebsiella oder Enterobacter, geschieht.

Eine Kombination dieser Mechanismen ist mit Abstand die häufigste Ursache einer akuten Gallenblasenentzündung. Auslöser sind häufig Gallensteine oder Sludge in der Gallenblase, welches den Gallenblasenabfluss stört. (Abb. 1)

Die Diagnose der akuten Cholezystitis basiert auf drei der vier folgenden Symptome: Rechtsseitige Oberbauchschmerzen, Murphy's-Zeichen, Leukozytose und Fieber. Zusätzlich sollten eine Cholezystolithiasis (Konkremente oder Sludge) oder die sonographischen Zeichen der Cholezystitis (Verdickung, ggf. 3-Schichtung der Gallenblasenwand) vorliegen. Unter Anwendung dieser Kriterien kann die Diagnose „Akute Cholezystitis“ eindeutig und nachvollziehbar gestellt werden [3, 4, 5] (Abb. 2).

In der Regel bedeutet die Diagnose „Akute Cholezystitis“, wenn keine Kontraindikationen

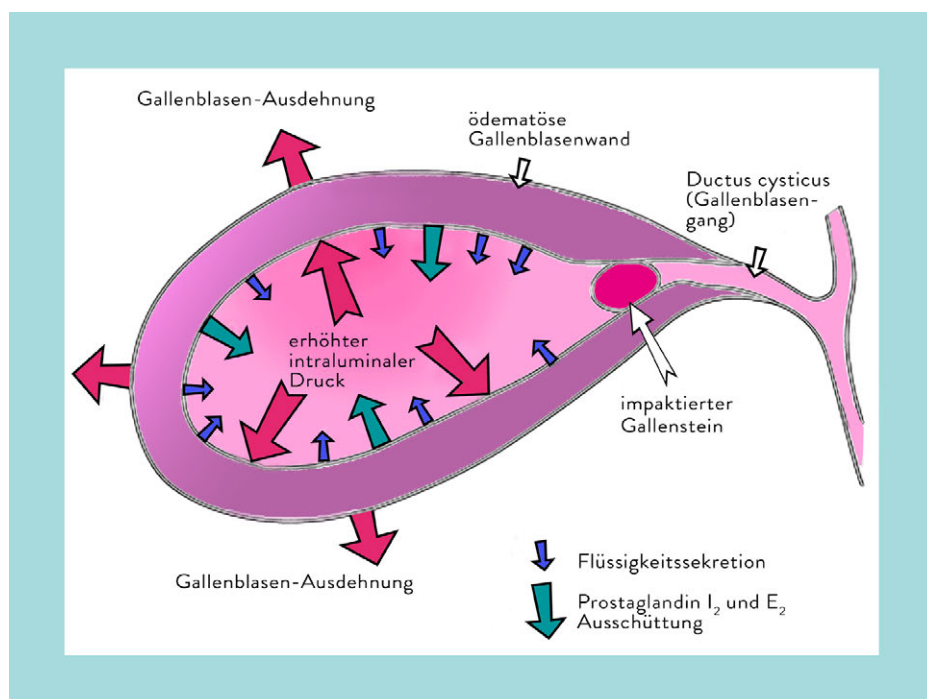


Abb. 1: Pathogenese der akuten Cholezystitis (modifiziert, nach DER CHIRURG, Springer)

Akute Cholezystitis

Diagnose basierend auf drei der vier Symptome

- Rechtsseitige Oberbauchschmerzen
- „Murphy’s“ Zeichen
- Leukozytose
- Fieber

plus

- Cholezystolithiasis (Konkremente/Sludge)

oder

- sonographische Zeichen der Cholezystitis (Verdickung/Dreischichtung der Gallenblasenwand)

Abb. 2: Diagnosestellung der akuten Cholezystitis

vorliegen, die Indikation zur chirurgischen Entfernung der Gallenblase. War vor einigen Jahren der Standard der operativen Behandlung die konventionelle Cholezystektomie über eine Laparotomie im Bereich des rechten Oberbauches, so veränderte sich das Vorgehen mit zunehmender Expertise im Bereich der laparoskopischen Chirurgie zugunsten der laparoskopischen

Cholezystektomie auch bei akuter Entzündung (Abb. 3). Eine Reihe von Studien konnten Vorteile der laparoskopischen Cholezystektomie für den Patienten belegen. Insbesondere die Sorge, dass es zu einer erhöhten intraoperativen Komplikationsrate bei primär laparoskopischem Vorgehen kommen kann, konnte in diesen Studien widerlegt werden [6]

Eine der wesentlichen Fragen bei der Behandlung der akuten Cholezystitis bestand darin, den optimalen Zeitpunkt für die laparoskopische Cholezystektomie zu finden. Es ging darum, ob zunächst eine antibiotische Vorbehandlung des Patienten und die Operation im symptomfreien Intervall erfolgen sollte oder ob eine frühe Operation oder nicht sogar die Operation innerhalb von 24 Stunden der beste Weg für den Patienten sei. Allein die Definition „frühe Operation“ wurde in der Literatur höchst unterschiedlich definiert. Aktuelle Studien zeigen nun eindeutig Vorteile für eine unverzügliche chirurgische Intervention. Das bedeutet, dass der Patient innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme im Sinne einer laparoskopischen Cholezystektomie behandelt werden sollte [3, 4, 5].

EVIDENZ

In einer retrospektiven Single Center Analyse (Immediate laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: No need to wait. Am J Surg 2006) wird erstmals zwischen unverzüglicher Cholezystektomie („immediate cholecystectomy“) innerhalb von 24 Stunden nach Vorstellung und früher Cholezystektomie („early cholecystectomy“) mindestens 24 Stunden nach Vorstellung unterschieden. Insgesamt wurden hier 253 Patienten analysiert und es zeigte sich, dass sowohl bei Komplikations- als auch Konversionsrate keinerlei Unterschiede zwischen den Gruppen festzustellen waren. Offensichtlich kann ein modernes Konzept zur Behandlung der akuten Cholezystitis darin bestehen, Patienten nach Diagnosestellung unverzüglich innerhalb von 24 Stunden laparoskopisch zu operieren. In diesem Fall wäre die Diagnose „Akute Cholezystitis“ bzgl. des Operationszeitpunktes z. B. mit der Diagnose „Akute Appendizitis“ vergleichbar [8].

In einer großen Registerstudie wurden insgesamt 4.113 Patienten analysiert, die aufgrund einer akuten Cholezystitis zwischen 1995 und 2006 einer laparoskopischen Cholezystektomie unterzogen wurden. Die Untersuchung basiert auf dem Register der Swiss Association of Laparoscopic and Thoracoscopic Surgery. Dabei wurden die Patienten unterschiedlichen Operationszeitpunkten

zugeordnet. Es zeigte sich, dass die Patienten, die innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme operiert wurden, nur halb so viel postoperative Komplikationen entwickelten, wie die Patienten, die erst > 6 Tage nach Aufnahme operiert wurden (5,7 % versus 13 %). Ebenso stieg die Konversionsrate von 11,9 % auf 27,9 % und die Re-Operationsrate von 0,9 % auf 3 % bei der späteren Operation [1].

Die derzeit weltweit größte randomisierte Untersuchung zur akuten Cholezystitis ist die ACDC-Studie [3, 4, 5, 9]. Es handelt sich um eine interdisziplinäre, multizentrische, prospektiv-randomisierte Studie, die gemeinsam von Gastroenterologen und Chirurgen durchgeführt wurde.

Das Ziel der ACDC-Studie war es Outcome, Komplikationen und 75 Tage Morbidität bei Patienten mit akuter Cholezystitis, die entweder innerhalb von 24 Stunden laparoskopisch operiert oder zunächst konservativ behandelt und später elektiv cholezystektomiert wurden, zu vergleichen.

In die Studie eingeschlossen wurden erwachsene Patienten mit Zeichen und Symptomen einer akuten Cholezystitis. Die wichtigsten Ausschlusskriterien waren:

- ASA IV und V,
- septischer Schock,
- Perforation oder Abszess der Gallenblase,
- keine Möglichkeit zur laparoskopischen Cholezystektomie,
- Lebenserwartung < 48 Stunden,
- Schwangerschaft und Stillzeit sowie
- Kontraindikationen für Moxifloxacin, wie sie in der Fachinformation beschrieben sind.

Nach Randomisierung erhielten die Patienten in beiden Gruppen 400 mg Moxifloxacin i. v. für mindestens 48 Stunden mit der Möglichkeit bei Ansprechen auf orale Medikation umzustellen. Patienten der Gruppe 1 (frühe Cholezystektomie) wurden innerhalb von 24 Stunden laparoskopisch cholezystektomiert. Sie konnten ab dem zweiten postoperativen Tag aus dem Krankenhaus entlassen werden, wenn sie sich entsprechend klinisch

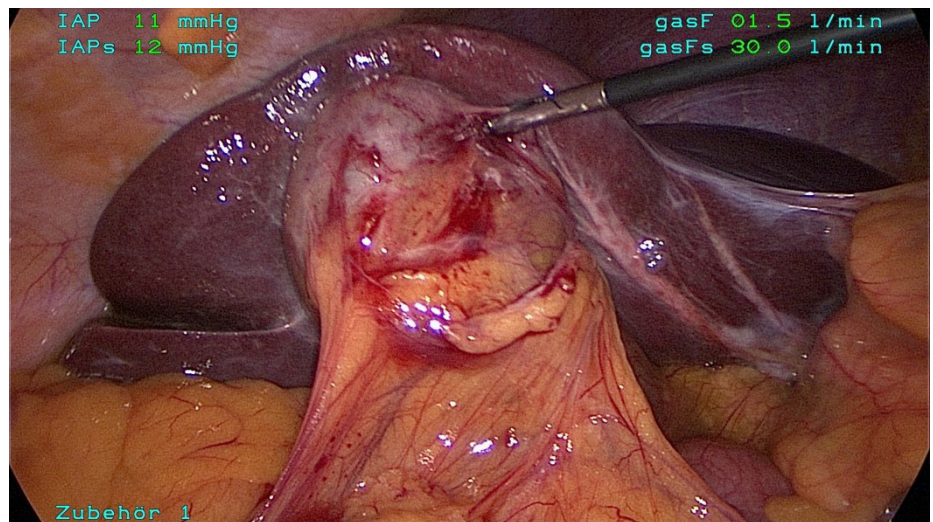


Abb. 3: Intraoperatives Bild einer akuten Cholezystitis

darstellten. Die Test-of-Cure (TOC)-Visite wurde 75 Tage nach Studieneinschluss durchgeführt. Patienten der Gruppe 2 (konservativer Arm) wurden ebenfalls mindestens 48 Stunden mit Moxifloxacin i. v. und dann oral behandelt, bis sich Fieber und Laborparameter normalisiert hatten. Die Patienten wurden ab Tag vier aus dem Krankenhaus entlassen, evtl. unter oraler Moxifloxacin-Therapie. Die elektive Cholezystektomie wurde auf den Zeitraum sieben bis 45 Tage nach Einschluss in die Studie festgelegt, wobei als perioperative Prophylaxe eine einmalige Gabe von Moxifloxacin i. v. gegeben werden sollte. Die TOC-Visite fand ebenfalls am Tag 75 nach Studieneinschluss statt.

Im Ergebnis zeigten sich signifikante Vorteile für eine unverzügliche laparoskopische Cholezystektomie innerhalb von 24 Stunden nach stationärer Aufnahme der Patienten mit akuter Cholezystitis. Dabei wurden 304 Patienten in eine frühe Gruppe (Cholezystektomie innerhalb von 24 Stunden) und 314 in eine späte Gruppe (Cholezystektomie zwischen Tag sieben und 45 nach Aufnahme) eingeschlossen. Bezüglich des primären Endpunktes, Morbidität am Tag 75, ergab sich ein eindeutiges Ergebnis zugunsten der frühen Gruppe: 12 % vs. 33 %. Die Hospitalisierungsdauer war in der frühen Gruppe halb so lang, die Gesamtkosten des Klinikaufenthaltes unterschieden sich ebenfalls signifikant zugunsten der frühen Gruppe. Dagegen gab es keinen

signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich der Konversionsrate zur offenen Operation (10 % vs. 12 %). (Abb. 4, 5)

LEITLINIE

In der aktualisierten **S3-Leitlinie zur Prävention, Diagnostik und Behandlung von Gallensteinen** sind diese Erkenntnisse eingeflossen [3, 4, 5]. So heißt es: Die akute Cholezystitis ist eine Indikation zur frühzeitigen laparoskopischen Cholezystektomie (A, I). Diese sollte innerhalb von 24 Stunden nach stationärer Aufnahme erfolgen (B, I).

Bei akuter Cholezystitis mit Zeichen der Sepsis, Cholangitis, Abszess oder Perforation sollen unverzüglich Antibiotika verabreicht werden (A, II). Zur Antibiotikatherapie bei unkomplizierter Cholezystitis liegt keine Evidenz vor.

Alternativ kann bei älteren Patienten oder erhöhtem Operationsrisiko (ASA-Risikoklasse $\geq$ III) eine perkutane Drainage der Gallenblase erwogen werden.

Die laparoskopische Cholezystektomie kann in jedem Trimenon einer Schwangerschaft bei dringlicher Indikation durchgeführt werden. Patientinnen, die bereits

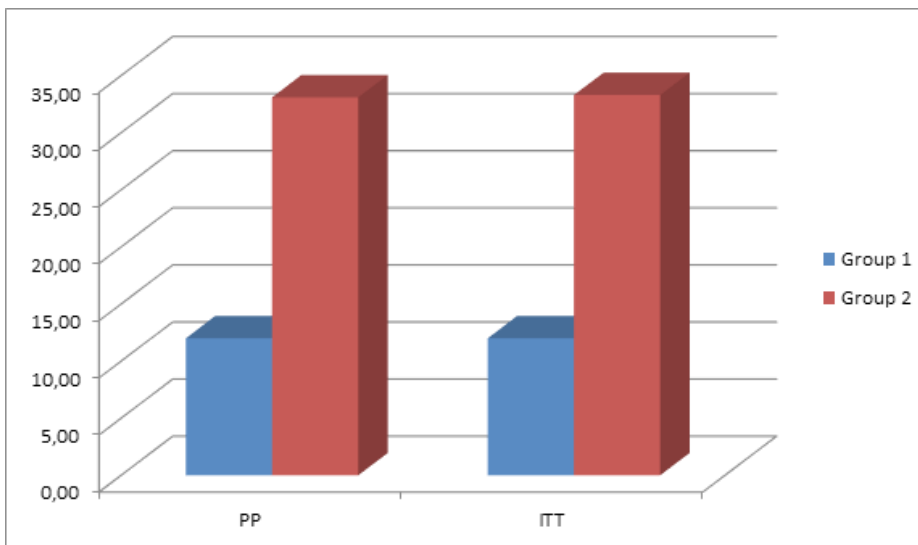


Abb. 4: Ergebnisse der ACDC-Studie; Primäres Outcome (Morbidity, 95% CI für Differenz: 12.8, 26.5 (PP); 12.5, 25.7 (ITT))

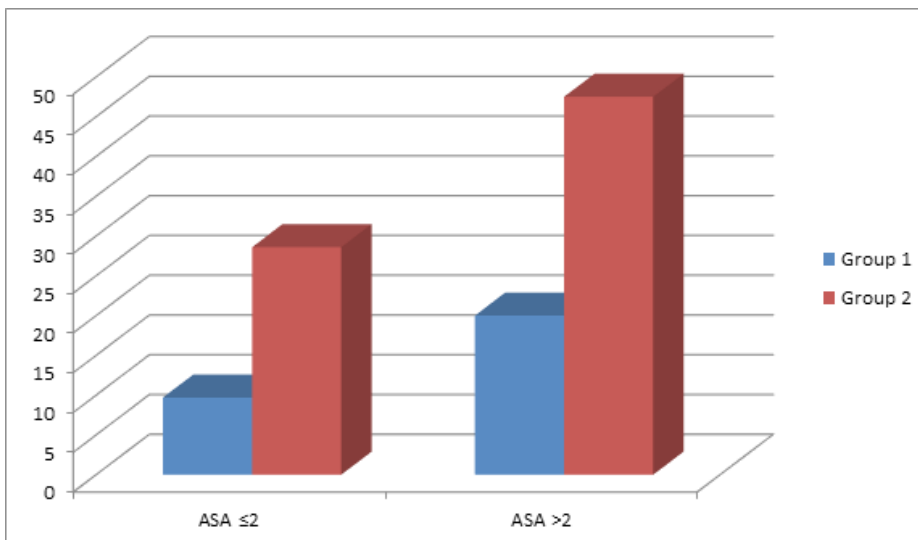


Abb. 5: Ergebnisse der ACDC-Studie; Morbidity unter Berücksichtigung der ASA Klassifikation (ITT; CI für die Differenz: 11.4, 26.0 (ASA ≤2); 9.9, 45.2 (ASA >2))

FAZIT

Die akute Cholezystitis ist eine klinische Diagnose, die zügig und eindeutig gestellt werden kann. Steht die Diagnose fest und liegt eine Operationsfähigkeit des Patienten vor, sollte die laparoskopische Cholezystektomie in einer 4-Trokarertechnik erfolgen. Die Operation kann in jedem Trimenon einer Schwangerschaft bei dringlicher Indikation durchgeführt werden. Gallengangverletzungen bei der Cholezystektomie sollen interdisziplinär von einem in der hepato-biliären Chirurgie erfahrenen Chirurgen und einem erfahrenen interventionellen Gastroenterologen behandelt werden.

Die Literaturliste erhalten Sie auf Anfrage via passion_chirurgie@bdc.de. 

im ersten Trimenon symptomatisch geworden sind, sollten wegen erheblicher Rezidivgefahr im weiteren Verlauf ihrer Schwangerschaft früh elektiv operiert werden (B, III, starker Konsens).

Die laparoskopische Cholezystektomie sollte in einer 4-Trokarertechnik durchgeführt werden (B, II, starker Konsens). Auf diese Weise wird ein erhöhtes operatives

Risiko für Komplikationen vermieden. Bei der Anwendung alternativer Zugangstechniken

(z. B. Single Incision) ist eine entsprechende Expertise nachzuweisen, um unnötige Komplikationen zu vermeiden.

Gallengangsverletzungen bei der Cholezystektomie sollen interdisziplinär von einem in der hepato-biliären Chirurgie erfahrenen Chirurgen bzw. einem erfahrenen interventionellen Gastroenterologen behandelt werden (A, II, starker Konsens). Stehen diese nicht zur Verfügung, soll der Patient nach Einlage einer Ablaufdrainage in eine entsprechende Abteilung verlegt werden. Hier soll die primäre Revision und die notwendige Rekonstruktion durchgeführt werden.

Werde
RestauratorIn

Kein Durchschnittsjob:
ChirurgIn

www.chirurg-werden.de



Maquet PowerLED II Operationsleuchte

Die nächste Stufe für chirurgische Effizienz

Maquet PowerLED II garantiert Operateuren klares und brillantes Licht ohne Blendwirkung. Basierend auf der bereits seit einem Jahrzehnt bewährten PowerLED-Plattform haben wir innovative Lösungen integriert, um die Arbeitsbedingungen in Ihrem OP zu verbessern.

www.getinge.com

Getinge Deutschland GmbH • Kehler Str. 31 • 76437 Rastatt • info.vertrieb@getinge.com

GETINGE 

BUNDESKONGRESS
CHIRURGIE

Aktualisierte KRINKO



CME
ARTIKEL
2 CME PUNKTE

Aktualisierte KRINKO- Empfehlung zur Prävention postoperativer Wundinfektionen (Stand 2018)

Ein optimales Hygiene-Management ist eine wichtige Grundlage für komplikationsarme operative Eingriffe. Gleichwohl muss der Aufwand dafür in einem vernünftigen Verhältnis zu den erhofften Effekten stehen, da die personellen und finanziellen Ressourcen für Hygienemaßnahmen begrenzt

sind. Die 2018 überarbeiteten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut beinhalten dazu zahlreiche grundlegende Änderungen und Klarstellungen.



Dr. med. Peter Kalbe
Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Leiter des Themen-Referates
„Niedergelassene“ im BDC
Praxis am Wall in Rinteln
Gelenkzentrum Schaumburg
Josua-Stegmann-Wall 7
31737 Rinteln
Kalbe@bdc.de



Prof. Dr. med. Julia Seifert
Präsidiumsmitglied im BDC
Unfallkrankenhaus Berlin
Klinik für Unfallchirurgie und
Orthopädie
Warenerstr. 7
12683 Berlin
Julia.Seifert@ukb.de

Kalbe P, Seifert J: CME Artikel: Aktualisierte
KRINKO-Empfehlung zur Prävention postoperativer
Wundinfektionen (Stand 2018). Passion Chirurgie.
2019 Juni, 9(06): Artikel 03_02.



Amtliche Mitteilung „Prävention
postoperativer Wundinfektionen“
<https://bit.ly/2ZSc0b1>



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

RELEVANZ DER KRINKO-EMPFEHLUNGEN

Gesetzliche Grundlage aller Hygienemaßnahmen im chirurgischen Bereich ist das Infektionsschutzgesetz (IfSG) [1]. Dort wird im § 23 ausgeführt, dass die Einhaltung des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft vermutet wird, wenn die Empfehlungen der KRINKO [2] umgesetzt werden. Damit erhalten diese Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI, vormals Bundesgesundheitsamt) einen hohen Grad von Verbindlichkeit. Darüber hinaus nehmen auch viele der länderspezifischen Hygieneverordnungen [4] Bezug auf die KRINKO-Veröffentlichungen. Die Hygiene-Verordnungen der Bundesländer sind verbindlich umzusetzen. Abweichungen sind teilweise mit Bußgeldern bewehrt.

Die aktuell gültige Empfehlung zur Vermeidung von postoperativen Wundinfektionen wurde als „Amtliche Mitteilung“ im Bundesgesundheitsblatt [3] publiziert und löst zahlreiche damit veraltete Empfehlungen ab. Es wird dringend angeraten, den Text von der Homepage des RKI kostenfrei herunterzuladen und sorgfältig durchzuarbeiten (<https://bit.ly/2ZSc0b1>).

ZUORDNUNGEN VON OPERATIONEN UND EINGRIFFEN ZU GEEIGNETEN RÄUMLICHEN STRUKTUREN

Die früheren KRINKO-Empfehlungen enthielten feste Zuordnungen bestimmter operativer Eingriffe zur Erbringung entweder in einem Eingriffsraum oder in einem Operationsraum. Dies und die dazu veröffentlichte Tabelle anhand von Abrechnungs-Ziffern aus dem Kapitel L der GOÄ führten häufig zu kontroversen Diskussionen zwischen den Operateuren und den Gesundheitsbehörden, v. a. bei Begehungen. Diese rigide Systematik ist jetzt einer individuellen Beurteilung der hygienischen Bedingungen in der Operationseinrichtung gewichen.

Der Begriff „Eingriffsraum“ wird nicht mehr verwendet. Es wird vielmehr vorgesehen, das individuelle Operationsspektrum nach dem daraus resultierenden Risiko einer postoperativen Wundinfektion (Surgical Site Infection/SSI) zu bewerten und daraus Schlüsse für die notwendigen strukturellen

und organisatorischen Bedingungen und Maßnahmen zu ziehen. Diese Risiko-Bewertung soll vom chirurgischen Fachvertreter gemeinsam mit dem beratenden Hygieniker (z. B. Krankenhaushygieniker, Beratung verpflichtend nach den Hygiene-Verordnungen der Länder) durchgeführt werden. Die KRINKO unterscheidet jetzt zwischen „Operationen mit durchschnittlichem oder hohem SSI-Risiko“ und „Operationen mit geringem und solchen mit noch geringerem SSI-Risiko“. Letzte können auch außerhalb der Operationsabteilung erbracht werden, wie es der gelebten chirurgischen Routine entspricht. Beispiele für Eingriffe und invasive Maßnahmen zu den genannten Kategorien sowie die erforderlichen Strukturen zeigt die **Tabelle 1**.

Von entscheidender Bedeutung für die Beurteilung des SSI-Risikos ist somit die einrichtungsinterne Infektionsstatistik (Surveillance, verpflichtend gemäß IfSG) und deren Interpretation gemeinsam mit dem beratenden Hygieniker.

Dies bedeutet jedoch keine Beliebigkeit bei der Gestaltung der Operationsräume. Vielmehr gibt es einen Paradigmenwechsel, indem nunmehr die Komplexität der Eingriffe und das daraus resultierende Infektionsrisiko in den Mittelpunkt rückt. Je größer, vielfältiger und komplexer die Operationen in ihrer Art sind und je größer der verwendete Gerätepark ist, desto mehr soll gemäß der KRINKO von verhaltensunabhängigen baulichen Möglichkeiten der Infektionsprävention Gebrauch gemacht werden. Das bedeutet vor allem, dass Operationsräume ausreichend große Flächen bieten müssen, v. a. wenn außer der OP-Mannschaft zahlreiche Geräte und Hilfspersonal anwesend sein müssen.

TRENNUNG VON ASEPTISCHEN UND SEPTISCHEN OPERATIONS-RÄUMEN

Die aktuelle Empfehlung der KRINKO-Kommission zur Prävention postoperativer Wundinfektionen nimmt den Punkt der räumlichen Trennung von septischem und aseptischem OP unter Punkt 4.3 auf: „Die hygienischen Anforderungen an die räumliche Gestaltung von Operationsabteilungen richten sich nach der jeweiligen Aufgabenstellung. Durch eine

Tab. 1: Räumliche Strukturen für Operationen und Eingriffe mit unterschiedlichem Infektionsrisiko, gemäß KRINKO-Empfehlungen 2018

Operationen mit durchschnittlichem oder hohem SSI-Risiko*	Operationen und Eingriffe mit geringem SSI-Risiko*	Operationen und Eingriffe mit noch geringerem SSI-Risiko*
Gilt für alle Operationen und invasiven Maßnahmen im nicht grün unterlegten Bereich	Kleine Eingriffe: – an der Haut/Subkutis – am Auge – in der Mund-/Kiefer-/Stirnhöhle – Endoskopie von Körperhöhlen – Abszesseröffnung – Interventionelle Radiologie bzw. Kardiologie (außer bei regelhaft erwartetem Verfahrenswechsel)	Invasive Maßnahmen: – Entfernung von im Hautniveau liegenden Tumoren oder Fremdkörpern – Versorgung von Verletzungen der Haut oder der Subkutis (außer wenn sehr ausgedehnt)
Operationsbereich mit allen strukturellen Voraussetzungen	Operationsbereich mit modifizierten räumlichen Bedingungen	Hygienisch einwandfreier Raum auch außerhalb der Op.-Abteilung
– Ein oder mehrere Operationsräume mit je einem Op.-Tisch – Fläche oder Raum für Narkoseeinleitung und Patientenvorbereitung – Fläche oder Raum für Narkoseausleitung und unmittelbare Patientennachsorge – Fläche oder Raum für Händedesinfektion – Lagerräume für saubere Geräte, für Sterilgut und für andere Vorräte – Mitarbeiteraufenthaltsraum – Raum für die Aufbereitung unreiner/benutzter Geräte – Raum zur Lagerung von Reinigungsutensilien – Schleusensysteme für Personal, Patienten, reine Güter, unreine Güter – Aufwachraum/-bereich – Abstellplatz für Op.-Tische – Raum für Dokumentation und Verwaltung – Raum oder Fläche zur Händewaschung – Ggfs. Vorbereitungsraum für Instrumentierte – Ggfs. Patientenumkleideraum – Räumliche Trennung septisch/aseptisch nicht erforderlich	– Außerhalb des eigentlichen Op.-Raumes liegende Nebenräume können zusammengefasst werden – Bei mobilen Patienten keine Umlagerung (Schleusung) erforderlich – Raumluftechnische Einrichtungen aus hygienischer Sicht verzichtbar	– Die räumlichen Funktionen/strukturellen Voraussetzungen sind dort zusammengefasst – Ausreichend großer Raum – Oberflächen leicht zu reinigen und zu desinfizieren – Steriler Schutzkittel, Haarschutz und Mund-Nase-Schutz sind nicht regelhaft erforderlich – Sterilabdeckung und Personalbekleidung nach Erfordernis

adäquate Raumplanung wird eine sinnvolle Ablauforganisation erleichtert und sichergestellt, dass bei allen Operationen (unabhängig von ihrer fachlichen Zuordnung und ihrem Kontaminationsgrad) mit ausreichend Platz hygienisch einwandfreies Arbeiten unter Berücksichtigung der jeweiligen medizintechnischen Ausrüstung und des Personalaufwands möglich ist. Für OP-Abteilungen mit stark heterogenem Leistungsaufkommen empfiehlt sich eine Zonierung.“ Und weiter: „Die Kommission stellt fest: Aus der Nutzung von LAF/TAV ergibt sich kein eigener infektionspräventiver Effekt (Kat. II). Aus der Trennung „reiner“ und „unreiner“ OP-Abteilungen ergibt sich kein eigener infektionspräventiver Effekt (Kat. II).“

Der Begriff „Zonierung“ der KRINKO wurde nicht weiter definiert. Er kann aber durchaus

so verstanden werden, dass bei hoher Last septischer OP-Zahlen eine räumliche Aufteilung (Zonierung/Trennung) bereits aus prozessualen Aspekten sinnvoll sein kann und die Wahrscheinlichkeit von Kreuz-Kontaminationen mindert, da die sog. „Alertness“ des Personals in speziell dafür ausgewiesenen Bereichen erhöht ist.

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) kommt allerdings unter Berücksichtigung der Tatsache, dass bei Klinikbegehungen durch die DGUV Landesverbände wiederholt Hygieneverstöße festzustellen waren und das Auftreten von „Problemkeimen“ (MRE) generell zunahm, zu dem Schluss, dass besondere strukturelle und prozessuale Anforderungen in der Hygiene zur Qualitätssicherung im Umgang mit BG-Patienten erforderlich seien.

Eine Abkehr von der Forderung nach Trennung septischer und aseptischer Eingriffe könne aufgrund der bisherigen Studienlage daher nicht erfolgen. Allerdings sei eine weitere Beschäftigung mit dem Thema im Sinne einer Analyse vorgesehen. Die DGUV will durch wissenschaftliche Untersuchungen die von ihr geforderten qualitativen Rahmenbedingungen auf den Prüfstand stellen. Mit Ergebnissen ist nicht vor 2020 zu rechnen [5].

RAUMLUFTECHNISCHE ANLAGEN (RLT-ANLAGEN)

Die Forderung von RLT-Anlagen hat bei Begehungen häufig zu Kontroversen mit den Gesundheitsbehörden geführt. Es steht außer Frage, dass solche Anlagen, sofern sie notwendig und vorhanden sind, den aktuellen Stand der Technik

erfüllen und regelmäßig gewartet werden müssen. Die aktuelle KRINKO-Empfehlung relativiert jedoch die Notwendigkeit von RLT-Anlagen. So wird ausdrücklich ausgeführt, dass für Operationen und Eingriffe mit geringem SSI-Risiko „Raumlufttechnische Anlagen aus hygienischer Sicht verzichtbar“ sind. Gleichwohl kann sich diese Verpflichtung aus den Regeln des Arbeitsschutzes (Technische Regeln für Arbeitsstätten, ASR) ergeben. Es ist bekannt, dass bei fehlender Klimaregelung der CO₂-Gehalt und die Temperatur der Raumlufte rasch ansteigen, was zu mangelnder Konzentration und Beschwerden der OP-Mannschaft und damit zu einer Qualitätsminderung führen kann.

Die Evidenz einer Risikoreduzierung von Infektionen durch eine turbulenzarme Verdrängungsströmung (TAV/LAF = Laminar Flow) wird unterschiedlich bewertet, sodass der Einsatz dieser aufwändigen Technik (Raumklasse Ia) laut KRINKO-Empfehlung nicht zwingend vorgeschrieben ist. Für kurze Eingriffe ist sogar eine Fensterlüftung zwischen den Operationen bei Verwendung eines Insektengitters an den Fenstern vertretbar.

BÜNDELSTRATEGIE

Für die Vermeidung von postoperativen Wundinfektionen hat es sich als effektiv erwiesen, besonders wichtige hygienische Maßnahmen zu einem Maßnahmenbündel zusammenzufassen (Bündelstrategie). Dabei sollte die Anzahl der Maßnahmen klein und überschaubar sein, um einen verhaltenssteuernden Effekt zu erzielen. Die Compliance kann z. B. über eine Selbstkontrolle in Form von Checklisten überprüft werden. Die dafür empfohlenen Maßnahmen zeigt die **Tabelle 2**.

Tab. 2: Empfohlene Maßnahmen für eine Bündelstrategie zur Prävention von postoperativen Wundinfektionen

Standardisierte präoperative Hautantiseptik
Haarentfernung (Clipping nur wenn notwendig)
MRSA-Screening und Sanierung
Perioperative Antibiotikaprophylaxe (PAP)
Kontrolle des Blutglucosespiegels
Normothermie

Tab. 3: Gliederung und Inhalte der KRINKO-Empfehlungen zur Prävention postoperativer Wundinfektionen 2018 [3]

Einleitung und Hintergrund
Epidemiologie und Pathophysiologie postoperativer Infektionen im Operationsbereich (SSI)
Wissenschaftliche Basis verschiedener Maßnahmen zur Vermeidung von SSI
Empfehlungen zur Vermeidung von SSI

VERPFLICHTENDE MITARBEITERSCHULUNG

Die regelmäßige Vermittlung des in den hauseigenen Regularien umgesetzten Wissens ist zur Prävention von Wundinfektionen unverzichtbar. Dazu sind interne und externe Fortbildungsmaßnahmen geeignet. Es ist u. a. die Aufgabe des hygienebeauftragten Arztes, diese zu initiieren und zu überwachen. Auch die Länderhygieneverordnungen [4] schreiben dies zwingend vor. Die KRINKO empfiehlt Schulungsmaßnahmen zum Beispiel im Bereich der Händehygiene, der Antibiotika-Prophylaxe, des Verhaltens im OP und in der OP-Technik. Die Bedeutung positiver und negativer Vorbilder ist dabei nicht zu unterschätzen. Daher sind insbesondere die Ärzte aufgefordert, z. B. die hygienische Hände-Desinfektion vorbildlich vorzuleben.

WEITERHIN GÜLTIGE EMPFEHLUNGEN

In diesem Übersichtsartikel werden nur diejenigen Aspekte der KRINKO-Empfehlungen exemplarisch aufgeführt, bei denen sich wichtige Änderungen gegenüber früheren Versionen ergeben haben. Allen mit der Hygiene in Krankenhäusern und chirurgischen Praxen betrauten Personen wird die sorgfältige Lektüre der aktuellen 28-seitigen KRINKO-Empfehlung [3] dringend empfohlen. Dort wird auf der Grundlage einer aktuellen Literatur-Recherche die wissenschaftliche Evidenz von hygienischen Maßnahmen zur Vermeidung von postoperativen Wundinfektionen bewertet und es werden daraus folgend Empfehlungen zur praktischen Umsetzung abgeleitet (Inhaltsverzeichnis in **Tabelle 3**).

Entscheidend für die Bestätigung einwandfreier hygienischer Bedingungen ist jedoch stets die Beurteilung durch die örtlich zuständigen Gesundheitsbehörden. Daher sollte insbesondere vor hygienerelevanten Umbauten

oder einem Wechsel in andere Räume stets aktiv deren Beratung gesucht werden.

Neben einer Begehung der Räumlichkeiten spielt hier der Hygieneplan eine entscheidende Rolle, in welchem alle für die Hygiene relevanten Strukturen und Prozesse als wesentlicher Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements festgelegt werden. Sofern im Hygieneplan die aktuellen KRINKO-Empfehlungen umgesetzt sind und deren Einhaltung dokumentiert wird, dürfte es keine stichhaltige Argumentationsgrundlage für abweichende Forderungen der Gesundheitsbehörden geben.

Die Literaturliste erhalten Sie auf Anfrage via passion_chirurgie@bdc.de. 

Jetzt diesen Kurs über die BDC|Mobile-App buchen! CME-Punkte Sammeln im [eCME-Center]

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

Für eine spätere kostenfreie Buchung des Kurses im [eCME-Center] nutzen Sie bitte die PIN: **BDC27455**



Online-Fortbildung für Chirurgeninnen und Chirurgen

So einfach geht's:

Am PC:

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

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

Auf einem mobilen Gerät:

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

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



[eCME-Center] ist Bestandteil von BDC|Mobile



Fortbildung unterwegs, im Büro und zuhause

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

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

Kursformate im Internet und für Tablets und Smartphones

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

Informieren Sie sich ausführlich unter:

www.ecme-center.org

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

Wir fangen da an, wo Lehrbücher und Zeitschriften aufhören.



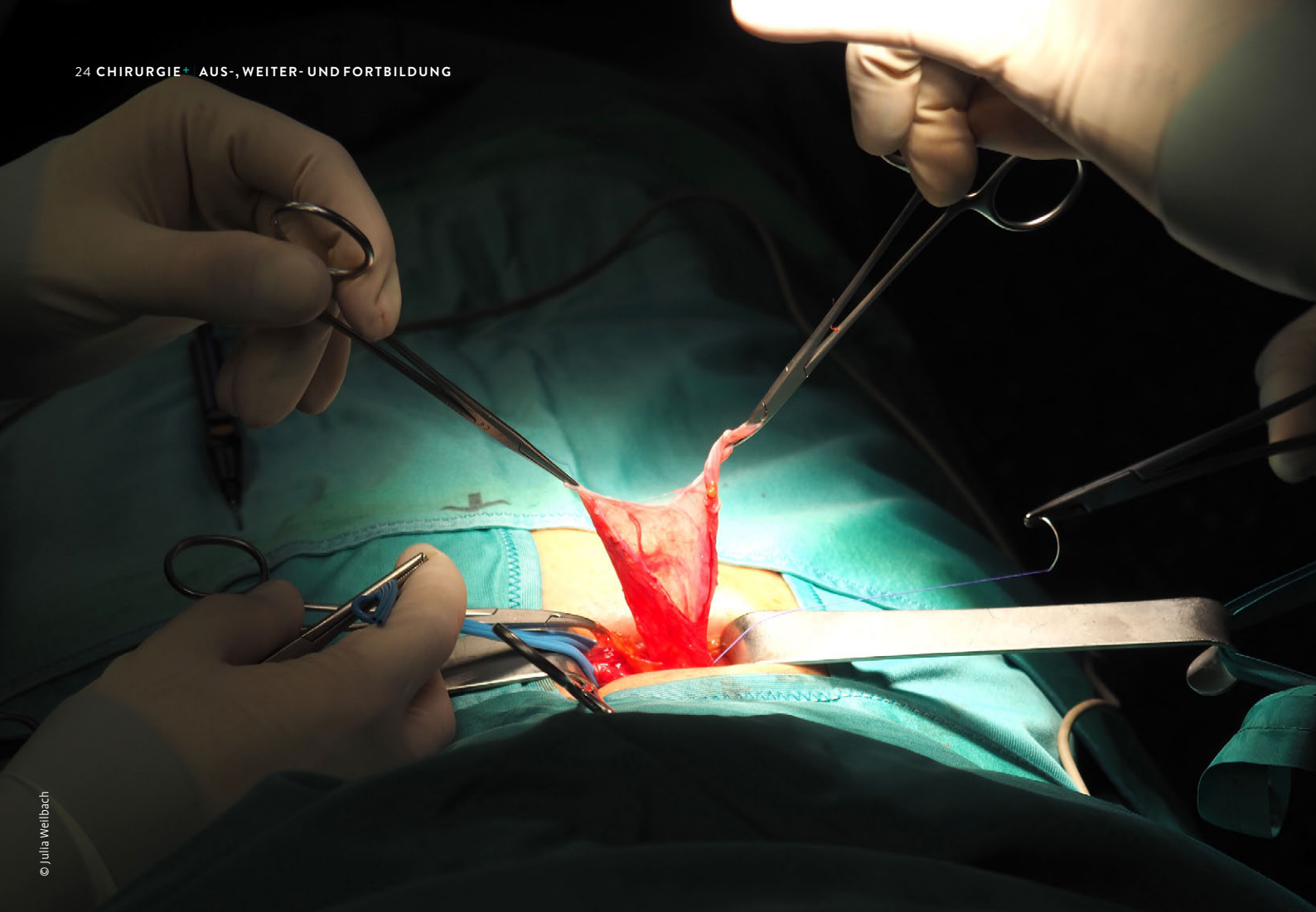
* Wenn Sie Fragen oder Probleme haben, melden Sie sich bei uns, wir stehen gern zur Verfügung: Telefon 030/28004-100 oder per E-Mail ecme-center@bdc.de

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



BDC Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.

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



© Julia Weilbach

Hospitation HERNIENSCHULE: 1 Tag, 7 Patienten, 5 Techniken

In der Havelklinik in Berlin ist ein Gast mit im OP: Dr. med. Andreas Straßmüller hospitiert bei Dr. med. Ralph Lorenz. Sieben Patienten mit Leistenhernien stehen auf dem OP-Plan. Straßmüller ist Facharzt für Viszeralchirurgie aus Augsburg und nimmt an der HERNIENSCHULE teil. Dieses Fortbildungsprogramm hat die Deutsche Herniengesellschaft zusammen mit der BDC|Akademie entworfen, mit den Modulen HERNIE kompakt, HERNIE konkret und HERNIE komplex. Die Hospitation in der Havelklinik ist Teil des Moduls HERNIE konkret. Um das Zertifikat dafür zu bekom-

men, muss Andreas Straßmüller bei allen drei großen chirurgischen Techniken hospitieren – hier die offenen Leistenhernien. „Ich hatte sogar das große Glück, allein hospitieren zu können,“ so Straßmüller. „Insgesamt ist das Programm sehr viel umfangreicher als ich gedacht habe. Und das im positiven Sinne!“

Die Kompetenz- und Referenzzentren, in denen die OPs durchgeführt werden, sind in ganz Deutschland verteilt und geben ihr Wissen an andere Chirurginnen und Chirurgen weiter. Ralph Lorenz hat schon mehr als 10.000



Julia Weilbach

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

Die Chirurgen

Dr. med. Ralph Lorenz

1. Vorsitzender
BDC|Landesverband Berlin
Regionalvertreter der Niedergelassenen
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Facharzt für Viszeralchirurgie
Praxis 3+CHIRURGEN
Klosterstrasse 34/35
13581 Berlin
lorenz@3chirurgen.de

Dr. med. Andreas Straßmüller

Facharzt für Viszeralchirurgie
Universitätsklinikum Augsburg
Allgemein-, Viszeral- und
Transplantationschirurgie
Stenglinstr. 2
86156 Augsburg
andreas.strassmueller@uk-augsburg.de



Abb. 1.: Lorenz und Straßmüller besprechen den nächsten Patienten während der Hospitation.

