

PASSION

# CHIRURGIE

## PANORAMA

WENN EIN  
BEHANDLUNGSFEHLER  
ALLES VERÄNDERT

*im Fokus*

VEREINBARUNG  
ZUM SCHMERZ-  
MANAGEMENT

08 | 2019

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:  
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE  
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN







# TachoSil® – ruhig Blut!

Durch die Kraft der Natur.



## TachoSil® Versiegelungsmatrix

**Zusammensetzung:** 1 cm<sup>2</sup> 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](mailto:medinfo@takeda.de), Stand: 03/2016

# Die Mitte: Gedanken zu einem Phänomen



**Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg**

Vizepräsident

Berufsverband der Deutschen

Chirurgen e.V. (BDC)

Luisenstraße 58/59

10117 Berlin

dr.rueggeberg@t-online.de

Die Suche nach der Mitte ist ein häufiges Thema nicht nur in der allgemeinen politischen Diskussion. Dabei ist der Begriff „Mitte“ oft nicht eindeutig definiert. In der Politik versteht man unter Mitte eigentlich eher im Sinne einer Umkehrbeschreibung das Gegenteil von rechts und links, wobei letztere gern diskreditiert werden ohne jedoch selber darauf verzichten zu wollen, genau diese Ränder selbst zu besetzen. Im Buhlen um die sogenannte Mitte nehmen sich die Kontrahenten dabei gegenseitig Stimmen ab und erreichen letztlich nichts. Solange Mitte nichts anderes ist als eine unscharfe Begrifflichkeit, besteht die Gefahr, sich in der Mittelmäßigkeit zu verlieren anstatt eine eindeutige und mutige Programmatik in den Fokus des Strebens zu stellen. Es ist wie mit dem Loch, dass auch nur durch seinen Rand beschrieben wird. Esoteriker suchen gerne ihre Mitte, allerdings mit dem Ziel, sich dort zu finden und sich damit selbst genüge zu sein.

## **JETZT FRAGEN SIE MIT RECHT: WAS HAT DAS MIT DEM BDC ZU TUN?**

Lassen Sie mich am Anfang klarstellen, dass wir weder mittelmäßig sind noch solches anstreben. Natürlich muss ein pluralistischer Verband sehen, dass er möglichst allen Gruppen und letztlich auch jedem einzelnen den gewünschten Mehrwert bietet. Es liegt auf der Hand, dass es angesichts durchaus divergierender Interessen von leitenden Ärzten, Oberärzten, Assistenten in Weiterbildung, Niedergelassenen und Studierenden nicht einfach ist, es allen recht zu machen – bitte sehen Sie mir die rein männlichen Bezeichnungen nach. Dazu kommt noch die Vertretung für zehn verschiedene Fachgebiete, die sich intern auch nicht immer grün sind. Der einfachste Weg wäre es zweifellos, ganz rasch die Mitte zu suchen, den eher kleinen gemeinsamen

Nenner, und dort bewegungslos zu verharren. Das hat den Vorteil, dass wir niemandem auf die Füße treten und uns als Vorstand des Verbandes in Ruhe zurücklehnen können.

Aber das werden Sie nicht wollen, denn Ihr Benefit der Mitgliedschaft im BDC ist die Stärke des Verbandes, der in der Lage ist, gegenüber Dritten für Ihre Anliegen zu streiten und diese auch durchzusetzen. Das wiederum geht nur in einer permanenten Abwägung des Nutzens für einzelne Gruppen gegenüber einem möglichen Nachteil für andere. Es wird immer wieder Zeiten geben, in denen unsere Aktivitäten Einzelnen nicht gefallen werden, dafür aber einer Mehrheit dienlich sind. Denken Sie bitte daran, dass letztlich unser Ziel darin besteht, die Arbeitsbedingungen für jede einzelne Chirurgen und jeden Chirurgen zu optimieren. Betrachtet man das Ganze über einen größeren Zeitraum, zeigt sich, dass am Ende alle profitieren. Es ist einfach notwendig, mutig gerade auch die Ränder in einem Verband zu binden. Im Ergebnis führt das dann sogar dazu, dass der Kern des BDC, die sogenannte Mitte gestärkt und zum Ausgangspunkt neuer Projekte wird.

Deshalb sage ich Nein zu Mittelmäßigkeit und Verwaltung des Status quo und Ja zu einer offensiven Politik für unsere verschiedenen „Randgruppen“. Sie werden sehen, dass es gelingen wird, die Mitte eindeutig zu definieren und zwar nicht als etwas Abgesetztes, sondern als die Zusammenführung der Ränder. Unsere Mitte ist kein bodenloses Loch, sondern der lebendige Nucleus für Aktivität, Projekte und Strategien für die Zukunft aller Chirurgeninnen und Chirurgen.

Ihr

J.-A. Rüggeberg



Rüggeberg JA: Editorial: Die Mitte: Gedanken zu einem Phänomen. *Passion Chirurgie*. 2019 August; 9(08): Artikel 01.



Weitere Artikel zum Thema Politik finden Sie auf BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de), Rubrik Politik).



# CHIRURGIE

## HERAUSGEBER

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

## DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen  
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Matthias Anthuber,  
Prof. Dr. med. Michael Ehrenfeld,  
Herr Prof. Dr. med. Hauke Lang  
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 gchutka, Teaserfotos von iStock oder von den Autoren.

## ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

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

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

## EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

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

## GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in Passion Chirurgie zur Bezeichnung von Personengruppen oft nur die männliche Form verwendet, gemeint sind aber Angehörige aller Geschlechter.



## INHALT

### 3 EDITORIAL

3 Die Mitte: Gedanken zu einem Phänomen  
J.-A. Rüggeberg

### 6 SCHAUFENSTER

### 8 CHIRURGIE

8

#### *im Fokus* VEREINBARUNG ZUR ORGANISATION DER SCHMERZTHERAPIE CHIRURGISCHER PATIENTEN

S. M. Freys, J. Erlenwein, W. Koppert,  
W. Meißner, E. Pogatzki-Zahn,  
W. Schwenk, C. Simanski

14

#### EMPFEHLUNGEN ZUR PERIOPERATIVEN ANWENDUNG VON METAMIZOL

U. M. Stamer

### 23 CHIRURGIE<sup>+</sup>

23 „Die Ausbildungsbedingungen müssen sich in allen Regionen verbessern“  
B. J. Braun  
27 Webinar-Termin im September 2019:  
S1-Leitlinie „Vordere Kreuzbandruptur“





28 Deutscher Rhinoplastik-Kongress  
in Frankfurt *R. Rupprecht*

31 **Hygiene-Tipp:** Atemschutzmasken – sitzt gut –  
alles gut! *K.-D. Zastrow, H. Adler*

33 Personalia

34 RECHT

34 F+A: Nutzung von OP-Videos *J. Heberer*

36 F+A: Kontaktaufnahme mit Patienten nach  
Behandlungsende *J. Heberer*

## 37 GESUNDHEITSPOLITIK

37 Forschungsaktivitäten in der Weiterbildungszeit  
anerkennen

39 Krankenhäuser auf dem Land bekommen mehr Geld

40 Aktuelle Meldungen

## 41 INTERN

41 DGCH

41 Reisestipendium der Herbert-Junghanns-Stiftung:  
Kinderchirurgie in Columbus *M. Malota*

44 Rekrutierende multizentrische chirurgische  
Studien in Deutschland *S. Tenckhoff*

47 Spendenaufwurf und Bausteine Langenbeck-  
Virchow-Haus

51 DGCH-Präsidium ab 1. Juli 2019

53 Meine Daten haben sich geändert

## 55 INTERN

55 BDC

55 Fischer, Fischer, wie tief ist das Wasser -  
Kinderbetreuung auf dem  
Chirurgenkongress *A. Kluth*

57 BDC|News

58 BDC|Landesverbände

60 BDC|Pressespiegel

61 Termine BDC|Akademie

65 Veranstaltungshinweise

66 Lifestyle-Angebote im August 2019

## 68 PANORAMA

68 Wenn ein Behandlungsfehler alles verändert

*G. Bucher*

## Erste Trauma-Box im Langenbeck-Virchow-Haus



Am 11.07. 2019 wurde die erste Trauma-Box Berlins im Haus der Chirurgie installiert. Bei einer feierlichen Übergabe an die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie wurde für Pressevertreter demonstriert wie das Erste-Hilfe-System richtig angewendet wird. Unfallchirurgie Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und die Deutsche Traumastiftung (DTS) plädieren für eine deutschlandweite Platzierung von Erste-Hilfe-Systemen im öffentlichen Raum. Damit können Ersthelfer schneller als bisher Blutungen noch am Unfallort stoppen, solange, bis medizinisches Fachpersonal eintrifft. „Verbluten ist bei vielen Unfällen die Todesursache Nummer eins. Die sofortige Verfügbarkeit eines einfachen Sets zur Stillung einer schweren Blutung bedeutet für so manchen Betroffenen Überleben. Die flächendeckende Verfügbarkeit der Trauma-Box kann in entscheidenden Minuten Leben retten“, waren sich DTS-Präsident Prof. Dr. Thomas Wirth und DGU-Präsident Prof. Dr. Paul A. Grützner einig, als sie die Trauma-Box an Prof. Dr. Thomas Schmitz-Rixen, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, übergaben. ...