Operationen am Hospitations-Tag:

3 x Skrotalhernie: PELISSIER / TIPP-Technik
1 x kombinierte ausgedehnte Leistenhernie: GILBERT/ 3D-Technik
1 x leistennahe Narbenhernie nach Symphysenfraktur: GILBERT/ 3-D-Technik
1 x kleinere Leistenhernie: SHOULDICE = Naht-Technik
1 x Leistenrevision mit kompletter Netzexplantation, Triple-Neurektomie und Leistenrekonstruktion nach SHOULDICE bei Zustand nach Lichtenstein-OP 09/2018 mit therapieresistenten chronischen Schmerzen.



Hernien-Operationen durchgeführt und engagiert sich sehr stark für die HERNIENSCHULE.

Jede Hospitation wird durch die Teilnehmer evaluiert und die Beurteilungen fallen immer sehr positiv aus. Der nächste Termin für Hernie kompakt findet im März 2020 in Berlin statt und für Hernie komplex im Mai 2020 in Frankfurt/Main.

Weilbach J: Hospitation HERNIENSCHULE: 1 Tag, 7 Patienten, 5 Techniken. Passion Chirurgie. 2019 Juni; 9(06): Artikel 04_01.



Mehr Informationen zur HERNIENSCHULE mit allen Modulen und der Anmeldung finden Sie hier: www.bdc.de/bdcaademie/hernienschule/



Mehr über die HERNIENSCHULE finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen | Fachgebiete | Allgemeinchirurgie).



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 19 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
- S1-Leitlinie „Vordere Kreuzbandruptur“, Prof. Dr. med. Mirco Herbort, 26.09.2019, 18:00 Uhr
- S3-Leitlinie „Gallensteine“, Prof. Dr. med. Dr. h.c. Carsten Gutt, 17.10.2019, 18:00 Uhr

www.bdc-webinare.de



© istock/tclv

Umfrage Silver Worker 2018: Generation „Active Retirement“

SELBSTBESTIMMTES ARBEITEN IM RUHESTAND BRINGT WERTSCHÄTZUNG UND GELD

Deutlich mehr als eine Million Senioren gehen neben ihrer Rente noch arbeiten. Davon arbeiten vor allem Akademiker länger. Im Vergleich zu 2003 verdoppelte sich fast die Menge der arbeitenden Senioren. Bei den Beschäftigten Senioren bedeutet dies einen absoluten Anstieg von 100.553 (März 2003) auf 325.911 (Juni 2018). In einem geringfügigen Beschäftigungsverhältnis arbeiteten 2003 (März) 547.067 Senioren. Bis Juni 2018 stieg

die Anzahl stetig auf insgesamt 1.105.210 Menschen an [1].

In vielen Branchen ist es inzwischen üblich, dass sogenannte Silver Worker zum betrieblichen Alltag gehören. Für die Silver Worker gibt es unterschiedliche Definitionen: Sie sind die sogenannte Nachkriegsgeneration (Geburtsjahrgänge 1946-1955) oder Mitarbeiter nach dem Renteneintrittsalter [2].

Der BDC führte 2018 gemeinsam mit dem Konvent der Leitenden Krankenhauschirurgen eine Mitgliederbefragung zum Thema



Prof. Dr. soz. Margit Geiger
Hochschule Bochum
Fachbereich Wirtschaft
Lennerhofstr. 140
44801 Bochum
margit.geiger@hs-bochum.de



Prof. Dr. med. Carsten J. Krones
Leiter Themen-Referat „Leitende
Krankenhauschirurgen“ im BDC
Chefarzt
Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Marienhospital Aachen
Zeise 4
52066 Aachen
carsten.krones@marienhospital.de

Geiger M, Krones CJ: Umfrage Silver Worker 2018:
Generation „Active Retirement“. Passion Chirurgie.
2019 Juni, 9(06): Artikel 04_04.



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

Arbeiten im Ruhestand durch – die erste Umfrage mit deutschen Ärzten über drei Generationen zu diesem Thema.

An der Umfrage nahmen 1.420 Ärzte aus den drei Generationen Baby-Boomer, Generation X und Generation Y teil. Die Beteiligung bei den Frauen lag bei 23,65 % und bei den Männern bei 76,35 %. Zielsetzung dieser Studie war es, Antworten auf folgende Fragen zu finden:

- Gibt es eine Bereitschaft auch nach dem Renteneintrittsalter als Mediziner weiter zu arbeiten?
- Welche Motivation verbirgt sich dahinter - wirtschaftliche, wissenschaftliche, altruistische Motive, Wissen weiter zu geben oder einen gleitenden Übergang in den Ruhestand zu erwirken?
- Unter welchen Arbeitsbedingungen sind Ärzte bereit, auch nach dem Renteneintrittsalter weiter zu arbeiten?
- Welche zeitlichen Umfänge und welche Arbeitsfelder sind attraktiv aus deren Sicht?
- Besteht eine Bereitschaft zu Self-Assessments?

DIE MOTIVATION VON ÄRZTEN WEITERZUARBEITEN

Bereits heute arbeiten viele Senioren. Die Motivation liegt dabei häufig nicht in der Altersarmut, sondern die Mehrheit arbeitet gerne [3]. Es ist ein drastischer Anstieg von Silver Workern zu beobachten, die arbeiten, obwohl sie nicht arbeiten müssten. Im

Jahr 2005 waren 45 % der über 65-jährigen erwerbstätig. Im Jahr 2017 bereits etwa 70 %. Auffällig ist ebenfalls, dass mehr als die Hälfte der Erwerbstätigen nach dem Renteneintritt Akademiker sind. Die physische und kognitive Leistungsfähigkeit ist demnach stark individuell geprägt [5].

Auch aus Sicht der Studienteilnehmer liegt nicht der monetäre Anreiz an erster Stelle. Die Ärzte arbeiten nach Renteneintritt weiter, um ihren Selbstwert zu erhalten (77,13 %) und um Wertschätzung zu haben (74,36 %). Weitere Gründe liegen in der Angst nichts mehr zu tun zu haben (59,25 %) und aus dem Gefühl heraus, gebraucht zu werden (72,71 %).

ALTERSGEMISCHTE TEAMS

Durch die demografische Entwicklung verändert sich die Altersstruktur. Verschiedene Generationen werden zusammenarbeiten. Durch altersgemischte Teams können die Generationen von den Vorteilen der Generationen profitieren. [6] Alle Generationen sind der Meinung, dass altersgemischte Teams erfolgreicher sind als andere Teamkonstellationen. Am meisten glauben dies die Babyboomer (73,42 %) gefolgt von der Generation Y (64,06 %) und der Generation X (63,79 %). Die heutigen Silver Worker haben wenig Übereinstimmung mit den früheren „Großelterngenerationen“. Im Kontext von Silver Workern wird demnach auch häufig die Altersdiskriminierung angegriffen.

Answered: 1.407

	TRIFFT VOLL ZU	TRIFFT ÜBERWIEGEND ZU	TRIFFT WENIGER ZU	TRIFFT NICHT ZU
aufgrund fehlender Vorstellungen zu alternativen Aktivitäten („wissen mit ihrer Zeit sonst nichts anzufangen“).	8,43% 118	39,14% 548	31,43% 440	18,29% 256
aus der Angst heraus, nichts mehr zu tun zu haben.	10,29% 144	48,96% 685	25,59% 358	13,22% 185
aus Angst vor dem Alter.	6,90% 96	32,47% 452	36,57% 509	20,91% 291
um ihren Selbstwert zu erhalten.	16,30% 228	60,83% 851	15,15% 212	5,36% 75
aus dem Gefühl heraus, gebraucht zu werden.	13,18% 184	59,53% 831	21,20% 296	4,08% 57
um ihr Wissen weiterzugeben.	12,50% 175	42,71% 598	33,86% 474	9,14% 128
um Wertschätzung zu haben.	15,57% 218	58,79% 823	18,14% 254	5,50% 77

Abb. 1: Ärzte, die nach der Rente weiterarbeiten, tun dies ...

WERTSCHÄTZUNG (PROBLEME UNTEREINANDER)

Die Baby Boomer (23,39 %) sind am wenigsten der Meinung, dass Baby Boomer/Silver Worker Karrierefortschritte verhindern. Die Generationen X (35,81 %) und Y (37,5 %) stehen dem etwas kritischer gegenüber. Im Gegensatz zu Y (52,34 %) und X (52,26 %) sind die Baby Boomer (29,8 %) am wenigsten der Meinung, dass Baby Boomer/Silver Worker einen autoritären Umgangston haben. Eine hohe Akzeptanz haben die Silver Worker insbesondere bei der Generation Y. Fast 90,63 % der Generation Y stimmen am wenigsten der Aussage zu, dass Silver Worker nicht für voll genommen werden.

Die Stärken der Silver Worker werden maßgeblich an ihrem hohen Erfahrungswissen, ihrer selbstständigen Arbeitsweise sowie ihrem hohen Qualitätsbewusstsein gesehen. Oftmals wird im ärztlichen Bereich der Generation der Baby Boomer von jüngeren Generationen der Vorwurf genannt, dass sie Karrierefortschritte der jüngeren Generationen verhindern. In der durchgeführten Studie werden die unterschiedlichen Sichtweisen der verschiedenen Generation sichtbar.

SELF-ASSESSMENT

Die Mehrheit der Befragten (54,56 %) würden sich ab dem 60. Lebensjahr einem Self-Assessment unterziehen, um ihre operative Leistungsfähigkeit überprüfen zu lassen, davon 55,03 % Männer und 54,39 % Frauen.

57,03 % der Generation Y würden sich ab dem 60. Lebensjahr einem Self-Assessment unterziehen, um ihre operative Leistungsfähigkeit überprüfen zu lassen gefolgt von den Baby Boomer (55,8 %) und der Generation X (52,91 %).

PERSPEKTIVEN DER BABYBOOMER UND EINSATZMÖGLICHKEITEN

Rentner bevorzugen flexiblere Formen der Beschäftigung. Häufig verbreitet sind Teilzeitstellen und dabei besonders die Minijobs. Die Arbeitszeit, bei den über 65-Jährigen, liegt bei durchschnittlich 16 Stunden in der Woche. Nur jeder Achte hat einen Vollzeitjob [3].

Answered: 1.325

	TRIFFT VOLL ZU	TRIFFT ÜBERWIEGEND ZU	TRIFFT WENIGER ZU	TRIFFT NICHT ZU
(keine Bezeichnung)	20,45% 271	34,11% 452	21,89% 290	19,77% 262

Abb. 2: Ich würde mich ab dem 60. Lebensalter einem Self Assessment unterziehen, um meine operative Leistungsfähigkeit zu überprüfen

Bei der Jobsuche sind persönliche Netzwerke für die Silver Worker von großer Bedeutung, denn auf Stellenbörsen haben es ältere Personen oft schwerer [4]. Die Einsatzmöglichkeiten sehen die deutschen Chirurgen sehr vielfältig.

Die Studienteilnehmer könnten sich nach Renteneintritt insbesondere eine Tätigkeit im Teaching (71,34 %), als ärztliche Tätigkeit in Teilzeit (70,05 %) oder im Mentoring (68,34 %) vorstellen. 54,46 % der Befragten kann sich vorstellen nach Renteneintritt 20 Stunden pro Woche zu arbeiten. Einen Tag pro Woche können sich 53,88 % vorstellen. Die Mehrheit der Befragten (84,99 %) kann sich vorstellen nach Renteneintritt zum Tagessatz zu arbeiten.

ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Ca. 55 % aller Ärzte würden sich einem Self-Assessment unterziehen.

Die Studienteilnehmer könnten sich nach Renteneintritt vor allem eine Tätigkeit im Teaching, als ärztliche Tätigkeit in Teilzeit oder im Mentoring vorstellen.

Das Personalmanagement in Kliniken ist gefordert entsprechende Rahmenbedingen und Arbeitszeitmodelle für Silver Worker zu schaffen.

Eine weitere wichtige Rolle wird die Anpassung des Recruitings durch zielgruppenspezifische Kampagnen sein.

LITERATUR

[1] Bundesagentur für Arbeit (2018): Beschäftigte nach Altersgruppen (Zeitreihe Quartalszahlen). Online im Internet: <https://>

statistik.arbeitsagentur.de/nn_31966/SiteGlobals/Forms/Rubrikensuche/Rubrikensuche_Form.html?view=process-Form&resourceId=210368&input_=&pageLocale=de&topicId=746718&year_month=aktuell&year_month.GROUP=1&search=Suchen

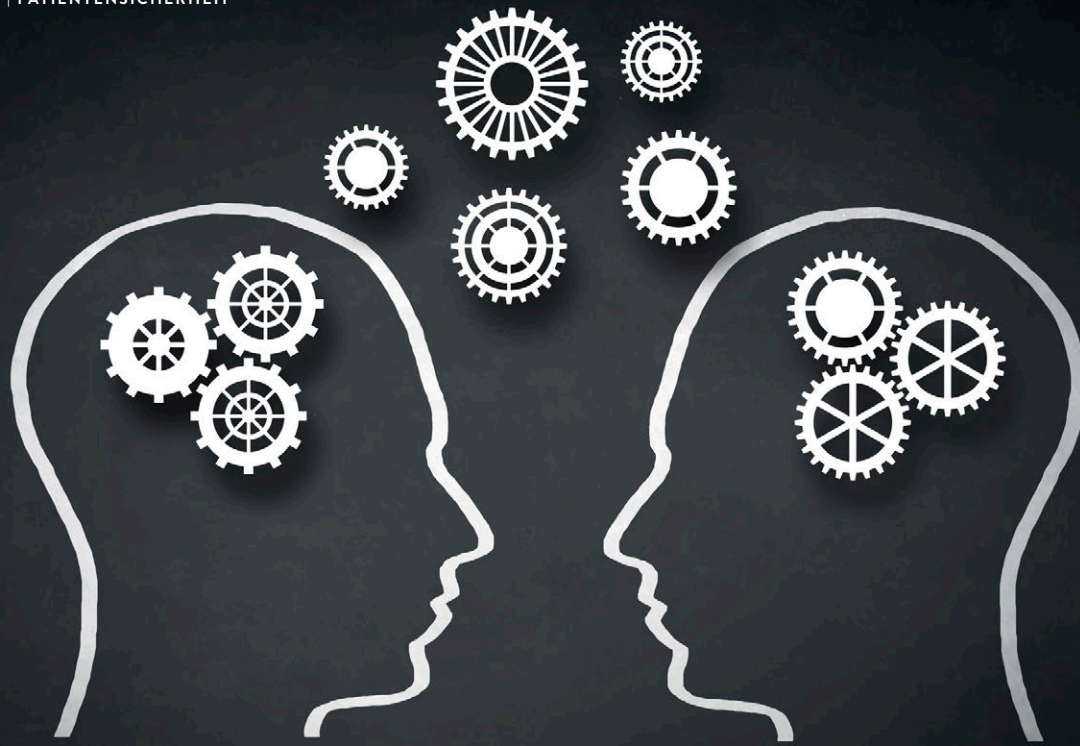
[2] Eberhardt, Daniela: Generationen zusammen führen: Generation X und Babyboomer die Arbeitswelt gestalten. 1. Auflage 2015. Planegg, München: Haufe-Lexware, 2015.

[3] Bundesinstitut für Bevölkerungs-forschung: (Un-)Ruhestände in Deutschland, Online im Internet: https://www.bib.bund.de/Publikation/2017/pdf/Un_Ruhestaende-in-Deutschland-Uebergaenge-Potenziale-und-Lebensplaene-aelterer-Menschen-im-Wandel.pdf;jsessionid=4734CB98DBE-D66E279A5932D213AB373.1_cid380?__blob=publicationFile&v=5

[4] Hahn L. (2018): Silver Worker an die Arbeit!, Online im Internet: <https://www.xing.com/news/insiders/articles/silver-worker-an-die-arbeit-xing15-1819920>

[5] Mai Jochen (2018): Silver Worker-Durchstarten im besten Alter, Online im Internet: <https://karrierebibel.de/silver-worker/>

[6] SICK AG (2010): Altersgemischte Teams in der SICK AG, Online im Internet: http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Gute-Praxis/Sick-Altersgemischte-Teams-in-der-Sick-AG.pdf?__blob=publicationFile



Safety Clip: Teile und (be)herrsche! Wie Wissensmanagement Patientenrisiken reduzieren hilft

„**W**issen ist Macht!“ schrieb Philosoph Francis Bacon (1561-1626) und legte damit den Grundstein für die Philosophie der Aufklärung. Wenn Wissen gleichzusetzen ist mit Macht, wie kann man dann diese Macht in die Prozesse des Krankenhauses zum Nutzen der Patientensicherheit integrieren? Kann die Redewendung „Teile und herrsche!“ vielleicht die Lösung sein? Angewendet auf das klinische Risikomanagement und auf das Wissensmanagement bedeuten diese beiden Sätze zum einen ein Streben nach mehr Wissen und zum anderen eine systematische und strategische Steuerung dieses Wissens, um definierte Ziele, zum Beispiel Patientensicherheit steigern und Haftungsrisiken reduzieren, zu erreichen.

Dem Krankenhausmitarbeitenden ist die Definition und Bedeutung des klinischen Risikomanagements klar. Sorgen doch Instrumente wie CIRS, Risikoaudits, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen im täglichen Krankenhausalltag für eine ständige Präsenz des Themas. Auch wenn die Ausgestaltung der einzelnen Werkzeuge jeweils unterschiedlich ist, so ist doch allen Mitarbeitenden bewusst, dass das klinische Risikomanagement eine Strategie ist, um Patientensicherheit zu fördern und bestenfalls Haftungsrisiken zu senken.

Der Begriff Wissensmanagement bietet indes Interpretationsspielräume, weil die Experten sich uneins darüber sind, was das „Wissen“ selbst eigentlich ist. Es besteht jedoch Konsens,



Vera Triphaus B.Sc.

Gesundheitswissenschaftlerin,
Risikoberaterin
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
GmbH
Klingenbergstr. 4
32758 Detmold
vera.triphaus@grb.de
www.grb.de

dass ein Wissensmanagement die systemische und bewusste Steuerung des Wissens in einer Organisation, sprich einem Krankenhaus, und mit seinen Individuen, also den Mitarbeitenden, meint. Es hat zum Ziel, das vorhandene Wissen in der Organisation zu halten und zu vermehren, um damit die Produktivität (hier zum Beispiel bestmögliche Patientenversorgung) und Wertschöpfung (zum Beispiel optimaler Ressourceneinsatz) zu steigern.

KANN EIN SYSTEMATISCHES WISSENSMANAGEMENT DAS KLINISCHE RISIKOMANAGEMENT UNTERSTÜTZEN UND SOMIT ZU MEHR PATIENTENSICHERHEIT BEITRAGEN?

Um diese Frage beantworten zu können, sollten die Begriffe „Daten“ und „Information“ genauer betrachtet werden, da sie im Sprachgebrauch häufig als Synonyme für „Wissen“ Verwendung finden. Die Unterschiede zwischen den Begriffen lassen sich am einfachsten mit Hilfe der „Wissenstreppe“ von North (1998) darstellen (siehe Abb.1).

Die vorhandenen Daten werden vom Individuum rezipiert und mit Bedeutungen versehen. Dadurch werden sie zu einer Information. Diese Information wird mit weiteren Informationen kombiniert und anschließend vor dem jeweiligen individuellen Erfahrungshintergrund abgeglichen. Am Ende dieser Stufen steht das Wissen des Einzelnen, welches die Voraussetzung für die weiteren Stufen wie Handlungen, Kompetenzen und Wettbewerbsfähigkeit bildet. Das Wissen ist an dieses einzelne Individuum gebunden.

In der Praxis des Krankenhausalltags kann die Wissenstreppe am Beispiel einer Blutanalyse so aussehen. Die Ziffern auf dem Laborbefundbogen sind Daten. Sie werden von einer Ärztin/einem Arzt betrachtet, die dazu ausgebildet sind, deren Bedeutung zu erkennen. Damit werden die Laborbefunde zu einer Informationsquelle über den Zustand des Patienten. Diese Information kombiniert die Ärztin/der Arzt mit weiteren vorliegenden Informationen, wie klinisches Erscheinungsbild oder bildgebende Diagnostik, und stellt sie in den Kontext zum Gesundheitszustand des Patienten. Das alles beantwortet die

Frage nach eventuellen weiteren therapeutischen Maßnahmen. Die weitere Versorgung des Patienten, das Können der Ärztin/des Arztes, sein/ihr (richtiges) Handeln, selbst die Wettbewerbsfähigkeit des Krankenhauses hängen somit entscheidend von ihrem beziehungsweise seinem Wissen ab.

QUALITÄTSNORM ISO 9001:2015 BETONT DIE BEDEUTUNG VON WISSENSMANAGEMENT

In der ISO 9001:2015, der führenden und am weitesten verbreiteten Qualitätsmanagementnorm, wird ein Zusammenhang zwischen Risikomanagement und Wissensvermittlung hergestellt. Der Begriff „Wissensmanagement“ wird nicht als einzelnes Risikoinstrument verwendet, vielmehr wird das „Wissen“ und der Umgang damit als strategische und systematische Ressource gesehen. Wissen wird hier ebenfalls als Ergebnis aus Daten und Informationen gedeutet, die vom Individuum zusammengesetzt werden und ihre Relevanz in einem spezifischen Kontext erhalten. Auch erkennt die ISO an, dass Wissen nicht gleichzusetzen ist mit objektiver Wahrheit. Wissen ist eine Überzeugung, die sich als Entscheidungsgrundlage bewährt hat. Damit ist Wissen an Individuen, sprich an den einzelnen Mitarbeitenden gebunden. Da das „Wissen“ die Entscheidungsgrundlage für spezifische Fragestellungen bildet, ist seine permanente Verfügbarkeit und Aktualität im Krankenhaus zwingend erforderlich. Ein systematisch gesteuerter Wissenstransfer vom Individuum zur Allgemeinheit, vom einzelnen Arzt zur Gesamtheit des Krankenhauspersonals ist also notwendig.

WIE MUSS EIN STRATEGISCHES UND SYSTEMATISCHES WISSENSMANAGEMENT BESCHAFFEN SEIN, WENN ES IM KRANKENHAUSALLTAG DIE SICHERHEIT DER PATIENTEN FÖRDERN UND DIE RISIKEN DER HAFTUNG REDUZIEREN SOLL?

Im Krankenhaus stehen den Mitarbeitenden eine Vielzahl an Daten- und Informationsquellen zu Verfügung, die die Grundlage des Wissens bilden. Die wichtigste Datenquelle ist der Patient selbst. Die Daten und Informationen des Patienten sind zwar subjektiv und auch durchaus unvollständig,

Triphaus V: Safety Clip: Teile und (be)herrsche! Wie Wissensmanagement Patientenrisiken reduzieren hilft. *Passion Chirurgie*. 2019 Juni, 9(06): Artikel 04_05.



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

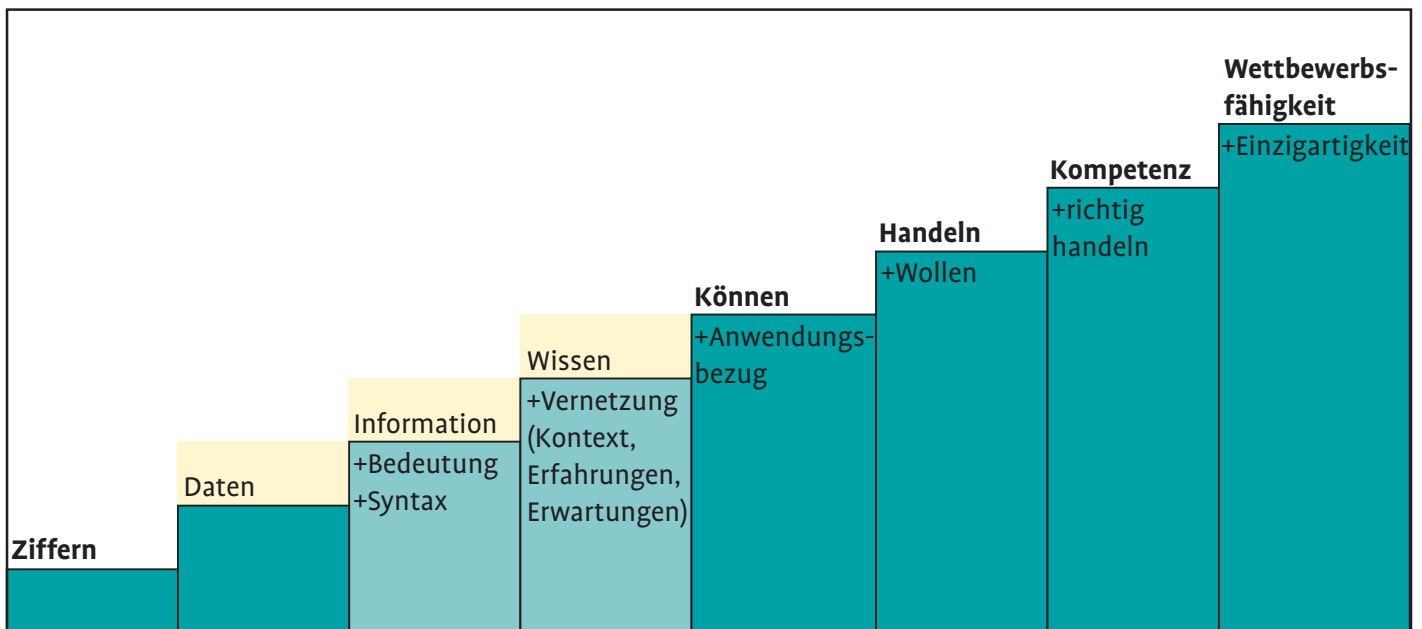


Abb. 1: Wissenstreppe nach North, 1998

nichtsdestotrotz ist der Patient selbst die wichtigste Informationsquelle.

Eine weitere Datenquelle sind die Untersuchungsbefunde, die das ärztliche Personal selbst ermittelt oder die ihm vorliegen. Je nach Digitalisierungsgrad der Einrichtung ist jeder extern erhobene Befund bereits in der elektronischen Patientenakte gespeichert, ansonsten liegt er als Papierversion vor. Befunde in Papierform können verschwinden. Es besteht das Risiko einer fehlerhaften Beurteilung. Es passiert regelmäßig, dass ein extern erhobener Befund nachträglich korrigiert werden muss. Damit steht er für eine korrekte Beurteilung der Gesamtsituation nicht zur Verfügung.

Deshalb muss ein Verfahren zwischen den Abteilungen abgesprochen sein, wie die Information über eine fraglich therapierelevante Befundänderung an die behandelnden Mitarbeitenden zeitnah weitergegeben wird.

In krankenhaus-eigenen Datenbanken beziehungsweise im Intranet werden Dokumente, zum Beispiel Verfahrensanweisungen, hinterlegt. Die Qualität dieser Datenbanken ist jedoch sehr unterschiedlich. So sind beispielsweise in einigen Datenbanken unterschiedliche Dokumente zum selben Thema an verschiedenen Orten gespeichert.

Entweder wurden bei Aktualisierungen veraltete Versionen nicht entfernt, oder es bestehen unterschiedliche Vorgehensweisen in den Abteilungen, die gegenseitig Dokumente einsehen können. Auch ist nicht immer festgelegt, wer nach welchen Verfahren in die Datenbank Dokumente einpflegen darf. Das Ergebnis ist eine völlig unübersichtliche Dokumentensammlung, die die Mitarbeitenden mehr verwirrt, als dass sie Wissen generieren kann. Wenn der Datenbank dann auch noch die Suchfunktion fehlt, ist sie ein Hindernis aber keine Hilfestellung.

Positiv hervorzuhebende Beispiele sind hier sicherlich Intranets, die nach dem Vorbild der Wikipedia-Plattform aufgebaut sind. Deren Bekanntheitsgrad ist so hoch, dass eine Anwenderschulung im Krankenhaus de facto entfällt.

Grundsätzlich ist zu empfehlen, dass eine Abteilung ihre in der Datenbank/dem Intranet abgelegten Dokumente regelmäßig auf Aktualisierungsbedarf und Doppelungen hin überprüft. Es sollte auch ein Verantwortlicher – meistens die Abteilungsleitung oder ein von ihr benannter Vertreter – für die Freigabe und Veröffentlichung verantwortlich sein.

Darüber hinaus muss sichergestellt werden, dass die Mitarbeitenden Änderungen zur

Kenntnis nehmen. Elektronische Datenbanken bieten hier oftmals Komplettlösungen. Falls diese (noch) nicht angeschafft wurden, ist anderweitig, zum Beispiel über eine Handzeichenliste, die Kenntnisnahme der neuen Informationen sicherzustellen. Ein einheitliches Vorgehen des gesamten Behandlungsteams kann nur funktionieren, wenn alle die gleichen Informationen besitzen und anwenden.

Veraltete Dokumente müssen zwar aus dem elektronischen oder papierbasierten System herausgenommen werden, jedoch sollten sie an anderer Stelle archiviert werden. Falls es zu juristischen Auseinandersetzungen kommt, kann ein kritisches Vorgehen anhand der damals gültigen festgelegten Verfahrensanweisungen begründet werden.

Der Patient hat ein Recht auf eine Versorgung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Das setzt eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung der Mitarbeitenden voraus. Da grundsätzlich nicht alle Mitarbeitenden zeitgleich an einer Fort- oder Weiterbildung teilnehmen können, besteht die Herausforderung, wie eine schnelle Umsetzung von theoretischem Wissen in die Praxis sichergestellt werden kann. Vor dem Theorie-Praxis-Transfer sollte sich jede Abteilungsleitung jedoch fragen, ob sie das neue Wissen auch bei sich

umsetzen möchte. Nicht immer sind aktuelle Erkenntnisse geeignet, in den eigenen Krankenhausstrukturen angewendet zu werden. Wird neues Wissen anscheinend unbegründet abgelehnt, kann dies jedoch zur Frustration bei den Mitarbeitenden führen. Kündigungen und damit einhergehend ein großer Verlust an Wissen für die Abteilung können die Folge sein.

Für die Umsetzung in die Praxis braucht es zudem eine festgelegte Vorgehensweise. Vielerorts wird in wöchentlich oder monatlich stattfindenden ärztlichen Qualitätszirkeln von der letzten Fortbildung referiert.

Die gewonnenen und umzusetzenden Neuerungen müssen natürlich verschriftlicht werden, damit jeder Mitarbeitende die Möglichkeit hat, diese nachzuvollziehen. Im Falle einer rein digitalen Verschriftlichung muss auch jeder Mitarbeitende darauf zugreifen können.

In der Praxis erlebt man, dass die der Abteilung zur Verfügung stehenden Verfahrensanweisungen als Dokumente (EDV- oder papierbasiert) gesammelt und hinterlegt sind. Trotzdem kommt es zu unterschiedlichen Vorgehensweisen innerhalb derselben Berufsgruppe, weil jeder die Vorgaben vor seinem eigenen Erfahrungshintergrund anders interpretiert, das heißt jeder wendet sein eigenes, erfolgreiches Wissen an. Eine einheitliche „Wissensbasis“ in der Abteilung ist somit nicht automatisch gegeben. Möchte man ein möglichst einheitliches und erfolgreiches Vorgehen bei der Patientenversorgung gewährleisten, ist es erforderlich die bestehenden Verfahrensanweisungen im Team regelmäßig zu besprechen, um Interpretationsspielräume zu klären und Vorgehensweisen festzulegen. Exzellenz erreicht diese Form des Wissensmanagements dann, wenn diese Besprechungen nicht nur innerhalb einer Berufsgruppe erfolgen, sondern mit allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen. Im Dialog über die jeweiligen Verfahrensanweisungen kann neues Wissen entstehen, das direkt in die Patientenversorgung einfließt. Darüber hinaus sorgt der interdisziplinäre Austausch für gegenseitiges Verständnis und führt zu einem einheitlichen Vorgehen. Es

wird eine gemeinsame Wissensbasis gebildet. Diese muss selbstverständlich auch regelmäßig, zum Beispiel jährlich, erneuert werden.

Ein Hindernis für diese gemeinsame Wissensbasis kann das Nebeneinander von EDV- und papierbasierten Dokumenten sein. Oftmals sind Änderungen auf den Papierdokumenten handschriftlich und schwer leserlich ergänzt. Eine offizielle Freigabe der Änderung hat damit nicht stattgefunden. Auch können EDV-Dokumente bereits aktualisiert worden sein, während der Ausdruck noch veraltete Hinweise enthält. Es sollte nur ein System als Datenbasis genutzt werden. Ausdrucke sind zeitnah zu entsorgen.

Als letztes sei auf die „Entleerung“ von veraltetem Wissen hingewiesen. Neue Erkenntnisse und Vorgehensweisen stoßen nicht immer nur auf große Begeisterung in der Praxis. Neben dem üblichen Totschlagargument: „Das haben wir schon immer so gemacht!“ stehen Mitarbeitende Neuerungen auch kritisch gegenüber, weil sie Bewährtes aufgeben müssen und eine Arbeitsverdichtung oder mögliche Sorgfaltspflichtverletzung befürchten. Es kommt zur inneren Ablehnung, und das neue Wissen findet keine oder unzureichende Anwendung in der Praxis. Es muss also für eine breite Akzeptanz des neuen Wissens gesorgt werden. Darüber hinaus sollte geprüft werden, ob das Wissen in der Praxis auch umgesetzt wird. Eine breite Akzeptanz kann durch eine offene Unternehmenskultur geschaffen werden, die den Einzelnen beteiligt und Entscheidungen transparent macht. Diese ist ebenfalls für eine gute Fehler- und Sicherheitskultur förderlich.

Die größte Herausforderung der Abteilungsleitung ist es, die unzähligen Daten- und Informationsquellen zu kennen und zu managen. Neben den oben aufgeführten Quellen kommen noch viele weitere formelle und informelle hinzu. Beispielsweise werden in einer Mortalitäts- und Morbiditätskonferenz wichtige Schlüsse für die zukünftige Patientenversorgung gezogen. Drei Meldungen aus dem CIRS-System zeigen sofortigen Handlungsbedarf auf. Leitlinien und Empfehlungen der Fachgesellschaften sollten gelesen, abgeglichen und umgesetzt werden. Ein

neuer Fachartikel wirft zahlreiche Fragen zur jetzigen Patientenbehandlung auf. Daneben gibt es das frei verfügbare Wissen aus dem Internet, was heute auch aus dem Krankenhausalltag nicht wegzudenken ist. Das unbekannte Syndrom eines Patienten wird dort genauso nachgeschlagen wie die SOP (Standard Operating Procedure) zur postoperativen Versorgung aus dem Nachbarkrankenhaus. Gleichzeitig kommt es vor, dass Befunde zwischen Ärzten per „WhatsApp“ kommuniziert werden, obwohl dies aus Datenschutzgründen untersagt werden sollte.

Es braucht also eine Struktur, wie und welches Wissen in der Abteilung gewonnen und weitergegeben wird. Die Mitarbeitenden sind aufgefordert, sich daran zu beteiligen, denn jeder Einzelne generiert sein eigenes subjektives Wissen, was zur Behandlung des Patienten, zur Organisation der Abteilung und zu deren Weiterentwicklung zur Verfügung steht. Der Rahmen, in dem das geschehen soll, ist von der Abteilungsleitung festzulegen.

Aber auch abteilungsübergreifende Wissensvermittlung spielt in der üblichen Routine eine Rolle. Die Querschnittsthemen im Krankenhaus wie Hygiene, Qualitätsmanagement oder Codierung unterliegen ebenfalls sich permanent verändernden Rahmenbedingungen. Sie erfordern eine ständige Anpassung, die den Mitarbeitenden kommuniziert werden muss.

KANN ALSO EIN STRATEGISCHES UND SYSTEMATISCHES WISSENSMANAGEMENT DAS KLINISCHE RISIKOMANAGEMENT UNTERSTÜTZEN UND SOMIT ZU MEHR PATIENTENSICHERHEIT BEITRAGEN?

„Nur Individuen können weise sein, Institutionen sind im günstigsten Fall gut konzipiert“, sagt Philosoph Peter Sloterdijk. Ein strukturiertes Wissensmanagement sorgt für eine gemeinsame, interdisziplinäre Wissensbasis, auf deren Grundlage der einzelne Mitarbeitende die Behandlung durchführen kann. In der gemeinsamen Wissensbasis ist nicht nur fachspezifisches therapeutisches Wissen gespeichert, sondern es herrscht auch Klarheit und Einigung über Vorgehensweisen. Da für das klinische Risikomanagement der

gelungene Dialog zwischen den Berufsgruppen zu einer offenen Fehler- und gelebten Sicherheitskultur beiträgt, wirkt ein systematisches Wissensmanagement hier maßgeblich unterstützend. Das führt zu einem hohen Grad an Patientensicherheit.

Gelingen kann dies, wenn die Abteilungsleitung entsprechende Rahmenbedingungen für das Wissensmanagement setzt und die Teamkultur entsprechend förderlich gestaltet. Das trägt zusätzlich dazu bei, dass Mitarbeitende nicht abwandern, sondern ihr Wissen kontinuierlich einfließen lassen.

Demnach kann man davon ausgehen, dass ein strukturiertes Wissensmanagement zur Patientensicherheit und damit auch zur Senkung von Haftungsrisiken beiträgt, wenn:

- der Transfer von Theorie zur Praxis festgelegt ist;
- in regelmäßigen interdisziplinären Besprechungen vorhandene und neue Verfahrensanweisungen bewusst und aktuell gehalten werden;

- nur eine Form der Dokumentation benutzt und konsequent fortgeschrieben wird;
- die Akzeptanz von Neuerungen durch eine offene Unternehmenskultur gefördert wird, welche maßgeblich die Patientensicherheit positiv beeinflusst;
- Rahmenvorgaben festgelegt werden, wie Wissen gewonnen und weitergegeben wird;
- abteilungsübergreifende Wissensvermittlung sichergestellt ist.

LITERATUR

- [1] North, K.: Wissensorientierte Unternehmensführung. Wertschöpfung durch Wissen. Gabler. Wiesbaden 1998
- [2] Wilkesmann, U., Rascher, I., Bönninghausen, M.: Wissensmanagement. Analyse und Handlungsempfehlungen. Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf 2003
- [3] Bohrer, A., Hähner, K., Krautz, B., Wissensmanagement. https://www.fh-muenster.de/gesundheits/Lerneinheit_Wissensmanagement.pdf. 2005. zuletzt eingesehen am 14.03.2019
- [4] Vollmar, G.: Wissensmanagement in der revidierten ISO 9001:2015 – Chancen und Risiken, erschienen unter: <http://www.community-of-knowledge.de/beitrag/wissensmanagement-in-der-revidierten-iso-90012015-chancen-und-risiken/>, Berlin 2015
- [5] Danijela, A.: Angewandtes Wissensmanagement: Die Bedeutung von Storytelling und Dialog in High Reliability Organizations in der dritten industriellen Revolution nach Jeremy Rifkin. Diplomarbeit. Linz. 2015

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

Praxistipps zum Hygienemanagement unter Berücksichtigung der neuen KRINKO-Empfehlungen für niedergelassene Operateure

Es ist nicht einfach, immer auf dem aktuellen Stand in Sachen „Hygienemanagement zum ambulanten Operieren“ zu sein. Ständig gibt es an den verschiedensten Stellen Veränderungen in Gesetzen, Verordnungen, KRINKO-Empfehlungen, Richtlinien, technischen Regeln und Leitlinien. Verantwortliche bzw. Beauftragte für das Hygienemanagement müssen zeitnah Kenntnis dieser Veränderungen bekommen, man ist in der „Hol“-Schuld. Bei der Auswertung der überarbeiteten bzw. neuen Texte muss festgestellt werden, ob diese Auswirkungen auf das hausinterne Hygienemanagement haben, das dann gegebenenfalls aktualisiert werden muss.

In diesem Artikel beschäftige ich mich unter anderem mit ausgewählten Passagen der aktuellen KRINKO-Empfehlung „Prävention von postoperativen Wundinfektionen“, die im April

2018 herausgegeben wurde. Im englischsprachigen Schrifttum werden diese Infektionen als Surgical Site Infections (SSI) bezeichnet. Ziel aller Hygienemaßnahmen bei invasiven Eingriffen/Operationen ist der Schutz von Patienten vor nosokomialen Infektionen, aber auch der Schutz von Mitarbeitern vor berufsbedingten Infektionen. Für einen wirksamen Infektionsschutz spielen diverse Faktoren wie persönliche Verhaltensweisen, patientenspezifische Schutzmaßnahmen, betrieblich-organisatorische, bauliche und apparativ-technische Präventionsmaßnahmen zusammen. Aufgrund der Komplexität der Thematik muss deshalb die Einrichtungsleitung in Zusammenarbeit mit einem Krankenhaushygieniker entsprechend den örtlichen Gegebenheiten und nach Risikoanalyse ein funktionierendes Hygienemanagement zur Prävention postoperativer Wundinfektionen ausarbeiten.





Stefan Franke

langjähriger Trainer und Referent
„Hygienemanagement“
Desinfektor
Techn. Sterilisationsassistent FK1
B. Braun Melsungen AG
stefan.franke@bbraun.com

In der oben genannten KRINKO-Empfehlung und auch im folgenden Artikel werden alle diagnostischen und/oder therapeutischen Maßnahmen, die mit Durchtrennung der Haut bzw. Schleimhaut – unter Ausschluss von Injektionen und Punktionen – einhergehen, als Operationen bezeichnet. Da das Wort „Eingriff“ im allgemeinen Sprachgebrauch uneinheitlich verwendet wird, wird im Folgenden ausschließlich der Begriff „Operation“ benutzt. Ersetzt und zusammengefasst werden vier ältere Veröffentlichungen der KRINKO, die sich mit der Hygiene bei ambulanten und stationären Operationen, Prävention postoperativer Wundinfektionen und raumlufttechnischen Anlagen beschäftigen. Ausdrücklich wird in der aktuellen Empfehlung darauf hingewiesen, dass die schon veröffentlichten Empfehlungen u. a. zur Händehygiene, Flächenreinigung und Desinfektion, Aufbereitung von Medizinprodukten, Injektion und Punktion sinngemäß und ergänzend Gültigkeit haben.

Ich werde auf das hygienische Verhalten des Personals bei Operationen – insbesondere beim Ein- und Ausschleusen –, die Vorbereitung der Patienten auf die Operation und Tätigkeiten zwischen den Operationen sowie am Ende des Arbeitstages eingehen. Ergänzt werden diese Ausführungen durch Praxisstipps für den Operationsalltag. Am Ende gehe ich auf die benötigten Akteure beim Aufbau eines Hygienemanagements zur Prävention postoperativer Wundinfektionen ein.

Meine Ausführungen für ein aktuelles Hygienemanagement beim ambulanten Operieren beginne ich mit einer Aussage, die in der neuen KRINKO-Empfehlung erst am Schluss aufgeführt wird. **Die Frage, ob eine Operation „ambulant“ oder „stationär“ durchgeführt wird, spielt für die Einschätzung des SSI-Risikos keine Rolle.** Entscheidend für die zu ergreifenden Präventionsmaßnahmen ist das SSI-Risiko der jeweiligen Operation. Diese sollte der Operateur zusammen mit dem Krankenhaushygieniker, u. a. unter Zuhilfenahme der erfolgten Infektionsdokumentation der Einrichtung, festlegen und daraus dann die notwendigen Präventivmaßnahmen ableiten. Beim ambulanten Operieren haben

wir definitiv den Vorteil, dass die präoperative Verweildauer extrem kurz ist.

VORBEREITUNG DES PERSONALS AUF EINE OPERATION

Für alle in der Operationsabteilung tätigen Personen ist es verpflichtend, dass sie diese über die Personalumkleide betreten. Natürlich wird der Bereich mit sauberen Händen und Fingernägeln, die kurz und rund geschnitten sind, betreten. Die Händewaschung ist nicht mehr Bestandteil jeder chirurgischen Händedesinfektion, weil dadurch die Wirksamkeit der Alkohole herabgesetzt wird. Sie sollte möglichst zehn Minuten oder früher vor der Händedesinfektion, spätestens jedoch vor dem Anlegen der Bereichskleidung erfolgen. Weitere Waschungen sind nur nach Verschmutzung oder nach dem Toilettengang erforderlich. Dass kein Schmuck, Ringe oder Uhren an Unterarmen und Händen getragen werden sowie keine künstlichen oder gegelten Fingernägel und kein Nagellack aufgelegt sind, ist auch außerhalb des OP-Trakts für alle am Patienten durchzuführenden medizinischen Tätigkeiten bekannt. Nun legt das Personal seine gesamte Oberbekleidung einschließlich der Schuhe ab. Nach hygienischer Händedesinfektion legen sie auf der reinen Seite keimarme (im Desinfektionswaschverfahren aufbereitete), farbige (d. h. als solche erkennbare) Bereichskleidung an.

Vor Betreten des Operationsraumes werden Mund-Nasen-Schutz (MNS) und Haarschutz angelegt, wobei Bart- und Kopfhaare sowie Mund und Nase vollständig bedeckt sein müssen. Der MNS wird vor jeder Operation erneuert. Wird er wegen einer sichtbaren Verschmutzung oder Durchfeuchtung erneuert, ist anschließend eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen.

Die chirurgische Händedesinfektion wird vom OP-Team einschließlich der instrumentierenden Mitarbeiter mit Hilfe alkoholbasierter Präparate durchgeführt. Diese Art der Desinfektion erfolgt vor jeder Operation. Der Zusatz eines remanent wirksamen Antiseptikums ist nicht erforderlich und erhöht lediglich das Risiko von Nebenwirkungen. Nach der chirurgischen Händedesinfektion legt das

Franke S: Praxisstipps zum Hygienemanagement unter Berücksichtigung der neuen KRINKO-Empfehlungen für niedergelassene Operateure. *Passion Chirurgie*. 2019 Juni, 9(06): Artikel 04_06.



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

OP-Team sterile Operationskittel und – wenn die Hände trocken sind – anschließend sterile Handschuhe an. Die sterilen OP-Handschuhe sind sowohl für den Patienten – als auch für den Personalschutz ausgelegt. Ist bei Operationen erfahrungsgemäß mit vermehrten Läsionen von Handschuhen zu rechnen, sind zwei Paar Handschuhe zu tragen. Ein farbiger Unterziehhandschuh beim „double gloving“ als Indikator ist vorteilhaft. Zu beachten ist, dass nach der manuellen Handhabung von scharfkantigen Implantaten oder Explantatbestandteilen bzw. der Entfernung von Zementbruchstücken (z. B. bei Endoprothesenwechsel) die Handschuhe zu wechseln sind. Dies gilt ebenso unmittelbar vor Implantation einer Gelenkendoprothese.

Als Schutzkittel werden als Medizinprodukt zertifizierte sterile OP-Kittel aus Einweg- oder Mehrwegmaterial verwendet, die, je nach Flüssigkeitsanfall, bei der Operation flüssigkeitsabweisend bzw. flüssigkeitsdicht sind. Ist mit dem Auftreten von Aerosolen/ Sekretpfützen zu rechnen, sind zusätzlich Schutzbrille oder Schutzschild zu tragen. Falls es während der Operation zur Kontamination des Operationskittels oder der Operationshandschuhe kommt, sind Kittel bzw. Handschuhe zu wechseln. Der Wechsel ist abseits vom Operationsfeld vorzunehmen.

Das übrige OP-Personal (z. B. Springer) schützt sich vor einer Kontamination der Hände mit potenziell kontaminierten Materialien oder Flüssigkeiten durch das Tragen von Schutzhandschuhen (pathogenfreie Untersuchungshandschuhe). Treten dann zufällig Verschmutzung auf, ist nach Entfernung der Schutzhandschuhe eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen, an die sich ggf. ein Händewaschen anschließt. Werden kontaminierte Gegenstände berührt (z. B. Manipulation am MNS), ist, ebenso wie vor allen Maßnahmen am Patienten, eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen.

Dass nach einem Toilettenbesuch eine Händewaschung durchgeführt wird, ist eine Selbstverständlichkeit. Ob aber auch neue Bereichskleidung angelegt werden muss, ist eine ungelöste Frage. Hier ist risikobabhängig eine Entscheidung in der Einrichtung zu

treffen. Natürlich ist dann vor Wiederaufnahme der Arbeit eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen.

Genauso wie das gesamte Personal die OP-Abteilung betritt, so verlässt es sie auch die Abteilung durch die Personalschleuse. Dort wird die gesamte Bereichskleidung abgelegt. Eine Unart ist es, während des OP-Programms in Bereichskleidung zwischen OP-Abteilung und anderen Bereichen der Einrichtungen zu wechseln. Sinnig erscheint es mir, am Ende des Operationstages, mit dem Hautschutzplan festgelegten Hautschutz- und Hautpfleppreparat die Hände einzureiben.

VORBEREITUNG DES PATIENTEN DIREKT VOR DER OPERATION

Auch wenn man davon ausgehen sollte, dass Patienten frisch geduscht zu einer Operation kommen, ist die Haut des Operationsgebietes außerhalb der Operationsabteilung gründlich zu reinigen. Nur wenn es unbedingt notwendig ist, sollten Haare im Operationsgebiet mittels Kürzen (Clipping), nicht aber durch Rasur entfernt werden. Der Zeitpunkt hierfür kann unter arbeitsorganisatorischen Gesichtspunkten gewählt werden. Das Kürzen sollte möglichst nicht im Operationssaal erfolgen.

Die gründliche Antiseptik der betroffenen Haut ist im Operationsraum mit einem Alkohol-basierten Hautantiseptikum durchzuführen, dem ein remanent wirkendes Antiseptikum zugesetzt ist. Welchem Wirkstoff hierbei der Vorzug zu geben ist, ist derzeit ungeklärt. Zur Antiseptik auf Schleimhäuten und dem Auge sind speziell zugelassene Antiseptika zu verwenden. Während der deklarierten Einwirkzeit ist das Hautareal satt zu benetzen und feucht zu halten. Dies wird durch ein mehrfaches Aufbringen des Antiseptikums erreicht. Die Wirksamkeit ist höher, wenn in den ersten 30 Sekunden der Auftrag durch mechanisches Einreiben mittels Kornzange und sterilem Tupfer erfolgt. Bei talgdrüsenreichen Hautarealen ist dabei auf die längere Einwirkzeit (z. B. Kopf, vordere und hintere Schweißrinne) zu achten. Geachtet werden muss darauf, dass der Patient nicht in einer Flüssigkeitsansammlung des Hautantiseptikums liegt. Dies hat nicht

selten, je nach Länge der Operation, zu Hautnekrosen oder u. a. beim Einsatz von HF-Instrumenten zur Verpuffung geführt. Nach der Antiseptik des OP-Feldes wird die Umgebung des Operationsgebietes steril mit je nach Flüssigkeitsanfall geeigneten Materialien abgedeckt. Die Verwendung von nicht antiseptisch imprägnierten Inzisionsfolien wird ausdrücklich nicht empfohlen.

Die Anzahl der im Operationsraum Anwesenden während eines Eingriffs, deren Fluktuation und deren Sprechen ist auf ein Mindestmaß zu begrenzen. Dabei sind die Türen des Operationsraumes möglichst geschlossen zu halten.

Selbstverständlich kommen nur sachgerecht aufbereitete Medizinprodukte zur Anwendung. Grundlage für die Aufbereitung ist das deutsche Medizinprodukterecht und insbesondere die KRINKO-/BfArM-Empfehlung zu den „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“. Kommt es während der Operation zur Kontamination des Sterilfeldes, ist das Operationsfeld neu abzudecken und sind unsteril gewordene Instrumente zu wechseln.

TÄTIGKEITEN NACH EINER OPERATION ALS VORBEREITUNG DER NÄCHSTEN OPERATION

Nachdem der Patient den Operationsraum verlassen hat, sind zunächst die Einmalmaterialien zu entsorgen. Hierbei sind insbesondere scharfe und spitze Gegenstände z. B. mit einer Kornzange in ein dementsprechend gekennzeichnetes Abfallbehältnis zu entsorgen. Hierbei werden Einmalskalpellklingen mit einer Klemme (**nicht** mit dem **empfindlichen Nadelhalter**) vom Skalpelligriff entfernt. Eingesetzte Instrumente und andere aufzubereitende Materialien sind grob zu reinigen, Arbeitskanäle mit zur Verfügung stehender Flüssigkeit zu spülen und danach abzulegen (nicht „abwerfen“, da dies zu irreparablen Beschädigung führen kann). Zu beachten ist hierbei, dass empfindliche Instrumente, wie z. B. mikrochirurgisches Instrumentarium oder Optiken, in entsprechende Siebe mit Halterungen abgelegt werden. Alles aufzubereitende Material wird in geschlossenen Behältern zur Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte transportiert. Hierbei wird insbesondere auf eine gefahrlose

Entsorgung spitzer Gegenstände geachtet. Benutzte Operationshandschuhe und Operationskittel sind noch im Operationsraum in dafür bereitstehende Behälter abzugeben.

Die patientennahen Flächen, alle sichtbar kontaminierten Flächen sowie der gesamte begangene Fußboden des Operationsraumes sind nach jeder Operation desinfizierend zu reinigen, wobei nach dem Abtrocknen der Raum (Fußboden) wieder begangen werden kann. Werden Armaturen und Waschbecken in den Waschzonen benutzt, sind sie in regelmäßigen Abständen zwischendurch desinfizierend zu reinigen. In den übrigen Nebenräumen erfolgt eine desinfizierende Zwischenreinigung bei sichtbaren Verschmutzungen. Kommt es zur Kontamination mit Bakteriensporen oder unbehüllten Viren, so sind für die Desinfektion sporozide bzw. viruzide wirksame Präparate auszuwählen, wobei auf die Auswahl der korrekten Konzentrationen und Einwirkzeiten für die jeweiligen Erreger zu achten ist.

Erst wenn nach vorangegangener Operation die Flächen-Zwischendesinfektion inkl. der vorgegebenen möglichst kurzen Einwirkzeiten abgeschlossen ist, darf mit der Vorbereitung der folgenden Operation begonnen werden. Die benötigten sterilen Instrumente und Materialien werden im Operationssaal von einer steril bekleideten Person auf steril abgedeckten Tischen hergerichtet. Diese sind anschließend bis zum Beginn der eigentlichen Operation mit sterilen Tüchern abzudecken. Erst danach finden weitere Aktivitäten im OP-Saal statt, wie zum Beispiel die Lagerung des Patienten und die Narkoseeinleitung.

Am Ende des täglichen OP-Programms werden alle Fußbodenflächen und potenziell kontaminierte Flächen in allen Räumen der Operationsabteilung einer desinfizierenden Reinigung unterzogen. Hierbei sind auch die Dokumentationshilfsmittel (z. B. Datenverarbeitungseinrichtungen) einer Desinfektion zu unterziehen.

HYGIENEORGANISATION BEIM AMBULANTEN OPERIEREN

Laut § 23 Infektionsschutzgesetz haben die Länder unter anderem Regelungen über die

Etablierung einer Hygieneorganisation in ambulant operierenden Institutionen zu treffen. Bis spätestens **31. Dezember 2019** sind Dienstleistungsverträge mit bzw. der Einsatz eines schon zu Beginn des Artikels erwähnten Krankenhaushygienikers sowie einer Hygienefachkraft vorzuweisen. Da die Regelungen je nach Land unterschiedlich ausfallen, empfehle ich die Informationen zu den einzuhaltenden Notwendigkeiten entweder bei den Abteilungen für das ambulante Operieren der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. bei den medizinischen Fachverbänden einzuholen.

Der Krankenhaushygieniker hat eine entsprechende Facharztausbildung bzw. erfolgreich an der curricularen Weiterbildung der Bundesärztekammer teilgenommen. Er ist in erster Linie beratend tätig. Er bewertet die für die Entstehung nosokomialer Infektionen vorhandenen Risiken und schlägt Maßnahmen zu ihrer Erkennung, Verhütung, Erfassung und Bekämpfung vor. Dies gilt auch für alle baulich-funktionellen und betrieblich-organisatorischen Erfordernisse des Ambulanten Operationszentrums. Bei Um- und Neubauten von Zentren ist er nachweislich beratend tätig bzw. hat ein Hygienegutachten in Ergänzung zum Bauantrag zu stellen. Er unterstützt die Geschäftsführung und den Hygienebeauftragten Arzt bei der Erfassung und Bewertung nosokomialer Infektionen, der Daten zu Art und Umfang des Antibiotika-Verbrauchs sowie zur Erfassung und Bewertung von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen.

Eine Hygienefachkraft hat eine staatliche Anerkennung in der Krankenpflege mit mindestens dreijähriger Berufserfahrung sowie erfolgreich an einer häufig zweijährigen berufsbegleitenden Weiterbildung teilgenommen. Sie unterstützt die Einrichtungsleitung und den Krankenhaushygieniker unter anderem durch eigene Begehungen der Einrichtungen, Schulungen des Personals und bei Behördenbegehungen.

Zudem wird in der Einrichtung ein Hygienebeauftragter Arzt gefordert. Er sollte die notwendige Facharztausbildung für die Tätigkeit haben und bis spätestens Ende 2019 eine im jeweiligen Land anerkannte 40-stündige Fortbildung unter Regie eines Krankenhaushygienikers absolviert

haben. Aufgabe des Hygienebeauftragten Arztes ist es, als Ansprechpartner für Fragen der Hygiene und Infektionsprävention zur Verfügung zu stehen sowie Verbesserungen des Hygieneplans und der Arbeitsabläufe anzuregen. Er sollte hierbei allen beteiligten Kräften, insbesondere der Hygienebeauftragten medizinischen Fachangestellten bzw. OP-Schwester/-Pfleger, unterstützend zu Seite stehen und bei hausinternen Fortbildungen des Personals mitwirken. Wichtige Aufgaben sind weiterhin das Erkennen, Erfassen und Bewerten von hygienischen Problemen sowie von nosokomialen Infektionen. Er dokumentiert Art und Umfang des Antibiotikaverbrauchs und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen bzw. Multiresistenzen.

Abgeleitet von der/dem Hygienebeauftragten in Pflege gibt es schon seit einiger Zeit die/den Hygienebeauftragte Medizinische Fachangestellte/n (MFA) MFA als Spezialist in/en, der/die mittlerweile u. a. in Bayern gefordert wird. Diese Spezialkraft ist nicht zu vergleichen mit der Hygienefachkraft, da ihre Fortbildung bisher nicht bundeseinheitlich geregelt ist und diese auch einen bei weitem geringeren Umfang besitzt. Sie ist aus meiner Sicht eine unverzichtbare Persönlichkeit in jeder Einrichtung und unterstützt als fester Bestandteil der Hygieneorganisation die Einrichtungsleitung bei der Erarbeitung und Umsetzung der Hygienevorgaben.

FAZIT

Wer seit eh und je dem Hygienemanagement in seiner Einrichtung Aufmerksamkeit geschenkt hat, wird bei den immer wieder anstehenden Umsetzungen von Neuerungen, z. B. in den neuen KRINKO-Empfehlungen, keine Probleme haben. Wichtig ist, dass man kontinuierlich am Aktualisierungsprozess dranbleibt. Hierfür ist es erforderlich, dass alle am Prozess beteiligten Personen regelmäßig geeignete Fortbildungen besuchen.

Literatur auf Anfrage beim Verfasser abzufragen.



Hygiene-Tipp: Periphere Venenkatheter



Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Zastrow
Chefarzt des Hygiene-Instituts der
REGIOMED-Kliniken Bayern/
Thüringen
hygiene@drzastrow.de



Dr. med. Helmut Adler
Hygieneinstitut der REGIOMED-
KLINIKEN Bayern/Thüringen
Facharzt für Chirurgie
Notfallmedizin
Curriculärer Krankenhaushygieniker

Das Infektionsrisiko, das periphere Verweilkanülen mit sich bringen, wird in der Regel unterschätzt, aber auch sie können Ausgangspunkt einer Sepsis sein.

Daher ist es von erheblicher Bedeutung, die folgenden Forderungen einzuhalten:

- ausschließlich sterile Spritzen, Kanülen und Instrumente verwenden,
- hygienische Händedesinfektion durchführen (Haut durch Aufsprühen des Desinfektionsmittels satt benetzen, mit sterilisiertem Tupfer verreiben, erneut aufsprühen und Einwirkzeit abwarten, die vom Hersteller deklarierte Einwirkzeit des Antiseptikums ist zu beachten),
- Einmalhandschuhe anlegen (Persönlichkeitsschutz!),
- empfehlenswert ist eine Verwendung von peripheren Verweilkanülen aus Polyurethan und Polytetrafluorethylen (PTFE, „Teflon“), dadurch gibt es eine deutlich geringere Phlebitisrate,
- desinfizierte Einstichstelle vor Venenpunktion nicht mehr palpieren (ist nach der Desinfektion dennoch eine erneute Palpation der Haut im Bereich der Punktionsstelle erforderlich, sind hierfür sterile Handschuhe zu verwenden),
- bei wiederholter Palpation der Einstichstelle muss die Hautdesinfektion wiederholt werden,
- bei Fehlpunktion Kanüle verwerfen und neue Kanüle verwenden,
- sterile Transparentverbände und sterile Gazeverbände scheinen nach neuesten Erkenntnissen aus hygienischer Sicht gleichwertig zu sein, jedoch muss der Transparentverband möglichst blasenfrei aufgebracht werden, denn die Blasen unter dem Transparentverband bieten ein ideales Milieu (feucht und warm) zur Vermehrung von Mikroorganismen,
- bei Einsatz von Gazeverbänden nach erfolgter Punktion sterile Kompresse unter und auf den venösen Zugang legen, allseits umschließendes Pflaster aufbringen,
- eine punktionsnahe Applikation von unsterilen Pflasterstreifen ist zu vermeiden,
- Verbände sind täglich zu inspizieren, bei Gazeverbänden die Insertionsstelle durch Palpation auf Druckschmerz untersuchen; bei eingeschränkter Kooperationsfähigkeit des Patienten ist ein täglicher Verbandwechsel erforderlich, wenn der Verband keine Inspektion der Einstichstelle zulässt, der Verband ist nur bei Bedarf zu wechseln (Durchfeuchtung, Verschmutzung, Ablösung, Infektionsverdacht),
- Venenverweilkanülen können so lange liegen bleiben, wie sie klinisch benötigt werden und keine Komplikationszeichen vorliegen; ein routinemäßiger Wechsel ist nicht erforderlich, die Indikation muss täglich neu überprüft werden,
- sofortige Entfernung bei fehlender Indikation und beim Vorliegen von Infektionszeichen oder anderen Katheter bedingten Komplikationen, z. B. apparente Phlebitis,
- wenn Verweilkatheter oder Verweilkanülen unter eingeschränkt aseptischen Notfallbedingungen gelegt wurden, sind diese so schnell wie möglich zu entfernen und unter hygienisch einwandfreien Bedingungen neu zu legen,
- nach dem Entfernen der Kanüle ist die Einstichstelle steril abzudecken.

Der Kurz Tipp gibt die Meinung der Autoren wieder.



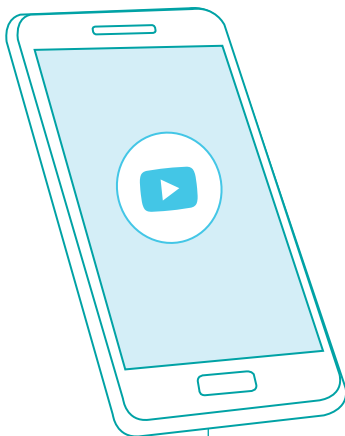
Zastrow KD, Adler H: Periphere Venenkatheter. Passion Chirurgie. 2019 Juni; 9(06): Artikel 04_06.



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

HYGIENE
CLIPGet Your
Disinfection

Erfolgreiche bundesweite
Kampagne des BDC
in Kooperation
mit DGKH und BDH



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

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

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

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

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



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



PATIENTENSCHUTZ DURCH HYGIENE IST EINE
BUNDESWEITE KONZERTIERTE AKTION VON:

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

Personalia



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

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

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 cheftätliche 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.

MAI 2019

Prof. Dr. med. Oliver Dewald wechselte von der Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie am



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

Universitätsklinikum Bonn an die Universitätsklinik für Herzchirurgie am Klinikum Oldenburg. Dort hat er die Position des Chefarztes übernommen.

PD Dr. med. Bertram Illert, Facharzt für Allgemein-, Viszeral- und spezielle Viszeralchirurgie, wechselte zum 01.04.2019 als Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie der Sana Kliniken Ostholstein Klinik Eutin an die Sana Kliniken in Lübeck.

Dr. med. Christian Bialas, zuvor leitender Oberarzt der Abteilung, ist seit Anfang des Jahres weiterer Chefarzt der Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie der Kliniken der Kreisspitalstiftung in Weißenhorn. Er leitet die Abteilung im Kollegialsystem zusammen mit **Dr. med. Robert Knaus**.

Dr. med. Jan Hoedemaker übernahm zum 01.04.2019 die Chefarztposition der Abteilung für Allgemein-, Unfall- und Handchirurgie am Marienhospital Ankum-Bersenbrück.

Dr. med. Matthias Karutz, zuvor Chefarzt der Chirurgie der Asklepios Sächsische Schweiz Klinik Sebnitz, übernahm zum 01.04.2019 die Leitung Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie des Malteser Krankenhaus St. Carolus in Görlitz.

Prof. Dr. med. Andrej Khandoga ist neuer Chefarzt der Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie der Main-Kinzig-Kliniken, Kreiskrankenhaus Gelnhausen. Er folgt auf Dr. med. Thomas Zoedler, der sich in den Ruhestand verabschiedete.

Dr. med. Bernd Klinge ist seit Anfang Januar 2019 neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie am Ameos Klinikum Bernburg.

Prof. Dr. med. Philipp Lechler ist seit dem 01.01.2019 neuer Chefarzt der Abteilung Unfallchirurgie der Kreiskliniken Altötting und Burghausen.

Dr. med. Frank Lehmann, Oberarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie der Havelland Kliniken in Nauen, wurde am 12.03.2019 für sein ehrenamtliches Engagement mit dem Bundesverdienstkreuz am

Bande ausgezeichnet. Lehmann nutzt seit Jahren seinen Urlaub, um Menschen in medizinisch unterentwickelten Ländern durch operative Eingriffe ein lebenswertes Dasein zu ermöglichen.

MU Dr. med. Ph. D. Milan Lisy leitet seit dem 01.03.2019 die Gefäßchirurgie am Krankenhaus Nordwest in Frankfurt am Main. Der Facharzt für Herz- und Gefäßchirurgie war zuvor Oberarzt der Abteilung.

PD Dr. med. Dimitrios Pantelis übernahm zum 01.03.2019 die Leitung der Allgemein- und Viszeralchirurgie der Standorte St. Marien-Hospital und St. Joseph-Hospital der GFO-Kliniken Bonn.

Dr. med. Michael Schölzel ist seit dem 01.03.2019 der neue Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie der HELIOS Klinik Zerbst. Er arbeitet zusammen mit **Dr. med. Joachim Böttger**, der das Kompetenzzentrum für Allgemein- und Viszeralchirurgie Bad Saarow-Zerbst leitet.

Dr. med. Nils Walther begann am 01.04.2019 seinen Dienst als Chefarzt der Chirurgischen Abteilung am Krankenhaus Emmaus Niesky. Walther war zuvor Chefarzt der Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie des Malteser Krankenhauses St. Carolus in Görlitz.

Dr. Andreas Wurlitzer wechselte bereits zum Anfang des Jahres als Chefarzt von Mittweida an das Ameos Klinikum Halberstadt. Dort leitet der Facharzt für Gefäß-, Viszeral- und endovaskuläre Chirurgie die Gefäßchirurgie.

JUNI 2019

Dr. med. Gerhard Abendschein übernahm zum 01. Mai 2019 die Leitung der Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie am Klinikum Crailsheim. Abendschein war zuvor Oberarzt der Klinik für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie am Universitätsklinikum des Saarlandes.

Dr. med. Malte Gerbig, bisheriger Leitender Arzt der Klinik für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin am Klinikum Friedrichshafen, wurde nun zum Chefarzt ernannt.

Prof. Dr. med. Philip Gierer ist seit Anfang Mai 2019 neuer Chefarzt der Klinik für Unfall-, Wiederherstellungs- und Handchirurgie des Städtischen Klinikum Dresden, Standort Friedrichstadt. Der Spezialist für Verletzungen nach Unfällen war zuvor Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Chirurgie Abteilung Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Universitätsmedizin Rostock.

Dr. Andreas Hüfner ist seit April 2019 Chefarzt der Zentralen Notaufnahme am Caritas-Krankenhaus St. Josef in Regensburg. Als Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie war er zuvor als Ärztlicher Leiter der Notaufnahme tätig. Dezember 2018 hat er als erster deutschsprachiger Chirurg die europäische Facharztprüfung in Notfallmedizin (EBEEM - European Board Examination in Emergency Medicine) erfolgreich absolviert.

PD Dr. med. Max V. Meyer-Marcotty wechselte als Chefarzt vom Klinikum Stadt Soest nach Lüdenscheid. Seit Anfang April 2019 ist er Direktor der Plastischen und Handchirurgie des Klinikum Lüdenscheid.

Dr. med. Claus Nill, Facharzt für Chirurgie, Herzchirurgie und Gefäßchirurgie, wechselte zum 01.04.2019 als Chefarzt der Gefäßchirurgie am DRK Krankenhaus Neuwied an die Klinik für Gefäßchirurgie und Phlebologie des Gemeinschaftsklinikums Mittelrhein Standort Kemperhof Koblenz.

Dr. med. Harald Rieger übernahm zum 01.05.2019 die Sektionsleitung für die Unfallchirurgie in der Asklepios-Stadtklinik Bad Tölz. Rieger war zuvor langjähriger Oberarzt der Chirurgie der Kreisklinik Wolftrathshausen.

Dr. med. Sylvia Weiner ist seit 01. Januar 2019 neue Chefärztin der komplett neuen Klinik für Metabolische und Bariatrische Chirurgie im Verbund der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Krankenhaus Nordwest (**Chefarzt Prof. Thomas W. Kraus**). In der Klinik wird das moderne Prinzip der kooperativen Leitung durch mehrere Chefärzte innerhalb der Allgemein- und Viszeralchirurgie verfolgt. ○

Haftung wegen Lebenserhaltung durch künstliche Ernährung?

AKTUELLE ENTSCHEIDUNG DES BUNDESGERICHTSHOFS

Ärztinnen und Ärzte haben die Aufgaben das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern sowie Sterbenden Beistand zu leisten. Somit besteht eine grundsätzliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung. Allerdings gibt es Situationen, in denen diese Pflicht nicht unter allen Umständen besteht. Bei Sterbenden, Patienten mit infauster Prognose oder Patienten mit schwerster zerebraler Schädigung kann eine Änderung des Behandlungsziels geboten sein, indem von lebensverlängernder und lebenserhaltender Versorgung auf palliativmedizinische Versorgung übergegangen wird. Die medizinische Indikationsstellung sowie dementsprechend Art und Ausmaß der Behandlung fallen in die Verantwortung des Arztes, der diesbezüglich den Patientenwillen berücksichtigen muss. Insofern wird Ärzten hier regelmäßig eine große Verantwortung aufgebürdet.

Doch kann ein Arzt haftungsrechtlich in die Verantwortung genommen werden und sich damit schadensersatzpflichtig machen, wenn er einen Patienten, dessen tatsächlicher oder mutmaßlicher Wille nicht feststellbar ist, durch künstliche Ernährung weiter am Leben hält, obwohl dessen krankheitsbedingtes Leiden dadurch verlängert wird?

Hierüber hat nun der Bundesgerichtshof mit aktuellem Urteil vom 02.04.2019 – VI ZR 13/18 entschieden.

SACHVERHALT

Der Patient (Jahrgang 1929) litt an fortschrittlicher Demenz, war bewegungs- und kommunikationsunfähig und erkrankte in den letzten beiden Jahren seines Lebens an Lungen- und Gallenblasenentzündungen. Von September 2006 bis zu seinem Tod im Oktober 2011 erhielt der Patient eine künstliche Ernährung mit PEG-Magensonde. Als Betreuer für Gesundheitsangelegenheiten war ein Rechtsanwalt bestellt.





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

Der Patient hatte weder eine Patientenverfügung erstellt, noch war eine anderweitige Feststellung seines tatsächlichen oder mutmaßlichen Willens hinsichtlich des Einsatzes lebenserhaltender Maßnahmen möglich.

Nunmehr verklagte der Sohn des Patienten nach dem Tod seines Vaters den Arzt auf Schadensersatz und Schmerzensgeld, da er behauptete, dass eine Therapiezieländerung spätestens Anfang 2010 dahingehend hätte erfolgen müssen, dass das Sterben seines Vaters durch Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen zugelassen werden musste. Denn die künstliche Ernährung habe nur noch zu einer sinnlosen Verlängerung des krankheitsbedingten Leidens seines Vaters geführt.

In I. Instanz vor dem Landgericht unterlag der Kläger. Die Berufungsinstanz, das OLG München, sprach ihm jedoch mit Urteil vom 21.12.2017 einen Schmerzensgeldanspruch in Höhe von 40.000 Euro zu. Begründet wurde dies damit, dass der Arzt im Rahmen seiner Aufklärungspflicht mit dem Betreuer die Frage der Fortsetzung oder die Beendigung der Sondenernährung hätte eingehend erörtern müssen. Bei unklarer bzw. zweifelhafter Indikation für einen ärztlichen Eingriff sei regelmäßig eine besonders umfassende Aufklärung durch den Arzt erforderlich. Dies sei jedoch nicht geschehen. Aufgrund dieser Pflichtverletzung des Arztes sei es zu einer Lebens- und gleichzeitig Leidensverlängerung gekommen, die nach Ansicht der OLG-Richter einen ersatzfähigen Schaden darstellte. Denn wenn nach Beweislastregeln zu unterstellen sei, dass der Betreuer den Patienten hätte sterben lassen, weil der Tod für ihn eine Erlösung gewesen wäre, müsse das aus Sicht der Richter auch schadensrechtlich so gesehen werden (vgl. zu alledem OLG München, Urteil vom 21.12.2017 – 1 U 454/17, ArztRecht 7/2018, S. 173 ff.)

Bei der Bemessung der Höhe des Schmerzensgeldes war aus Sicht der OLG-Richter zunächst zu beachten, dass bereits die Verletzung des Integritätsinteresses des Patienten, dem ohne wirksame Einwilligung über einen längeren Zeitraum mittels einer Magensonde Nahrung verabreicht wurde, für sich betrachtet ein Schmerzensgeld

rechtfertige. Als erschwerend sahen es die Richter an, dass der bettlägerige und inkontinente Patient über einen Zeitraum von ca. 21 Monaten bis zum Eintritt des Todes massive gesundheitliche Beeinträchtigungen (insb. Dekubiti, Krämpfe, Fieber, Schmerzen, Atembeschwerden, Pneumonien, Gallenblasenentzündungen) durchleiden musste, auch wenn eine eventuell starke Einschränkung seiner Wahrnehmungsfähigkeit aufgrund des fortgeschrittenen zerebralen Abbaus gegeben war. Zwar vertraten sie weiterhin die Auffassung, dass der Arzt diese Komplikationen nicht zu vertreten hatte, allerdings hielten ihn die Richter für mitverantwortlich an dem Weiterleben des Patienten in diesem Zustand. Aus diesen Gründen sah das OLG unter Berücksichtigung der verfassungsrechtlichen Wertentscheidung des Art. 1 GG und in Übereinstimmung mit den Grundsätzen der Rechtsprechung in Fällen schwerer Geburtsschäden es als gerechtfertigt an, ein über eine bloß symbolhafte Entschädigung hinausgehendes Schmerzensgeld zuzusprechen, dessen Höhe jedenfalls nicht in erster Linie davon abhängt, in welchem Ausmaß der Patient die Beeinträchtigung tatsächlich empfunden habe (vgl. OLG München, a. a. O., S. 178).

Diese OLG-Entscheidung hatte – aus Sicht des Verfassers zu Recht – deshalb für Aufsehen gesorgt, da sie bis dahin die erste war, die eine Lebensverlängerung rechtlich als Schaden qualifizierte.

ENTSCHEIDUNG DES BGH

Nunmehr hat jedoch der BGH die Entscheidung des OLG vollumfänglich aufgehoben und die Klageabweisung durch das Landgericht wiederhergestellt. Der BGH ließ es allerdings dahinstehen, ob dem Arzt hier eine Pflichtverletzung anzulasten sei.

Denn nach Auffassung des BGH scheidet ein Schmerzensgeldanspruch schon deshalb aus, da es keinen immateriellen Schaden durch die Lebensverlängerung gebe.

Dies begründete der BGH damit, dass sich der durch die künstliche Ernährung ermöglichte Zustand des Weiterlebens mit

Heberer J: Haftung wegen Lebenserhaltung durch künstliche Ernährung? Juni; 9(06): Artikel 04_08.



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

krankheitsbedingten Leiden und der Todes- eintritt gegenüberstünden. Als höchst- stranges Rechtsgut sei das menschliche Leben jedoch uneingeschränkt erhaltungswürdig. Einem Dritten komme kein Recht zu, über dessen Wert zu entscheiden. Aus diesen Gründen sei es untersagt, das Leben, selbst wenn das Weiterleben leidensbehaftet sei, als Schaden einzuordnen.

Es sei demzufolge auch basierend auf unse- rem Grundgesetz aller staatlichen Gewalt und damit auch der Judikative verwehrt, eine sol- che Schlussfolgerung, das Leben sei ein Scha- den, zu treffen. Dies gelte sogar dann, wenn der Patient selbst das Weiterleben nicht mehr als lebenswert ansehen würde und folglich lebenserhaltende Maßnahmen gegen seinen Willen zu unterbleiben hätten (vgl. BGH, **Pres- semitteilung vom 02.04.2019**, Nr. 040/2019, unter: <http://bit.ly/2Y7Rstg>).

Ebenfalls lehnte der BGH den geltend gemachten materiellen Schadensersatzan- spruch auf Ersatz der durch das Weiterleben bedingten Behandlungs- und Pflegeaufwen- dungen bereits dem Grunde nach ab. Denn diese fielen nicht unter den Schutzzweck der Aufklärungs- und Behandlungspflichten im Zusammenhang mit lebenserhaltenden Maß- nahmen. Eine Verhinderung wirtschaftlicher

Belastungen, die mit dem Weiterleben und den dem Leben zugehörigen krankheitsbe- dingten Leiden einhergehen, sei mit diesen Pflichten nicht beabsichtigt. Ebenso, so der BGH deutlich, sollen diese Pflichten nicht dazu verhelfen, die Erben tunlichst vor einer Minderung des Vermögens des Patienten zu bewahren (vgl. BGH, a. a. O.).

STELLUNGNAHME

Der BGH hat damit ganz klar eine Entschei- dung dahingehend getroffen, dass ein (Wei- ter-) Leben niemals als immaterieller Schaden eingestuft werden könne und die sogenannte „Wrongful-Life“-Theorie abermals in Bezug auf einen Schmerzensgeldanspruch entschie- den zurückgewiesen.

Dieses Urteil ist für die Ärzteschaft eine wich- tige und entlastende Botschaft in dem Sinne, als dass sie für die Erhaltung menschlichen Lebens zivilrechtlich nicht haften.

Zudem ist dieser Entscheidung auch aus ethi- scher Sicht zuzustimmen, da ansonsten prak- tisch unbeeinflusst vom Patientenwillen eine Bewertung stattfinden müsste, bis zu wel- chem Zeitpunkt oder unter welchen Umstän- den ein Leben noch als lebenswert und wann es als Schaden anzusehen ist.

Aus diesem Urteil könnte sich eventuell aber auch noch eine weitere enorme Bedeutung für die zukünftige Arzthaftung ergeben. Denn der BGH hat hier auch den Ersatz der Behand- lungs- und Pflegekosten mangels Subsumie- rung unter den Schutzzweck der ärztlichen Aufklärungs- und Behandlungspflichten abgelehnt. Dies könnte die jahrzehntelange Rechtsprechung des BGH obsolet machen, wonach bisher insbesondere bei Geburts- schadensfällen anerkannt war, dass zwar kein Schmerzensgeld für ein „Wrongful Life“ geschuldet werde, allerdings grundsätzlich ein Anspruch auf die Behandlungskosten gegeben sein könnte. Inwieweit der BGH sich von dieser gefestigten Rechtsprechung jedoch tatsächlich abwenden will, wird man gegebenenfalls erst nach genauer Durch- sicht der bis dato noch nicht veröffentlichten Urteilsgründe feststellen können.

Ebenso wird man nach Veröffentlichung der Urteilsgründe abwarten müssen, ob der Sohn des Patienten dieses BGH-Urteil mit der Verfassungsbeschwerde zum Bun- desverfassungsgericht angreifen wird. Die Veröffentlichung der Urteilsgründe sowie der etwaige weitere Verfahrensgang bleiben somit mit Spannung abzuwarten. ○



Fragen und Antworten zu Scheidung und Immobilien

FRAGE 1: ZUGEWINN UNTER EHELEUTEN

Von meinem Vater habe ich vor zehn Jahren eine Haushälfte in einem Vorort von München geerbt, welche damals den Wert von 400.000 Euro hatte. Ich bin seit 20 Jahren verheiratet und beabsichtige, mich scheiden zu lassen. Das Haus ist in den letzten zehn Jahren um das Doppelte im Wert gestiegen. Mein Mann verlangt Zugewinnausgleich, was kann ich tun?

Antwort: Ehegatten ohne Ehevertrag leben im Gütestand der Zugewinnngemeinschaft. Viele Ehegatten sind mit diesem gesetzlichen

Gütestand durchaus einverstanden, wollen aber bestimmte Vermögensmassen, z. B. den Wert oder den Wertzuwachs einer ganz bestimmten Immobilie nicht im Rahmen einer Scheidung mit dem anderen Ehegatten teilen.

WIE FUNKTIONIERT DER ZUGEWINNAUSGLEICH?

Kommt es zur Scheidung, kann ein Zugewinnausgleich durchgeführt werden. Zur Ermittlung des Zugewinns eines jeden Ehegatten während der Ehezeit wird dessen gesamtes Vermögen am Tag der Heirat und am Tag der



Eva Fleschutz

Fachanwältin für Familienrecht
Zertifizierte Mediatorin, München



Dr. jur. Jörg Heberer

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

Zustellung des Scheidungsantrages bewertet (Stichtagsprinzip).

Das Vermögen jedes Ehegatten bei Eheschließung (Anfangsvermögen) wird von seinem Vermögen am Tag der Zustellung des Scheidungsantrages (Endvermögen) in Abzug gebracht. Die Differenz ist sein oder ihr Zugewinn. Der Ehegatte mit dem höheren Zugewinn zahlt dem anderen Ehegatten die Hälfte der Differenz als Zugewinnausgleich.

Vermögen, das ein Ehegatte nach Eheschließung geerbt oder geschenkt bekommen hat, wird dem Anfangsvermögen hinzugerechnet in Höhe des Wertes, den es zum Zeitpunkt der Schenkung oder des Erfalls hat.

Die geerbte oder geschenkte Immobilie ist also mit ihrem Wert beim Erwerb, da im Anfangsvermögen stehend, nicht dem Zugewinnausgleich unterworfen. Allerdings ist ihr Wertzuwachs bis zur Zustellung des Scheidungsantrags (Stichtag) durchaus dem Zugewinnausgleich unterworfen, denn der Wert der Immobilie im Zeitpunkt der Scheidung kommt ins Endvermögen. Dies kann in Gebieten mit hohen Zuwächsen bei den Immobilienpreisen zu erstaunlichen Ergebnissen führen, welche auch grundsätzlich vom Gesetzgeber so nicht geplant oder vorausesehbar waren.

Konkret für die Frage eins bedeutet dies:

Im Anfangsvermögen der Ehefrau steht die Immobilie mit dem Wert 400.000 Euro, im Endvermögen steht die Immobilie mit einem Wert von 800.000 Euro. Die Ehefrau hat daher einen Zugewinn von 400.000 Euro, welchen sie mit dem Ehemann, der in unserem Beispiel nichts geerbt hat und auch sonst kein Vermögen erworben hat während der Ehe hälftig teilen muss und ihm daher zum Ausgleich von 200.000 Euro verpflichtet ist. Sie muss nun einen hohen Kredit aufnehmen, um ihr Haus erhalten zu können oder ist vielmehr gezwungen, aufgrund der Scheidung das Haus zu verkaufen.