[Mehr lesen...](#)

## Patient Blood Management (PBM)

### Das Förderprogramm der pbm Academy

Bewerben Sie sich jetzt und erhalten Sie bis zu 70.000 Euro für Ihr Projekt! Mit einem Förderprogramm möchte die pbm Academy Stiftung Projekte in Deutschland unterstützen, die das Ziel verfolgen, die Aufmerksamkeit für das Patient Blood Management zu erhöhen und die Behandlungsqualität im deutschen Gesundheitswesen flächendeckend durch die Einführung von Patient Blood Management zu verbessern.



[Mehr lesen...](#)



## 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...](#)



## Roboter erledigt Krankenhaus-Erreger

Der 15. Innovations- und Entrepreneur-Award in Robotik und Automation (IERA) geht an den „UVD Robot“ von Blue Ocean Robotics. Der kollaborative Roboter fährt autonom durch Krankenhäuser und sendet dabei konzentriertes UV-C-Licht aus, um Bakterien und andere schädliche Mikroorganismen zu beseitigen. Dadurch erreichen die Kliniken eine Desinfektionsrate von 99,99 Prozent und reduzieren damit das Risiko für Patienten, Personal und Besucher, sich mit gefährlichen Erregern zu infizieren.

„Der UV-Desinfektionsroboter von Blue Ocean Robotics zeigt, was für ein nahezu grenzenloses Potenzial die Robotik beim Einsatz in neuen Umgebungen hat“, sagt Arturo Baroncelli, ehemaliger Präsident der International Federation of Robotics, die den IERA-Award mitverleiht. „Die Kombination von klassischen mechatronischen Disziplinen – typisch für die Robotik – mit dem Know-how von Medizin und Pharmazie ist ein fantastischer Beweis auf diesem Weg des Fortschritts. Die IFR freut sich, diesen virtuellen Trend anzuerkennen und zu unterstützen.“

[Mehr lesen...](#)

## WELTRAUMPHARMAZIE

### 50 Jahre Apollo 11



Am 20. Juli 1969 betraten die ersten Menschen den Mond. An Bord von Apollo 11 waren sorgsam ausgesuchte Arzneimittel, darunter Acetylsalicylsäure, D-Amphetamin, Secobarbital und Oxymetazolin. Aus Anlass des 50-jährigen Mondlande-Jubiläums blickt die Pharmazeutische Zeitung auf die Entwicklung der Weltraumapotheken und die gewonnenen pharmazeutischen und medizinischen Erkenntnisse zurück.

[Mehr lesen...](#)

# Vereinbarung zur Organisation der Schmerztherapie chirurgischer Patienten

Die Therapie möglicher ursächlicher, prozedurenspezifischer und/oder -begleitender Akutschmerzen ist ein essenzielles Qualitätsmerkmal in jedem chirurgischen Fachgebiet. Ziele einer interdisziplinären und interprofessionellen Schmerztherapie sind unmittelbar eine Verbesserung der Lebensqualität durch Schmerzfreiheit, mittelfristig eine Reduktion des postoperativen Morbiditäts- und Mortalitätsrisikos, langfristig eine Verhinderung der Chronifizierung von Schmerzen und stets begleitend eine Reduktion der Krankenhausverweildauer und des Krankenstands.



IM FOKUS

”

# Schmerztherapie



**Korrespondierender Autor:**

**Prof. Dr. med. Stephan M. Freys**  
Chirurgische Klinik  
DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus  
Bremen gemeinnützige GmbH  
Gröpelinger Heerstr. 406-408  
28239 Bremen  
s.freys@diako-bremen.de

**PD Dr. med. Joachim Erlenwein**

Klinik für Anästhesiologie, GF  
Schmerzmedizin  
Universitätsmedizin Göttingen  
Robert-Koch-Str. 40  
37075 Göttingen  
joachim.erlenwein@med.uni-goettingen.de

**Prof. Dr. med. Wolfgang Koppert, M.A.**

Klinik für Anästhesiologie und  
Intensivmedizin  
Medizinische Hochschule Hannover  
Carl-Neuberg-Str. 1  
30625 Hannover  
koppert.wolfgang@mh-hannover.de

**Prof. Dr. med. Winfried Meißner**

Klinik für Anästhesiologie und  
Intensivmedizin  
Universitätsklinikum der  
Friedrich-Schiller-Universität Jena  
Erlanger Allee 101  
07747 Jena  
winfried.meissner@med.uni-jena.de

Dieser Beitrag wurde erstveröffentlicht in Anästhesiologie (2019) 60:V48–V50, Aktiv Druck & Verlag GmbH und erscheint zeitgleich in Der Chirurg, Der Anästhesist, Der Schmerz, Der Unfallchirurg (Springer Medizin Verlag GmbH) und Passion Chirurgie (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V./Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.).

Freys SM, Erlenwein J, Koppert W, Meißner W, Pogatzki-Zahn E, Schwenk W, Simanski C: Vereinbarung zur Organisation der Schmerztherapie chirurgischer Patienten. Passion Chirurgie. 2019 August, 9(08): Artikel 03\_01



Weitere Artikel zum Thema Hygiene finden Sie auf BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de), Rubrik Wissen | Fachgebiete | Fachübergreifend).

Seit 1992 existiert die „Vereinbarung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen zur Organisation der postoperativen Schmerztherapie“. Vor dem Hintergrund fortentwickelter Evidenz, aktualisierter Leitlinienempfehlungen und interprofessionell gestalteter Behandlungsprozesse wurden diese Vereinbarungen den aktuellen Erfordernissen und Strukturgegebenheiten unseres Gesundheitswesens angepasst. Somit geben beide Berufsverbände in der nun aktualisierten Version dieser „Vereinbarung zur Organisation der Schmerztherapie chirurgischer Patienten“ den agierenden Partnern eine klare Empfehlung und ein Manual zur Umsetzung der genannten Ziele an die Hand.

**PRÄAMBEL**

Die schmerzmedizinische Versorgung gehört zu den bedeutsamen interdisziplinären Aufgaben der modernen Medizin. Sie verbessert die Lebensqualität des Patienten, kann den Heilungsprozess beschleunigen, reduziert das Auftreten postoperativer Komplikationen und trägt zu einer ressourcenoptimierten Patientenversorgung bei [1].

In der 1992 veröffentlichten „Vereinbarung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen zur Organisation der postoperativen Schmerztherapie“ [2] waren verschiedene Organisationsmodelle wertungsfrei nebeneinandergestellt worden. Die jetzt durchgeführte Neubewertung erfolgte auf der Grundlage mittlerweile verfügbarer Evidenz, daraus abgeleiteter Leitlinienempfehlungen und den zunehmend an Bedeutung gewonnenen interprofessionell gestalteten Behandlungsprozessen [1, 3, 4].

Diese aktualisierte Vereinbarung steht im Geist des Beschlusses des Deutschen Ärztetags 2014. Dort wurde empfohlen, ein übergeordnetes interdisziplinäres und interprofessionelles Schmerzmanagement in die Qualitätsmanagement-Systeme der Krankenhäuser zu implementieren, wie z. B. analog zu den übergeordneten Strukturen der Hygiene [5]. Die beiden Berufsverbände empfehlen solche Organisationsformen für

eine interdisziplinäre und interprofessionelle Kooperation ausdrücklich. Chirurgen und Anästhesisten bleibt es dabei überlassen, durch lokale Absprachen „vor Ort“ die Organisationsform zu wählen, die sich für sie am besten eignet.

Die beiden Berufsverbände fordern die Krankenhausträger und die Kostenträger auf, die notwendigen strukturellen und budgetären Voraussetzungen für eine adäquate schmerzmedizinische Versorgung in den Kliniken und Krankenhäusern zu schaffen.

**1. DEFINITION**

Die Therapie akuter Schmerzen beinhaltet die (symptomatische) Behandlung von akuten Schmerzzuständen, die (primär) auf eine akute Verletzung oder Erkrankung, ein Operationstrauma oder eine behandlungsbedingte Prozedur zurückzuführen sind.

Die perioperative Schmerztherapie dient zugleich der Prävention der Chronifizierung von Schmerzen. Weist der akute Schmerz auf Befunde hin, die einer weiterführenden Diagnostik bedürfen oder bedürfen könnten (z. B. akutes Abdomen, intra- oder postoperative Komplikationen), so soll die akute Schmerztherapie immer in Absprache mit den für eine kausale Therapie zuständigen Fachgebietsvertretern durchgeführt werden.

**2. FACHLICHE ZUSTÄNDIGKEIT**

Zuständig für die Therapie von Schmerzen ist

- auf der chirurgischen Station und auf chirurgisch geleiteten Intensivstationen der Chirurgie,
- in den Aufwachräumen und auf Intensivstationen, die unter anästhesiologischer Leitung stehen, der Anästhesist in Zusammenarbeit mit dem Chirurgen.

Auf Stationen, die weder von Anästhesisten noch von Chirurgen geleitet werden, sollte der ärztliche Leiter dieser Station in Zusammenarbeit mit Anästhesisten und Chirurgen die schmerzmedizinische Versorgung organisieren.