Um sicherzustellen, dass ein solch unbefriedigendes Ergebnis nicht passiert, bedarf es einer ehevertraglichen Gestaltung zwischen den Ehepartnern. Dieser Vertrag kann zu

jedem Zeitpunkt der Ehe, d. h. auch noch kurz vor der Scheidung oder im Rahmen der Scheidung geschlossen werden. Er kann sich auch nur auf die herauszunehmende Immobilie beziehen, ohne dass gleich der ganze Zugewinnausgleich, etwa durch die Vereinbarung von Gütertrennung, wegfällt. Wie bei allen Eheverträgen sind bestimmte rechtliche Vorgaben einzuhalten. Es sollte ein Fachmann oder eine Fachfrau herangezogen werden, um eine Gesamtabwägung der ehelichen Lebensverhältnisse und des Vermögens der Eheleute vorzunehmen. Dadurch kann auch verhindert werden, dass die Gestaltung des Vertrags später vor einem Gericht als sittenwidrig und damit nichtig eingestuft wird. Hierbei ist immer die aktuelle Rechtsprechung einzubeziehen. Die Immobilie, die aus der Berechnung des Zugewinnausgleiches herausgenommen wird, sollte im Vertrag zweifelsfrei bezeichnet werden können, dies ist bei im Grundbuch vermerkten Immobilien in der Regel kein Problem. Soweit die Immobilie noch nicht abbezahlt ist und mit einem Darlehen belastet ist, sollte vertraglich geregelt werden, dass auch die betreffende Verbindlichkeit aus dem Zugewinnausgleich ausgeschlossen wird. Unterbleibt dies, so ist der restliche Zugewinnausgleich streitanfällig, da unklar ist, wie mit dieser Verbindlichkeit umzugehen ist. Soweit die Immobilie vermietet ist und Erträge abwirft, die angelegt werden und nicht dem ehelichen Verbrauch unterliegen, müssen sich die Ehepartner auch einig sein, wie mit diesen Mieterträgen umgegangen wird. Fließen diese Mietzahlungen in den Zugewinnausgleich ein? Außerdem müssen die Eheleute darüber einig sein, woher die Lasten, z. B. Nebenkosten und Grundsteuer für das Objekt, genommen werden. Hier gibt es verschiedene Lösungsmöglichkeiten, die in diesem Rahmen bei dem Ehevertrag beschlossen werden sollten.

FRAGE 2: ZUGEWINNAUSGLEICH BEI DACHAUSBAU

Wir haben einen Ehevertrag, der Wertzuwachs der Immobilie ist aus dem Zugewinnausgleich wirksam herausgenommen worden, dennoch haben wir gemeinsam im weiteren Verlauf einen Dachausbau vorgenommen, die Kosten hat der Nichteigentümer getragen.

Fleschutz E, Heberer J: Fragen und Antworten zu Scheidung und Immobilien. Juni; 9(06): Artikel 04-10.



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

Bekommt dieser Ehegatte im Falle einer Scheidung dieses Geld zurück?

Antwort: Nein! Die Verwendungen sind der Immobilie und somit dem Eigentum des anderen Ehegatten zugeflossen. Auch wenn sich der Wert des Hauses damit massiv gesteigert haben mag, etwa aufgrund der Erhöhung der Wohnfläche beim Dachausbau, gibt es keinen Ersatz im Falle der Ehescheidung, wenn die Immobilie vom Zugewinnausgleich mit Ehevertrag ausgenommen war. Daher bei der Abfassung des Ehevertrages bereits entsprechende Formulierungen mit aufnehmen oder später, wenn teure Verwendungen auf die Immobilie vom anderen Ehegatten erfolgen, den Ehevertrag entsprechend abändern lassen.

Es empfiehlt sich grundsätzlich bei Vorliegen eines Ehevertrages, diesen in regelmäßigen Zeitabständen einer Überprüfung auf die aktuelle Situation zuzuführen. Dank der Smartphones unserer Tage ist das Eintragen eines Wiedervorlagetermins auch in zehn Jahren kein Problem und sollte beim Abschluss des Ehevertrages gleich eingetragen werden.

FRAGE 3: SCHENKUNG EINER IMMOBILIE UNTER VORBEHALT DER RÜCKFORDERUNG

Meine Eltern möchten mir zur Reduzierung später eventuell anfallender Erbschaftssteuer eine Immobilie zukommen lassen, allerdings nur, wenn ich einen Ehevertrag abschließe. Dies lehnt mein Ehegatte jedoch derzeit kategorisch ab. Gibt es andere Möglichkeiten für meine Eltern, zu verhindern, dass im Falle einer Scheidung das Schwiegerkind nicht von der Schenkung der Immobilie profitiert bzw. das eigene Kind Ausgleichszahlungen aufgrund Wertzuwachses der Immobilie zahlen muss?

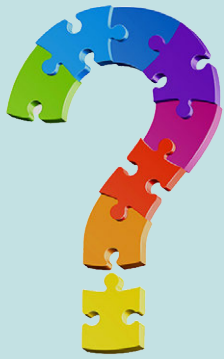
Antwort: Hier kommt eine Übertragung der Eltern auf ihr Kind unter dem Vorbehalt der Rückforderung in Betracht. Ein Rückforderungsgrund kann die Einreichung des Scheidungsantrages bzw. die rechtskräftige Scheidung des Kindes darstellen. Den Eltern ist es möglich, in einem Schenkungsvertrag niederzulegen, dass im Falle einer Trennung und späteren Scheidung der Ehepartner die Wohnung oder das Haus an sie zurückfallen

soll. Dies kann auch für das Vorversterben des Kindes niedergeschrieben werden.

ZUSAMMENFASSUNG

Durch eine gut beratene und wohlüberlegte ehevertragliche Gestaltung ist ein im Rahmen der Ehe entstandener Wertzuwachs einer Immobilie oder einer sonstigen Vermögensmasse aus dem Zugewinnausgleich auch kurzfristig herausnehmbar. Ein Ehevertrag bietet gerade auch schon getrenntlebenden Ehepartnern die Möglichkeit, eine für alle Seiten befriedigende Lösung zu finden. Auch wenn es keinen Ehevertrag gibt, können Schwiegereltern verhindern, dass ihre an das eigene Kind geschenkte Immobilie im Falle der Scheidung dem Schwiegerkind gegenüber auszugleichen ist. Da jede Konstellation anders ist, empfiehlt sich eine gute Beratung beim darauf spezialisierten Fachanwalt für Familienrecht.





Verbot bestimmter Eingriffe aufgrund Personalmangels

Frage & Antwort



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

FRAGE:

Ein Oberarzt fragt an, ob er sich an eine Dienstanweisung des Krankenhausträgers halten müsse, die die Durchführung bestimmter OP-Eingriffe mangels Vorhandenseins einer ausreichenden Anzahl an entsprechend ausgebildetem Intensivpflegepersonal verbietet, wenn der Patient nach entsprechender Aufklärung hierüber trotzdem in den Eingriff einwilligt.

ANTWORT:

Zunächst ist aus arbeitsrechtlicher Sicht das „Verbot“, bestimmte Bauchortenaneurysmen zu operieren, weil es an entsprechend ausgebildetem Intensivpflegepersonal fehlt, als arbeitgeberische Dienstanweisung leider strikt zu beachten.

Die Geschäftsleitung muss aufgrund entsprechender Organisationspflicht nach Ansicht des Verfassers sogar verhindern, dass derartige Eingriffe ausgeführt werden, wenn aufgrund eines zu geringen, entsprechend qualifizierten Personalstandes im Pflegebereich die adäquate, postoperative Betreuung der Patienten nicht gesichert ist. Ein Verstoß gegen diese Anweisung könnte arbeitsrechtlich geahndet werden (z. B. durch Abmahnung, im Wiederholungsfalle fristlose Kündigung).

Zudem bestünden haftungsrechtliche Probleme im Schadensfall (bis hin zum Verlust des Versicherungsschutzes).

Hieran würde auch ein Schriftstück, wonach etwa ein Privatpatient nach entsprechender

Aufklärung in Kenntnis der Umstände dennoch die Durchführung des Eingriffs ausdrücklich wünscht, nach Auffassung des Verfassers nichts ändern:

Denn zum einen dürfte sich der Arzt selbst mit einem solchen Schriftstück nicht über die arbeitgeberische Dienstanweisung hinwegsetzen. Zum anderen läge aus haftungsrechtlicher Sicht ein sogenannter Übernahmeverschulden vor, wenn es aufgrund des Personalmangels zu einem Patientenschaden im Rahmen des Eingriffs kommt. Der Patient kann durch seine Erklärung nicht im Vorhinein auf sämtliche, ihm etwaig zustehende Haftungsansprüche wirksam verzichten. Zudem blieben weiterhin die etwaigen übergegangenen Haftungsansprüche der Sozialversicherungsträger bzw. Krankenversicherer bestehen.

Somit ist aus rechtlicher Sicht des Verfassers nur dringend zu raten, der Anweisung des Arbeitgebers Folge zu leisten, da andernfalls rechtliche Folgen drohen, selbst wenn ein Patient nach entsprechender Aufklärung sein Einverständnis hiermit erklären und einen Verzicht auf seine Haftungsansprüche abgeben sollte.

Der einzige Weg, diese Eingriffe wieder zulässigerweise erbringen zu können, führt nach Meinung des Verfassers über die Einstellung des notwendigen Pflegepersonals mit anschließender, ausdrücklicher Aufhebung des Operationsverbots durch die Geschäftsleitung. ○

Heberer J. F+A: Verbot bestimmter Eingriffe aufgrund Personalmangels. 2019 Juni; 9(06): Artikel 04_10.



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

Spahn bringt Gesundheitspolitik dauerhaft in die Schlagzeilen



INTERVIEW MIT PROF. DR. MED. DR.
H.C. H.-J. MEYER, BDC-PRÄSIDENT UND
GENERALSEKRETÄR DER DGCH

Kongresszeitung: Gesundheitsminister Jens Spahn ist seit März 2018 im Amt und hat die Gesundheitspolitik in dieser Zeit dauerhaft in die Schlagzeilen gebracht. Fast täglich lesen wir auch in der Laienpresse, worum der Gesundheitsminister sich kümmern will – ob es nun um die Verordnung von Hilfsmitteln, die schnellere Zulassung neuer Behandlungsmethoden, die Förderung der Organtransplantation, die Einführung der digitalen Gesundheitskarte, das Verbot von Therapien gegen Homosexualität oder die Lenkungsfunktion des Hausarztes geht. Der „Hauruck-Minister“, wie das Nachrichtenmagazin *Spiegel* ihn kürzlich nannte, positioniert sich sehr deutlich zu den unterschiedlichsten Themen. Wie beurteilen Sie diese Vorgehensweise?

Prof. Meyer: Der seit etwa einem Jahr vorherrschende, sehr persönliche Politikstil des Ministers Spahn im Umgang mit den Akteuren im Gesundheitswesen ist schon etwas gewöhnungsbedürftig. Wenn auch sein Vorgänger im Amt, Hermann Gröhe, mit 25 Gesetzesvorlagen außerordentlich

produktiv war, zeigte er sich jedoch stets bemüht, die Veränderungen möglichst im Konsens mit den Beteiligten umzusetzen. J. Spahn hingegen agiert nach dem Motto: „Ich bin gewählt worden, um zu entscheiden!“ Seit 2002 in den Bundestag gewählt und als langjähriger gesundheitspolitischer Sprecher seiner Fraktion kennt er dabei alle Facetten des Gesundheitssystems in unserem Land sehr genau. Nach kurzem Abstecher in die Finanzpolitik sagte er dann als Minister, dass man nach Rückkehr in die Gesundheitspolitik feststellen kann, in der Diskussion gar nicht so viel verpasst zu haben. Nach seinem Credo, was er auch bei der Bewerbung um den Parteivorsitz der CDU vortrug, braucht die Zukunft Ungeduld, braucht Tatendrang! Dieses bekam man bei der Darstellung seiner Vorstellungen, wobei er keiner Konfrontation aus dem Wege geht, mehr als deutlich zu spüren. Nach einem geschickten Umbau seines Ministeriums mit einem kompetenten, auch gesundheitspolitisch erfahrenen Team, also nach der „Inhouse-Politik“, wurde man fast trommelfeuerartig mit neuen Gesetzesvorlagen konfrontiert, die teilweise aber genauso schnell revidiert oder in andere Gesetze verschoben wurden.



© iStock/zenon



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

Mit freundlicher Genehmigung des Kaden Verlags übernommen aus der DGCH Kongresszeitung 2019 vom 28. März 2019, Seite 1.

Dabei gelang es J. Spahn, sein Ministerium und sich selbst ins Rampenlicht mit entsprechend medialer Beachtung zu setzen, unterstützt durch zahlreiche Äußerungen in den sozialen Medien auf allen Kanälen. Unter den nachfolgenden zahlreichen Gesetzesvorlagen seien nur das Versichertenentlastungs-, Pflegepersonalstärkungs- oder das Terminservice-Versorgungsgesetz genannt. Nach Meinung von K. Lauterbach würden gerade letztere beiden das deutsche Gesundheitssystem entscheidend verändern. Dies trifft allerdings nur mit erheblichen Einschränkungen zu. Die Aufstockung des Pflegepersonals um 13.000 Vollkräfte wurde anfänglich zwar begrüßt, wobei sich die positive Resonanz schnell relativierte, als es um die Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen in vier pflegeintensiven Bereichen ging. Als die Selbstverwaltungsorgane, vertreten durch die deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-SV), keine Einigung in diesem Punkt erzielen konnten, zeigte der Minister seine Qualitäten als Entscheider, in dem die Personaluntergrenzen durch sein Ministerium festgelegt wurden; dies auch im Bewusstsein, dass die Vorgaben nicht allorts zu realisieren sind.

Sämtliche Diskussionen um das Terminservice- und Versorgungsgesetz gehören jetzt der Vergangenheit an, denn am 14. März 2019 ist der mittlerweile auf mehr als 200 Seiten angewachsene Gesetzesentwurf vom Bundestag mit den Stimmen der Regierungskoalition verabschiedet worden und kann zum 1. Mai 2019 in Kraft treten. Nach Meinung von J. Spahn wird dieses Mammutwerk die Versorgung schneller, besser und digitaler machen. Es finden sich auch finanzielle Anreize für die Ärzte, allerdings wird von der Ärzteschaft dieses nicht als Mehrvergütung angesehen, sondern lediglich als Ausgleich für tatsächlich erbrachte Leistungen. Mit Blick auf die elektronische Gesundheitskarte bestätigte der Minister zwar eine Entmachtung der Selbstverwaltung, aber nur deshalb, weil sie nicht in der Lage war, notwendige

Entwicklungen voranzutreiben. Vom Koalitionspartner SPD wird das verabschiedete Gesetz als Abschaffung der Zweiklassenmedizin und als wichtiger Schritt in Richtung Bürgerversicherung begrüßt, denn nach K. Lauterbach werde dieses Ziel immer noch langfristig weiter verfolgt. Nach Einschätzung des Gesundheitsministers werden die durch das Gesetz verursachten Mehrkosten knapp 2 Milliarden € im Jahr ausmachen, um den Versorgungsalltag der Bevölkerung zu verbessern.

Kongresszeitung: Mit einer nahezu unüberschaubaren Flut von Gesetzen, Änderungsanträgen und Ideen hat Minister Spahn zahlreiche Akteure des Gesundheitswesens gegen sich aufgebracht: Ob es nun um die Einführung der Liposuktion beim Lipödem als Kassenleistung oder die Übernahme der Mehrheitsanteile der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte – Gematik – geht, die Reaktionen des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Bundesärztekammer oder der Krankenkassenvertreter reichen von frostig bis hochgradig verärgert. Wie ist die Stimmung bei der DGCH und beim BDC?

Prof. Meyer: Unabhängig vom neuen Gesundheitsminister ist die Stimmung bei der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) intern erfreulicherweise sehr derzeit sehr gut, bedingt durch die wenig konfrontative Zusammenarbeit zwischen der wissenschaftlichen Fachgesellschaft und dem Berufsverband. Was die Stimmung allerdings vor allem bei den niedergelassenen Vertragsärzten erheblich gestört hat, waren die im geplanten Terminservice- und Versorgungsgesetz aufgeführten Vorgaben der Sprechzeiten mit einer Erhöhung auf 25 Stunden wöchentlich sowie die Bereitstellung von fünf freien Sprechstunden. Der teilweise weiterhin bestehenden Proteste der Ärzteschaft konnten auch nicht dadurch abgemildert werden, dass der Minister erklärte, diese Gesetzesvorlage sei als Kompromiss zum Erhalt der privaten Krankenversicherungen, also

Meyer HJ: Minister Spahns Politikstil ist gewöhnungsbedürftig. *Passion Chirurgie*. 2019 Juni, 9(06): Artikel 05_01.



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

zur Vermeidung der von anderen Parteien geforderten Bürgerversicherung, zu sehen. Die von Sachverstand unterstützte und vorgetragene Realität zur Tätigkeit der niedergelassenen Kollegen wurde weitgehend ignoriert und von Seiten der großen Koalition wurde ein Festhalten an der 25-Stundenregelung bestätigt, auch wenn eine solch geplante Gesetzgebung als massiver Eingriff in die Freiberuflichkeit der Ärzte wie auch der Aufgaben der Selbstverwaltung zu bezeichnen ist. J. Spahn stellte sich dann sogar einer Diskussionsrunde mit den Vertragsärzten und zeigte sich über die Reaktion dieser erstaunt, wenn doch die Sprechstundenzeiten sowieso erreicht würden und stellte gleichzeitig eine verbesserte Vergütung in Aussicht. Völlig absurd muss in diesem Zusammenhang aber die Forderung der Deutschen Stiftung Patientenschutz angesehen werden, wenn eine genaue Kontrolle der Praxissprechzeiten zu erfolgen hat. Ähnliche Ansichten werden auch vom GKV-SV geteilt, die eine Erweiterung der Sprechstunden am Wochenende einfordern. Nicht nur nach meiner Meinung werden durch solche Äußerungen eindeutig die roten Linien überschritten!

Kongresszeitung: Die Liposuktion beim Lipödem betrifft ja direkt ein chirurgisches Fachgebiet. Plastische Chirurgen beklagen bereits seit längerem die restriktive Kostenübernahme durch die GKV für ein ihrer Erfahrung nach hocheffektives Verfahren, das den betroffenen Patientinnen im Gegensatz zur konservativen Therapie dauerhaft helfen kann. Von Seiten der DGPRÄC wurde der Vorstoß des Gesundheitsministers dann auch begrüßt. Wie ist die Position der DGCH hierzu – sollte der Gesundheitsminister in bestimmten Fällen das Bewertungsverfahren des GBA umgehen und qua Verordnung Therapien in den Leistungskatalog aufnehmen können?

Prof. Meyer: Die Entscheidungen der Selbstverwaltungsorgane, so auch die des G-BA, können sich in der Tat über mehrere Jahre hinziehen. Diese scheinbaren Verzögerungen sind in aller Regel durch aufwendige Recherchen und Analysen im Sinne einer

evidenzbasierten Medizin bedingt, stören aber den ungeduldligen Gesundheitsminister doch erheblich. Wie bei der Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen trifft dies auch für die Liposuktion beim Lipödem zu, mit der nicht nur nach Meinung einzelner medizinischen Fachgesellschaften, sondern auch der des Ministers einer großen Zahl, meist weiblicher Patienten geholfen werden könne. Da vom G-BA keine eindeutig positive Ergebnisanalyse zu dieser Therapieoption vorgelegt wurde, soll es nun durch Veränderung des Methodenbewertungssystems dem Gesundheitsministerium ermöglicht werden, per Verordnungsgesetz diagnostische und therapeutische Verfahren festzulegen, die dann in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen aufgenommen werden sollen. Als Vorsitzender des G-BA sprach J. Hecken von einem deutlichen Systembruch. Lediglich die DKG sah in diesem Vorgehen eine Innovationsstärkung des Gesundheitswesens, vor allem in der Onkologie; alle anderen wissenschaftlichen Fachgesellschaften oder Institutionen sprachen von einer Missachtung der evidenzbasierten Medizin oder einem Vorgehen nach Gutsherrenart auf dem Weg in die Beliebigkeit und Staatsmedizin. Zukünftig soll nun dem G-BA zur Entscheidungsfindung bei der Methodenbewertung ein Zeitraum von zwei Jahren zugestanden werden; danach könnte das Gesundheitsministerium per Verordnungsgesetz ein Urteil fällen. Von der Bundesärztekammer wird dies als staatlicher Dirigismus in Reinkultur bezeichnet.

Kongresszeitung: Als der öffentliche Gegenwind gegenüber diesen Plänen zu stark wurde, verschwand die entsprechende Regelung aus dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), wo die Änderung ursprünglich angesiedelt werden sollte – um schließlich als Anhang im Implantateregistergesetz erneut aufzutauchen. Schließlich lenkte der GBA ein und schlug eine Übergangsregelung vor. Offenbar hat der „Aufmischer der Gesundheitspolitik“ (Ärzteblatt) also zumindest teilweise Erfolg mit seiner Konfrontationsstrategie. Wie bewerten

Sie diese Vorgehensweise auch im Hinblick auf die zukünftige Zusammenarbeit im Gesundheitswesen?

Prof. Meyer: Der Gesetzesentwurf zum Terminservice- und Versorgungsgesetz ist immer umfangreicher geworden und entwickelte sich fast zu einem Flickenteppich, dessen Inhalt kaum noch zu überblicken war (s.o.). Die Veränderung des Methodenbewertungssystems wurde bei entsprechenden Gegenreaktionen kurzerhand aus diesem Gesetz herausgekegelt und soll nun durch die Hintertür wieder zurück in die Gesetzgebung kommen. Geplant ist dabei die Anheftung einer Formulierungshilfe an das Gesetz zum deutschen Implantateregister. Von verschiedenen Seiten wird ein solches Manöver im Sinne eines Verschiebemanns als „Gesetzgebung auf dem Flur“ oder sogar als Dehnung des Rechtsstaates angesehen. Insgesamt beklagt nicht nur die Ärzteschaft die massiven Eingriffe von Seiten der Politik in die Freiberuflichkeit ihrer Tätigkeit, auch die Vertreter des GKV-SV müssen Eingriffe des Ministers in die Selbstverwaltung der Sozialversicherungen ertragen, sodass sogar ein Machtwort der Bundeskanzlerin gefordert wird. Es geht dabei zum einen um die Forderung von J. Spahn nach 51% Gesellschafteranteile für den Bund bei der Gematik, also bei der Entwicklung der elektronischen Gesundheitskarte. Zum anderen werden aber auch die Veränderungen der Methodenbewertung, Vergütungsvorgaben bei Vorständen der Versicherungen und Selbstverwaltungsorgane sowie Kundeninformationen über günstigere Beitragssätze bei konkurrierenden Krankenkassen angeführt. Alle diese Entwicklungen machen die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen nicht einfacher, umso weniger, da der Minister sich auch über für ihn fachfremde Gebiete äußert, indem er durch Änderungen der EU-Regularien eine Abwanderung deutscher Ärzte in das Ausland verhindern will. Er äußerte sich sogar zur Therapie maligner Tumoren, wenn er entgegen besseren Wissens in zehn Jahren den Krebs besiegen will.

Bei der jetzigen Polypragmasie kann man vielleicht von einer Bewegung in der Gesundheitspolitik sprechen, unklar bleibt allerdings, in welche Richtung sich durch die Hyperaktivitäten des Ministers beeinflusst das deutsche Gesundheitssystem eigentlich bewegen soll.

Kongresszeitung: Der Gesundheitsminister hat auch in diesem Jahr die Einladung zum Chirurgenkongress – und die Teilnahme am Organspendelauf – ausgeschrieben. Wie interpretieren Sie das?

Prof. Meyer: Im Gegensatz zu H.Gröhe und anderen ehemaligen Gesundheitsminister hat J. Spahn nun zum zweiten Mal einen Besuch der Eröffnungsveranstaltung der DGCH abgesagt und lässt sich erneut durch seine Staatssekretärin S. Weiss vertreten. Leider kann er auch nicht den Startschuss beim Organspendelauf geben, womit er sicherlich durch die als positiv anzusehenden Veränderungen des Transplantationsgesetzes hinsichtlich der Organspende ein entsprechendes

Zeichen hätte setzen können. Es wird aber wieder einmal deutlich, wie wenig Akzeptanz und Einflussnahme große medizinische Fachgesellschaften, wie es die DGCH mit ihren assoziierten Fachgesellschaften zweifelsfrei darstellt, in unserem Gesundheitssystem besitzen. Dieses gilt in ähnlicher Weise auch bei den verschiedenen Selbstverwaltungsorganen. Weiterhin müssen wir allerdings bemüht sein, in der Ärzteschaft und besonders in der Chirurgie mit einer Sprache zu sprechen, um somit in den verschiedenen dominierenden Gremien unseres Gesundheitssystems überhaupt Gehör finden zu können. Dies gilt auch für die jetzige Gesundheitspolitik. Auch wenn dem Minister von den Medien vorgehalten wird, er überziehe mit seinem Aktionismus in manchen Fällen und er mache von allem zu viel als vermeintlich wichtigster und stärkster Mann im Gesundheitswesen im Vergleich zu den Selbstverwaltungsorganen, müssen wir auch als Chirurgen bemüht sein, uns verstärkt an den von J. Spahn immer wieder geforderten Debatten aktiv zu beteiligen,

um unsere eigenen Interessen deutlich aufzuzeigen und manchmal auch dem Ärger über manche politische Entscheidungen einfach freien Lauf zu lassen. Man kann dem Minister zwar zustimmen, dass für zukünftige Entwicklungen alte Strukturen aufgebrochen werden müssen, allerdings sollte auf jeden Fall verhindert werden, dass das Bundesgesundheitsministerium den Weg einer von einer Rechts- zur Fachaufsicht weiterverfolgt und sich die Gesundheitspolitik zu einem gefährlichen Mixtum aus dirigistischer Staatsmedizin und ausschließlicher Patientenorientierung entwickelt. Die Politik sollte auch die Sicht der Agierenden im Gesundheitswesen nicht völlig ignorieren und aus den Augen verlieren. Dies gilt auch für einen Minister Spahn, dem aktuell von der Opposition vorgeworfen wird, dass er als „Kaiser Spahn“ entscheidet, was passiert bzw. dass er populistische Politik mache und sich als Minister inszeniert, der Dinge durchsetzt, also als „Macher“ zum Nutzen der eigenen politischen Karriere erscheinen will. ○

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

Optimale Vorbereitung auf die 3. Ärztliche Prüfung in Chirurgie und Innerer Medizin mit Vorträgen, Fallbeispielen und Videositzungen.

→ **NEU: Mit Karriere-Speed-Dating**

Wissenschaftliche Leitung:

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

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

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

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





© iStock/jazzIRT

Chirurgie – Attraktivitätswandel durch Lehrwandel?

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) ist der Zusammenschluss der 38 Fachschaften an medizinischen Hochschulen und Universitäten in Deutschland. Die bvmd repräsentiert über 90.000 Studierende in Deutschland. In den letzten Monaten wurden vor allem Themen wie der Masterplan 2020, die Ergebnisse des Berufsmonitoring und die Aktionen unter dem Motto „Faires PJ“ bearbeitet. Um auch einzelne Fachbereiche im Sinne der Studierenden zu verbessern, arbeitet die bvmd eng mit Verbänden aller Fachgruppen zusammen. So wurde beim Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg gemeinsam mit dem Perspektivfo-

rum Junge Chirurgie und dem Bündnis Junge Ärzte eine Session zur Zukunft der Chirurgie veranstaltet.

BERUFSMONITORING 2018: WELCHE CHANCE HAT DIE CHIRURGIE IN ZUKUNFT?

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf steht für angehende Ärztinnen und Ärzte an erster Stelle, gefolgt von geregelten Arbeitszeiten (**Abb. 1**). Dies ergab eine Umfrage unter gut 13.000 Medizinstudierenden. Dieses Thema ist natürlich – oder vor allem – auch in der Chirurgie eine „Baustelle“. Laut des



Sylvia Hartmann
Bundeskoordinatorin für
Gesundheitspolitik
Bundesvertretung der
Medizinstudierenden in Deutschland
e. V. (bvmd)
German Medical Students' Association
Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin
nohp@bvmd.de



Jeremy Schmidt
Bundeskoordinator für Medizinische
Ausbildung
Bundesvertretung der
Medizinstudierenden in Deutschland
e. V. (bvmd)
German Medical Students' Association
nome@bvmd.de

Schmidt J, Hartmann S: Chirurgie –
Attraktivitätswandel durch Lehrwandel? Passion
Chirurgie. 2019 Juni, 9(06): Artikel 05_02.



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

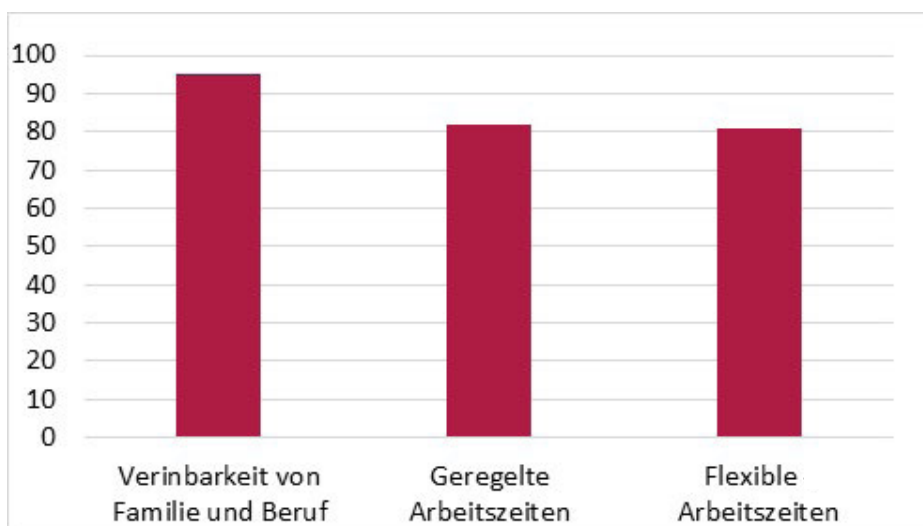


Abb. 1: Einflussfaktoren bei der Wahl des Fachgebietes

Berufsmonitoring 2018, welches die bvmd mit der Universität Trier, der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und dem Medizinischen Fakultätentag durchgeführt hat, wollen 53,5 Prozent der befragten Medizinstudierenden in eigener Praxis arbeiten. Und meistens wird dabei nicht an die Chirurgie gedacht. Das Problem: Die meisten Studierenden haben noch nie eine chirurgische Praxis von innen gesehen. Famulaturen sowie das Praktische Jahr wären dafür die perfekte Gelegenheit.

Studierende sollten schon in ihrer Ausbildung chirurgische Niederlassungen aktiv kennenlernen, darin sieht die Bundesvertretung der Medizinstudierenden die größte Chance für die ambulante Chirurgie.

DIE AMBULANTE AUSBILDUNG – WO, WANN UND WIE?

Ob durch Famulaturangebote, Teile der Blockpraktika oder ganze PJ-Abschnitte, die Chancen zur Verankerung der ambulanten Chirurgie sind vielfältig. Ambulante Chirurinnen und Chirurgen müssen ebenso auch als Lehrende gewonnen werden – beispielsweise für Skillslabs oder Tutorschulungen.

Dabei sind Elemente wie die eigenständige Betreuung von Patienten mit dem stufenweisen Lernen ärztlicher Handlungskonzepte und die regelmäßigen Besprechungen der Lernziele, der persönlichen Erwartungen der Studierenden und der Evaluation dieser in

Feedbackgesprächen essenzieller Bestandteil der ambulanten Ausbildung.

FAIRES PJ FÜR ALLE: MEHR ALS NUR HAKENHALTER

Mit Aktionen unter dem Motto „Faires PJ“ forderte die bvmd nicht nur eine faire Bezahlung der PJler ein, sondern betonte auch die Bedeutung der Lehrqualität in dieser entscheidenden Phase in der Mediziner Ausbildung. Aktuell bedeutet das Chirurgie-Tertial im PJ für die meisten Studierenden wochenlanges Hakenhalten ohne übergreifende Lehre. Die Dienstleistung der OP-Assistenz scheint Vorrang vor der Ausbildung zu haben – ganz im Gegensatz zur Ärztlichen Approbationsordnung. Die Zeit in der Chirurgie wird dadurch oft zum unbeliebten Pflichttertial mit wenig Abwechslung und bietet Gesprächsstoff für viele negative Erfahrungsberichte.

Ärztliche Approbationsordnung

„Die Studierenden dürfen nicht zu Tätigkeiten herangezogen werden, die ihre Ausbildung nicht fördern“
ÄApprO, §3, Absatz 4

Dabei können Chirurinnen und Chirurgen die Attraktivität und den Zulauf zum Fach aktiv mitgestalten. Nötig ist ein Kulturwandel in der vorgelebten Arbeitsatmosphäre. Die aktuellen Erfahrungen und Beobachtungen

der Studierenden im chirurgischen Tertial sind nicht förderlich für die Attraktivität des Berufsbildes. Die meisten Studierenden verlieren durch den Beginn der klinischen Ausbildung und weitere durch das PJ das Interesse an der Chirurgie (**Abb. 2**). Sinnvoll wäre hier, wenn Chirurginnen und Chirurgen Vorurteile des Faches wie starre Hierarchien, zehrende Arbeitsbedingungen und die geringe Attraktivität des Faches für Frauen gezielt ansprechen und Veränderungen vorleben würden.

IDEEN – LEHRE IM PRAKTISCHEN JAHR

Für die Verbesserung der Erfahrungen in den klinischen Studiumsabschnitten und im PJ gibt es zahlreiche Ansatzpunkte. So steigern übergreifende Lehrangebote während des Praktischen Jahres sowie die Möglichkeit der eigenverantwortlichen Betreuung von Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung und die Evaluation und Besprechung dieser mit einem fest zugeordneten Mentor die Kompetenzen des Studierenden in Bezug auf die folgende ärztliche Tätigkeit. Eine hierfür bestens geeignete Struktur stellen die interprofessionellen Ausbildungsstationen (IPSTAs) und Ausbildungspraxen (IPPRAs) dar, in welchen Studierende im Team mit anderen Professionen eigenverantwortlich für die Patientenbetreuung zuständig sind. Nicht zuletzt sind auch ein aktiver Einbezug und Lehre im OP von großer Bedeutung für den

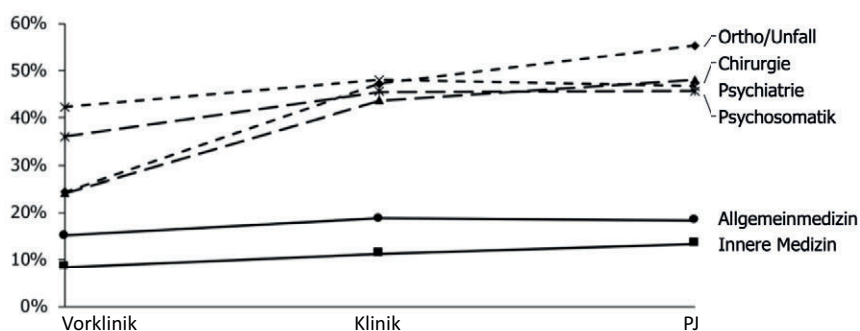


Abb. 2: Welche Facharztweiterbildung kommt definitiv nicht infrage? Die meisten Studierenden verlieren das Interesse an der Chirurgie in den klinischen Abschnitten.

Wissenszuwachs und auch die Attraktivität des Faches bei den Studierenden.

- Aufbau von Interprofessionellen Ausbildungsstationen (IPSTAs) und Ausbildungspraxen (IPPRAs)
- Arbeiten auf Station in der Chirurgie prädestiniert für eigenverantwortliche Patientenbetreuung von Aufnahme bis zur Entlassung
- Strukturiertes Mentoring und Feedback
- Aktive Lehre auch im OP

Die Chirurgie muss die Bedürfnisse der jungen Generation ansprechen und vorleben um dem Attraktivitätsverlust der Chirurgie vorzubeugen – das ist den meisten Chirurginnen

und Chirurgen sowie den Berufsverbänden und Fachgesellschaften bewusst. Die beste Möglichkeit für chirurgische Vereinigungen, einen Lehr- und Paradigmenwechsel hervorzurufen, ist daher die Vorreiterrolle in der aktuellen Reform des Studiums einzunehmen und die klinische Lehre sowie ambulante Ausbildung in den Fokus zu nehmen.





Friederike Burgdorf ist neue BDC-Geschäftsführerin



Dr. med. 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. Sie war Leiterin einer vorstandsnahen Stabsstelle und zuletzt Leiterin der Abteilung „Sektorenübergreifende Qualitätssicherung und Transparenz“. Die Ärztin und Gesundheitsökonomin promovierte in einem Graduiertenkolleg für „Bedarfsgerechte und kostengünstige Gesundheitsversorgung“ als Stipendiatin der Deutschen Forschungsgemeinschaft.

„Der BDC wird vor allem von Frau Burgdorfs umfangreicher Erfahrung im Gesundheitswesen und ihrem Netzwerk im gesundheitspolitischen Umfeld profitieren“, so BDC-Präsident Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer....

Neuer Vizepräsident des BDC



Berlin, 04. April 2019 – Dr. med. Peter Kalbe ist neuer Vizepräsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC). Peter Kalbe war bisher als Referatsleiter für niedergelassene Chirurgen und Chirurginnen Mitglied des erweiterten Vorstandes und wurde zum Nachfolger von Prof. Dr. med. Julia Seifert gewählt.

„Ich trete meine Position mit einem lachenden und einem weinenden Auge an. Denn so sehr ich mich über die Wahl zum Vizepräsidenten freue, bedauere ich sehr, dass Julia Seifert den BDC-Vorstand verlässt“, so Dr. med. Kalbe zu seinem Amtsantritt. Die bisherige Vizepräsidentin Julia Seifert wird weiterhin – vor allem bei den Themen Hygiene und Weiterbildungsordnung – eng mit dem erweiterten BDC-Vorstand zusammenarbeiten. „Wir wissen ihr großartiges Engagement für den BDC über viele Jahre sehr zu schätzen und freuen uns auch in Zukunft über ihre aktive Unterstützung“, betont der BDC-Präsident Professor Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer.

Peter Kalbe engagiert sich schon viele Jahre ehrenamtlich für den Berufsverband...



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

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

Kommentar des Generalsekretärs

AUS DER
DGCH



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

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

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

mit Rückblick auf den 136. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in München hat George Orwell sicherlich mit seiner Aussage Recht: „Die Zeit verläuft nicht schneller als früher, aber wir laufen eiliger an ihr vorbei!“, denn die Vorbereitungen für den nächstjährigen Kongress, den DCK 2020 in Berlin, haben bereits begonnen. DCK steht als Akronym für den Terminus: Deutscher Chirurgenkongress, wie er als Markenzeichen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie auch international bekannt und durch einstimmigen Beschluss des geschäftsführenden wie auch des Gesamtvorstands eingeführt worden ist. Wie schon in dem vorliegenden Editorial ausgeführt, ist es mir ein besonderes Anliegen, Herrn Professor M. Anthuber und seinem Team noch einmal für den erneut außerordentlich erfolgreichen Kongressverlauf ganz herzlich zu gratulieren. Die Auswahl der verschiedenen Sitzungsthemen in Kooperation mit den anderen Fachgesellschaften hat hohe Akzeptanz finden können und der Kongress war von einer freundschaftlichen und entspannten Atmosphäre geprägt, wie viele Besucher bestätigt haben. Ein besonderes Highlight stellte auch der Organspendelauf mit dem Motto „Laufen rettet Leben“ dar. Die Stimmung war wie auf dem Gesellschaftsabend hervorragend. Nochmals also vielen Dank an unseren diesjährigen Präsidenten und sein Kongressteam, besonders auch unter dem Aspekt, dass die Durchführung eines solch großen Kongresses durch die allgemeinen Entwicklungen und verschiedenster, teilweise restriktiver Vorgaben, besonders auch durch die eigenen Selbstverwaltungsorgane, sicherlich nicht einfacher geworden ist.

ARZTZAHLN IN DEUTSCHLAND

Die alljährlich von verschiedensten Institutionen und Selbstverwaltungsorganen publizierten Kennzahlen und Analysen im Gesundheitswesen werden jeweils mit entsprechender Spannung erwartet, zeigen dann allerdings auch erheblichen Interpretationsspielraum. Nach Angaben der Bundesärztekammer (BÄK) waren zum 31. Dezember 2018 insgesamt 394.402 Ärztinnen und Ärzte berufstätig, was einer Zunahme von 1,9 % gegenüber 2017 entspricht. Die Zahl der berufstätigen Ärztinnen stieg erneut an und macht jetzt einen Anteil von 47,2 % aus. Während 115.466 Mediziner keine Gebietsbezeichnung erworben haben, folgen dann die Innere- und Allgemeinmedizin mit 54.982 und 43.697 Ärzten. Die Chirurgie nimmt unter den Gebietsbezeichnungen mit 37.853 Chirurgen und Orthopäden Platz drei ein, dies entspricht einem Anstieg von 2,3 % gegenüber dem Vorjahr. Die aktuelle Statistik zeigt ferner auf, dass der Anteil der im Krankenhaus tätigen Ärzte mit 51,4 % fast unverändert geblieben ist, während bei den niedergelassenen Kollegen eine Reduktion von 0,7 % auf 117.472 Ärzte zu verzeichnen ist. Dabei ist weiterhin ein zunehmender Trend zur Anstellung in der ambulanten Medizin zu verzeichnen, denn bei einer Zunahme von 10,6 % im Vergleich zum Vorjahr beträgt die Zahl der angestellten Ärzte nun 39.816 und hat sich somit seit 1996 fast versechsfacht. Trotz der erneut leichten Zunahme der Arzttzahlen im Jahr 2018 wird diese Entwicklung nach Einschätzung des noch amtierenden Bundesärztekammer Präsidenten F.U. Montgomery nicht als ausreichend angesehen. Trotz ansteigender „Kopfzahlen“ kann der zu erwartende Behandlungsbedarf aufgrund des demographischen Wandels zukünftig nicht ausreichend abgedeckt werden, wobei vor

allem der Anteil der teilzeitbeschäftigten Ärzte genauso wie auch die Forderung nach einer adäquaten Work-Life-Balance zu berücksichtigen sind. Eindeutig ist die Forderung von Montgomery, besonders auch an die Politik, die Zahl der Studienplätze zu erhöhen, auch deshalb, weil die Zahl der Medizinstudierenden in den letzten Jahren insgesamt rückläufig gewesen ist. Bei einem solchen Anliegen ist allerdings zu berücksichtigen, dass positive Auswirkungen auf das Gesundheitswesen durch gesteigerte Arztzahlen frühestens in zehn Jahren zu erwarten sind. Mit länderspezifischen Unterschieden versorgt derzeit ein berufstätiger Arzt in Deutschland durchschnittlich 211 Einwohner in unserem Land. Nach verschiedenen Berichten der Global Burden of Diseases zählt Deutschland damit weltweit zu den 15 Ländern mit der größten Anzahl von Ärzten, Pflegekräften und Hebammen, was sich besonders bei den Pflegekräften aber in praxi, trotz aller Bemühungen vonseiten der Politik, deutlich anders darstellt. Weiterhin werden aufgrund des Mangels an Pflegekräften ganze Stationen in den Krankenhäusern geschlossen, wobei sich die Situation bei weiterer Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen sicherlich nicht verbessern wird.

BEHANDLUNGSFEHLERVORWÜRFE

Zu etwaig vermuteten Behandlungsfehlern liegen jetzt sowohl Erhebungen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstelle der Ärztekammern wie auch die Begutachtungsstatistik des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vor. Bei den Ärztekammern war die Zahl der Anträge weiter um 2,3 % gesunken, wobei es in 5.972 Fällen zu einem Abschluss in der Beurteilung gekommen ist. In 69 % aller untersuchten Fälle wurde kein Fehler festgestellt und in weiteren 6 % wurde zwar ein Fehler erkannt, der jedoch nicht kausal mit dem Antrag in Zusammenhang stand. In 1.499 Fällen (25 %) wurde ein Behandlungsfehler bestätigt. In Relation zu der Gesamtzahl der stationär und ambulant behandelten Patienten ist somit erneut von einem nachgewiesenen Fehler im Promillebereich auszugehen. Insgesamt kam es in 127 Fällen zu einem schweren Dauerschaden und 88 Patienten starben nach einem Behandlungsfehler. Sowohl im niedergelassenen wie auch stationären Bereich waren am häufigsten

die Unfallchirurgie und Orthopädie beteiligt, danach die Hausärzte und Allgemeinchirurgen in der Niederlassung bzw. Allgemeinchirurgie und Innere Medizin im Krankenhaus. Gerade in der Unfallchirurgie und Orthopädie kommt es aufgrund der perioperativen bildgebenden Untersuchungsverfahren am ehesten zu Behandlungsfehlervorwürfen, besonders bei Eingriffen wegen Gelenksarthrose, Oberschenkelfrakturen und Bandscheibenschäden. Als eine mögliche Gefahrenquelle für einen Behandlungsfehler wird auch der Zeit- und Personalmangel in Kliniken und Praxen angeführt.

Die Krankenkassen mit ihren medizinischen Diensten (MDK) haben mit 14.133 vermuteten Behandlungsfehlern einen leichten Anstieg zu verzeichnen. In 71,7 % der untersuchten Fälle konnte kein Fehler nachgewiesen werden und in weiteren 3,6 % hatte ein Behandlungsfehler zu keinem Schaden geführt. In 3.497 Fällen (24,7 %) konnte hingegen ein Fehler erkannt werden, der in 2.799 Fällen für den erlittenen Schaden ursächlich verantwortlich war. Insgesamt richtet sich ein Drittel der Untersuchungen gegen niedergelassene Ärzte, die anderen gegen Krankenhäuser. Am häufigsten wurden Vorwürfe bei durchgeführten Operationen erhoben. 31 % der Fälle betrafen die Orthopädie und Unfallchirurgie, 13 % die Innere- und Allgemeinmedizin und 9 % die Allgemeinchirurgie. Auch die Pflege war mit 794 fehlerhaften Behandlungen aufgeführt, vor allem wegen ausgeprägter Decubiti während des stationären Aufenthalts. Insgesamt kam es bei 880 Patienten zu dauerhaften Beeinträchtigungen und in 107 Fällen verlief der Behandlungsfehler letal. Auch wenn die sogenannte Dunkelziffer bei diesen Analysen nicht exakt festzustellen ist, sollten nach Meinung des MDK vor allem die Vorwürfe der Never-Event-Liste, wie zurückgelassene Fremdkörper, Operationen am falschen Körperteil oder die Durchführung falscher Operationen weiter gesenkt werden, z. B. durch zunehmenden Einsatz von Checklisten, Fehlermeldesystemen und Qualitätssicherungsmaßnahmen bei offener Kommunikation. Auch wenn generell die erhobenen Daten bereits einen ersten Schritt für einen effektiveren Patientenschutz darstellen können, fordert das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) organisatorische Veränderungen durch

Einführung eines Patientensicherheitsbeauftragten in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens, was bereits auch in Hessen als erstes Bundesland angekündigt worden ist.

GESUNDHEITSPOLITIK

Auf die Aktivitäten des nunmehr seit 14 Monaten im Amt befindlichen, mehr als eifrigen und dabei ungeduldigen Gesundheitsministers Jens Spahn ist an dieser Stelle schon mehrfach eingegangen worden. Zweifelsfrei werden von ihm eine Vielzahl von Missständen im Gesundheitswesen aufgezeigt und mögliche Veränderungen angestoßen, allerdings kann man sich nicht des Eindrucks erwehren, dass wir uns zunehmend auf dem Weg in eine dirigistische Staatsmedizin befinden, da die angeblich so geschätzten Selbstverwaltungsorgane im Fokus der Reformen stehen und teilweise der Versuch unternommen wird, ureigene ärztliche Tätigkeiten in andere Berufe zu verlagern, wie z. B. bei der Hebammenausbildung oder neuen Kompetenzen für die Physiotherapeuten. Gerade die Selbstverwaltungen einschließlich des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) arbeiten angeblich zu langsam und sind zu bürokratielastig, wobei auch die Verwaltungsräte in den Krankenkassen nicht ausgenommen werden. Die Vielzahl der vorgelegten Reformentwürfe, ihre kurzfristigen Veränderungen und partiellen Verlagerungen in andere Gesetzesvorlagen sind kaum noch nachvollziehbar. Die Gestaltung von Reformentwürfen wird dabei bereits als „Gesetzgebung auf dem Flur“ bezeichnet und von manchem als reiner Aktionismus empfunden. Der Koalitionspartner in Person von Karl Lauterbach unterstützt weitgehend die Gesetzproduktion am Fließband und kündigt bis zum Sommer die Vorlage von weiteren zwölf Gesetzen an. Dass sich unter einer solchen Gesetzgebungswelle sicherlich auch solche mit einem primär positiven Ansatz befinden, wie die zweite Änderung zum Transplantationsgesetz oder das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, steht außer Frage, trotzdem sollten die resultierenden finanziellen Mehrausgaben nicht völlig unberücksichtigt bleiben. Nach bisherigen ersten Schätzungen des Ministeriums ist mit einem zweistelligen Milliardenbetrag zu rechnen. Exemplarisch seien

aus der Flut der Referentenentwürfe nachfolgend zwei Beispiele angeführt.

MDK-REFORMGESETZ

Eine Stärkung des medizinischen Dienstes der Krankenkassen war bereits im Koalitionsvertrag vorgesehen; deshalb soll auch ein radikaler Umbau dieser Institution vorgenommen werden. Geplant ist die Einrichtung von eigenständigen Körperschaften des öffentlichen Rechts in jedem Bundesland mit dem Namen „Medizinischer Dienst (MD)“. Auch der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) soll unter dem Namen „Medizinischer Dienst Bund“ (MD Bund) organisatorisch in gleicher Weise verändert werden. Die förderale und bestehende Struktur bleibt also erhalten, jedoch jetzt unabhängig vom GKV-Spitzenverband oder den Landesverbänden der Krankenkassen. Die Aufsicht wird dabei von den Bundesländern wahrgenommen, um damit die Unabhängigkeit dieser Einrichtungen zu verstärken. Kassenvertreter sollen zukünftig nicht mehr in den Verwaltungsrat wählbar sein, sondern sollen von den Bundesländern unter Berücksichtigung von anderen Organisationen und Vertretern aus den Ärztekammern benannt werden. Vor allem soll die Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfungen verbessert werden, denn von 2014 bis 2018 waren die Überprüfungen von 1,9 Millionen auf 2,6 Millionen Fälle angestiegen. Die Prüfquoten sollen von der Anzahl der korrekten Abrechnungen abhängig gemacht werden; dafür werden im ersten Quartal 2020 zehn Prozent der Rechnungen pro Krankenhaus geprüft werden können. Diese Daten der Überprüfungen führen dann zur Berechnung der zukünftigen Prüfquote durch den MD. Zur Beseitigung strittiger Kodierungsfragen sollen

dann bis Ende 2020 insgesamt 90 Kodierungsempfehlungen definiert werden, die allerdings noch festgelegt werden müssen. Dabei soll es den Krankenkassen auch untersagt werden, Rückforderungen mit Vergütungsansprüchen der Krankenhäuser aufzurechnen. Außerdem soll durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband der Katalog ambulanter Operationen und stations- ersetzender Eingriffe erweitert werden, die dann keiner Prüfung durch den MD unterliegen. Die geplante Reform ist sicherlich zu begrüßen, da die Abhängigkeit des MD von den Krankenkassen entfällt, die Neutralität gesteigert und der Verwaltungsaufwand für die Kliniken deutlich reduziert werden kann.

DIGITALE VERSORGUNG-GESETZ (DVG)

Getreu dem Motto „schneller, besser, digitaler“ hat der Gesundheitsminister am 15. Mai 2019 einen 83 Seiten umfassenden Entwurf für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Intervention vorgelegt. Im Mittelpunkt steht natürlich die Einführung einer elektronischen Patientenakte, auf die die Versicherten ab Januar 2021 im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung Anspruch haben. Dabei soll die KBV die Verhandlungen mit den Kostenträgern über die Vergütung zur Einrichtung und Pflege der Akte führen. Außerdem soll sie die Anforderungen zur Gewährleistung der IT-Sicherheit in einer Richtlinie festlegen. Die Telemedizin soll weiter gestärkt und extrabudgetär vergütet werden. Der Arzt kann Gesundheitsapps auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen verordnen, so zum Beispiel Tagebücher für Patienten mit Diabetes oder Hypertonie. Praxisinhabern, die noch nicht an die Telematikinfrastruktur angebunden sind, drohe ab März

2020 statt 1 % nun eine Honorarkürzung von 2,5 %. Die Krankenkassen begrüßen insgesamt das Gesetz, auch unter dem Aspekt, dass Krankenhäuser, Apotheken, Pflegeeinrichtungen und Therapeuten an die Telematikinfrastruktur angeschlossen werden können. Prompt kam von der DKG die Forderung, die Kliniken mit einem Sonderprogramm des Bundes in Höhe von 1 Milliarde Euro pro Jahr zu unterstützen; außerdem sei ein Digitalisierungszuschlag in Höhe von 2 % auf alle Rechnungen notwendig, denn bekanntermaßen ist Digitalisierung nicht zum Nulltarif zu bekommen. Bei aller Faszination der Digitalisierung hat das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik allerdings vor möglichen Sicherheitslücken mit Bedrohung des Arztgeheimnisses gewarnt. Bei der Notwendigkeit und den sicherlich möglichen Vorteilen einer neuen Technologie ergibt sich nun die Frage, ob ein Gesetz, das mit Volldampf umgesetzt wird, in dem möglicherweise Schnelligkeit vor Sicherheit steht und zudem den Leistungserbringern mit Sanktionen gedroht wird, der Gestaltung des digitalen Wandels im Gesundheitswesen wirklich dient. Dies auch bei einem möglichen Strukturwandel in der Krankenhausversorgung unter dem Aspekt „Qualität und Mindestmengen“, denn zu diesem Thema bemüht der Minister bereits jetzt schon die „Spahnsche Empirie“, nach der die Qualität bei komplexen operativen Eingriffen in high-volume Krankenhäusern besser sein soll.

Bei dem aufgezeigten Szenario bleibt also nur abzuwarten, welche weiteren Reformen, Gesetzesentwürfe und Regularien in unserem Gesundheitswesen, besonders auch bei einer etwaig möglichen Kabinettsumbildung, zukünftig zu erwarten sind.



DCK2020

Gemeinsam lernen und heilen

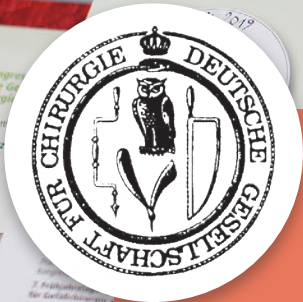
137. **D**eutscher **C**hirurgen **K**ongress

21. bis 24. April 2020
CityCube, Berlin



Intelligenz,
Intuition
und Individualität

www.dck2020.de



Nachlese Chirurgenkongress 2019

BEITRÄGE

- 64 PRÄSIDENTENREDE ANLÄSSLICH DES 136. DGCH-KONGRESSES
- 71 BILDERGALERIE ZUR ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG
- 74 EHRUNGEN, PREISVERLEIHUNGEN UND VERGABE VON STIPENDIEN
- 76 WAHL DES PRÄSIDENTEN 2021/2022
- 78 IMPRESSIONEN VOM DGCH-KONGRESS 2019
- 83 ORGANSPENDELAUF – EIN VOLLER ERFOLG!
- 84 EINLADUNG ZUM 137. KONGRESS DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
- 86 PROTOKOLL DER DGCH-MITGLIEDERVERSAMMLUNG 2019
- 88 AUSSCHREIBUNG PREISE UND STIPENDIEN 2020

CHIRURGENKONGRESS 2019 PRÄSIDENTENREDE

Präsidentenrede anlässlich des

136.

Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Liebe Kolleginnen und Kollegen, meine sehr verehrten Damen und Herren,

„Volle Kraft voraus – mit Herz, Hand und Verstand!“ Mancher erkennt im ersten Teil dieses Mottos nur ein maritimes Kommando, zu dem der zweite Teil – Herz, Hand und Verstand – auf den ersten Blick so gar nicht

passen möchte. Wobei auf hoher See im übertragenen Sinne diese drei Elemente wohl auch tragende Tugenden sind, um unbeschadet wieder Land zu erreichen.

Wofür steht: **Volle Kraft voraus?** Als Kommando in der Schifffahrt nur für die Richtung und die Energie, mit der man sich bewegen möchte. In der Chirurgie, und das nicht erst seit heute, für viel mehr als das: es steht für Zuversicht, für Zielorientierung und für energiegeladene, furcht- und bedingungslose Handlungsbereitschaft. Aber um von Nicht-Chirurgen nicht falsch verstanden zu werden: es geht nicht um Imponiergehabe und Selbstgefälligkeit sowie unreflektiertes Herausfordern des Schicksals zu Lasten anderer.

Dies soll durch den zweiten Teil des Mottos zum Ausdruck gebracht werden: **Zielgerichtetes Handeln** im engeren Sinne, wenn wir Hand an den Patienten legen, aber auch im

UND SO MUSS DENN DER ARZT SEIN LEBEN LANG HERZ UND HAND, VERSTAND UND CHARAKTER FORTBILDEN, DAMIT ER EIN GANZES WERDE UND ALS SOLCHER DEM KRANKEN GEGENÜBERTRETEN KANN, DER SELBSTALSGANZERGENOMMENWERDENWILL.“

CHIRURGENKONGRESS 2019

PRÄSIDENTENREDE



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

übertragenen Sinne: das differenzierende Abwägen in der Indikationsstellung, getragen von Empathie und Erfahrung auf der Grundlage von Wissen und Vernunft.

Empathie bedeutet in diesem Zusammenhang nicht nur Mitgefühl, sondern in einem umfassenden humanistischen Verständnis „Herzensbildung“ in einer segensreichen Verbindung mit Wissen, Können und Verstand. Das sich Einfühlen in die Situation dessen, der uns als Patient gegenübertritt und unsere Hilfe erwartet: Einfühlen in die für ihn unbekannte und bedrohliche Lebenssituation des Krankseins, Verstehen wie dadurch seine familiäre und berufliche Komfortzone aufbrechen und aus den Fugen zu geraten drohen. Wir nehmen die Position des mitfühlenden und gleichzeitig kundigen Ratgebers ein, um entlang von Leitlinien moduliert durch den eigenen Erfahrungsschatz – und das halte ich persönlich für besonders wichtig – Therapieempfehlungen auszusprechen. Therapieempfehlungen wie wir sie auch ohne jegliche Abstriche für den eigenen Angehörigen wählen würden.

Herz und Verstand gebieten es uns dabei vollkommen unbeeinflusst zu bleiben von Überlegungen, welche die Interessen Dritter bedienen und materieller Natur sind oder der Selbstprofilierung dienen. Herz und Verstand gebieten uns dabei aber auch immer und immer wieder an Grenzen und sogar darüber hinaus zu gehen.

Leitlinien sind nichts anderes als der Behandlungskorridor definiert durch das aktuelle Wissen und die Bewertung durch Experten. Aber kann man dadurch tatsächlich jedem einzelnen Krankheitsfall im Sinne der heute geforderten personalisierten Medizin gerecht

werden? Sie werden mir zustimmen, dass man davon nicht ausgehen darf! Der Weg des Fortschritts in der Medizin im Allgemeinen und der Chirurgie im Besonderen ist gepflastert mit Brüchen mit der Tradition, dem vermeintlichen Goldstandard.

Schon der nächste Patient, der uns gegenübertritt, kann der sein, bei dem wir auf der Suche nach einer wirksamen Therapieoption innerhalb der gültigen Leitlinien an Grenzen stoßen. Sind dann schon unumstößlich die Zeichen auf Rückzug und Resignation gesetzt? Natürlich nicht, denn sonst hätte es in der Medizin über die vergangenen 150 Jahre nicht diese gewaltigen **Fortschritte** gegeben. Es gab immer wieder Grenzgänger – oder nennen wir sie Freigeister – die in der scheinbaren Ausweglosigkeit die große Chance erkannt haben. Die Chance dem individuellen Patientenschicksal gerade durch Abweichen vom gültigen Standard eine Wendung zum Guten zu geben.

Beispielhaft nennen möchte ich die erste Nierentransplantation 1954, durchgeführt als Lebendspende bei eineiigen Zwillingen. Wie mutig, aber auch überzeugt von seinen manuellen Fähigkeiten als Chirurg und seinem fundierten Wissen muss Joseph Murray in Boston gewesen sein? Und wie überzeugend gegenüber dem Spender und Empfänger, den Zwillingenbrüdern Richard und Ronald Herrick, dass sie gemeinsam, Chirurg, Spender und Patient diesen Schritt erfolgreich gehen konnten? Der Lohn für den Patienten war ein Überlebensgewinn von fast 10 Jahren, der verdiente Lohn für Joseph Murray der Nobelpreis 1990.

Aber vergleichbar **Revolutionäres** hat in allen chirurgischen Fachdisziplinen stattgefunden.

CHIRURGENKONGRESS 2019 PRÄSIDENTENREDE

Die Etablierung der Osteosynthesetechniken und Endoprothetik in Unfallchirurgie und Orthopädie, die endovaskulären OP-Verfahren in der Gefäßchirurgie, die ersten Lungenoperationen in der Thoraxchirurgie, die ersten Herzoperationen an der Herz-Lungen-Maschine in der Herzchirurgie, die Tumoroperationen in der hinteren Schädelgrube in der Neurochirurgie, die Rekonstruktionsoperationen bei neonatalen Missbildungen in der Kinderchirurgie und die tagesfüllenden komplexen Tumoroperationen mit Rekonstruktionen von beeindruckender Ästhetik und Funktionalität in der MKG-Chirurgie. Die optimistische Grundeinstellung und der mutige Blick des Chirurgen nach vorne haben seit jeher dem therapeutischen Nihilismus in scheinbar auswegloser Situation die Stirn geboten.

Das Unvollkommene zu vervollkommen ist Bestandteil unserer „chirurgischen DNA“. Nach Niederlagen sich wieder aufzuraffen, das ist die intrinsische Motivation des akademischen Chirurgen und Wissenschaftlers und das nicht stillstehend wollende Schwungrad seiner Berufung: volle Kraft voraus – mit Herz, Hand und Verstand, um jenseits des Wissens von heute manchmal auch auf wilder und gefährlicher Fahrt, aber niemals blind, verantwortungslos und selbstgefällig sich neue **Erkenntnishorizonte zum Wohle des Patienten** zu erschließen.

Und neu ist dieser Ansatz auch nicht wirklich, hat denn schon Johann Wolfgang von Goethe Ende des 18. Jahrhunderts Folgendes an den Arzt Christoph Wilhelm von Hufeland geschrieben. Ich zitiere: „Und so muss denn der Arzt sein Leben lang Herz und Hand, Verstand und Charakter fortbilden, damit er ein Ganzes werde und als solcher dem Kranken gegenüberzutreten kann, der selbst als Ganzer genommen werden will.“

Unser Gesundheitsminister Jens Spahn hat Ende Januar erklärt, dass wir in 10 bis 20

Jahren den Krebs besiegt haben werden. Liebe Frau Staatssekretärin Weiss, das ist eine mutige Einschätzung von der Spitze Ihres Hauses. Und obwohl ich mich selbst zu den unerschütterlichen Optimisten zähle, möchte ich hier den eben zitierten Johann Wolfgang von Goethe aus seinem „Faust“ noch einmal bemühen: „Die Botschaft hör' ich wohl, allein mir fehlt der Glaube!“

Wenn wir ernsthaft dieses Ziel erreichen wollen, dann nur, wenn wir einen fundamentalen **System- und Mentalitätswechsel** vollziehen und, wenn von staatlicher Seite deutlich mehr in Voraussetzungen und Bedingungen für nachhaltige Forschungsaktivitäten investiert wird. Leider haben wir in unserem Land nicht eine privat getragene wissenschaftliche **Förderkultur** wie in den USA, wo jenseits staatlicher Unterstützung dankbare Patienten und Großfirmen über Stiftungen Millionen von Dollar in die medizinische Forschung pumpen. Sie mögen mir die nachfolgende Aussage zu den Verhältnissen in den USA verzeihen: nicht viel, was derzeit aus den USA kommt, ist nachahmenswert, vertrauenswürdig oder gar zukunftsweisend! Aber in Bezug auf Forschungsförderung sind und waren uns die Amerikaner immer voraus.

Aber unabhängig von der **Finanzierungssituation** bewegen sich Chefchirurgen in amerikanischen Top-Einrichtungen nicht in einem nur annähernd vergleichbar engen Korsett von DRG-Erlösen und persönlicher Leistungserbringung. Verbringt ein chirurgischer Lehrstuhlinhaber in Deutschland pro Arbeitswoche 20 und mehr Stunden im OP, sind es bei seinem amerikanischen Kollegen gerade einmal fünf, manchmal vielleicht auch acht, aber bestimmt nicht mehr als zehn Stunden. In unserem System erschöpfen wir uns im Hamsterrad der klinischen Leistungserbringung.

Für einen Großteil des **akademischen Nachwuchses** ist die Zeit in der Uniklinik nicht

mehr als ein Durchlauferhitzer auf dem Weg zu einer außeruniversitären Leitungsfunktion. Dazu kommt noch, dass wir unsere Besten immer wieder an amerikanische Arbeitsgruppen verlieren, weil im Land der unbegrenzten Möglichkeiten eben auch die wissenschaftlichen Entfaltungsmöglichkeiten andere sind.

Gerade unter den derzeitigen Umständen, diesem **„Brain Drain“** auf Neudeutsch, muss man sich Sorgen um eine im internationalen Vergleich konkurrenzfähige Forschung und Wissenschaft machen.

Hans Detlev Saeger hat in einem Beitrag 2016 in der Zeitschrift der „Kliniker“ die Probleme in Deutschland treffsicher auf den Punkt gebracht: restriktive Personal- und Finanzierungsausstattung, zunehmende inhaltliche, zeitliche und finanzielle Anforderungen an gute Wissenschaft und schließlich zu geringes Interesse des Nachwuchses an chirurgischer Forschung!

Unser letztjähriger Präsident, Jörg Fuchs, hat mit immensen Anstrengungen das „Fortune“-Förderprogramm entwickelt, das es jungen Chirurginnen und Chirurgen in Zukunft ermöglichen soll mit innovativen Projekten wissenschaftlich an den Start zu gehen. Aber es braucht noch viel mehr als das, um als wissenschaftliche Fachgesellschaften wieder dorthin zu kommen, wo wir in den ersten 30 Jahren des letzten Jahrhunderts waren, nämlich an der Spitze!

Aber wir brauchen nicht irgendeine chirurgische Forschung. Wir benötigen seriöse Forschung in relevanten Fragestellungen. Das derzeitige Bewertungssystem von publikatorischer Qualität und Aktivität ist überkommen.

Durch das Internet wird die wissenschaftliche Welt geflutet mit **Fake Science**. Täglich erreichen einen 10, manchmal 20

CHIRURGENKONGRESS 2019 PRÄSIDENTENREDE

Email-Aufforderungen mit der Anrede: „Greetings of the day!“ Man wird aufgefordert in Zeitschriften mit klingenden englischen Bezeichnungen zu publizieren, in Editorial Boards mitzuarbeiten oder Vorträge auf internationalen Konferenzen zu halten. Ein perfides, allein profitorientiertes und nicht der seriösen Wissenschaft verpflichtetes Geschäftsmodell greift hier Raum wie ein Flächenbrand! Es nimmt im wahrsten Sinne des Wortes den Druck auf, für eine akademisch erfolgreiche Karriere publizieren zu müssen. Die Welt der Open Access Journals ist mittlerweile voll von diesen inhaltsleeren, betrügerischen und für die Betreiber lukrativen Machenschaften. Der Verlag „Omic Online Publishing“ mit Sitz im indischen Hyderabad hat allein im Jahre 2016 über 10 Millionen Euro Umsatz mit Open Access Publikationen erzielt. Ohne den von angesehenen Journalen und mit namhaften Wissenschaftlern durchgeführten Begutachtungsprozess vergiften diese Publikationen die wissenschaftliche Landschaft.

Publizieren muss mehr sein als Impact-Punkte sammeln, muss mehr sein als akademische Eitelkeiten zu befriedigen. Ich appelliere an Sie und Ihre Führungsqualitäten, dem wissenschaftlichen Nachwuchs Hilfe und Rat zu geben, um gute Forschung auch dort zu platzieren, wo sie hingehört: in anerkannte peer reviewed, nationale und internationale Zeitschriften oder Open Access Journale.

In diesem Zusammenhang möchte ich auf einen Vorschlag hinweisen, der erstmals von dem australischen Schriftsteller Michael McGirr geäußert und zuletzt von Brian Martinson von der University of Minnesota im Oktober 2017 in der Zeitschrift „Nature“ wieder aufgegriffen wurde: ein Publikationslimit für Wörter! Jeder hat ein begrenztes Kontingent an Wörtern! Brian Martinson schreibt. Ich zitiere: „The purpose of authorship has shifted. Once, its primarily role was to share

knowledge. Now it's to get a publication – „pubcoin“ if you will!“

Drummond Rennie und Annette Flanagan haben bereits 1994 Vergleichbares zum Ausdruck gebracht. Ich zitiere: „...scholarly publications have become the coins academics must use to get through the tollgates on their way to academic promotion!“ Also wissenschaftliche Publikationen sind zu Münzen, zu einer Währung verkommen, mit denen Forscher sich ihren Weg durch die Mautstellen auf dem Weg ihrer akademischen Karriere ebnen!

Ich denke Sie stimmen mit mir überein, dass wir im Sinne einer hochwertigen Wissenschaft hier einen Bereinigungsprozess und einen Paradigmenwechsel anstoßen müssen, um Grundlagen unseres Wissens und tatsächlichen Erkenntnisgewinn zu schützen.

Das Bild des Arztes und, wie ich meine, auch sein Selbstverständnis hat sich verändert. Und das führt mich zu einem Thema, das mich seit Jahren bewegt: den **Zugang zum Medizinstudium!**

Seit Jahrzehnten ist für die Studienplatzzuteilung und die Auswahl über die Universitäten eine zahlendefinierte Zulassungsbegrenzung orientiert an der Abiturdurchschnittsnote das entscheidende Kriterium. Das Stichwort lautet: **Studierfähigkeit!** Im Wintersemester 2017/18 haben sich 43.000 junge Menschen auf 9.200 Studienplätze beworben. Mittlerweile sind wir für die primäre Berücksichtigung bei einer Abiturbestennote zwischen 1,0 und 1,2 angelangt. Für die Einladung zum Auswahlgespräch an einer Universität darf der Abiturschnitt auch „schlechter“ sein. Aber mit einem Notendurchschnitt über 1,6 ist man in der derzeit gültigen Regelung – bei Lichte betrachtet – nahezu chancenlos.

Die Quoten- und Kriterienvielfalt im nun vorliegenden reformierten Gesetzentwurf soll dazu führen, dass zukünftig bei der Auswahl neben kognitiven Kompetenzen auch praktische und **sozialkommunikative Fähigkeiten** berücksichtigt werden. Das ist mehr als wünschenswert! Aber klar ist auch, dass unter den neuen Regelungen auch wieder nur einer von fünf Bewerbern den erhofften Studienplatz erhalten wird. Und maximal 10% von diesen kommen am Ende in der Chirurgie an!

Es ist sehr begrüßenswert, dass die Politik erkannt hat, dass es der Vielfalt des ärztlichen Berufs entsprechend auch ein differenziertes Auswahlverfahren geben sollte. Es muss ja das Spektrum vom Amts- und Betriebsarzt über den Haus- und Facharzt bis zum Lehrstuhlinhaber und hochkarätigen Forscher abgedeckt werden. Sonst können gleichermaßen die Patientenversorgung in allen Sektoren und die national und international konkurrenzfähige Forschung und Wissenschaft nicht ausreichend bedient werden.

Sie mögen mir die nachfolgende Feststellung verzeihen: aber ein Großteil derer, die diesen Saal füllen, Sie, die Sie hier sitzen, hätte nach heute gängigen Kriterien vermutlich niemals einen Zugang zum Medizinstudium erhalten! Aber waren und sind es nicht Sie, die in den vergangenen Jahrzehnten mit ihren Visionen und Leistungen in der Chirurgie in ihrer Vielseitigkeit in unserem Land erfolgreich entwickelt haben?

Mir bereitet einfach Sorge, dass wir im jetzigen und zukünftigen System zu vielen jungen Menschen mit herausragenden sozialen und handwerklichen Fähigkeiten den Zugang zur Medizin und zur Chirurgie verwehren. Anpackenden Bastlern und Schraubern bei den Jungs, und phantasievollen, künstlerisch begabten Mädchen. Jungen Menschen, die im Hormonsturm der Pubertät – frei nach dem Motto: „Volle Pulle, Richtung egal!“ – etwas

CHIRURGENKONGRESS 2019 PRÄSIDENTENREDE

die Orientierung verloren haben und ihr intellektuelles Potenzial zu gegebener Zeit nicht ausschöpfen können.

Warum machen wir es nicht wie die Franzosen? Dort kann sich jeder unabhängig von der Schulnote für das Medizinstudium bewerben. Nach einem einjährigen Grundstudium in medizinrelevanten Fächern, wo auch Sozialkompetenz und emotionale Intelligenz gefordert sind, folgen sehr anspruchsvolle Prüfungen. Mit einer Bestehensquote von maximal 20 % wird gnadenlos die Spreu vom Weizen getrennt. Mit diesem System könnten auch in Deutschland die pubertätsgeschädigten Spätzünder eine Chance erhalten. Müssten sich aber mit Blut, Schweiß und Tränen – anders ist es kaum vorstellbar – durch das erste und auch die Folgejahre kämpfen. Aber dann können sie in welcher Fachrichtung der Medizin auch immer zu guten Ärztinnen und Ärzten heranreifen.

Was macht eigentlich **eine gute Chirurgin, einen guten Chirurgen** aus? Und wieder komme ich auf das Kongressmotto zurück: Es sind Herz, Hand und Verstand! Aber dieser Dreiklang entwickelt sich erst unter wohlwollender und fachlich kompetenter Führung in den Jahren der Weiterbildung. Ich habe diese Jahre als sehr lehrreich, aber auch hart erlebt. An manchen Tagen als Grenzerfahrungen am Rande der psychischen und physischen Belastbarkeit. 80 Wochenarbeitsstunden waren die Regel und nicht etwa die Ausnahme. Aber die Lernmöglichkeiten in praktischen und theoretischen Dingen, in Breite und Tiefe waren durch die Informationsdichte und die intensiven Herausforderungen im wahrsten Sinne des Wortes überwältigend.

Die europäische **Arbeitszeitrichtlinie** hat vieles verändert, leider nicht nur die Arbeitszeit, sondern, wie ich meine auch, die Mentalität. Ich möchte nicht falsch verstanden werden, dass auch heute noch, so wie wir früher, der Weiterbildungsassistent mit halonierten

Augen im Zustand größter Erschöpfung durch Klinikflure schleichen soll. Aber wir haben damals in der Notaufnahme, am Krankenbett und im OP in drei bis vier Jahren das erlebt, was die heutige Generation in sechs Jahren an klinischer Erfahrung sammeln kann.

Ich möchte auch nicht so weit gehen zu behaupten, dass der Beruf des Chirurgen auf dem besten Weg ist als simpler „Job“ wahrgenommen zu werden. Dazu erlebe ich tagtäglich viel zu viele hoch motivierte, begeisterungsfähige und empathische Mitarbeiter! Aber es ist doch mit Händen zu greifen, dass regelmäßig **Versorgungslücken** entstehen, der behandlungsbedürftige Patient aus dem Fokus gerät. Es ruft die Stechuhr und es drohen Arbeitszeitüberschreitungen! Das Herz des Assistenten sagt: „Ich müsste eigentlich bleiben, um die Versorgung aufrecht zu erhalten“, der Verstand gebietet die Klinik zu verlassen.

Die Empathie läuft Gefahr als Opfer starrer gesetzlicher Vorschriften auf der Strecke zu bleiben. Und das in Zeiten eines galoppierenden **Fachkräftemangels** außerhalb der urbanen Ballungszentren.

Wir Chirurgen sind anders, und werden auch so von Kollegen anderer Disziplinen wahrgenommen. Das gilt auch noch heute, obwohl die Zahl derer, die in Führungspositionen unnahbar und cholerisch mit harter Hand geführt haben, signifikant abgenommen hat. Auch in der Chirurgie hat sich über die letzten zwei Jahrzehnte ein **kommunikativer und kooperativer Führungsstil** Bahn gebrochen. Ich meine, dass diese Entwicklung notwendig und sinnvoll war, um den chirurgischen Nachwuchs zu erreichen und schließlich zu gewinnen. In diesem Zusammenhang erlaube ich mir auf aktuelle Forschungsarbeiten aus der Sozialpsychologie hinzuweisen. Diese machen unmissverständlich klar, in welcher Zusammensetzung und mit welcher Stimmungslage chirurgische Teams erfolgreich

sein können. Frans de Waal, ein holländischer Ethnologe und ausgewiesener Affenexperte – ja, Sie haben richtig gehört, ein Affenexperte – untersuchte das Sozialverhalten von Ärzten im OP mit Methoden aus der Primatenforschung, die gut auf den Menschen übertragbar sind. In ausschließlich männlichen Teams kommt es zu deutlich mehr Konflikten: Anschreien, Bloßstellen und Ignorieren sind die beliebtesten Strategien, um sich Respekt zu verschaffen. Arbeiten dieselben Chirurgen mit Frauen zusammen, ändert sich das Verhalten dramatisch: es wird mehr erklärt, mehr gelobt und sich mehr bedankt! Also, die Zeit der unnahbaren Silberrückengorillas in testosterondurchwirkten männlichen Teams ist vorbei! Keine Hahnenkämpfe mehr im OP, weil darunter auch die Qualität der Zusammenarbeit und damit das Operationsergebnis leiden!

Und noch ein interessanter Aspekt in Bezug auf operative Qualität, der eine Theorie abseits der Bedeutung **gemischt geschlechtlicher Teams** aufgreift: Rene Proyer vom Institut für Psychologie der Universität Halle-Wittenberg konnte feststellen, dass ein entspannter Umgang miteinander, also auch bei OP-Teams, von Vorteil ist. Salopp ausgedrückt: Spaßvögel im OP scheinen für unerwartete Situationen besser gerüstet zu sein, verdanken ihrer Verspieltheit den Zugang zu unkonventionellen Lösungen und stecken Stress besser weg. Bitte verstehen Sie mich nicht falsch: das ist jetzt kein Plädoyer für humoristische, patientengefährdende Veranstaltungen im OP! Aber doch ein Hinweis dafür, dass ein freundlicher und entspannter Umgang miteinander, gerade dann, wenn es schwierig wird, Quelle von gegenseitiger Inspiration, konstruktiver Kooperation und adäquater Problemlösung sein kann.

Und hier schließt sich dann wieder der Kreis zum Selektionsprozess für das Medizinstudium, aber wohlgemerkt ohne den Abiturbesten pauschal eine gewisse Entspanntheit

CHIRURGENKONGRESS 2019 PRÄSIDENTENREDE

abzusprechen. Wir müssen auch jenen die Chance geben, die jenseits von bestechendem intellektuellem Scharfsinn Kraft ihres ausgeglichenen Gemüts, ihrer Verspieltheit und einer gewissen Lockerheit Menschen bewegen.

In diesem Jahr haben wir sehr viel Zeit und Energie in die Weiterentwicklung des Organ-spendelaufs gesteckt. Wir wollen mit dieser Initiative aufrütteln, denn die **Organspende** ist und bleibt ein Sorgenkind in unserem Land. Wir hinken unseren Partnerländern im Eurotransplant-System und auch außerhalb weit hinterher. Die kürzlich gesetzlich auf den Weg gebrachten Verbesserungen der Arbeitssituation der Transplantationsbeauftragten in den Krankenhäusern, die Optimierung der Finanzierung durch eine Grund- und Leistungspauschale und die Einrichtung eines flächendeckenden neurologischen Konsiliardienstes für die Hirntoddiagnostik sind wichtig und gut. Aber das ist nicht einmal der halbe Weg! Auch in Deutschland brauchen wir die Widerspruchslösung. Wir sind umzingelt von Ländern, in denen diese Regelung getragen von der breiten Zustimmung der Bevölkerung erfolgreich praktiziert wird. Weniger als ein Prozent der Menschen in diesen Ländern entscheiden sich aktiv gegen die Organspende. Die Diskussion in unserem Land wird von den Gegnern mit Argumenten und Begriffen geführt, die einen daran zweifeln lassen, ob eine sachliche Aufklärung überhaupt gewünscht wird. Es fallen Worte wie Organabgabepflicht, Zwang zur Organspende oder auch der Staat beraubt den Einzelnen seiner **Entscheidungsfreiheit** und vergreift sich an dessen körperlicher Unversehrtheit nach dem Tod. Ich verstehe es nicht! Ist es nicht so, dass sich auch unter den Bedingungen der Widerspruchslösung jeder frei dazu positionieren kann? Man muss nur Stellung beziehen: Ja oder Nein!

Wir können nur hoffen, dass es über die Zeit mit nachhaltigem politischen Willen

und umfassenden Informationsinitiativen gelingt, den Hebel umzulegen. Vielleicht haben wir auch den falschen und einen zu negativ besetzten Begriff gewählt und sollten besser von einer „Erklärungslösung“ sprechen. Einer Lösung, getragen von der freien Entscheidung und vom unbedingten Willen zur Solidarität über den eigenen Tod hinaus!

Sie werden bemerkt haben, dass ich bisher noch kein Wort über die **Digitalisierung** verloren habe. Auch dieser Kongress widmet sich in einigen Sitzungen dem revolutionären Einfluss von Bits und Bytes auf die Medizin von heute und morgen. Ich glaube, dass wir nicht die leiseste Ahnung davon haben, wie die Medizin in Diagnostik und Therapie in 100 Jahren aussehen wird. Wird es noch Krankheiten geben? Ich vermute „Ja“! Wird es noch Ärzte aus Fleisch und Blut geben? Ich hoffe „Ja“! Denn man kann es sich schlechterdings nicht oder noch nicht vorstellen, dass Patienten in ihrer körperlichen und seelischen Hilfsbedürftigkeit in pseudoemotionalen Robotniks den Halt finden, den sie brauchen. Das Wissen und Können, das tröstende Wort aus menschlichem Mund und die helfende Hand eines empathischen Arztes mögen hoffentlich für alle Zeiten das Maß aller Dinge in der Patientenbehandlung sein.

Lassen Sie mich noch einige wenige Worte zum Thema Kollegialität und Mangel an ärztlichem und **Pflegepersonal** verlieren! Der Umgang miteinander, in welcher Situation auch immer, muss geprägt sein von gegenseitigem Respekt. Auch wenn Journalisten und Boulevard-Magazine nach medizinischen Skandalen lechzen: trotz Meinungsfreiheit hat nach moralischen Kriterien kein Arzt das Recht die Indikationsstellung eines anderen Kollegen zur OP und Patientenverläufe vor laufender Kamera zu bewerten. Wenn denn kritische Bewertungen irgendwohin gehören, dann nur in einen geordneten Gerichtsprozess und in die Wahrnehmung der Rolle als Sachverständiger. Aber auch da spricht nur

der Richter das Urteil, und niemand sonst! Wir dürfen nicht zulassen, dass Krankengeschichten mit komplexen Verläufen in sogenannten aufklärerischen TV-Sendungen von selbst ernannten Experten öffentlich bewertet werden.

Und schließlich zum **Ärzte- und Pflegepersonal**: bei kritischer Betrachtung der Krankenhaussicht in unserem Land und vor allem in den Großstädten muss die Frage erlaubt sein, ob wir alle diese Kliniken brauchen, die oftmals nur einen Steinwurf voneinander entfernt sind und jeweils das gleiche Leistungsspektrum vorhalten. Und wir müssen uns fragen, ob nicht dadurch in Wahrheit nur ein relativer Ärztemangel besteht. Eine Frage, der wir uns, so wir Versorgungsqualität, Beitragstabilität und medizinischen Fortschritt wünschen, unbedingt widmen müssen!

Im Lichte dessen beklagen wir vermutlich auch nur einen relativen Mangel an Pflegepersonal. Aber, abgesehen davon: lassen sie uns gemeinsam alles tun, damit der Pflegeberuf wieder die angemessene ideelle und materielle Anerkennung erfährt. Früher war die Krankenschwester eine hoch angesehene Position im gesamtgesellschaftlichen Gefüge. Heute scheint die examinierte Pflegekraft zu einem unbedeutenden Rädchen im Maschinenraum sozial erwünschter Leistungserbringer verkommen zu sein. Es ist eine Schande! Die Pflegenden brauchen **mehr Anerkennung** und müssen besser bezahlt werden und es steht uns als Chirurgen gut an, auch dafür zu kämpfen!

Nun komme ich zum Schluss und werfe dabei einen Blick zurück auf **meine eigene chirurgische Laufbahn**. Fasziniert, aber nicht im Ansatz gedrängt von meinem Vater, der chirurgischer Chefarzt in einem kleinen Kreis-krankenhaus in Niederbayern war, gab es für mich nur eine berufliche Option: Chirurg! Geleitet von seinem Vorbild an Disziplin, und nie endender Einsatz- und Lernbereitschaft

CHIRURGENKONGRESS 2019

PRÄSIDENTENREDE

habe ich mich auf diesen Weg gemacht. Ich danke meinen Chefs, den Professoren Werner Kliner, Georg Heberer und Friedrich Wilhelm Schildberg für die erfüllenden Jahre in der Weiterbildung am Klinikum Großhadern. Ganz besonders bedanken möchte ich mich aber bei Prof. Bernhard Kemkes, meinem Oberarzt in meinen ersten beiden Jahren in der Herzchirurgie, der mich mit unerschütterlichem Vertrauen gefordert und gefördert hat. Er war ein Künstler an Nadelhalter und Pinzette, ausgestattet mit traumwandlerischer Sicherheit und bestechender Antizipation. Ganz besonders danken möchte ich schließlich Prof. Karl-Walter Jauch. Er ist mein viszeralchirurgischer Lehrer, mein Mentor, mein Freund! Er hat mir chirurgisch und administrativ das Rüstzeug für eine Leitungsposition mitgegeben. Und er hat mich für die akademische Chirurgie begeistert, die mich zu Prof. Konrad Meßmer am Institut für Chirurgische Forschung der LMU München führte. Ihm, und meinem Doktorvater, Prof. Ernst Pöppel, Emeritus für Medizinische Psychologie an der LMU, verdanke ich die Grundlagen

für ehrliches und solides wissenschaftliches Arbeiten.