### 3. ORGANISATIONSFORM INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT

Neben der Kooperation in der operativen Routineversorgung zwischen Anästhesisten und Chirurgen benötigt eine Schmerzbehandlung bei bestimmten Eingriffen oder Indikationen eine engere Kooperation in der Unterstützung der allgemeinen Versorgung durch besondere, auf die Schmerzbehandlung spezialisierte Strukturen. Alle an der Schmerzbehandlung Beteiligten sollten dem Patienten gegenüber als ein interdisziplinäres Behandlungsteam auftreten. Übergeordnete Behandlungsprozesse sollten stets gemeinsam abgestimmt und gestaltet werden.

Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit (eilvernehmliche Entscheidungen, wechselseitige Informationen) ist schon deshalb unerlässlich, weil die Schmerztherapie

- die Vigilanz und Mobilität des Patienten nicht unnötig beeinträchtigen soll,
- die Warn- und Leitfunktion des postoperativen Schmerzes ausschalten kann, und damit spezielle Maßnahmen zum Schutz des Patienten, z. B. gegen Schäden durch den Druck fester Verbände, notwendig werden können,
- wegen der potentiellen Nebenwirkungen der Analgetika und Lokalanästhetika die Sicherstellung der sorgfältigen Überwachung der Patienten durch Chirurgen und/oder Anästhesisten erfordert (je nach Therapieverfahren und hierzu notwendiger Facharztkompetenz).

Als Organisationsform wird ausdrücklich von beiden Berufsverbänden ein abteilungs- und fachübergreifend tätiger ärztlich geleiteter Schmerzdienst (SD) empfohlen. Die Präsenz eines SD verbessert die postoperative Analgesie und vermindert die Häufigkeit von Nebenwirkungen bei chirurgischen Patienten. Der SD steht unter der Leitung eines Facharztes eines der beteiligten Fachgebiete mit entsprechender schmerzmedizinischer Qualifikation (Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“<sup>1</sup>), möglichst 50-Stundenkurs „psychosomatische Grundversorgung“). Dieser wird

in der Regel durch andere Ärzte und Fachkrankenpflegekräfte unterstützt.

Der jeweilige Arzt des SD ist berechtigt, medizinische Anordnungen auf Stationen und in den Behandlungseinheiten zu treffen, wo die von ihm betreuten Patienten lokalisiert sind.

3.1 Ein, abteilungs- und fachübergreifend tätiger ärztlich geleiteter SD kann folgende Aufgaben haben:

- a. Durchführung und Überwachung kontinuierlicher regionalanalgesiologischer Techniken zur peripheren oder rückenmarksnahen Nervenblockade auf Normalstationen
- b. Durchführung einer systemischen PCA-Therapie mit Opioiden
- c. Anwendung anderer spezieller schmerztherapeutischer Methoden
- d. Perioperative Betreuung von Patienten, die ein erhöhtes Risiko postoperativer Schmerzen haben (u. a. präoperative chronische Schmerzen, präoperative Opioidaufnahme, Substanzmissbrauch und Substitution, Durchführung bestimmter Operationen)
- e. Schmerzmedizinische Beurteilung und/oder Mitbehandlung von Patienten auf Anforderung durch den primär behandelnden Arzt; insbesondere bei Patienten, die trotz bestehender systemischer Schmerztherapie starke Schmerzen oder eine schmerzbedingte Beeinträchtigung wichtiger Funktionen haben.

3.2 Falls nicht auf einen SD zurückgegriffen werden kann, ergeben sich Einschränkungen hinsichtlich der Umsetzung von Leistungen auf Normalstationen. Ohne SD müssen Patienten mit kontinuierlichen regionalanalgesiologischen Techniken (siehe 3.1 a) auf solchen Stationen betreut werden, die eine engmaschige Überwachung der Schmerztherapie erlauben (PACU, IMC, Intensivstation).

Ein abgegrenztes Programm an schmerztherapeutischen Leistungen (siehe 3.1 b-e) kann im Einzelfall auf dem Boden lokaler interdisziplinärer Absprachen durch den Anästhesisten als mitbehandelndem Arzt auf der Normalstation erfolgen.

**Univ.-Prof. Dr. med. Esther Pogatzki-Zahn**

Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie  
Universitätsklinikum Münster  
Albert-Schweitzer-Campus 1, A1  
48149 Münster,  
pogatzki@anit.uni-muenster.de

**Prof. Dr. med. Christian Simanski**

Klinik für Unfall-, Hand- & Fußchirurgie  
St. Martinus Krankenhaus Langenfeld  
Klosterstrasse 32  
40764 Langenfeld  
chirurgie@stmartinus-langenfeld.de

**Prof. Dr. med. Wolfgang Schwenk FACS**

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie  
Städtisches Klinikum Solingen gGmbH  
Gotenstrasse 1  
42653 Solingen  
schwenk.wolfgang@klinikumsolingen.de

1. Da die Qualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ bisher nicht flächendeckend sichergestellt wird, ist die Erfüllung dieser Empfehlung innerhalb eines Zeithorizontes von fünf Jahren anzustreben. Die Kompetenz zur Betreuung von invasiven Analgesieverfahren ist im Rahmen der anästhesiologischen Facharztkompetenz sichergestellt.