Nach nun über 33 Jahren in der Chirurgie bin ich erstaunt, welche Metamorphose man durchläuft und wie man – mit Herz, Hand und Verstand – darum kämpfen muss, sich das Kleinod der chirurgischen Kernkompetenz zu bewahren. Man mutiert über die Jahre zu einer hybriden Mischung aus Chirurg, Budgetverwalter, Personalhelfer, Konferenzclown, kinnkantigem Planungsgodzilla und geschmeidigem Motivationskünstler. Mancher würde sagen zu einem Fabelwesen, einem bayerischen Wolpertinger oder der sagenumwobenen eierlegenden Wollmilchsau. Der ursprüngliche Phänotyp des Chirurgen ist manchmal nur mehr schemenhaft erkennbar. Deshalb danke ich allen meinen Kolleginnen und Kollegen, die mir über die Jahre mit traumwandlerischer Sicherheit immer wieder den Spiegel in einem so günstigen Winkel vorgehalten haben und noch vorhalten, dass ich mich selbst noch immer und vor allem als Chirurg erkenne. Und ich

möchte allen Kolleginnen und Kollegen, egal in welchem medizinischen Fachgebiet sie Führungsverantwortung übernommen haben, raten, immer dafür zu sorgen, dass sie so nah am Patienten dranbleiben, wie möglich, und immer noch als hoch kompetenter Arzt ihres Fachs und nicht nur als Medizinmanager wahrgenommen werden.

Ganz zum Schluss möchte ich meinen verstorbenen Eltern, meinen beiden Brüdern Felix und Christoph, meinen Handballmannschaften aus vergangenen Tagen und vor allem meiner Frau Ute, und unseren Kindern Benjamin, Carolin und Vincent danken. Für die stets zugewandte, fördernde und liebevolle Begleitung durch die Jahre. Sie alle waren für mich auf diesem Weg immer wieder die letzte tragfähige Brücke der Selbstvergewisserung für zwei Dinge: dass meine Bestimmung in der Chirurgie liegt, die von Zuwendung zum Kranken und bedingungslosem Teamgeist geprägt ist und dass man sich selbst nie zu wichtig nehmen darf!

CHIRURGENKONGRESS 2019 BILDERGALERIE ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG

BILDERGALERIE* ZUR ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG



Geschäftsführender Vorstand der DGCH



Grußwort BMG: Sabine Weiss, MdB und Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit



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



Grußwort DGCH: Präsident der DGCH Prof. Dr. M. Anthuber



Grußwort DGAV: Präsident der DGAV Prof. Dr. J. C. Kalff



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



Augsburger Domsingknaben



Oman Surgical Society



Grußwort Oman Surgical Society: Präsidentin Dr. Z. Al Balushi, MD, FRCS

* © alle Bilder: DGCH

CHIRURGENKONGRESS 2019

BILDERGALERIE ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG



Verleihung Ehrenmitgliedschaft:
Prof. Dr. K. Ivanov



Verleihung Ehrenmitgliedschaft:
Prof. Dr. W. J. Pories



Verleihung Ehrenmitgliedschaft:
Prof. Dr. H. van Aken



Senator: Prof. Dr. P.-M. Vogt



Werner Körte-Medaille Gold: Prof. Dr. H. Feußner



Werner Körte-Medaille Silber: Dr. T. Meinert



Siegel der DGCH: Dr. J.A. Rüggeberg



Urkunde der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie:
Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG



Urkunde der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie:
Intuitive Surgical Deutschland GmbH

CHIRURGENKONGRESS 2019

BILDERGALERIE ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG



Von-Langenbeck-Preis: Dr. B. W. Renz



Rudolf-Zenker-Preis: Prof. Dr. Dr. h.c. U. Hopt



Felicien-Steichen-Preis: Dr. B. Babic



Wolfgang Müller-Osten-Preis:
Perspektivforum Junge Chirurgie der DGCH



Edgar-Ungeheuer-Preis:
Dr. Ph. Rößler, Prof. Dr. D. Wirtz und
PD Dr. M. Friedrich



Karl-Storz-Preis: Prof. Dr. Dr. h.c. W. K. Karcz



**Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische
Forschung:** Dr. L. M. Schiffmann

CHIRURGENKONGRESS 2019

EHRUNGEN, PREISVERLEIHUNGEN UND STIPENDIEN

EHRUNGEN, PREISVERLEIHUNGEN UND VERGABE VON STIPENDIEN

Preis	Name/Klinik bzw. Funktion	Vergabe für
Ehrenmitglieder der DGCH	Professor Dr. Krasimir Ivanov Rector, Medical University Varna, Bulgaria	Professor Dr. Krasimir Ivanov is honored for his national and international achievements as a colorectal and minimal invasive surgeon, for his outstanding scientific work and for his impressive achievements in building up the Medical School at the University of Varna with education of hundreds of German students.
	Professor Dr. Walter J. Pories Founding Chair of the Department of Surgery East Carolina University, Greenville	Professor Dr. Walter J. Pories is honored for his national and international achievements in metabolic, bariatric and pediatric surgery, his commitment in Environmental Health and for his outstanding scientific work.
	Professor Dr. Hugo Van Aken Direktor em. Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Schmerztherapie Universitätsklinikum Münster Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin	Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie zeichnet ihn für sein herausragendes berufspolitisches Engagement und seine erfolgreiche Arbeit als Kooperationspartner für alle chirurgischen Fachdisziplinen aus.
Senator auf Lebenszeit	Professor Dr. Peter M. Vogt Direktor Klinik und Poliklinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie Medizinische Hochschule Hannover	Anerkennung und Würdigung seiner langjährigen Verdienste um die DGCH, vor allem als ihr Präsident im Jahr 2014/2015.
Werner-Körte-Medaille in Gold	Prof. Dr. Hubertus Feußner Chirurgische Klinik und Poliklinik - Klinikum rechts der Isar Technische Universität München	Für die langjährige Unterstützung unserer Gesellschaft, speziell für die erfolgreiche Entwicklung der chirurgischen Projektgruppe Digitalisierung der DGCH
Werner-Körte-Medaille in Silber	Dr. Till Meinert Vice President, Professionals Walter de Gruyter GmbH	Für seine langjährigen Verdienste um die Förderung der wissenschaftlichen Chirurgie, für die er sich persönlich mit seinem Unternehmen in besonderer Weise engagiert hat.
Siegel der DGCH	Dr. Jörg A. Rüggeberg Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC)	Die DGCH ehrt Herrn Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg mit ihrem Siegel als Zeichen der Verbundenheit mit dem Berufsverband Deutscher Chirurgen und für seine Verdienste bei der Entwicklung einer weiteren engen fachlichen und freundschaftlichen Kooperation mit der DGCH.

CHIRURGENKONGRESS 2019

EHRUNGEN, PREISVERLEIHUNGEN UND STIPENDIEN

Preis	Name/Klinik bzw. Funktion	Vergabe für
Von-Langenbeck-Preis	Dr. Bernhard Willibald Renz Klinikum der Universität München	„ß2 Adrenergic-Neurotrophin Feedforward Loop Promotes Pancreatic Cancer“
Rudolf-Zenker-Preis	Prof. Dr. Dr. h.c. Ulrich Hopt	Seine herausragenden Leistungen in der Weiterentwicklung der Tumor-chirurgie und Transplantationsmedizin in Deutschland haben national und international höchste Anerkennung gefunden. Durch seine unermüdlichen Anstrengungen im Sinne der gesamten Chirurgie hat er wesentlich zur Stärkung der DGCH beigetragen.
Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische Forschung	Dr. Lars Mortimer Schiffmann Universitätsklinik Köln	„Tumour-infiltrating neutrophils counteract anti-VEGF therapy in metastatic colorectal cancer“
Karl-Storz-Preis	Prof. Dr. Dr. h.c. Wojciech Konrad Karcz Universitätsklinikum München (LMU)	„Laparoskopische Indocyaningrün (ICG) Arteriographie für Fluoreszenz gestützte Chirurgie bei onkologischen Colon-Operationen“
Felicien-Steichen-Preis	Dr. Benjamin Babic Universitätsmedizin Mainz Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie	„Von der offenen zur total minimalinvasiven Ivor-Lewis Ösophagektomie: Eine positive Entwicklung für Patienten mit Ösophaguskarzinom“
W.-Müller-Osten-Preis	Perspektivforum Junge Chirurgie der DGCH	Netzwerk Junge Chirurgie – „Der kurze Dienstweg“
Edgar-Ungeheuer-Preis	Dr. Philip Rößler, Prof. Dr. Dieter Christian Wirtz, PD Dr. Max J. Friedrich Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie Universitätsklinikum Bonn	Klinische Basis-Untersuchung des Kniegelenkes und Klinische Basis-Untersuchung des Schultergelenkes
Video-Film-Preis	PD Dr. Marius Distler Universitätsklinikum Carl Gustav Carus	
Video-Film-Preis	Dr. Christian Krautz Universitätsklinikum Erlangen	
Posterpreis	PD. Dr. Carmen Dingemann Medizinische Hochschule Hannover	
Fritz-Linder-Preis	Dr. Mathilde Feist Chirurgische Klinik, Campus Charité Mitte	
Stipendium als Fortbildungshilfe	PD Dr. Moritz Schmelzle Chirurgische Klinik Campus Charité Mitte	Zur Verbesserung der Kenntnisse auf dem Gebiet der laparoskopischen Leberchirurgie in Japan
Internationales Gaststipendium	Dr. Michal Pedziwiatr Jagiellonen-Universität Krakau/Polen	Zu einem Forschungsaufenthalt an einer Chirurgischen Klinik in Deutschland
H.-Junghanns-Stipendium	Dr. Stanislav Litkevych Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	Zur Vertiefung der Pankreaschirurgischen Kenntnisse in den USA und in Japan
Reisestipendium zum Kongress zum des ACS	Dr. Adrian Seifert Universitätsklinikum Carl Gustav Carus	
Reisestipendium zum Japanischen Chirurgenkongress	Dr. Petra Ganschow Universitätsklinikum München (LMU)	
Wolfgang-Müller-Osten-Stipendium	Dr. Philip Baum Universitätsklinikum Würzburg	„Der bundesweite Einfluss der Krankenhausgröße auf das Überleben von Komplikationen nach viszeralchirurgischen Operationen“
Wolfgang-Müller-Osten-Stipendium für ausländische Hospitanten	Dr. Denys Byzov PRA Healthsciences Ukraine	Zu einem Forschungsaufenthalt an der Universitätsklinik Leipzig
	Dr. Agata Diakun Wroclaw Medical University	Zu einem Forschungsaufenthalt an einer Chirurgischen Klinik in Deutschland

CHIRURGENKONGRESS 2019 PRÄSIDENTENWAHL

Wahl des Präsidenten

2021/ 2022



**Univ.-Prof. Dr. med. Hauke Lang,
MA, FACS**

Direktor der Klinik für Allgemein-,
Viszeral- und Transplantationschirurgie
Universitätsmedizin der Johannes
Gutenberg-Universität
Langenbeckstraße 1
55131 Mainz

CURRICULUM VITAE

UNIV.-PROF. DR. MED.

**HAUKE LANG,
MA, FACS**

1982 – 1983

Medizinstudium an der Philipps-Universität
Marburg

1984 – 1989

Medizinstudium an der Phillips-Universität
Marburg und an der Bayerischen Julius-Maxi-
milians-Universität in Würzburg

17.05.1990

3. Staatsexamen (Städtische Kliniken Fulda)

07/1990 - 01/1991

Arzt im Praktikum: Medizinische Poliklinik
der Ludwig-Maximilians-Universität Mün-
chen (Vorstand: Prof. Dr. N. Zöllner)

02/1991 – 12/1991

Arzt im Praktikum: Klinik für Abdominal-
und Transplantationschirurgie, Medizinische
Hochschule Hannover (Leiter: Prof. Dr. R.
Pichlmayr)

1992

Doktorarbeit „Die Schafsleber - ein neues
Tiermodell zum Nachweis der funktionellen
Anatomie und der segmentgerechten Resek-
tion der Leber“

01/1992 – 09/1998

Wissenschaftlicher Mitarbeiter: Klinik für
Abdominal- und Transplantationschirurgie,
Medizinische Hochschule Hannover (Leiter:
Prof. Dr. R. Pichlmayr)

10/1998 – 04/1999

Oberarzt: Klinik für Abdominal- und Transplan-
tationschirurgie, Medizinische Hochschule
Hannover (Komm. Leiter: PD Dr. R. Raab)

1999

Habilitationsschrift „Die isolierte hypertherme
Leberperfusion – Ergebnisse tierexperimentel-
ler und klinischer Untersuchungen“

04/1999 – 11/2007

Oberarzt: Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Transplantationschirurgie, Universitätskli-
nikum Essen (Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h.c.
mult. C. E. Broelsch)

2003 – 2006

Fernstudium im Masterstudiengang
„Management von Gesundheits- und Sozi-
aleinrichtungen“ an der Technischen Univer-
sität Kaiserslautern und an der Universität
Witten-Herdecke, Abschluss: M.A. (Master of
Arts)

12/2007 – 09/2012

Direktor: Klinik und Poliklinik für Allgemein-
und Abdominalchirurgie, Universitätsme-
dizin der Johannes Gutenberg-Universität
Mainz

seit 01.10.2012

Direktor: Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Transplantationschirurgie, Universitätsme-
dizin der Johannes Gutenberg-Universität
Mainz

CHIRURGENKONGRESS 2019

PRÄSIDENTENWAHL

MITGLIEDSCHAFTEN IN MEDIZINISCHEN GESELLSCHAFTEN

- Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie
- Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
- Deutsche Krebsgesellschaft
- Deutsche Transplantationsgesellschaft
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
- Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin
- European-African Hepato-Pancreato-Biliary Association
- Ehrenmitglied der Griechischen Gesellschaft für Chirurgie
- Fellow of the American College of Surgeons (FACS)
- International Hepato-Pancreato-Biliary Association
- Japanese-German Society for the study of liver surgery
- Sektion Chirurgische Forschung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
- Vereinigung Niederrheinisch-Westfälischer Chirurgen
- Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen
- Westdeutsches Tumorzentrum Essen e.V.

INTERNATIONAL HOSPITATION/VISITING PROFESSOR

- | | |
|------|--|
| 1996 | Kyoto University (Prof. Yamaoka, Prof. Tanaka) |
| 1997 | Kyoto University (Prof. Yamaoka) |
| 2004 | University of Florida at Gainesville (Prof. Hemming) |
| 2004 | Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York (Prof. Blumgart) |
| 2005 | Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York (Prof. Blumgart) |
| 2006 | Hopital Italiano, Buenos Aires (Prof. Santibanes) |
| 2012 | Ospedale Mauriziano "Umberto I", Torino (Prof. Capussotti) |
| 2012 | Ospedale Borgo Roma, Verona (Prof. Guglielmi) |
| 2015 | Skane University, Lund University, Lund (Prof. Andersson, Prof. Lindell) |
| 2017 | Ospedale Mauriziano "Umberto I", Torino (Prof. Ferrero) |
| 2018 | Academic Medical Center (AMC), Amsterdam (Prof. van Gulik) |

INTERNATIONAL EHRUNGEN/ AUSZEICHNUNGEN

- | | |
|------|---|
| 2018 | Spinoza Visiting Professorship The Amsterdam University Society and the Spinoza Committee |
| 2018 | Visiting Professor/Honorary Professor Karls-Universität Prag |

AKADEMISCHE GREMIENARBEIT

- | | |
|-----------|--|
| 2000-2004 | Stv. Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Transplantatio (CAT) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie |
| 2008-2014 | Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Onkologie (CAO-V) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie |
| 2009-2015 | Member of the Council of the European-African Hepato-Pancreato-Biliary Association (E-AHPBA) |
| seit 2013 | Mitglied des Fachausschusses "Krebs-Therapiestudien" der Deutschen Krebshilfe |
| 2018 | Sachverständiger des Wissenschaftsrates |

CHIRURGENKONGRESS 2019 IMPRESSIONEN

IMPRESSIONEN* VOM DGCH-KONGRESS 2019



MITGLIEDERVERSAMMLUNG



Bericht des Präsidenten



Bericht des Generalsekretärs



Wahlen



3. Vizepräsident Prof. Dr. H. Lang



Bericht des Schatzmeisters



Stipendium als Fortbildungshilfe:
PD Dr. M. Schmelze



Internationales Gaststipendium:
Dr. M. Pedziwiatr

* © alle Bilder: DGCH



**Stipendium zum Besuch des Jahreskongresses
des American College of Surgeons (ACS):** Dr. A.
Seifert



**Stipendium zum Besuch des Jahreskongresses
der Japanischen Gesellschaft für Chirurgie
(JSS):** Dr. P. Ganschow

CHIRURGENKONGRESS 2019

IMPRESSIONEN



Wolfgang-Müller-Osten-Stipendium:

Dr. Ph. Baum



Wolfgang-Müller-Osten-Stipendium für ausländische Hospitanten: Dr. D. Byzov



Junior-Fortüne-Programm:

Dr. F. Scheufele

FESTVORTRAG



Jörg Löhr

INDUSTRIERUNDGANG



Thieme



Takeda



Karl-Storz

CHIRURGENKONGRESS 2019 IMPRESSIONEN



Intuitive



Medtronic



Olympus

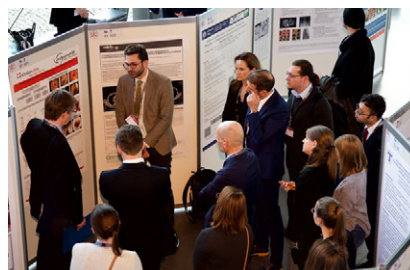
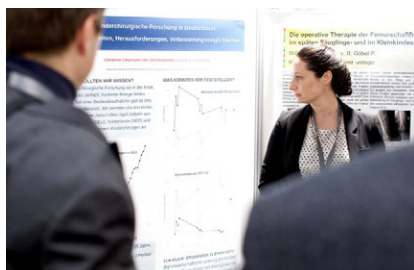


B. Braun



Johnson & Johnson

POSTERAUSSTELLUNG



CHIRURGENKONGRESS 2019

IMPRESSIONEN



ORGANSPENDELAUF



Prof. Anthuber & Uli Roth



Arjen Robben & Jörg Wontorra



Frau Anthuber, Prof. Anthuber & Verona Pooth



Heike Drechsler



Warm-up



Kurz vor dem Start



Chantal Bausch



Prominente Unterstützung

CHIRURGENKONGRESS 2019 IMPRESSIONEN



ABSCHLUSSVERANSTALTUNG



F-Linder-Preis: Dr. M. Feist



Filmpreis: PD Dr. M. Distler



Übergabe des Schecks an Kinderhilfe
Organtransplantation (KIO)



Übergabe des Schecks an den Ederhof der
Pichlmayr-Stiftung



Übergabe des Schecks an den
Deckarm-Fond der Deutschen Sporthilfe



DGCH 2019 Kongressteam
(Universitätsklinikum Augsburg)



Übergabe der Amtskette

CHIRURGENKONGRESS 2019 ORGANSPENDELAUF

Organspendelauf – ein voller Erfolg!

Dr. med. Maria-Theresa Kügler
Universitätsklinikum Augsburg

Dr. med. Tobias Kügler
Universitätsklinikum Augsburg

Am Mittwochabend, 27.03.2019, fand der Adiesjährige Takeda Organspendelauf unter dem Motto „Laufen rettet Leben“ erstmalig als zentrales Element des Chirurgenkongresses statt. Im Englischen Garten sorgten bereits ab 9 Uhr morgens 60 fleißige Helfer bei kühlem aber trockenem Wetter dafür, dass alle Teilnehmer und Prominente einen perfekt organisierten Lauf genießen konnten.

Dank der großen Bemühungen von Professor Anthuber und der km Sportagentur wurden rund um den Lauf etliche prominente Unterstützer der Organspende von Sat.1, BR, FC Bayern TV und vielen weiteren Vertretern der Medienwelt zum Thema „Organspende“ interviewt. Die Widerspruchslösung und andere aktuelle Themen rund um die Organspende standen hierbei bei den Interviewpartnern Paul Breitner, Uli Roth, Faris Al-Sultan im Mittelpunkt.

Vor dem Lauf sorgte Heike Drechsler für das Warm-Up, die Menge war begeistert! Den Startschuss um 18 Uhr, der live im BR Fernsehen in der Abendschau übertragen wurde, gab Verona Pooth zusammen mit Arjen Robben. Fußballtrainer Felix Magath, Ex-Handballnationalspieler Stefan Kretschmar und

Bundesligahockey-Spielerin Chantal Bausch, selbst herztransplantiert, machten sich gemeinsam mit 1.000 Läufern auf den Weg durch den Englischen Garten. Angefeuert wurden die Läufer dabei lautstark von Jörg Wontorra, dem bekannten Sportmoderator. Zahlreiche Zuschauer entlang der Strecke, hierunter auch eine große Trommler-Gruppe, unterstützten vor Ort den Lauf und die Läufer für den guten Zweck.

Im Start/Zielbereich konnten sich Läufer und Zuschauer an Infoständen über die Organspende informieren und Organspendenausweise erhalten. Bereits lange im Vorfeld war der Rundkurs im Herzen Münchens im Englischen Garten mit 1.000 Teilnehmern ausgebucht. Die Läufer trotzten den kalten Temperaturen und gingen gemäß dem diesjährigen Kongressmotto „Volle Kraft voraus - mit Herz, Hand und Verstand“ über verschiedene Distanzen (2,5 km, 5 km, 10 km) an den Start. Im Anschluss fand die Siegerehrung und Preisverleihung statt. Für das leibliche Wohl sorgte mit viel Herzblut die Haberl Gastronomie am Chinesischen Turm. Bratwurst, Brezen und Getränke rundeten für alle Läufer, Helfer und Promis den gelungenen Tag ab.

Die Atmosphäre, unterstützt durch Leuchtelemente entlang der Strecke und einem DJ im Zielbereich, war überwältigend, „Gänsehautgefühl“, so der diesjährige Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Im Rahmen der Abschlussveranstaltung wurden die gesammelten Spenden, die in der Startgebühr enthalten waren, den drei begünstigten Organisationen Rehazentrum Ederhof, Kinderhilfe Organtransplantation und dem Jo Deckarm-Fonds der Deutschen Sporthilfe von Professor Anthuber überreicht.

Somit war der Lauf am Ende nicht nur eine sehr erfolgreiche Werbung für die Organspende und eine wunderbare Sportveranstaltung für über 1.000 Leute, sondern diente auch als Spendenveranstaltung.

Wir sagen Danke - und freuen uns schon auf den nächsten Organspendelauf 2020 in Berlin!



CHIRURGENKONGRESS 2019

EINLADUNG ZUM 137. KONGRESS DER DGCH

137.

EINLADUNG ZUM 137. KONGRESS DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Studierende und Pflegekräfte,
liebe Partner aus Industrie und Verwaltung,

zusammen mit den Mitveranstaltern, den Gesellschaften für Allgemein- und Viszeralchirurgie und Kinderchirurgie sowie den übrigen chirurgischen Gesellschaften und Berufsverbänden freuen wir uns, Sie zum 137. Deutschen Chirurgenkongress der DGCH nach Berlin einzuladen (21. Bis 24. April 2020).

„Gemeinsam Lernen und Heilen“ war 1872 schon die Motivation für die gemeinsame Tagung aller Chirurgen. Den Kongress in 2020 haben wir unter das Motto „Intelligenz, Intuition und Individualität“ gestellt, wobei Intelligenz für unseren Umgang mit Künstlicher Intelligenz bis hin zur Robotik, Intuition für die wichtige chirurgische Fähigkeit auch ohne Daten auf die jeweilige Situation unserer Patienten zu reagieren und Individualität für die

individualisierte Chirurgie steht. Hier kann sich nach unserer Überzeugung jede chirurgische Fachgesellschaft wiederfinden. Dieses Motto steht ein Stück weit für die Zukunftsfähigkeit der Chirurgie.

Daneben ist uns das brennende Problem des fehlenden ärztlichen und pflegerischen Nachwuchses und die Betonung der Wissenschaftlichkeit unseres Handelns sehr wichtig. Wir würden uns freuen, wenn das Motto und diese Gesichtspunkte sich wie ein roter Faden durch den Kongress ziehen.

Der Chirurgenkongress wird sich nicht zuletzt den aktuellen Bedürfnissen der Gesellschaften widmen, die integrativ ihre Jahrestagungen abhalten: Dies sind die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) und die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH). Wir freuen uns über die zunehmende Zahl von Gesellschaften, die ganz bewusst Frühjahrestagungen gestalten und hierbei vor allen Dingen interdisziplinäre Themen pflegen. Die Sitzungen unserer elf Fachgesellschaften werden durch eigene, interdisziplinäre und interprofessionelle Veranstaltungen des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen, der Bundeswehr, des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe und der Rettungsdienste ergänzt und aufgewertet.



DCK2020

Gemeinsam lernen und heilen

137. Deutscher Chirurgen Kongress

CHIRURGENKONGRESS 2019

EINLADUNG ZUM 137. KONGRESS DER DGCH



Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen

Präsident DGCH 2019/2020
Universitätsklinikum Frankfurt
Klinik für Gefäß- und
Endovascularchirurgie
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
schmitz-rixen@em.uni-frankfurt.de

Der Deutsche Chirurgenkongress ist die gelebte Einheit der Chirurgie. Kooperationen, Freundschaften und der Gedankenaustausch – auch über Fächergrenzen hinweg – entstehen hier und werden hier gepflegt. Unser neues „Branding“ **DCK2020** mit dem Untertitel „Gemeinsam Lernen und Heilen“ soll dies auch nach außen sichtbar machen und wird uns über Jahre mit hohem Wiedererkennungswert begleiten. Der Deutsche Chirurgenkongress wird inhaltlich und strukturell bewährte Formate natürlich nicht verlassen. Die gemeinsame Gestaltung durch alle Fachgesellschaften und Berufsverbände sowie unsere Partner wird jedoch intensiviert werden. Auch werden sich immer wieder neue experimentelle Formate Ihrer Beurteilung stellen.

Noch etwas: Lassen Sie uns die Wissenschaftlichkeit unseres Handelns ins Zentrum des Kongresses rücken. Eine Fachgesellschaft,

die nicht forscht und entwickelt, wird neben ihrer eigenen Daseinsberechtigung auch die aller Mitglieder in Frage stellen. Die Sektion Chirurgische Forschung (SCF) und die Studienzentrale der DGCH (SDGC) sowie das ChirNet werden alles aufbieten, um die translationale Bedeutung der aktuellen Forschungsinhalte und Ergebnisse darzulegen. Dies ist Zukunftssicherung, zu der wir *unserem Nachwuchs verpflichtet* sind.

Wir sehen uns in Berlin.

Bis dahin seien Sie herzlich begrüßt
Ihre

Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
Präsident DGCH 2019/2020

mit Prof. Dr. Dr. Jörg C. Kalff (DGAV) und Prof. Dr. Konrad Reinshagen (DGKCH) sowie den Kongressteams

CHIRURGENKONGRESS 2019

PROTOKOLL DER DGCH-MITGLIEDERVERSAMMLUNG 2019

Protokoll DER DGCH- MITGLIEDER- VERSAMMLUNG 2019

ICM München
28.03.2019, 12.30-14.00 Uhr
Saal 1

TOP 1: ERÖFFNUNG DURCH DEN PRÄSIDENTEN

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

TOP 2: WAHLEN

Der *Generalsekretär* erläutert die satzungsgemäßen unterschiedlichen Vorgaben zur Bestätigung bzw. Wahl von Mitgliedern des geschäftsführenden Vorstands bzw. des Präsidiums sowie den Wahlmodus für ordentliche und assoziierte Mitglieder. Zum Wahlleiter wurde Herr Prof. Dr. med. Stephan Freys vorgeschlagen und bestätigt.

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

denen zur Festlegung einer Vollstimme eine Stimmrechtsübertragung von maximal 11 anderen assoziierten Mitgliedern vorgenommen werden konnte. Der *Generalsekretär* stellt die Kandidaten vor, wie sie bereits veröffentlicht worden waren. Weitere Vorschläge sind nicht eingegangen:

1. 3. Vizepräsident 2019/20 und Präsident 2021/22:

Herr Prof. Dr. med. Hauke Lang, Mainz

2. Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland:

Herr Prof. Dr. med. Raffaele Rosso, Comano (Schweiz)

3. Niedergelassener Arzt für Chirurgie:

Herr Dr. med. Ralph Lorenz, Berlin

4. Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung:

Frau Prof. Dr. med. Christiane Bruns, Köln

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

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

1. Bestätigung durch die Mitgliederversammlung:

- Auf Herrn **Prof. Dr. med. Hauke Lang**, 3. Vizepräsident 2019/20 und Präsident 2021/22, entfielen von 66 abgegebenen gültigen Stimmen 60 Ja-Stimmen (90,9 %) bei 2 Nein-Stimmen und 4 Enthaltungen.
- Auf Herrn **Prof. Dr. med. Raffaele Rosso**, Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland, entfielen von 65 abgegebenen gültigen Stimmen 62 Ja-Stimmen (93,9 %) und 3 Enthaltungen.

2. Wahl durch die Mitgliederversammlung:

- Auf Herrn **Dr. med. Ralph Lorenz**, Niedergelassener Arzt für Chirurgie, entfielen von 65 abgegebenen gültigen Stimmen 59 Ja-Stimmen (89,4 %) bei 6 Enthaltungen.
- Auf Frau **Prof. Dr. med. Christiane Bruns**, Vertreterin der Sektion Chirurgische Forschung, entfielen von 66 abgegebenen gültigen Stimmen 62 Ja-Stimmen (93,9 %) bei 1 Nein-Stimme und 3 Enthaltungen.

Der *Präsident* fragt den anwesenden Prof. Lang, ob er die Wahl annimmt. Dies ist der Fall. Herr Prof. Lang bedankt sich für das Vertrauen.

CHIRURGENKONGRESS 2019

PROTOKOLL DER DGCH-MITGLIEDERVERSAMMLUNG 2019

Die abwesenden Kandidaten (Prof. Rosso, Dr. Lorenz und Prof. Bruns) haben vorab dem *Generalsekretär* mitgeteilt, dass sie die Wahl annehmen werden, falls die Wahl für sie positiv ausfallen sollte. Der *Präsident* stellt damit den erfolgreichen Abschluss des Wahlvorgangs fest und dankt allen anwesenden Mitgliedern für den Ausgang der Wahl und ihr Vertrauen.

TOP 3: BERICHT DES PRÄSIDENTEN

Mittels einer Präsentation geht der *Präsident* auf Schwerpunkte im Zeitraum seit dem 135. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ein. Der zentrale Bestandteil seines Berichtes liegt auf dem 136. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Ferner berichtet der *Präsident*, dass die Projektgruppe Kongressentwicklung unter der Leitung von Herrn *Pohlemann* etabliert wurde. Die Projektgruppe hat es sich zur Aufgabe gemacht, eine Marke für den Kongress zu kreieren und zu etablieren, damit ein Wiedererkennungswert/Alleinstellungsmerkmal geschaffen werden kann. Dieses wird mit einer Wort-Bildmarke in Ausgestaltung eines Kongressplakates „DCK“ Deutscher Chirurgenkongress ab dem Jahr 2020 beworben werden. Abschließend teilt der *Präsident* mit, dass nach gründlicher Analyse gemeinsam mit Frau Schwarz von MCN die Durchführungskosten des Berliner Kongressstandortes (CityCube) für die Gesellschaft kaum mehr zu bewältigen sind, sodass alternative Kongressstandorte eruiert worden sind. Dabei stellte sich Leipzig von den Möglichkeiten vor Ort und den Kosten (ca. 350.000 Euro günstiger als Berlin) als geeignete Alternative dar. Es ist geplant, den Kongress ab 2022 in Leipzig durchzuführen. Es gibt keine Fragen oder Anmerkungen.

TOP 4: BERICHT DES GENERALSEKRETÄRS

Der *Generalsekretär* erläutert Aufgaben, Ziele und Probleme sowohl in der Arbeit der

Fachgesellschaften als auch in politischen Gremien.

Zur Anfrage eines *Mitglieds*, warum der Kongress mit nur drei CME Punkten pro Tag zertifiziert wurde, antwortet der *Präsident*, dass man selbst von dieser Rückstufung durch die BLÄK überrascht wurde. Im Vorfeld des Kongresses gab es einen intensiven schriftlichen Austausch dazu. Der in Gang gesetzte Diskussionsprozess mit der Bayerischen Landesärztekammer hält noch an, und man hofft schon bald die Kongressteilnehmer über das Ergebnis informieren zu können. Herr *Weidringer* (der zuständige Referatsleiter der BLÄK und Mitglied der DGCH) meldet sich hierzu zu Wort und teilt den anwesenden Mitgliedern mit, dass beim Zertifizierungsantrag des Kongresses durch MCN die angegebenen Zeiten nur die Vergabe von drei CME-Punkten pro Tag erlaubt hätten.

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

TOP 5: BERICHT DES SCHATZMEISTERS

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

Er legt Rechenschaft über Einnahmen und Ausgaben für das Geschäftsjahr 2018 ab und stellt den Haushaltsplan für das Kalenderjahr 2019 vor, welcher durch die Mitglieder zur Kenntnis genommen wird.

Der *Präsident* bittet die Kassenprüfer um ihren Bericht. Herr *Köckerling* teilt mit (auch im Namen von Herrn Germer), dass in dem Jahresabschluss keine Unstimmigkeiten aufgefunden wurden, sodass eine einwandfreie Beleg- und Kassenführung festgestellt werden konnte.

Herr *Friess* stellte als Mitglied der DGCH den Antrag auf Entlastung des Vorstands für das Geschäftsjahr 2018. Der *Präsident* bittet um das Handzeichen. Das geschieht bei Enthaltung des geschäftsführenden Vorstands. Der Antrag wurde mit überwältigender Mehrheit von den anwesenden Mitgliedern angenommen. Damit ist der Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2018 genehmigt und der Vorstand für das Geschäftsjahr 2018 entlastet.

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

TOP 6: VERGABE DER STIPENDIEN

Präsident und *Generalsekretär* bitten die Stipendiaten und Preisträger, deren Namen projiziert werden, auf die Bühne und beide überreichen ihnen unter dem Beifall der Mitglieder ihre Urkunden. Die Namen werden mit allen anderen Preisträgern wieder in der Mitgliederzeitschrift PASSION CHIRURGIE veröffentlicht.

TOP 7: VERSCHIEDENES

Der *Präsident* dankt Herrn Fuchs für seine außerordentlich verdienstvolle Arbeit im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und verabschiedet ihn unter Beifall aus dem Vorstand der DGCH.

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

gez.

Prof. Dr. M. Anthuber	Prof. Dr. Dr. h.c. H.-J. Meyer	Prof. Dr. J. Werner
Präsident	Generalsekretär	Schatzmeister

AUSSCHREIBUNG PREISE UND STIPENDIEN 2020

Ausschreibung Preise und Stipendien 2020

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie vergibt im Jahr 2020 die nachfolgend aufgeführten Preise und Stipendien.

Ihre Bewerbungen wird erbeten bis spätestens zum **30.09.2019** an die

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

PREISE

B.-VON-LANGENBECK-PREIS

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

Dotierung: € 10.500

RUDOLF-ZENKER-PREIS, GESTIFTET VON BRAUN MELSUNGEN AG

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

Dotierung: € 6.000

W.-MÜLLER-OSTEN-PREIS

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

ärztlichen, insbesondere des chirurgischen Berufes befassen.

Dotierung: € 8.000

F.-STEICHEN-PREIS, GESTIFTET VON MEDTRONIC GMBH

Vergabe für besondere Leistungen auf dem Gebiet der viszeralchirurgischen Operationstechniken.

Dotierung: € 5.000

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

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

Dotierung: € 4.000

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

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

Dotierung: € 3.000

FILMPREIS

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

Dotierung: € 1.500

POSTERPREIS

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

Dotierung: € 1.500

NACHWUCHSFÖRDERPREIS DER SEKTION CHIRURGISCHE FORSCHUNG

Der Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische Forschung soll der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der akademischen Chirurgie dienen. Der Preis wird der besten eingereichten einschlägigen Originalarbeit aus dem Bereich der chirurgischen Forschung zuerkannt.

Dotierung: € 1.000

F.-LINDER-PREIS

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

Dotierung: € 2.500

EINSENDUNGEN FÜR DEN F.-LINDER-PREIS AN:

Prof. Dr. med. Christiane Bruns
Direktorin
Klinik für Allgemein-, Visceral- und
Tumorchirurgie
Universitätsklinikum Köln
Kerpener Str. 62
50937 Köln

STIPENDIEN

STIPENDIUM ALS FORTBILDUNGSHILFE

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

Dotierung: € 5.000

REISESTIPENDIUM DER H.-JUNGHANNS-STIFTUNG

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

Dotierung: € 5.000

AUSSCHREIBUNG PREISE UND STIPENDIEN 2020

W.-MÜLLER-OSTEN-STIPENDIUM

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

Dotierung: € 5.000

W.-MÜLLER-OSTEN-STIPENDIUM FÜR AUSLÄNDISCHE HOSPITANTEN

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

Dotierung: € 6.000

REISESTIPENDIUM ZUM JAPANISCHEN

CHIRURGENKONGRESS

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

am Japanischen Chirurgenkongress mit anschließender Hospitation in japanischen Zentren unterstützt.

Dotierung: € 5.000

INTERNATIONALES GASTSTIPENDIUM DER DGCH

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

Dotierung: € 5.000

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

www.dgch.de

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

REISESTIPENDIUM ZUM JAHRESKONGRESS DES AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

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

Dotierung: € 5.000

Rezension:

Überliefertes, Erlebtes und Erkenntnisse



Überliefertes, Erlebtes und Erkenntnisse
Reflexionen zur Chirurgie an der Universität Leipzig
 Christian Schwokowski
 Leipziger Universitätsverlag GmbH
 ISBN 978-86583-943-5
 33,00 Euro

Beim Verlag bestellen
<http://bit.ly/2J8px9t>

Der Titel des Buches von Christian Schwokowski mit dem Untertitel „Reflexionen zur Chirurgie an der Universität Leipzig“ hält, was er verspricht: Überliefertes und Erlebtes werden reflektiert. Daraus wird eine tief empfundene Hommage an die 1409 gegründete Leipziger Universität und an den Chirurgenberuf. So gewinnt das Buch auch überregionale Bedeutung und wird zu einer wertvollen Orientierung für angehende Chirurgen.

Wenn im Text die Frage gestellt wird, ob operativ-technische Virtuosität und bewusst selbstbewusstes Auftreten für einen Chirurgen ausreichen, dann wird darauf mit einem eindeutigen „Nein“ geantwortet: ohne Menschlichkeit, Güte und Aufrichtigkeit wird er eher zum Techniker als zu einem operierenden Arzt. Um dazu die nötige Reife zu gewinnen, ist dem angehenden Chirurgen das Glück einer guten Chirurgenschule zu wünschen, die mit Bedacht ausgewählt werden muss. Das ist ein zentrales Anliegen dieses Buches. Für viele Generationen ist und war die chirurgische Klinik der Universität Leipzig eine solche Chirurgenschule. Durch ihre Bedeutung

überbrückte sie als Konstante die bewegten Zeiten im geteilten Deutschland. Das Buch wurde mit großer Hingabe geschrieben und verdient eine dankbare Aufnahme durch die Chirurgen-gemeinschaft.

Rezensent:
Prof. Dr. med. W. Hartel
 ehem. Generalsekretär der DGCH



© iStock-xav/eramau

Japanische Ösophagus-Chirurgie

BERICHT ÜBER EIN FELLOWSHIP IN JAPAN UNTERSTÜTZT DURCH EIN DGCH-STIPENDIUM ALS FORTBILDUNGSHILFE

Mithilfe des DGCH-Stipendiums absolvierte ich zwischen Juli 2018 und April 2019 ein Fellowship am National Cancer Center Hospital Central in Tokio. Dieses Krankenhaus ist ein weltweit führendes, spezialisiertes Zentrum für onkologische Chirurgie. Dort war ich tätig am Department of Esophageal Surgery, das unter Leitung von Herrn Dr. H. Daiko jährlich etwa 150 onkologische Ösophagusresektionen durchführt.

Aufgrund meines eigenen Hintergrunds – gebürtiger Japaner mit deutscher Ausbildung



Abb 1: Herr Dr. Daiko (links) und Akio Sakaki (rechts)

als Viszeralchirurg – war es mir ein besonderes Interesse, japanische Behandlungsstrategien und Operationstechniken zu erlernen. Bekanntlich ist Japan weltweit eines der führenden Länder im Bereich der onkologischen Chirurgie des oberen gastrointestinalen Traktes. Daher entschloss ich mich nach

Dr. med. Akio Sakaki
 Facharzt für Viszeralchirurgie
 HELIOS Klinikum Emil v.
 Behring Klinik für Allgemein- und
 Viszeralchirurgie
 Waltherhöferstr. 11
 14165 Berlin
 akio.sakaki@helios-kliniken.de

Abschluss meiner Facharztausbildung für dieses zehnmonatige Fellowship, um die Unterschiede der Ösophaguschirurgie in Japan und Deutschland näher kennenzulernen.

Im letzten Jahrzehnt hat im Bereich der onkologischen Ösophaguschirurgie in Japan die minimalinvasive Technik Einzug genommen. Herr Dr. Daiko ist einer der Pioniere dieses Operationsverfahrens und hat mit seinen tiefen Kenntnissen über die Anatomie des Ösophagus und mit seiner standardisierten Technik der thorakoskopischen Ösophagusresektion national und international Bekanntheit erreicht. Seit 2018 führt er auch Eingriffe mit Roboter-assistierter Technik durch. Neben der Patientenversorgung dient das National Cancer Center Hospital in Japan als Ort für onkologische Forschung sowie für die Ausbildung von Spezialisten im Bereich der onkologischen Behandlung.

Als internationaler Fellow wurde ich fest ins Team der Abteilung für Ösophaguschirurgie integriert. Diese bestand neben Herrn Dr. Daiko aus zwei Attending Staffs, vier Residents und ein bis drei Rotanden aus dem hauseigenen Rotationsprogramm, die bereits mindestens fünf Jahre chirurgische Erfahrungen gesammelt hatten. Durch die tägliche Visite, perioperative Behandlung und enge Zusammenarbeit gelang mir der persönliche Austausch mit Kollegen und Ausbildern. In Diskussionen über Behandlungsstrategien lernte ich, dass es mehrere grundlegende Unterschiede zwischen deutscher und japanischer Ösophaguschirurgie gibt.

Da ca. 90 % aller chirurgisch behandelten Ösophaguskarzinome in Japan Plattenepithelkarzinom sind, sind japanische Spezialisten entsprechend häufig mit der operativen Behandlung von hochthorakal liegenden Ösophaguskarzinomen konfrontiert. In Zeiten der multimodalen Therapie ist der Stellenwert der operativen Behandlung gegenüber der Radiatio auch in Japan viel diskutiert, aber derzeit wird die Chirurgie als erste lokale Therapiewahl bei resektablem Ösophaguskarzinom, selbst bei cervical und hochthorakaler Lokalisation angesehen. Wegen möglicher intraoperativer Konsequenz in Folge einer Radiatio wird eine Chemotherapie



Abb. 2: Bild aus dem OP-Saal (Roboter assistierte Ösophagusresektion)

in der Abteilung von Dr. Daiko als neoadjuvante Therapie bevorzugt. Dieses Vorgehen hat auch den Vorteil, dass eine Bestrahlung mit Maximaldosis für die Behandlung eines Lokalrezidivs vorbehalten werden kann.

In den ersten sechs Monaten meines Fellowships, in denen ich mich primär am klinischen Alltag der Abteilung beteiligte, konnte ich mir im Operationssaal mehr als 70 onkologische Ösophagusresektionen in unterschiedlichen Varianten ansehen und an über 20 Fällen aktiv teilnehmen. Besonders beeindruckend war, dass der überwiegende Anteil der subtotalen Ösophagektomie mit cervicalen Anastomosen durchgeführt wird. Am National Cancer Center Hospital wurde als Standardeingriff bei einem thorakalem Ösophaguskarzinom – auch im Falle eines AEG Type I und eines fortgeschrittenen Type II – eine Drei-Feld-Lymphadenektomie einschließlich Ausräumung der supraclaviculären Lymphknotenstationen durchgeführt. Der favorisierte Rekonstruktionsweg war der retrosternale Magenhochzug. Mit dieser Technik wurden mehr als 90 % der Fälle behandelt.

Der thorakale Teil der Operation wird als Erstes durchgeführt. Die extrem präzise und filigrane Präparation des hinteren Mediastinums erfolgt durch die Thorakoskopie mithilfe optischer Vergrößerung. Hier wird besonders auf die Lymphadenektomie im oberen Mediastinum geachtet, weil nach gängiger Meinung japanischer Spezialisten die Radikalität der Lymphadenektomie im oberen Mediastinum prognostisch von großer Relevanz ist. Die Lymphadenektomie an N. laryngeus recurrens ist bekanntlich hochkomplikativ und riskant, weil die Lähmung dieses Nervs eine Kette von Komplikationen

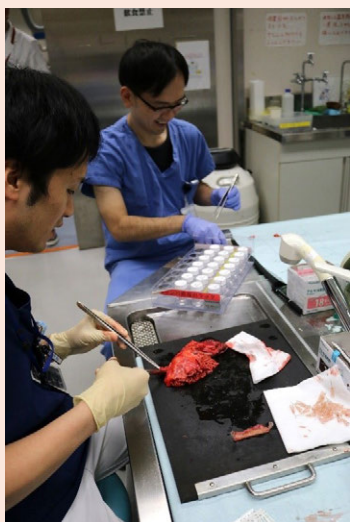


Abb. 3: OP-Präparat wird für die histologische Untersuchung von den beteiligten Chirurgen vorbereitet

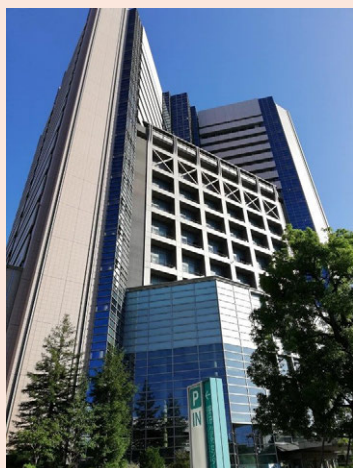


Abb. 4: National Cancer Center Hospital, Tokio Japan

auslösen kann. In der Abteilung von Herrn Dr. Daiko wird die Lymphadenektomie über die thorakalen Zugänge in den cervicalen Anteil hinein bis zur Höhe von A. thyroidea inferior durchgeführt, was mit einer erstaunlich geringen Rate von Recurrensparese (temporär < 10 %, permanent < 1 %) verbunden ist.

Nach Absetzen des Ösophagus erfolgen die cervicale und abdominelle Präparation simultan. Im Rahmen der laparoskopischen abdominellen Lymphadenektomie wird retrosternal ein Raum für den Magenhochzug geschaffen. Nach der Bergung des Operationspräparates über eine Minilaparotomie wird der Magenschlauch für die Rekonstruktion extrakorporal vorbereitet. Dann wird der Magenschlauch durch den zuvor angelegten retrosternalen Weg in den Hals hochgezogen.

Die Anastomose erfolgt cervical mit der modifizierten Technik nach Collard.

Der retrosternale Magenhochzug wird zur Vermeidung von Hiatushernien bevorzugt. Ein weiterer Vorteil dieses Vorgehens ist die Separation des hinteren Mediastinums vom Magenschlauch, was zur Vermeidung eines Pleuraempyems im Falle einer Anastomoseninsuffizienz beiträgt und gleichzeitig die Durchführbarkeit einer Radiotherapie im Rahmen der Behandlung des Lokalrezidivs erleichtert.

Mithilfe fundierter anatomischer Kenntnisse und tiefgreifendem Verständnis der einzelnen operativen Schritte schaffte das eingespielte Team am National Cancer Center diese komplizierte Operation einschließlich Umlagerung innerhalb von durchschnittlich vier bis fünf Stunden.

Die Vorteile der minimalinvasiven Operationstechnik und kürzeren Operationsdauer konnte ich vor allem während der postoperativen Behandlung erkennen. In der Regel konnten die Patienten am ersten postoperativen Tag aus dem Bett mobilisiert werden, was im Hinblick auf die Pneumonie-Prophylaxe von großer Bedeutung ist. Das perioperative Patientenmanagement wird durch enge Zusammenarbeit mit hochspezialisierten Logopäden und Physiotherapeuten stets optimiert. Derartige Expertise kann an Zentren mit hoher Operationszahl leichter entwickelt und aufrechterhalten werden.

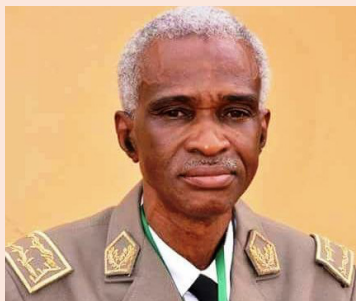
Die letzten vier Monate meines Fellowships nutzte ich vor allem für eine Datenanalyse zu AEG am National Cancer Center. Dabei untersuchte ich insbesondere, welche Patientengruppe bei fortgeschrittenem AEG von einem thorakoabdominellen Eingriff profitieren. Die Ergebnisse meiner Analyse plane ich in den nächsten Monaten bei einer Fachzeitschrift einzureichen. Durch mehrere Kongressbesuche bei JES (Japan Esophageal Society), JDDW (Japan Digestive Disease Week), JGCA (Japanese Gastric Cancer Association) sowie JSA (Japan Surgical Association) konnte ich weiterhin Einblicke in die derzeitigen Diskussionen in der japanischen Fachgesellschaft über die Behandlung von AEG Type II gewinnen.

Die Erfahrungen am National Cancer Center in Tokio verdeutlichten mir die qualitativen Vorteile eines spezialisierten Zentrums für die Durchführung hochkomplexer Eingriffe bei onkologischen Erkrankungen. Generell verfolgt man in Japan eine stärkere organspezifische Spezialisierung. Viszeralchirurgie unterteilt sich häufig in drei Fachrichtungen: Chirurgie des oberen GI-Traktes, Hepatobiliäre Chirurgie und kolorektale Chirurgie. Innerhalb dieser Einteilung gibt es in großen Zentren zusätzliche organspezifische Sektionen. Die Ausbildung der Chirurgen gestaltet sich insofern anders als in Deutschland als das die viszeralchirurgische Ausbildung durch Rotation in verschiedene Sektionen durch eine organspezifische Weiterbildung ergänzt wird. Angesichts der differenzierten, hochspezifischen onkologischen Behandlung ist es aus meiner Sicht sinnvoll, den Behandlungsraum eines spezialisierten Chirurgen einzugrenzen. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass die onkologisch tätigen Chirurgen sich im eigenen organspezifischen Fachbereich stets auf dem Laufenden halten und von ihrem Wissen in der Patientenbehandlung maximal profitieren können.

Abschließend möchte ich Herrn Dr. Daiko und den restlichen Kollegen der Abteilung für die lehrreiche Zeit in Japan herzlich danken. Der DGCH bin ich für die finanzielle Unterstützung meines Aufenthalts ebenfalls zu großem Dank verpflichtet. Als deutscher Chirurg mit japanischer Herkunft hoffe ich, in Zukunft zum chirurgischen Austausch zwischen beiden Ländern beitragen zu können.

Nachruf zum Tod von Prof. Gangaly Diallo

Am 31. Mai 2018 verstarb völlig unerwartet Professor Gangaly Diallo. Die deutschen Tropenchirurgen trauern um ihren großen Freund und Kollegen.



in memoriam
Prof. Gangaly Diallo
(† 31.05.2018)

Professor Diallo war Chef der Chirurgischen Universitätsklinik in Bamako/Mali, wo er als in Deutschland ausgebildeter Chirurg einen hervorragenden Ruf, nicht nur für sich selbst, sondern auch für sein berufliches „Heimatland“ Deutschland erworben hatte. Diallo hat an der Universität Halle (Saale) sein Medizinstudium als Stipendiat der DDR absolviert und später seine Facharztweiterbildung zum Chirurgen in Münster und Bielefeld bei Professor Eysholdt und Professor Eisenhart durchlaufen.

Ausgestattet mit der deutschen Facharzttausbildung hat er dann seit 1987 seine berufliche

Laufbahn als Chirurg in seinem Heimatland Mali fortgesetzt. Diallo arbeitete daheim als Assistent und später als Oberarzt an der Universitätsklinik, bis er 1999 zum Chef der größten Ausbildungsklinik seines Landes ans Hopital Gabriel Touré berufen wurde. In seiner dortigen Tätigkeit hat er fortwährend für die Aufrechterhaltung und Verbesserung der chirurgischen Versorgung in Mali gekämpft. 2002 wurde er zum Vize-Dekan der Medizinischen Fakultät gewählt, 2010 zum Generalsekretär der Gesellschaft für Chirurgie der frankophonen Länder Afrikas und schließlich 2012 zum Präsidenten der Gesellschaft für Chirurgie von Mali. Mit großer Energie und Begeisterung hat er über Jahrzehnte die Verbindung zu seinen deutschen beruflichen Ziehv Vätern und seinen Freunden in Deutschland aufrechterhalten. Regelmäßig besuchte Diallo den Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und unterstützte die wissenschaftlichen Sitzungen und die Workshops für angepasste Chirurgie und präsentierte eindrucksvolle wissenschaftliche Vorträge über die Versorgungswirklichkeit und die Besonderheiten der Chirurgie in Mali. Er war stets ein verlässlicher Ansprechpartner für deutsche Medizinstudenten, die einen Teil ihres Praktischen Jahres an seiner Klinik in Bamako absolvieren

konnten. Unzählige junge deutsche Mediziner haben durch ihn die speziellen Aspekte der tropischen Chirurgie und der Chirurgie eines armen Landes kennengelernt und dabei reichhaltige klinische Erfahrungen gesammelt. Die Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Entwicklungsländer innerhalb der DGCH, deren Vorstandsmitglied er war, hat stets von seiner großen Erfahrung profitiert.

In jüngster Zeit ist er darüber hinaus zum wichtigen Ansprechpartner für alle Kolleginnen und Kollegen geworden, die am deutschen und europäischen Engagement für Mali beteiligt sind.

Im Jahre 2017 ehrte die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ihn mit der Verleihung des Siegels der DGCH, was Professor Diallo mit großem Stolz erfüllte.

Wir trauern um unseren Freund und Partner, der viel zu früh aus dem aktiven Berufsleben gerissen wurde. Unser tiefes Mitgefühl gehört seiner Familie.

PD Dr.med. Henning Mothes, Weimar
Prof. Dr.med. Matthias Richter-Turtur, München

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr Prof. Dr. med. Harald Gögler, Berlin
Herr Dr. med. Hans-Joachim Everke, Straubing
Herr Dr. med. Helmut Katzenberger, Bad Kissingen
Herr Dr. med. Honke Georg Hermichen, Neuss
Herr Prof. Dr. med. Holger Bartels, München
Herr Prof. Dr. med. Gernot Feifel, Homburg
Herr Prof. Dr. med. Kurt Gdanietz, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Hans-Martin Schamaun, Feldmeilen/Schweiz
Herr Prof. Dr. med. Omke Enno Teebken, Isernhagen
Herr Prof. Dr. med. Heinz Pichlmaier, Köln
Herr Dr. med. Jürgen Cappel, Großenbrode

*22.07.1940 †14.04.2018
*10.03.1933 †21.11.2018
*01.08.1926 †15.02.2019
*16.02.1947 †25.02.2019
*04.07.1947 †04.03.2019
*04.09.1935 †08.03.2019
*24.01.1928 †12.03.2019
*13.11.1923 †03.04.2019
*21.08.1968 †08.04.2019
*10.11.1930 †28.04.2019
*30.10.1949 †20.05.2019

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 627 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 104 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 235 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: ESOPEC₄ Registrierungsnummer: NCT02509286, DRKS00008008				
Prof. Dr. Jens Höppner	Adenokarzinom des Ösophagus und des gastroösophagealen Übergangs (AEG) Experimentelle Gruppe: Perioperative Chemotherapie (FLOT) und Tumoresektion Kontrollgruppe: Neoadjuvante Radiochemotherapie (CROSS) und Tumoresektion	09.02.2016 308 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: IOWISI₅ 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 270 von 540 Patienten	DFG 400 € / Patient	PD Dr. med. D. Reim Klinik und Poliklinik für Chirurgie Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München (TUM) Ismaninger Str. 22 81675 München T: 089/4140-5019 E: daniel.reim@tum.de
Studientitel: iPEP₆ 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 35 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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: PONI_Y, 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 76 von 340 Patienten	KCI USA, Inc. 50 € / 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_g, 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 264 von 366 Patienten	– Kein Fallgeld	PD Dr. N. N. Rahbari Chirurgische Klinik Universitätsmedizin Mannheim T: 0621/383-3591 F: 0621/383-3809 E: nuh.rahbari@umm.de
Studientitel: WOPP_g, 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 287 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 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 E: Jens.Neudecker@charite.de

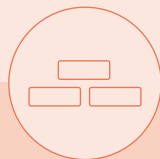
- [1] Randomisierte, multizentrische Studie mit der primären Hypothese, dass kontrolliertes Warten (watchful waiting) dem chirurgischen Verschluss asymptomatischer sowie oligosymptomatischer Narbenhernien nicht unterlegen ist hinsichtlich Schmerzen und Beschwerden während normaler Aktivitäten
- [2] Sleeve 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] Perioperative Chemotherapie (FLOT) im Vergleich zur neoadjuvanten Radiochemotherapie (CROSS) bei Patienten mit Adenokarzinom des Ösophagus
- [5] Intraoperative wound irrigation to prevent surgical site infection after laparotomy
- [6] Internet-based Perioperative Exercise Program in Patients With Barrett's Carcinoma Scheduled for Esophagectomy
- [7] Postoperative negative pressure incision therapy following open colorectal surgery: a randomized-controlled trial
- [8] Eine randomisierte, kontrollierte Studie zur Lymphknotenentfernung bei Resektion kolorektaler Lebermetastasen
- [9] Pulmonary wedge resection plus parietal pleurectomy (WRPP) versus parietal pleurectomy (PP) for the treatment of recurrent primary pneumothorax

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

Stand: Juni 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 Eingangsfloor angebracht, würdigen wir die Spender. Sie werden auch in der Mitgliederzeitschrift *PASSION CHIRURGIE* bekannt gegeben.

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

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



Prof. Dr. med. M. Anthuber

Präsident

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

Generalsekretär

Prof. Dr. med. J. Werner

Schatzmeister

Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

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

BAUSTEIN IN GOLD

Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen

Herr Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Peiper,
Göttingen

in memoriam Prof. Dr. med. Herbert
Peiper, Berlin und Mainz

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karl-Walter Jauch,
München

in memoriam Prof. Dr. med. Georg
Heberer, München

Herr Prof. Dr. med. Reiner Gradinger,
München

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.
in memoriam Prof. Dr. med. Jens Witte

AO Deutschland, Arbeitsgemeinschaft für
Osteosynthesefragen, Berlin

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Axel Haverich,
Hannover

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Markus Büchler,
Heidelberg

DGTHG – 1971 mit Dank an die
Gründungsmitglieder

Herr Prof. Dr. med. Joachim Jähne, Hannover
in memoriam Manfred und Helmi Jähne,
Essen

Herr Prof. Dr. med. Uwe Klinge, Aachen

Herr Prof. Dr. med. Erhard Kiffner, Karlsruhe
in memoriam Prof. Dr. med. W. Brendel,
Prof. Dr. med. R. Zenker, Dr. med.
R. Kiffner

AIOD Deutschland e. V., Düsseldorf

Familie und Freunde Dr. Schreiter,
Hamburg

in memoriam Dr. med. Friedemann
Schreiter

Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau,
Bochum

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

Herr Dr. med. Ernst Derra und Frau Dr. med.
Hildegard Derra-Henneke, Düsseldorf und
München

in memoriam Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.
Ernst Derra, Düsseldorf

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Roland
Hetzer, Berlin

Herr Prof. Dr. med. Roderich Schwarz, Bristol,
Indiana, USA

in memoriam Prof. Dr. med. Wilhelm
Müller, Rostock und Prof. Dr. med. Egbert
Schwarz, Erfurt

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

BAUSTEIN IN SILBER

Herr Prof. Dr. med. Leonhard Schweiberer,
München

Herr Prof. Dr. med. Klaus Junghanns,
Ludwigsburg

Herr Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, Neuötting

Herr Prof. Dr. med. Hendrik Dienemann,
Thoraxklinik Heidelberg

Herr Prof. Dr. med. habil. Dr.-Ing. Dr. med.
h.c. Michael Ungethüm, Tuttlingen

Herr Prof. Dr. med. Hartmut Siebert,
Schwäbisch-Hall

Herr Prof. Dr. med. Karl Herbert Welsch,
München

Herr Prof. Dr. med. Stefan Wysocki,
Heidelberg

Herr Dr. med. Jürgen Meier zu Eissen,
Hannover

Herr Prof. Dr. med. Stefan Post, Mannheim

Herr Prof. Dr. med. Wolf Mutschler, München

Frau Prof. Dr. med. Ursula Schmidt-
Tintemann, Vaterstetten

Herr Prof. Dr. med. Matthias Rothmund,
Marburg

Herr Prof. Dr. med. Christian H. Siebert,
Hannover

Herr Prof. Dr. med. Volker Bühren, Murnau

Herr Dr. med. Abdullah Mury, Heide

Herr Dr. med. Andreas Ungeheuer, München

Herr Prof. Dr. med. Wolf Schellerer, Bamberg

Herr Prof. Dr. med. Tilman Mischkowsky,
Berlin

Herr Prof. Dr. med. Hans-Joachim Wiendl,
Bamberg

Herr Prof. Dr. med. Klaus Roosen, Würzburg

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Gert Carstensen,
Mülheim

Herr Prof. Dr. med. Peter M. Vogt, Hannover

Herr Prof. Dr. med. Fritz L. 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
- Herr 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
- Herr Dr. med. Klaus Schellerer, Bamberg
in memoriam Prof. Dr. med. Heinrich Schellerer und Prof. Dr. med. Gerd Hegemann

BAUSTEIN IN BRONZE

Herr Dr. med. Holger Barenthin, Celle	Herr Dr. med. Gerwin Alexander Bernhardt, Voitsberg/Österreich	Frau Dr. med. Waltraud von Kothén, Tegernsee
Herr Prof. Dr. med. Gernot Feifel, Homburg	Herr Dr. med. Georgios Adamidis, Pirmasens	Herr Dr. med. Jürgen Friedrich, Essen
Herr Prof. Dr. med. Alfred Lamesch, Gotzingen/Luxemburg	Herr Dr. med. Orhan Özdemir, Herborn	Herr Dr. med. Arnd Siegel, Stade
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jakob R. Izbicki, Hamburg	Herr Dr. med. Marcus Giebelhausen, Paderborn	in memoriam Prof. Dr. med. Rudolf Nissen
Herr Prof. Dr. med. Hans Zwipp, Dresden	Herr Prof. Dr. med. Matthias Richter-Turtur, Münsing	Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke, Plettenberg
Herr Dr. med. Dusan Dragojevic, Isernhagen	Herr Dr. med. Michael Eckert, Speyer	in memoriam Prof. Dr. med. E.H. Farthmann
Herr Prof. Dr. med. G. Heinz Engelhardt, Wuppertal	in memoriam Prof. Dr. med. Kurt Spohn	Saarländische Chirurgenvereinigung e.V., Saarbrücken
Proktologische Praxis Kiel,	Herr Prof. Dr. med. Rudolf Bedacht, München	Herr Dr. med. Johannes Zeller, Laufenburg
Herr Dr. med. Johannes Jongen,	Herr Dr. med. Hans-Joachim Wigro, Bielefeld	in memoriam Prof. Dr. med. Manfred Schmolke, Düsseldorf
Herr Dr. med. Hans-Günter Peleikis,	Herr Dr. med. Ingolf Hoellen, Backnang	Herr Prof. Tomislav Stojanovic
Herr Dr. med. Volker Kahlke	Herr Dr. med. Konrad Prenner, Salzburg	Dr. med. Radovan Stojanovic, Wolfsburg
Herr Dr. med. Wolfgang Hermes, Bremen	Herr Dr. med. Radovan Stojanovic, Kassel	in memoriam Prof. Dr. med. Heinz Becker, Göttingen
Herr Dr. med. Wolf-Dieter Hirsch, Grimma	Herr Dr. med. Jörg Kluge, Erfurt	Herr Dr. med. Jürgen Benz
Herr Dr. med. Holger Herzing, Höchstadt/Aisch	in memoriam Dr. med. habil. Werner Kluge, Dresden	in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Joachim Streicher
Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke, Plettenberg	Herr Dr. med. Roland Kluge, Dresden	Frau Dr. med. Frauke Eleonore Meyer-Wigro, Bielefeld
Herr Dr. med. Winfried Hölter, Monheim	in memoriam Dr. med. habil. Werner Kluge, Dresden	Herr Prof. Dr. med. Alfred Berger, Deutschlandsberg
Herr Dr. med. Matthias Becker, Possendorf	Frau Dr. med. Ricarda E. Sieben, Braunschweig	Herr Prof. Dr. med. Roland Eisele, Göppingen
Frau Dr. med. Martina Mittag-Bonsch, Crailsheim	Herr Dr. med. Peter Gilsdorf, Mainz	Herr Dr. Joachim Casper, Überlingen
Zur Erinnerung an den Virchow-Schüler Paul Langerhans, Berlin und Madeira. Seine Familie	Herr PD Dr. med. Friedrich Thielemann, Villingen-Schwenningen	
Herr Prof. Dr. med. Stefan Riedl, Göppingen	Herr Dipl.-Ing. H. – F. Bär, Werl	
	Herr Dr. med. Albert Schreiber, Neumarkt	
	in memoriam Dr. med. Claus Wiedmann	

DGCH-PRÄSIDIUM

ab 1. Juli 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	T. Schmitz-Rixen, Frankfurt
1. Vizepräsident	M. Anthuber, Augsburg
2. Vizepräsident	M. Ehrenfeld, München
3. Vizepräsident	H. Lang, Mainz
Schatzmeister	J. Werner, München
Generalsekretär	H.-J. Meyer, Berlin

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	T. H. K. Schiedeck, Ludwigsburg
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. Giunta, 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	R. Lorenz, Berlin
Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland	R. Rosso, Comano/Schweiz
Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung	C. Bruns, Köln

FRÜHERE PRÄSIDENTEN

G. Schackert, Dresden	2016
T. Pohlemann, Homburg	2017
J. Fuchs, Tübingen	2018

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
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
P. Vogt, 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, Stellenin-
sätzen 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.



ZULETZT ERSCHIENEN ALS eMAGAZIN

Alles lesen
in der BDC|Mobile
App oder unter
www.bdc.de

eMagazin
04/2019



INHALTSVERZEICHNIS DER eMAGAZIN AUSGABE APRIL 2019

EDITORIAL

Shuntchirurgie - Ein anspruchsvolles und lohnendes Gebiet der Gefäßchirurgie

SCHAUFENSTER

CHIRURGIE

IM FOKUS:

Passion Shuntchirurgie

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

Shunt zu - was nun? Kein Shunt hält ewig!

CHIRURGIE+

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

Leserbrief

Für Praxen und Praxiskliniken: Die Betriebsrente wird attraktiver

Hygiene-Tipp: Händedesinfektion in der Notaufnahme und im externen Notfall

Honorarbericht Quartal 3/2016 und 4/2016

Personalia

Die Beweiskraft ärztlicher Aufklärungsbögen

F&A: Verpflichtung Befunde abzuzeichnen

F&A: Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung

GESUNDHEITSPOLITIK

Ambulantes Operieren 2018: Tiefe Gräben oder Zusammenarbeit?

Fachärzte kritisieren Entwurf zur Neueregulierung der Psychotherapeutenausbildung

BDC|Pressemitteilung: Rosig oder ungewiss – Wie steht es um die Zukunft der Chirurgie?

Aktuelle Meldungen

INTERN DGCH

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

Spendenaufwurf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

DGCH-Präsidium ab 1. März 2019

INTERN BDC

Jahresbericht 2018 – Landesverband BDC|Hamburg

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

BDC|News

BDC|Landesverbände

BDC|Pressespiegel

Termine BDC|Akademie

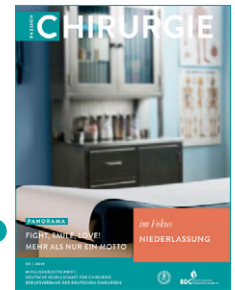
Veranstaltungshinweise

Lifestyle-Angebote im April 2019

PANORAMA

Aus einer Wüste einen Garten machen

eMagazin
05/2019



INHALTSVERZEICHNIS DER eMAGAZIN AUSGABE MAI 2019

EDITORIAL

Gemeinsam stark!

SCHAUFENSTER

Umfrage PASSION CHIRURGIE

CHIRURGIE

Arthrodesen in der Hand – Neue Therapieverfahren

IM FOKUS

Intersektorale Versorgung – eine Einbahnstraße?

CHIRURGIE+

Bundeskongress Chirurgie: Update Niederlassung

Webinar „S3-Leitlinie „Analfisteln“ im Mai 2019

Safety Clip: SWOT-Analyse – ein Instrument des Qualitäts- und Risikomanagements

Versicherungsangebote vom BDC

Hygiene Tipp: Impfungen zum Personalschutz

Hygiene-Clip: Get your Disinfection

Abrechnung der Stoßwellentherapie beim Fersensporn (EBM-Ziffer 30440)

Personalia

Vorverlegte Operation & Befunderhebung bei Bauchschmerzen

Unerwarteter Tod des Praxisinhabers – was ist zu tun?

F+A: Anspruch auf Auskunft über die Namen der behandelnden Ärzte

F+A: Schweigepflichtentbindungserklärung mittels E-Mail

GESUNDHEITSPOLITIK

Und das geht auch: Chirurgische Einzelpraxis und Belegarzt

BDC-Pressemitteilung: Friederike Burgdorf ist neue Geschäftsführerin

BDC-Pressemitteilung

Aktuelle Meldungen

INTERN DGCH

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

Spendenaufwurf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

DGCH-Präsidium ab 1. März 2019

Meine Daten haben sich geändert

INTERN BDC

Das Themen-Referat „Medizinische Dokumentation, Klinik- und Leistungsmanagement“ im BDC

BDC|News

BDC|Landesverbände

BDC|Pressespiegel

Termine BDC|Akademie

Partner für chirurgische Weiterbildung

Veranstaltungshinweise

Lifestyle-Angebote im Mai 2018

PANORAMA

„Fight, Smile, Love!“ – mehr als nur ein Motto

Bundeskongress Chirurgie: Update Niederlassung

BUNDES-
KONGRESS



Julia Weilbach

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

„Ich freue mich, dass wir es geschafft haben, insgesamt 17 Verbände beim Bundeskongress hier in Nürnberg begrüßen zu dürfen“, eröffnete der Kongressleiter Dr. med. Michael Bartsch die Veranstaltung. „Auch dass die Studierenden und junge Ärzte eine eigene Sitzung haben, freut mich sehr.“ Der BDC ist schon seit einigen Jahren fester Bestandteil des Bundeskongresses und machte auch in diesem Jahr gemeinsam mit anderen Verbänden eine Bestandsaufnahme aktueller Rahmenbedingungen. Das zentrale Thema war – neben Sektorengrenzen, Finanzierung und Selbstverwaltung – der Nachwuchsmangel. An beiden Kongresstagen diskutierte der Berufsverband in gemeinsamen Sitzungen mit Studierendenvertretern und dem Bündnis Junge Ärzte über Lösungsansätze. „2025 werden wahrscheinlich 10.000 Chirurginen und Chirurgen fehlen. Wir können es uns einfach nicht leisten, Studierende im PJ zu verprellen“, so Prof. Dr. med. h.c. Hans-Joachim Meyer beim Kongress. „Wir wissen genau, dass das PJ ein wichtiges Entscheidungsmoment ist, in die Chirurgie zu gehen oder nicht.“

Nachwuchsprobleme in der Chirurgie gehen einher mit den Fragen zur Zukunft des Faches. Gesundheitsökonom Prof. Dr. Boris Augurzký 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. Augurzký 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



Weilbach J. Bundeskongress Chirurgie: Update
Niederlassung. Passion Chirurgie. 2019 Mai, 9(05):
Artikel 04_01.



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

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.

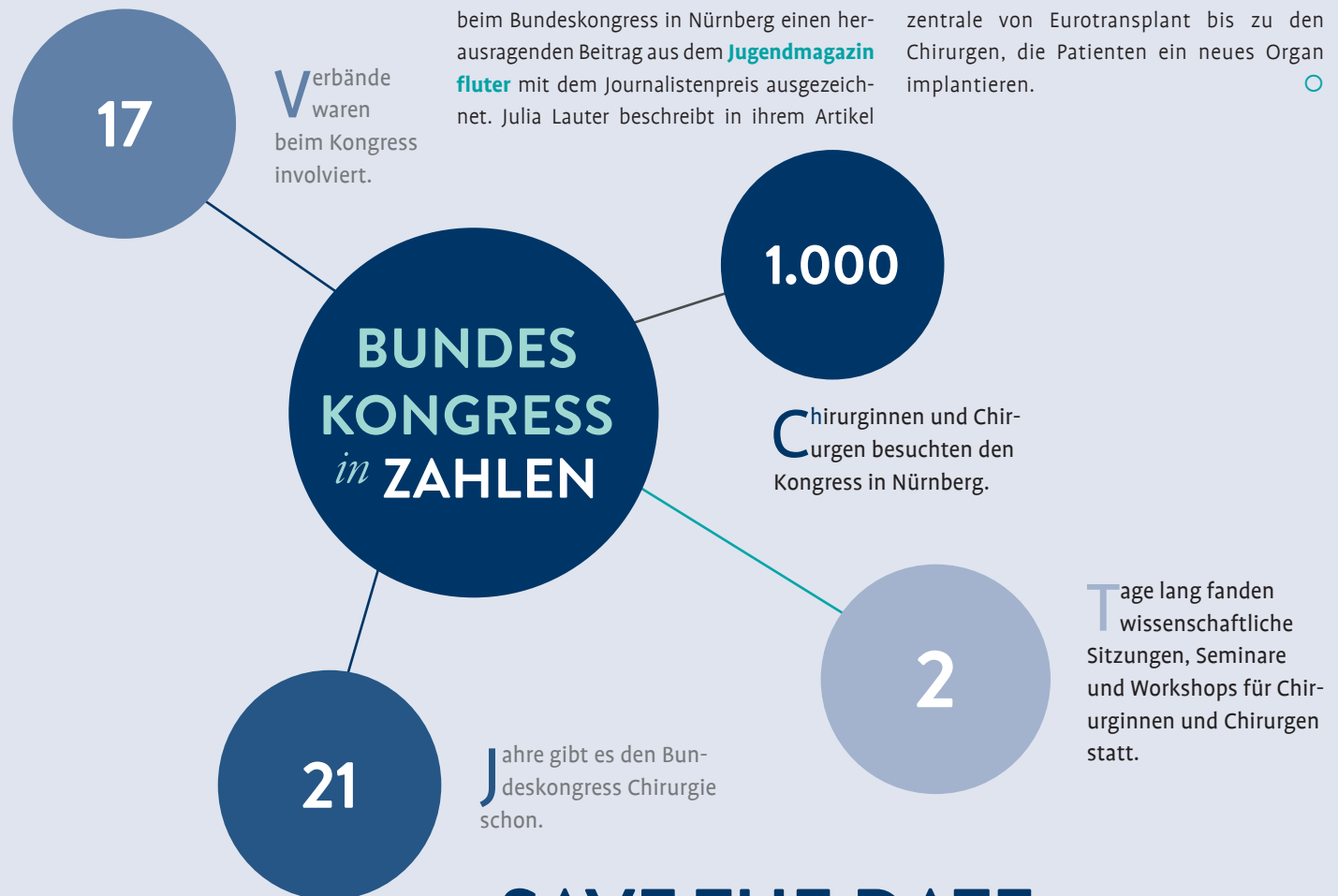
JOURNALISTENPREIS DER DEUTSCHEN CHIRURGEN WÜRDIGT BEITRAG ZUR ORGANSPENDE



Für den Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen, den der BDC jedes Jahr vergibt, haben sich wieder viele Journalisten mit ihren Medienbeiträgen aus 2018 beworben. Der BDC hat beim Bundeskongress in Nürnberg einen herausragenden Beitrag aus dem **Jugendmagazin fluter** mit dem Journalistenpreis ausgezeichnet. Julia Lauter beschreibt in ihrem Artikel

„**Sein Herz schlägt weiter. Irgendwo.**“ den Ablauf einer Organspende – vom Abschied bis zum Neuanfang. Im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung verlieh der Präsident des BDC, Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, den mit 1.500 Euro dotierten Preis.

Im Frühjahr 2018 ist Lauters Beitrag im fluter Magazin Nummer 66 – „Körper“ zum Thema Organspende erschienen. Wie läuft eine Organspende genau ab? Die Frage stellen sich viele Menschen. Julia Lauter beantwortet diese wichtige Frage. Sie begleitet einen Koordinator der Deutschen Stiftung Organtransplantation bei der Untersuchung einer Patientin – einer potenziellen Organspenderin –, geht den Weg weiter zur Schaltzentrale von Eurotransplant bis zu den Chirurgen, die Patienten ein neues Organ implantieren.



SAVE THE DATE

Der nächste Bundeskongress Chirurgie wird vom 07. bis 08. Februar 2020 stattfinden. Alle Informationen zum Programm und zur Anmeldung finden Sie rechtzeitig hier: www.bundeskongress-chirurgie.de. Wir freuen uns auf Ihren Besuch!



TOP 1: BERICHT DES PRÄSIDENTEN

Der Präsident Herr Professor Meyer begrüßt die anwesenden Mitglieder und stellt die Entwicklung der Mitgliederzahlen und deren Zusammensetzung vor. Die aktuellen Mitgliederzahlen sind, ebenso wie im letzten Jahr, absolut stabil. Dies zeigt sich in der aktuellen Mitgliederzahl von 17.612 (Stand 31.12.2018). Der BDC bleibt damit die größte europäische Chirurgenvereinigung. Hervorzuheben ist, dass mittlerweile 28 % der Mitglieder Chirurginnen sind.

Der Präsident berichtet von den Bemühungen des BDC, weitere Mitglieder zu gewinnen und stellt die neue Kampagne „Jeder braucht einen Verband“ vor, in deren Fokus die Assistenzärzte stehen.

Die meisten Mitglieder finden sich im Fachgebiet Allgemeinchirurgie. Hierzu führt der Präsident aus, dass der BDC und die medizinischen Fachgesellschaften, die die Bundesärztekammer aktiv beraten, eine gemeinsame Weiterbildungskommission bilden. Erneut ist die Empfehlung der Zusammenführung der Säulen Allgemein- und Viszeralchirurgie nicht umgesetzt worden.

Anschließend geht der Präsident auf die neue Ausrichtung der Akademie ein und dankt Herrn Professor Schröder für die Umsetzung. Die Akademie wurde erfolgreich umbenannt in „Deutsche Akademie für chirurgische Fort- und Weiterbildung“ und bekam ein neues

Protokoll DER BDC- MITGLIEDER- VERSAMMLUNG 2019

Freitag, den 29. März 2019, 11:45 bis 12:00 Uhr,
ICM, im Rahmen des 136.
Deutschen Chirurgenkongresses (DCK)

Design. Die Ankündigungen der verschiedenen Angebote aller Fachgesellschaften, außer der DGAV, werden zukünftig über eine Website erreichbar sein. Die ca. 160 Veranstaltungen der BDC|Akademie im Jahr 2018 wurden von knapp 5.000 Teilnehmer besucht. Neu hinzugekommen sind im letzten Jahr die Webinare, die monatlich eine neue Leitlinie vorstellen. Der Präsident dankt dem Akademieleiter und den Seminarleitern für ihr Engagement.

Ein neues eCME-Center ist in Planung. Es wird zurzeit neu konzipiert, berichtet der Präsident.

Zum wichtigen Feld der Nachwuchsförderung berichtet Professor Meyer, dass eine Kooperation mit den medizinischen Fachgesellschaften entstanden ist, die durch Dr. Benedikt Braun als Leiter des „Perspektivforum Junge Chirurgie“ der DGCH zustande gekommen

ist. Er verknüpft aber gleichzeitig die Aktivitäten der DGCH und des BDC. Hier wurde eine Internet-Plattform ins Leben gerufen, die eine Verknüpfung zwischen den jungen Kollegen erleichtern soll, es werden auch die PJler mit einbezogen.

Die Nachwuchsförderung mit der Kampagne „Nur Mut! Kein Durchschnittsjob: Chirurgin“ und der Nachwuchs-Kongress „Staatsexamen & Karriere“ laufen erfolgreich weiter, dazu kamen 2018 auch einige Aktionen in Schulen, um schon die ganz Jungen für die Chirurgie zu begeistern.

In puncto Berufspolitik nimmt der Präsident eine insgesamt kritische Haltung ein, hebt allerdings das von Gesundheitsminister Spahn geplante Transplantationsgesetz positiv hervor. In die Beratungen zu GOÄ und EBM hat sich der BDC aktiv eingebracht.

Zur Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des BDC berichtet Herr Professor Meyer, dass viele Presseanfragen kommen und diese in der Regel sofort vom Vorstand oder jemandem aus dem Erweiterten Präsidium beantwortet werden.

Die Mitgliederzeitschrift PASSION CHIRURGIE ist etabliert und wird in Zusammenarbeit mit der DGCH erstellt.

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

verstorbenen Mitglieder gedacht. Besonderes Gedenken geht an den verstorbenen Herrn Professor Hempel, ehemaliger Präsident des BDC und Herrn Dr. Ronny Dittmar, unserem geschätzten Geschäftsführer.

TOP 2: BERICHT DES SCHATZMEISTERS

Nach dem Bericht des Präsidenten berichtet der Schatzmeister Herr Dr. Mayer über die wirtschaftliche Situation des BDC. Vorab dankt er den Mitarbeiterinnen und dem Mitarbeiter des BDC, die im letzten Jahr, in dem Herr Dr. Dittmar krankheitsbedingt die Geschäftsstelle nicht mehr leiten konnte, durch ihre Loyalität und ihren Arbeitseinsatz für reibungslose Abläufe gesorgt haben. Besonderer Dank galt zudem dem Vizepräsidenten, Herrn Dr. Rüggeberg, der die kommissarische Geschäftsleitung übernommen hatte. Er begrüßt die neue Geschäftsführerin Frau Dr. Friederike Burgdorf, die sich kurz vorstellt.

Herr Mayer fasst zusammen, dass es dem BDC wirtschaftlich gut geht.

Die Mitgliederentwicklung und somit auch die Einnahmen des BDC aus Beiträgen seien weiterhin stabil und belaufen sich auf knapp 1,77 Millionen Euro in 2018. Einnahmen und Ausgaben bei der Rechtsschutzversicherung hielten sich im erwarteten Rahmen. Die Kosten im Bereich des Präsidiums entwickeln sich stabil, bis leicht rückläufig. Die Kosten für Präsidiumssitzungen sind rückläufig. Dies spreche für den verantwortungsvollen Umgang des Vorstands mit den zur Verfügung stehenden Mitteln.

Er berichtet außerdem, dass die Kosten der Geschäftsstelle stabil sind, ebenfalls die Mietkosten.

Die BDC|Akademie kann durch die Umstrukturierung und die Konzentration auf das Wesentliche – der Schatzmeister dankt Herrn Professor Schröder dafür – einen Kostenrückgang aufweisen. Der Schatzmeister fasst zusammen, dass die Akademie als Schwerpunkt des BDC gegenüber den Vorjahren die Unterdeckung bei 20 Prozent halten konnte. Die Rechtsschutzberatung ist in der Bilanz

ebenfalls konstant, wofür er dem BDC-Justitiar, Herrn Dr. Heberer, dankt.

In 2018 schließt der BDC mit einem positiven Betriebsergebnis von 57.442 Euro ab.

Zur Prognose konstatiert Herr Dr. Mayer steigende Ausgaben im Bereich des Personals in der Geschäftsstelle und aufgrund von Änderungen bei der Besteuerung des wirtschaftlichen Geschäftsbetriebes. Zudem wird in die Technik der Geschäftsstelle investiert werden müssen. Schließlich liege es in der Absicht des BDC, in Projekte zu investieren. In der Zusammenschau, konstatiert Herr Dr. Mayer, müssten im nächsten Jahr höchstwahrscheinlich die Mitgliedsbeiträge angepasst werden, was seit nunmehr 20 Jahren nicht mehr stattgefunden hat.

Im Ergebnis des Wirtschaftsprüfers sei dem BDC ein höchst seriöses Vorgehen mit den Mitgliedsbeiträgen bestätigt worden, berichtet der Schatzmeister.

TOP 3: ENTLASTUNG DES VORSTANDS

Auf Antrag eines Mitglieds aus der Versammlung erfolgt die Entlastung des Vorstands, die ohne Gegenstimme bei Enthaltung der Vorstandsmitglieder angenommen wurde.