#### 4. ÄRZTLICHE UND RECHTLICHE VERANTWORTUNG

Die Patientenversorgung in der perioperativen Medizin fußt auf einem arbeitsteiligen Zusammenwirken. Somit müssen in der Regel Schnittstellen zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen definiert werden. Grundsätzlich ist der primär die Behandlung übernehmende Arzt auch für die Therapie von Schmerz verantwortlich. Da die Mehrzahl der Patienten mit einer standardisierten, systemischen Schmerztherapie ausreichend behandelt ist, übernimmt der Chirurg hier die Verantwortung, sobald der Patient auf seine Station verlegt wird.

Wird bei einer schmerzmedizinischen Beurteilung oder Mitbehandlung ein entsprechend qualifizierter Arzt hinzugezogen, gelten, soweit in einer Vereinbarung nichts Abweichendes geregelt wird, die allgemeinen Grundsätze der interdisziplinären Kooperation, der Grundsatz der strikten Arbeitsteilung, der Vertrauensgrundsatz und die Pflicht zur gegenseitigen Information und Abstimmung. Dabei hat der unmittelbar Handelnde nach dem Prinzip der Eigenverantwortung für die ordnungsgemäße Erfüllung der primären Sorgfaltspflichten einzustehen.

#### 5. DIE ÜBERWACHUNG DES PATIENTEN NACH SCHMERZTHERAPEUTISCHER BEHANDLUNG

Die zentrale Herausforderung der interdisziplinären Kooperation liegt in der Verantwortung für die Überwachung der Nach- und Nebenwirkungen schmerztherapeutischer Maßnahmen. Bei der Betreuung durch einen SD erfolgt die Überwachung in enger Zusammenarbeit zwischen dem Personal des SD und dem Personal der betreuenden Station. Der SD muss kontinuierlich erreichbar sein und das Stationspersonal regelmäßig geschult werden.

Wenn nicht auf einen SD zurückgegriffen werden kann, obliegt die Überwachung dem Personal der für diesen Fall empfohlenen Überwachungsstation (3.2).

Führt der Anästhesist postoperativ auf Hinzuziehung durch den Chirurgen (3.2) ein abgegrenztes Programm schmerztherapeutischer Leistungen durch, gelten die allgemeinen Grundsätze der interdisziplinären

arbeitsteiligen Kooperation (siehe 4. Ärztliche und rechtliche Verantwortung) auch in der Überwachung und Nachsorge fachspezifischer Eingriffe und Therapiemethoden.

#### 6. DELEGATION AUF NICHT-ÄRZTLICHE MITARBEITER

In Deutschland gilt der Arztvorbehalt. Dies bedeutet, dass medizinische Leistungen, deren Erbringung dem Arzt eigene Fähigkeiten erfordern, von einem approbierten Arzt erbracht werden müssen. Delegationsfähige medizinische Leistungen können nur dann an entsprechend qualifiziertes nicht-ärztliches Personal übertragen werden, wenn der Arzt diese Tätigkeit

1. anordnet
2. ihre Umsetzung anleitet und
3. überwacht und kontrolliert.

Nicht delegierbar sind Tätigkeiten des ärztlichen Kernbereichs: Hierzu zählen die ärztliche Anamnese, die Befunderhebung und -bewertung, die Indikationsstellung, die Therapieplanung (Auswahl, Dosierung und Festlegung), die Therapieentscheidung (z. B. Änderung oder Beendigung der Therapie) und die Aufklärung.

Delegierbar ist dagegen die Durchführung intravenöser Injektionen und von Infusionen auf qualifizierte Pflegende, soweit die Applikation nicht ausnahmsweise (z. B. wegen der Art des Medikamentes oder technischer Schwierigkeiten oder dem Zustand des Patienten) ärztliche Kenntnisse und Erfahrung erfordert.

Die Durchführung von Regional- und Leitungsanästhesien ist Sache des Arztes. Ärztlich angeordnete Nachinjektionen in den liegenden Katheter zur kontinuierlichen Regionalanalgesie können nicht-ärztlichen Mitarbeitern übertragen werden, wenn diese speziellen Kenntnisse und Erfahrung in Bezug auf die möglichen Komplikationen der Applikation, Nebenwirkungen der Medikamente und erste Maßnahmen bei Zwischenfällen besitzen. Eine Prüfung dieser Qualifikation vor der Aufgabendelegation ist unerlässlich. Während des Verfahrens muss ein Arzt jederzeit verfügbar sein.

#### 7. DOKUMENTATION

Akute Schmerzen, die Schmerzakzeptanz, ihre Auswirkungen auf wichtige Funktionen, deren Therapie und Komplikationen sind standardisiert zu dokumentieren. Die Häufigkeit der Dokumentation hängt von der Akuität des Krankheitszustandes ab.

#### 8. WISSENSCHAFTLICHER UND PRAKTISCHER FORTSCHRITT

Die Anästhesie und die Chirurgie sollten gemeinsam die wissenschaftliche Forschung auf dem Gebiet der postoperativen Schmerztherapie fördern und Verfahren entwickeln, die das Risiko unerwünschter Wirkungen reduzieren.

#### 9. LOKALE INTERDISZIPLINÄRE ABSPRACHEN UND VERANTWORTUNG DES KRANKENHAUSTRÄGERS

Die nähere Regelung von Art und Intensität der Zusammenarbeit sowie die konkrete Aufgabenverteilung sind der interkollegialen Absprache „vor Ort“ vorbehalten.

Eine Einbeziehung des Krankenhausträgers in solche Absprachen ist schon deshalb unerlässlich, weil es seine Aufgabe als Betriebsinhaber ist, den nach der jeweiligen Kooperationsform benötigten Personal- und Sachaufwand bereitzustellen. Darüber hinaus muss er die Grundstrukturen für eine klinikweite, standardisierte Schmerzerfassung und -dokumentation vorgeben und sicherstellen.

#### 10. ERKLÄRUNG

Diese Vereinbarung wurde im Auftrag des BDA (Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V., Präsident: Prof. Dr. med. Götz Geldner) und im Auftrag des BDC (Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V., Präsident: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer) erstellt und wird von den Präsidien beider Berufsverbände sowie den Präsidien der DGAI (Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.) und der DGCH (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V.) empfohlen.

Konsentiert im Präsidialgespräch Anästhesiologie/Chirurgie am 28.01.2019; ersetzt die „Vereinbarung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes der



Deutschen Chirurgen zur Organisation der postoperativen Schmerztherapie“ von 1992 (2).

## LITERATUR

- [1] Schug SA, Palmer GM, Scott D, Halliwell R, Trinca J: Acute Pain Management: Scientific Evidence (4th edition). Melbourne: Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine 2015.
- [2] Zinganell K, Hempel K: Vereinbarung des Berufsverbandes Deutscher

Anästhesisten und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen zur Organisation der postoperativen Schmerztherapie. Chirurg 1992; 63: suppl 232-4.

- [3] Laubenthal H: Leitlinie „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen“. Berlin: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; 2007.
- [4] Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, et al.: Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of

Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. J Pain 2016; 17: 131-57.

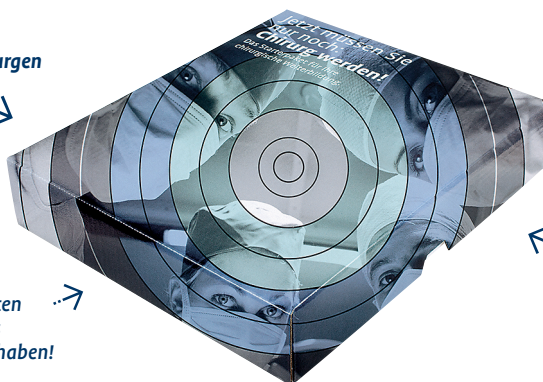
- [5] Brösicke K, Köppen J, Regel A, Rudolphi M, Schenkel J, Schnicke-Sasse P: Beschlussprotokoll 117. Deutscher Ärztetag. Berlin: Bundesärztekammer; 2014. ○

# Gute Anreize für neue Chirurginnen\*!

\* Und für Chirurgen natürlich auch.

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

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



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

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

Mit dem guten  
Gefühl, alles  
bedacht zu haben!