TOP 4: NEUWAHL PRÄSIDIUMSMITGLIEDER

Das erweiterte Präsidium des BDC hat am 15.01.2019 im Umlaufbeschlussverfahren beschlossen, der BDC-Mitgliederversammlung am 29.03.2019 folgende personelle Veränderungen im BDC|Präsidium zu empfehlen:

- Frau Prof. Dr. Julia Seifert tritt als Vizepräsidentin zurück und fungiert im erweiterten Vorstand.
- Herr Dr. Peter Kalbe übernimmt die Funktion des Vizepräsidenten und fungiert im Vorstand. Gleichzeitig dankt er Frau Professor Seifert für ihre langjährige Mitarbeit im Vorstand.
- Herr Prof. Dr. M. Sauerbier übernimmt nach Rücktritt von Prof. M. Lehnhardt das Fach-Referat Plastische Chirurgie.
- Herr Dr. J.-U. Wiegner übernimmt nach Rücktritt von Prof. Dr. G. Gehrke das Fach-Referat MKG-Chirurgie.

Auf der Mitgliederversammlung erfolgte die Wahl von Herrn Dr. Peter Kalbe, Herrn Prof. Dr. M. Sauerbier und Herrn Dr. J.-U. Wiegner einstimmig ohne Gegenstimmen bei einer Enthaltung (von Herrn Dr. Kalbe).

TOP 5: BESCHLUSSFASSUNG BEITRAGSORDNUNG

Dieser TOP wird verschoben auf die Mitgliederversammlung 2020.

TOP 6: BERICHT DES JUSTITIARS

„Same procedure as every year“ vom BDC-Justitiar Herr Dr. Heberer, der aus Zeitgründen keinen Bericht abgeben konnte.

ABSCHLUSSWORTE

Der Präsident beendet die Mitgliederversammlung, dankt allen Vorstandsmitgliedern und Mitarbeitern für die Zusammenarbeit und betont, dass er sich auf die Zusammenarbeit mit Frau Dr. Burgdorf, die er ebenfalls im Kreis des BDCs begrüßt, freut. Professor Meyer wünscht allen eine sichere und gute Heimfahrt.

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

Protokoll der BDC-Mitgliederversammlung.
Passion Chirurgie. 2019 Juni, 9(06): Artikel
07_01.

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 Chirurgeninnen 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.



Das Referat für „Medizinische Dokumentation, Klinik- und Leistungsmanagement“ stellt sich vor



Prof. Dr. med. Thomas Auhuber
Leiter Medizinmanagement
BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin
gGmbH
Warener Str. 7
12683 Berlin
thomas.auhuber@ukb.de
www.ukb.de

Das Referat „Medizinische Dokumentation, Klinik- und Leistungsmanagement“ wurde implementiert, um den aktuellen Herausforderungen der Chirurgie zwischen Medizin und Ökonomie (im Bereich der Medizinischen Dokumentation, des Klinik- und Leistungsmanagements) gerecht zu werden. Diverse gesetzliche Änderungen, G-BA-Vorgaben, Qualitätssicherungs-, Klassifikations- und Entgeltsysteme beeinflussen und begleiten täglich das ärztliche Handeln: Leistungen sollen transparent gemacht werden, Entgeltsysteme folgen der Leistung. Rechtssicherheit in Kodierung und Abrechnung ist ebenso wichtig wie die Abbildung etablierter und innovativer Verfahren in der Chirurgie. Gleichzeitig sollen Wirtschaftlichkeits-, Sparsamkeits- und Effizienzkriterien Anwendung finden. Darüber hinaus spielen Aspekte der Digitalisierung eine immer größere Rolle.

Das Referat ist Ansprechpartner rund um die Themen DRG, stationäre Krankenhausabrechnung, Zusatzentgelte, NUB-Verfahren, ICD- und OPS-Kodierung, Vorschlagsverfahren

(DIMDI/InEK), Budgetverhandlungen, Medizincontrolling, OP-Management und Medizinmanagement. Das Angebot soll helfen, das Verständnis zwischen Ärztinnen/Ärzten und der Administration zu fördern und damit einen Beitrag zu verbesserten chirurgischen Versorgungsstrukturen leisten. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Bündelung der fachchirurgischen Interessen und dem interdisziplinären Dialog mit anderen Fachgesellschaften, (Berufs-)Verbänden, Referaten und Partnern der Selbstverwaltung.

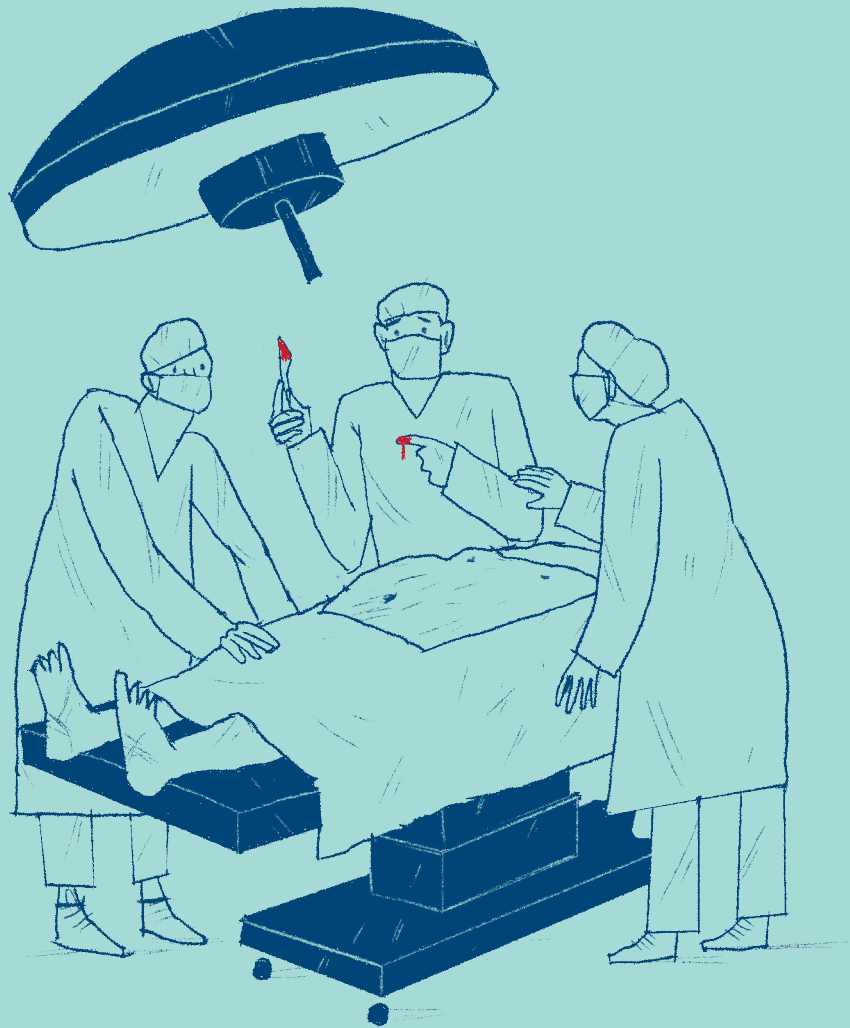
Das Referat wird von Prof. Dr. Thomas Auhuber geleitet. Er vertritt die Interessen der Chirurgie in diversen berufspolitischen Foren, gesundheitspolitischen Gremien und Arbeitsgruppen. Es werden regelmäßig Seminare durchgeführt und Publikationen herausgegeben.

Das Referat lebt von Ideen, Visionen und Expertise. Input und Anregungen sind jederzeit willkommen.

Auhuber T: Das Referat für „Medizinische Dokumentation, Klinik- und Leistungsmanagement“ stellt sich vor. *Passion Chirurgie*. 2019 Mai, 9(05): Artikel 07_01.



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



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. Arndt Voigtsberger

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

Prof. Julia Seifert arbeitet weiter mit BDC-Vorstand - Dr. P. Kalbe tritt ihre Nachfolge als Vizepräsident an



Bei der letzten BDC-Mitgliederversammlung beim Chirurgenkongress wurde Dr. Peter Kalbe zum Nachfolger von Prof. Dr. Julia Seifert gewählt. Die bisherige Vizepräsidentin Julia Seifert wird weiterhin – vor allem bei den Themen Hygiene und Weiterbildungsordnung – eng mit dem erweiterten BDC-Vorstand zusammenarbeiten. „Wir wissen Julia Seiferts großartiges Engagement für den BDC über viele Jahre sehr zu schätzen und freuen uns auch in Zukunft über ihre aktive Unterstützung“, betont der BDC-Präsident Professor Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer bei der Versammlung.

Stipendium für niedergelassene Chirurgen



Unser verstorbener Ehrenpräsident, Herr Prof. Dr. W. Müller-Osten, hat dem BDC ein Vermächtnis hinterlassen, aus dem Fortbildungsstipendien für niedergelassene Chirurgen, z. B. an Kliniken, finanziert werden sollen. Er wollte damit interessierten Niedergelassenen die Möglichkeit eröffnen, ihre Kenntnisse zu aktualisieren und neuere Entwicklungen in der Chirurgie in ihre tägliche Arbeit aufzunehmen.

Finanziert werden die Kosten für die Praxisvertretung über zwei Wochen und anfallende Reise- und Hotelkosten. Bewerben können sich alle niedergelassenen Chirurgen, die Mitglieder im BDC sind.

Die Bewerbung ist zusammen mit der Nennung der Institution, an der hospitiert werden soll, dem Ziel der Hospitation, dem voraussichtlichen Antritt und der vorgesehenen Hospitationsdauer an den Berufsverband der Deutschen Chirurgen zu richten mail@bdc.de.



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

BDC-PRESSESPIEGEL

13.05.2019 aerzteblatt.de

Chirurgen dringen auf klare Aufgabenteilung bei Ausbildungsreform von OP-Assistenten

Bei der geplanten bundeseinheitlichen Ausbildungsregelung für Anästhesie- und Operationstechnische Assistenten sollten die Verbände der betroffenen Berufs- beziehungsweise Fachgruppen sowie die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften beteiligt werden. Dafür hat sich der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) ausgesprochen.

13.05.2019 ÄrzteZeitung

Chirurgen für klare Grenzen im Berufsbild

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BCD) hat den Gesetzentwurf begrüßt, mit dem die Ausbildung zum Anästhesietechnischen (ATA) sowie zum Operationstechnischen Assistenten (OTA) geregelt werden soll.

05.04.2019 ÄrzteZeitung

Chirurgen fordern ein Lifting ihres Fachs

Die Chirurgie steht bei angehenden Ärzten nicht hoch im Kurs. Nachwuchsmediziner für diesen Bereich zu gewinnen ist eine besondere Herausforderung, sagte Professor Hans-Joachim Meyer, Generalsekretär der DGCH und Präsident des BDC. ...

05.04.2019 arzt-wirtschaft.de

Immer weniger Allgemeinchirurgen: BDC kritisiert Bedarfsplanung

Die Bundesregierung möchte die flächendeckende Patientenversorgung auch in der Chirurgie verbessern. Die aktuelle Bedarfsplanung ist allerdings kaum dazu geeignet, dieses Ziel zu erreichen, meint der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC). ...

04.04.2019 Schaumburger Zeitung

Peter Kalbe ist Chirurgen-Vizepräsident

Dr. med. Peter Kalbe ist seit April neuer Vizepräsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC). Der Rintelner war bisher als Referatsleiter für niedergelassene Chirurgen und Chirurgeninnen Mitglied des erweiterten Vorstandes und wurde zum Nachfolger von Prof. Dr. med. Julia Seifert gewählt. ...

28.03.2019 Deutsches Verbände Forum

Expertenstatement: Immer weniger Allgemeinchirurgen in der Fläche / BDC kritisiert undifferenzierte Bedarfsplanung

Die Bundesregierung hat sich zum Ziel gesetzt, die flächendeckende Patientenversorgung durch Fachärzte zu verbessern, auch in der Chirurgie. Die neue Bedarfsplanung wird nach der Zusammenlegung von Chirurgie und Orthopädie in den kommenden Jahren allerdings dafür sorgen, dass immer mehr klassisch ...

26.03.2019 MedMix

Gesundheitspolitik Deutschland: was man zukünftig erwarten kann

In der letzten Legislaturperiode hat sich Hermann Gröhe als Bundesgesundheitsminister mit 25 Gesetzesvorlagen bereits als außerordentlich produktiv gezeigt. Dabei war er jeweils bemüht, diese möglichst im Konsens entsprechend umzusetzen. ...

26.03.2019 Dents

Rosig oder ungewiss - Wie steht es um Zukunft der Chirurgie?

Nachwuchs, Sektorengrenzen, Finanzierung - alles bekannte Stichworte, die entscheidend für die künftige Entwicklung des Fachbereichs Chirurgie sind. Der BDC machte im Februar ...

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.

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
05.07.2019	06.07.2019	Regensburg	2019-21515	4. 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
15.11.2019	16.11.2019	Leipzig	2019-21521	Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Dr. med. Ehrhardt Weiß	100,00	200,00
02.12.2019	06.12.2019	Berlin	2019-21664	Common Trunk	Prof. Dr. med. Stephan Gretschel; Dr. med. Christian Müller	400,00	600,00

FACHARTZTVORBEREITUNG							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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
04.11.2019	08.11.2019	Dortmund	2019-22530	Facharztseminar Allgemeinchirurgie	PD Dr. med. Maximilian Schmedding; Dr. med. Jens-Peter Stahl	350,00	550,00
04.11.2019	07.11.2019	Hamburg	2019-23672	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Jakob Izbicki; Dr. med. Philipp Busch	350,00	550,00
04.11.2019	08.11.2019	Erfurt	2019-23822	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Mückley	350,00	550,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
26.09.2019				Webinar: S1-Leitlinie „Vordere Kreuzbandruptur“	Prof. Dr. med. Mirco Herbort		
27.09.2019	28.09.2019	Berlin	2019-23865	Fußchirurgie III	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	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
17.10.2019				Webinar: S3-Leitlinie „Gallensteine“	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Carsten Gutt		
7.11.2019	08.11.2019	Berlin	2019-22405	CAMIC 3	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
14.11.2019				Webinar: S2e-Leitlinie „Schenkelhalsfrakturen“	Prof. Dr. med. Felix Bonnaire		
14.11.2019	15.11.2019	München	2019-23676	Viszeralchirurgie Kompakt: Rektum- und Analfistelchirurgie	Prof. Dr. med. Reinhard Ruppert	300,00	500,00
14.11.2019	15.11.2019	Köln	2019-23684	Viszeralchirurgie Kompakt: Pankreaschirurgie	Prof. Dr. med. Christiane Bruns; PD Dr. med. Felix Popp	300,00	500,00
15.11.2019	15.11.2019	Berlin	2019-23687	Management von Anastomosensuffizienzen am oberen Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. med. Clemens Schafmayer	250,00	300,00
18.11.2019	19.11.2019	Köln	2019-23635	9. Thoraxchirurgischer Kurs, Teil 1, Grundkurs	Prof. Dr. med. Erich Stoelben	400,00	500,00
19.11.2019	20.11.2019	Berlin	2019-23616	Deformitätenkorrektur mittels Ringfixateur und Hexapoden	Prof. Dr. med. Robert Rödl	400,00	600,00
21.11.2019	23.11.2019	München	2019-23613	Osteosyntheseverfahren an der unteren Extremität	Prof. Dr. med. Peter Biberthaler	400,00	600,00
21.11.2019	22.11.2019	Berlin	2019-22409	Masterclass Hernienchirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
28.11.2019	29.11.2019	Frankfurt am Main	2019-23674	Viszeralchirurgie Kompakt: Adipositas- und Metabolische Chirurgie	Dr. med. Sylvia Weiner	300,00	400,00
05.12.2019	06.12.2019	Berlin	2019-22407	CAMIC 4	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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		
08.11.2019	09.11.2019	Hannover	2019-24710	Abschlusscolloquium hygienebeauftragte Ärzte speziell für Niedergelassene	Dr. med. Peter Kalbe		
15.11.2019	16.11.2019	Meißen	2019-24711	Abschlusscolloquium hygienebeauftragte Ärzte	Prof. Dr. med. Axel Kramer		
12.12.2019	13.12.2019	Berlin	2019-24620	Update perioperative Medizin	Prof. Dr. med. Alexander Schachtrupp; Prof. Dr. med. Johann Pratschke; Dr. med. Ralf Roland Lorenz	350,00	450,00

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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 Berufs-krankheiten	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
15.11.2019	16.11.2019	Berlin	2019-24600	Der Chirurg als leitender Arzt	Prof. Dr. med. Heinz-Jochen Gassel	400,00	600,00
11.11.2019		Berlin	2019-24714	G-DRG Update 2020	Prof. Dr. med. Thomas Auhuber	200,00	400,00
21.11.2019	23.11.2019	Köln	2019-25810	Unfallbegutachtung in der gesetzli-chen Unfallversicherung	Prof. Dr. med. Bertil Boullion; Dr. med. Ekkehard Hierholzer	400,00	600,00
29.11.2019	30.11.2019	Berlin	2019-24705	Innovative Führungs- und Personal-praxis im Gesundheitswesen	Prof. Dr. soz. Margit Geiger	400,00	600,00
29.11.2019	30.11.2019	Dresden	2019-23631	Kindertraumatologie für D-Ärzte	Prof. Dr. med. Guido Fitze	300,00	500,00
06.12.2019	07.12.2019	Berlin	2019-26536	Refresherkurs: Chirurginnen auf dem Weg nach oben	Dr. med. Gunda Leschber, Prof. Dr. med. Katja Schlosser, Sabine Schicke	450,00	650,00

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
18.07.19	20.07.19	Tübingen	Grundtechniken der Laparoskopie	Universitätsklinikum Tübingen Klinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantation- schirurgie 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	Braun- schweig	Palliativmedizin für Ärzte	BSG Braunschweiger Studieninstitut für Gesundheit- spflege GmbH	0.00	720.00
02.09.19	20.09.19	Braun- schweig	Basiskurs «Wundexperte ICW»	BSG Braunschweiger Studieninstitut für Gesundheit- spflege GmbH	0.00	960.00
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
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
25.09.19	25.09.19	Köln	GOÄ: Orthopädie / Unfallchirurgie / Chirurgie - Fachgruppenspezifisches Abrechnungs-Training	Frielingsdorf Consult GmbH	464.10	583.10
09.10.19	10.05.19	Bad Steif- felstein	Kniegelenknahe Osteotomien	Intercongress GmbH		
11.10.19	11.10.19	Dinslaken	Laparoskopie-Workshop Grundkurs - Trainingskurs Minimal Invasive Chirurgie für Chirurgen	Dr. med. Klaus Peitgen Chefarzt Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie -Zentrum für Minimal Invasive Chirurgie - St. Vinzenz-Hospital Dinslaken Dr.-Otto-Seidel-Straße 31 - 33 46535 Dinslaken	120.00	120.00
17.10.19	19.10.19	Tübingen	Grundtechniken der Laparoskopie	Universitätsklinikum Tübingen Klinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantation- schirurgie AG Chirurgische Technologie und Training	345.00	345.00
22.10.19	25.10.19	Berlin	DKOU 2019	Intercongress GmbH		
25.10.19	25.10.19	Berlin	Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250.00	250.00
25.10.19	10.11.19	Braun- schweig	Hygienebeauftragter Arzt - Grundkurs	BSG Braunschweiger Studieninstitut für Gesundheit- spflege GmbH	0.00	720.00
01.11.19	02.11.19	Hamburg	ENDOCLUBNORD 2019	INTERPLAN AG	240.00	240.00
04.11.19	08.11.19	Köln	IHK-Fortbildungsgang: „Praxismanager/in (IHK) - Arztpraxis / MVZ“	Frielingsdorf Consult GmbH	2,409.75	2,677.50
12.11.19	13.11.19	Köln	Impuls-Workshops „Führen“ im medizinischen Kontext	Frielingsdorf Consult GmbH	262.40	291.55
16.11.19	16.11.19	Düsseldorf	Intensivkurs Röntgenbefundung im Wachstumsalter	durchblicken.org	350.00	350.00
22.11.19	22.11.19	Mannheim	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250.00	250.00
05.12.19	07.12.19	Tübingen	Grundtechniken der Laparoskopie	Universitätsklinikum Tübingen Klinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantation- schirurgie AG Chirurgische Technologie und Training	345.00	345.00
05.12.19	07.12.19	Hamburg	38. Arbeitstagung der Chirurgischen Arbeitsgemein- schaft Endokrinologie (CAEK)	DGAV GmbH	160.00	160.00

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Juni 2019

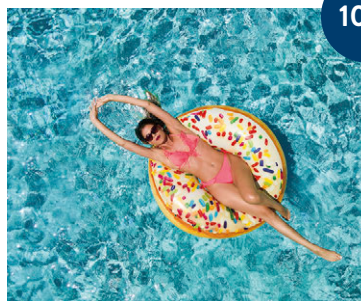
%

25 %



JBL: 25 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

10 %



BARCELO HOTEL GROUP: 10 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

15 %



SHOPASSION: 15 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

10 %



COBOC: 10 % 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.



BUNDESKONGRESS
CHIRURGIE

BDC JOURNALISTEN- PREIS 2019

Auch nach dem Tod kann der Körper noch nützlich sein: wenn man seine Organe spendet. Doch wie läuft das genau ab? Wir haben den Weg der Organe verfolgt – vom Abschied bis zum Neuanfang – und die Menschen begleitet, die diese Reise ermöglichen

In Deutschland warten rund 10.000 Menschen auf eine OP wie diese, bei der ein gesundes Organ verpflanzt wird. Viele Organe

kommen aus anderen EU-Ländern, weil es in Deutschland so wenig Spender gibt. Das liegt auch daran, dass man hier der Entnahme von Organen vor seinem Tod schriftlich zustimmen muss. In anderen Ländern, etwa Spanien, ist es genau umgekehrt. Dort muss man vor dem Tod ausdrücklich widersprechen. In Spanien kommen auf eine Million Menschen 46,9 Spender, in Deutschland sind es gerade mal 9,3.



Julia Lauter

BDC Journalistenpreisgewinnerin 2019

Redakteurin

Jugendmagazin fluter

Sein Herz schlägt weiter. Irgendwo

PROLOG

Anita Wolf hält sich an der Hand ihres Mannes fest. Sie sitzt an seinem Bett, seine Hand ist warm, sein Gesicht entspannt. Der Trubel der Intensivstation – das unablässige Fiepen der Maschinen, das grelle Blinken der Geräte –, all das rückt ganz weit weg von ihr. Es wird still in Anita Wolf. Ihr Mann ist hirntot. Das hat der junge Arzt gesagt, dessen Schuhe bei jedem Schritt auf dem Linoleumboden quietschen. Irreversibler Funktionsausfall des Großhirns, Kleinhirns, Hirnstamms. Am frühen Morgen hatte ihr Mann aufgehört zu atmen. 60 Jahre alt, nach einem schweren Schlaganfall gerade eine Woche wieder zu Hause. Der Notarzt hatte ihn wiederbelebt. Sein Herz pumpt weiter zuverlässig Blut durch den Körper – doch das Gehirn ist bereits gestorben.

Seine Hand ruht in ihrer Hand. Der junge Arzt ist immer noch da. Anita Wolf spürt, dass da noch etwas ist, sie wartet. Schließlich fragt der Arzt: Wissen Sie, wie Ihr Mann zur Organspende stand? Anita Wolf atmet tief ein und aus. Der Tod, er war immer so weit weg. Einen Organspenderausweis haben beide nicht. Der Arzt erklärt, was bei der Spende passieren würde, Anita Wolf schwirrt der Kopf. Was hätte ihr Mann gewollt? Nehmen Sie sich Zeit zum Nachdenken, sagt der Arzt, die zweite Hirntoddiagnose machen wir erst morgen. Anita Wolf ist erleichtert, denkt: Gut, dann hab ich ihn noch länger. Sie bleibt am Bett ihres Mannes sitzen. Sie will bei ihm sein. Einfach neben ihm sitzen und weiteratmen.

Gleich kommt jemand von der Stiftung für Organtransplantation, sagt der Arzt noch, mit dem können Sie sprechen, alles fragen und in Ruhe entscheiden. Anita Wolf nickt, ja, sie will mehr erfahren. Aber sie ist bereits entschlossen: Ihr Mann hat immer gern geholfen, nun sollen seine Organe anderen das Leben retten.

Für den Gesunden ist der Körper meist nur das, was man im Spiegel sehen kann: Augen, Haut, Arme, Beine. Für die Körperteile unter der Haut bekommen wir oft erst einen Sinn, wenn sie uns im Stich lassen: die Lungenflügel, die Nieren, das Herz. Unsere Organe sind ein unsichtbarer Schatz, dessen Wert wohl niemand besser kennt als die rund 10.000 Menschen in Deutschland, deren Leben von einem gesunden Organ abhängt. Die Chance, durch die Spende einer Leber, Niere, eines Herzens geheilt zu werden, ist hierzulande gering. Im letzten Jahr spendeten in Deutschland nur 797 Menschen nach dem Tod ihre Organe, der niedrigste Stand seit 20 Jahren. Das hat viele Gründe: Das Vertrauen der Menschen in die Organspende wurde immer wieder durch Skandale erschüttert. Zudem ist die eigene Sterblichkeit zu Lebzeiten ein unbeliebtes Thema, rund 40 Prozent der Deutschen sind noch unentschieden, ob sie Organspender sein wollen oder nicht. Und es gibt strukturelle Hürden: Die Kliniken meldeten in den vergangenen Jahren nur sehr wenige potenzielle Spender an die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) – das mag auch an der Arbeitsverdichtung und dem wachsenden wirtschaftlichen Druck auf den Intensivstationen liegen. Fakt ist: Täglich sterben durchschnittlich drei Patienten, die vergeblich auf ein Spenderorgan gewartet haben. Wer in Deutschland Organe spenden will, muss das nämlich vor seinem Tod schriftlich festlegen. In der Diskussion ist deswegen immer wieder eine Opt-out-Lösung, wie sie in den Niederlanden eingeführt wird: Alle Volljährigen sollen dort als potenzielle Spender erfasst werden, solange sie nicht widersprechen.

Helmut Kirschner klingelt an der Tür zur Intensivstation. Der Koordinator der DSO ist Gast hier und muss wie alle Besucher warten. Er organisiert im Auftrag der gemeinnützigen Stiftung die Organspenden in

Lauter J: Sein Herz schlägt weiter. Irgendwo. Passion Chirurgie. 2019 Juni, 9(06): Artikel 09.



Mehr Panorama-Artikel auf BDC|Online
(www.bdc.de, Rubrik Wissen | Panorama).

Norddeutschland – ein Handlungsreisender für Organe. Kirschner läuft zielstrebig durch die Intensivstation, ein Reich aus unzähligen Fluren und Krankenzimmern. Alle tragen hier grüne Schutz- und Arbeitskleidung, die Angehörigen erkennt man an den angespannten Gesichtern. Kirschner betritt das Stationszimmer, man kennt sich, man grüßt sich. Ist schon wieder jemand gestorben?, fragt ein Arzt. Kirschners Erscheinen bedeutet immer auch, dass jemand nicht mehr gerettet werden konnte. Doch Kirschner lässt sich davon nicht beirren – er ist für die Lebenden hier. Wenn ein Mensch hirntot ist, dann gibt es nur zwei Möglichkeiten, sagt er, gleich die Maschinen abstellen oder vor dem Abschalten noch Organe spenden. Mehr Optionen gibt es nicht. Wenn man es nüchtern betrachtet, dann kann der Tod des einen das Leben des anderen bedeuten, sagt Kirschner. Er sieht die Sache nüchtern, das ist sein Markenzeichen.

Der Koordinator lässt sich von einer Schwester in das Zimmer seines heutigen Falls führen, einer hirntoten Spenderin. Sie ist fast 80 Jahre alt. Nichts als ein kleines Pflaster am Kopf zeugt von dem Sturz, der sie hierhergebracht hat. Nur wer länger hinsieht, bemerkt: Vor jedem Atemzug piept das Gerät neben dem Bett, das Heben und Senken des Brustkorbes wirkt mechanisch, das Ausatmen klingt pfeifend. Die Frau ist tot, doch ihr Herz-Kreislauf-System kann mit den Mitteln der Intensivmedizin für begrenzte Zeit aufrechterhalten werden.

Dieser neue Zustand wurde 1959 erstmals von den französischen Ärzten Pierre Mollaret und Maurice Goulon beschrieben, sie nannten ihn „Coma dépassé“. In den folgenden Jahren untersuchten Forscher auf der ganzen Welt das Phänomen. 1968 erklärte eine Ad-hoc-Kommission aus Theologen, Juristen und Medizinern der Harvard Medical School diesen irreversiblen Funktionsausfall zum Hirntod. Er sollte den Kreislaufstillstand als Todesdefinition ablösen. Als lebendig gilt man seitdem nur noch, wenn auch im Hirn noch Funktionen nachweisbar sind. Kirschner nimmt der Patientin Blut ab und schickt es ins Labor der DSO zur erneuten Bestimmung der Blutgruppe und zur Untersuchung auf Virusinfektionen. Seine Handgriffe sind

WENN MAN HIRNTOT IST, WERDEN DIE MASCHINEN ABGESTELLT – WENN MAN KEIN ORGAN SPENDET

ruhig, fast bedächtig. Die Patientin ist stabil, da verbreiten wir keine Hektik, sagt Kirschner mit einer sanften süddeutschen Sprachfärbung. Er beugt sich wieder über die Patientenakte. Bis zur Meldung an Eurotransplant, wo die Verteilung der Organspenden für acht europäische Länder koordiniert wird, gibt es für Kirschner nur Daten und Kaffee. Er hat seit dem Frühstück nichts gegessen. Äußerlich hat der Koordinator Ähnlichkeit mit Lorient: das graue, schütterte Haar, die sehr aufrechte Körperhaltung, die kleinen, wachen Augen. Seine Aufgabe verlangt die Zähigkeit eines Langstreckenläufers, manchmal sind die Koordinatoren der DSO bis zu 24 Stunden mit einer Organspende beschäftigt. Viele Menschenleben hängen von Kirschners Arbeit ab.

Ein Internist betritt das Zimmer, um die Organe mit Ultraschall zu untersuchen. Er schiebt das Hemd der Frau hoch und legt den Bauch frei. Das wird jetzt kurz kalt, sagt er zu der Hirntoten und trägt das Kontaktgel auf. Der Arzt weiß, dass sie ihn nicht hören kann. Doch die Ansprache, die mitfühlende Warnung ist so sehr Teil seiner Routine, dass sie vor dem Hirntod nicht haltmacht. Für den Internisten ist die Spenderin, für die es keine Rettung mehr gibt, immer auch noch eine Patientin.

Nach zahlreichen Untersuchungen, Gesprächen mit den behandelnden Ärzten und dem Hausarzt der Spenderin kommt Kirschner zu dem Schluss, dass nur Leber und Nieren für die Spende infrage kommen – die restlichen Organe sind schon zu stark beeinträchtigt. Leicht fällt diese Entscheidung nicht angesichts der immer weniger werdenden

Spenden. Fast jeder ist bereit, sich ein fremdes Organ transplantieren zu lassen, wenn es ihn rettet, sagt Kirschner. Leider sind zu wenige Menschen im Gegenzug bereit, ihre Organe nach ihrem Tod zu spenden.

20 Jahre lang hat Helmut Kirschner als Chirurg gearbeitet, bis er dem Angebot folgte, die Deutsche Stiftung Organtransplantation Region Nord aufzubauen, nun steht der 65-Jährige kurz vor seiner Pensionierung. Ruhig bleiben, das lernt man mit den Jahren, sagt er. Er fährt fort, die Werte der Spenderin in seinen Laptop zu tippen, mit zwei Fingern. Ihre Lebensgeschichte verdichtet sich zu Zahlenreihen. Sieben Stunden dauert das Prozedere aus Untersuchungen, Datensammlung, Abstimmungen. Dann geht alles ganz schnell. Helmut Kirschner schickt die Meldung mit einem Klick an Eurotransplant und setzt damit einen mächtigen, acht Länder umfassenden Mechanismus in Bewegung. Jetzt gibt es kein Zurück mehr.

Die Schaltzentrale der Organverteilung sitzt in Leiden, in den Niederlanden: ein überschaubarer Büroraum, in der Mitte ein großer Tisch, sechs Arbeitsplätze mit Computern und Telefonen, an der Wand ein Bildschirm mit eingehenden Organspenden. Live, 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche, aus Belgien, den Niederlanden, Luxemburg, Österreich, Slowenien, Ungarn, Kroatien und Deutschland.

Allocation Duty Officer, so heißen die Menschen, die hier Organe verteilen. Einer von ihnen ist Annemieke Vijverberg-Poot. Wenn an einem Tag sechs Organspenden auf einmal reinkommen, sind das potenziell 54 Organe, die vermittelt werden müssen, dann brennt im Büro die Luft, sagt Vijverberg-Poot und lacht fröhlich. Diese Tage machen ihr am meisten Spaß. Sie mag Stress. Sechs Spendermeldungen pro Tag, das war 2017 der Durchschnitt bei Eurotransplant. Wenn die Meldungen einmal da sind, hat Vijverberg-Poot nur wenige Stunden Zeit, um die Organe zu vermitteln.

Die Basis für die Organvermittlung, die „Allokation“, wie es hier heißt, ist das Matching. Es ist wie bei einer Internet-Partnerbörse, nur dass es beim Organmatching die Liebe

auf den ersten Blick sein muss – eine zweite Chance gibt es nicht. Das Matching basiert auf Algorithmen, die auf Grundlage der Organverteilungsrichtlinien programmiert wurden. Die Ärzteschaft der Mitgliedsländer legt die medizinischen Vergabekriterien fest. Die Liste ist lang: Blutgruppe, Gewicht, Größe, Alter sind entscheidend, aber auch die Logistik: Eine undurchblutete Lunge kann nur maximal sechs Stunden überleben, eine Niere je nach Alter bis zu 24 Stunden. Die zwei wichtigsten Fragen sind: Wie dringend braucht der Patient ein neues Organ – und wie hoch sind die Chancen auf Erfolg? Die Wartezeit des Empfängers und die nationale Organaustauschbilanz, die dafür sorgt, dass kein Land zu viele Organe abgibt oder bekommt, stehen bei der Vermittlung hinten an.

Am Ende des Prozesses existiert eine Liste, auf der mögliche Empfänger stehen. Annemieke Vijverberg-Poot geht die Liste durch und informiert die Transplantationszentren der Reihe nach, immer zwei gleichzeitig, sodass bei einer Absage so wenig Zeit wie möglich verloren geht. Hier, in der Schaltzentrale in Leiden, rettet ihr Sprach- und Kommunikationstalent Leben. Helmut Kirschner steht vor der Klinik, vertritt sich die Beine. Frische Luft nach der Arbeit auf der klimatisierten Intensivstation, etwas Ruhe nach dem Trubel der vergangenen Stunden. Draußen ist es Nacht geworden. Doch bald fängt es wieder an, im Minutentakt klingelt sein Handy – die Transplantationszentren wollen sich mit dem erfahrenen Koordinator besprechen, nebenbei wird schon die Logistik in die Wege geleitet: Für die Nieren bestellt die DSO Fahrer und Fahrzeuge, die Leber soll mit einem Kleinflugzeug abgeholt werden. Wohin, das muss geheim bleiben. Das deutsche Transplantationsgesetz fordert einen strengen Datenschutz, der sowohl die Angehörigen der Spender als auch die Empfänger schützen soll. Um 23 Uhr wird die Spenderin in den OP gefahren. Ein Entnahmeteam ist extra dafür angereist: erfahrene Chirurgen von Transplantationszentren, die an diesem Tag, wie Kirschner, Bereitschaftsdienst haben. Auf den ersten Blick erweckt alles den Eindruck einer ganz normalen OP, grelles Licht, grüne Kittel,

Operationsbesteck. Und doch ist alles anders: Der kommende Eingriff hat nicht den Zweck, die Frau auf dem Operationstisch zu heilen, sondern andere. Ihr Körper wird geöffnet, die Leber und die Nieren freigelegt und noch mal in Augenschein genommen. Dann die Enttäsung: Die Leber kann doch nicht verwendet werden. Obwohl die Werte unauffällig waren, ist das Organ doch zu stark geschädigt für eine Transplantation. Weil wir so ein geringes Spendenaufkommen haben, drehen wir jedes Organ dreimal um, bevor wir uns gegen eine Entnahme entscheiden, sagt eine Ärztin. Aber hier ist nichts zu machen. Helmut Kirschner läuft mit dem Handy raus, um die schlechte Nachricht weiterzugeben. Ein Mensch verliert für heute Nacht die Chance auf einen Neuanfang. Bleiben noch die beiden Nieren.

Bevor sie dem Körper der Spenderin entnommen werden, wird über die Bauchaorta eine gekühlte Konservierungslösung in den Körper gepumpt, die Organe durchgespült. Das Herz der Spenderin hört auf zu schlagen, die Beatmung wird gestoppt. Der Körper wird nun mithilfe von eiskalter Kochsalzlösung schnell heruntergekühlt und die Nieren entnommen. Die Haut der Spenderin wirkt im grellen Licht der Operationsleuchten fast weiß. Rund 72 Stunden nach der Hirntoddiagnose kommt nun auch ihr Körper zur Ruhe.

Im Vorraum des Operationssaals nehmen die studentischen Mitarbeiter der DSO die Nieren entgegen: etwas mehr als eine Handvoll rosa-gelblichen Gewebes. Es schwimmt in einer Lösung in einem durchsichtigen Plastikbeutel. Vorsichtig, fast andächtig werden sie einzeln auf steriles zerstoßenes Eis gebettet, das in einer Polystyroltruhe liegt. Auch solche Nachtschichten kommen irgendwann zu einem Ende, sagt Kirschner, während er die versiegelten Pakete auf einem quietschenden Wägelchen durch die Katakomben der Klinik fährt. Er wirkt jetzt müde, man sieht ihm die Anstrengung der letzten 13 Stunden an. Vor der Tür der Klinik übergibt er die Pakete den Fahrern, die die Organe durch die Nacht zu den Wartenden bringen werden. Ihre Reise beginnt jetzt.

In den Transplantationszentren wird derweil schon alles für den nächsten Schritt vorbereitet: die Verpflanzung des Organs in den neuen Körper. Transplantationskoordinatoren wie Robert Kütemeier am Universitätsklinikum Eppendorf in Hamburg sind die Überbringer der frohen Botschaft für die Empfänger. Viele warten schon seit Jahren auf unseren Anruf, sagt er, wir arbeiten hier am Happy End der Geschichte. Vielleicht die dankbarste Aufgabe in diesem Dreischritt der Organtransplantation.

Kütemeier organisiert die schnelle Anreise der Patienten, informiert das Transplantationsteam und sichert einen freien OP für die Organverpflanzung. Für kurzfristige Absprachen ruft er auch noch bei Annemieke Vijverberg-Poot und ihren Kollegen von Eurotransplant an oder bespricht sich mit den Koordinatoren der DSO wie Helmut Kirschner. Und dann wird das Organ dem Empfänger eingepflanzt. Kütemeier, der jahrelang als Pfleger auf der Intensivstation gearbeitet hat, lächelt, wenn er über gelungene Transplantationen spricht. Bei dieser Arbeit müssen Sie sich niemals die Sinnfrage stellen, sagt er. Die Menschen, die das Transplantationszentrum gesund verlassen, feierten noch einmal Geburtstag.

EPILOG

Ein Jahr ist es her, dass Anita Wolf die Hand ihres Mannes losgelassen hat. Er lag im Bett, wie schlafend. Dann wurden ihm Herz, Nieren und Leber entnommen und drei Menschen mit seinen Organen gerettet. Nach sechs Wochen kam ein Dankesbrief der DSO: Die Transplantationen seien erfolgreich gewesen, die Empfänger hätten die Kliniken verlassen, es gehe ihnen gut. Sein Tod hat so einen Sinn bekommen, sagt Anita Wolf, sie weint dabei. Die Trauer um ihren Mann, sie ist durch die Organspende nicht weniger geworden. Aber die Spende war eine Öffnung hin zum Leben, sagt sie. Das Herz ihres Mannes schlägt weiter. Irgendwo. 

BILDERRÄTSEL



WELCHER MEDIZINISCHE FACHBEGRIFF VERSTECKT SICH HINTER DIESEM BILD?
.... HABEN SIE ES ERRATEN?

Schicken Sie Ihre Antwort unter dem Stichwort „Passion Chirurgie QII/2019“ an bilderraetsel@bdc.de. Einsendeschluss ist der 15. September 2019. Die Auflösung dieses Rätsels finden Sie im Impressum der nächsten gedruckten Ausgabe im September 2019.

Unter allen richtigen Einsendungen der ersten drei Quartalsausgaben (QI, QII, QIII) verlosen wir auch in diesem Jahr wieder ein Android-Tablet. Die Auslosung wird Ende November stattfinden und der Gewinner in der QIV/2019 bekannt gegeben.

Teilnahmebedingungen: Jedes BDC-Mitglied darf mitmachen, ausgenommen sind BDC-Mitarbeiter und Mitarbeiter von schaefermueller publishing GmbH sowie deren Angehörige. Bei der Gewinnauslosung sind der Rechtsweg und Barauszahlung ausgeschlossen. Der Gewinner wird schriftlich benachrichtigt. Wir danken für die Teilnahme und wünschen viel Glück.



TachoSil® – ruhig Blut!

Durch die Kraft der Natur.



Auch als
Pre-rolled TachoSil®

TachoSil® Versiegelungsmatrix

Zusammensetzung: 1 cm² enthält: Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,0 I.E. Sonstige Bestandteile: Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E101), Natriumchlorid, Natriumcitrat, L-Argininhydrochlorid.
Anwendungsgebiete: TachoSil® wird bei Erwachsenen zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der 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 zur schweren Anaphylaxie führen. Derartige Reaktionen können insbesondere bei wiederholter Anwendung oder bei Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegenüber einem der Bestandteile des Präparates auftreten. Antikörper gegen Komponenten von Fibrinkleberprodukten können in seltenen Fällen auftreten. Häufigkeit nicht bekannt: Anaphylaktischer Schock, Überempfindlichkeit, Thrombose, Darmverschluss (in der Bauchchirurgie), Adhäsionen. **Wechselwirkungen sowie weitere Hinweise:** siehe Fachinformation. **Verschreibungspflichtig, Chargendokumentationspflichtig, EU-Zulassungsinhaber:** Takeda Austria GmbH, A-4020 Linz, Österreich **Kontaktadresse d. pharm. Unternehmens in Deutschland:** Takeda GmbH, Byk-Gulden-Str. 2, 78467 Konstanz, Tel.: 0800 8253325, medinfo@takeda.de, Stand: 03/2016