Nähere Infos und Bestellung unter [www.bdc.de/starterpaket](http://www.bdc.de/starterpaket). Alternativ senden Sie uns Ihre Bestellung an [starter@bdc.de](mailto:starter@bdc.de)



# Empfehlungen zur perioperativen Anwendung von Metamizol



**Korrespondierender Autor:**  
**Prof. Dr. U. M. Stamer, Klinik**  
**für Anästhesiologie und**  
**Schmerztherapie**  
 Universitätsklinik Bern,  
 Freiburgstrasse, 3010 Bern  
 Schweiz  
 ulri-ke.stamer@dbmr.unibe.ch

**Dr. med. Thomas Stammschulte**  
 Arzneimittelkommission der Deutschen  
 Ärzteschaft

**PD Dr. med. Joachim Erlenwein**  
 Klinik für Anästhesiologie, GF  
 Schmerzmedizin  
 Universitätsklinikum Göttingen

**Prof. Dr. med. Wolfgang Koppert, M.A.**  
 Klinik für Anästhesiologie und  
 Intensivmedizin  
 Medizinische Hochschule Hannover

**Prof. Dr. med. Stephan M. Freys**  
 Chirurgische Klinik  
 DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus  
 Bremen

**Prof. Dr. med. Winfried Meißner**  
 Klinik für Anästhesiologie und  
 Intensivmedizin  
 Universitätsklinikum der  
 Friedrich-Schiller-Universität Jena

**Dr. med. Peter Ahrens**  
 Abteilung Anästhesie und operative  
 Intensivmedizin  
 Aller-Weser-Klinik, Verden

Der vorliegende Beitrag erscheint zeitgleich  
 in den Zeitschriften A&I Anästhesiologie  
 & Intensivmedizin, Der Anaesthetist, Der  
 Chirurg, Der Schmerz und Passion Chirurgie.

Stamer UM, Stammschulte T, Erlenwein J,  
 Koppert W, Freys S, Meißner W, Ahrens P,  
 Brede EM, Lindig M, Dusch M, Heitfeld S,  
 Hoffmann E, Lux EA, Müller E, Pauli-Magnus  
 D, Pogatzki-Zahn E, Quaisser-Kimpfbeck  
 C, Ringeler U, Rittner H, Ulma J, Wirz S:  
 Empfehlungen zur perioperativen Anwendung  
 von Metamizol. Passion Chirurgie. 2019 August,  
 9(08): Artikel 03\_02.



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

**M**etamizol ist sowohl perioperativ als auch zur Therapie chronischer Schmerzen das am häufigsten verwendete Nichtopioidanalgetikum bei Erwachsenen. Es steht in diversen Applikationsformen zur parenteralen, oralen und rektalen Gabe zur Verfügung. Akute starke Schmerzen nach Verletzungen oder Operationen gehören neben Koliken und Tumorschmerzen zu den drei primären Indikationen, für die Metamizol zugelassen ist. Bei anderen akuten oder chronischen starken Schmerzen soll es nur eingesetzt werden, wenn therapeutische Alternativen nicht indiziert sind (Fachinformation).

Metamizol kann bei einer Vielzahl von Patienten und Operationen als Standardanalgetikum verwendet werden. Gründe für die breite Anwendung von Metamizol sind die positiven Erfahrungen hinsichtlich Nutzen und Risiken bei allgemein guter Verträglichkeit (die Datenlage anhand hochwertiger klinischer Studien ist unzureichend) und der relativ unproblematische Einsatz bei Komorbidität [4, 5, 14]. Vor allem bei älteren Patienten bestehen häufig Kontraindikationen für die Gabe anderer Nichtopioidanalgetika.

Trotz des häufigen Einsatzes von Metamizol besteht bezüglich der sehr seltenen, jedoch potenziell schwerwiegenden Komplikation einer Agranulozytose Unsicherheit, zumal die Bedeutung einer Metamizol induzierten Agranulozytose für die klinische Praxis kontrovers diskutiert wird. Veröffentlichte Fallberichte zeigen, dass komplikationsreiche Verläufe dieser Blutbildveränderung sich entwickelten, wenn z.B. die Medikamentenanamnese bei Leukopenie unvollständig war, die klinische Symptomatik einer Agranulozytose nicht erkannt und die Diagnose einer medikamenteninduzierten Agranulozytose nicht gestellt wurde, oder trotz typischer Blutbildveränderungen diese nicht entsprechend interpretiert wurden [12, 13, 16, 24, 25]. Da eine Agranulozytose sehr selten auftritt, haben die meisten Ärzte dieses Krankheitsbild selbst noch nie gesehen und es fehlt somit die klinische Erfahrung, was hinsichtlich dieser möglichen Komplikation zu beachten ist, welche Überwachung und Therapie indiziert und welche Informationen für medizinisches Personal und Patienten notwendig sind.

Bei fehlender Evidenz aus Studien erarbeitete ein Expertenkreis konsensbasierte

Empfehlungen zur perioperativen Anwendung von Metamizol.

## METHODIK

Der perioperative Einsatz von Metamizol wurde im Arbeitskreis Akutschmerz der Deutschen Schmerzgesellschaft intensiv diskutiert und auf dieser Basis Empfehlungen und Begleittext von sieben Vertretern der beteiligten Fachgesellschaften (im Arbeitskreis Akutschmerz der Deutschen Schmerzgesellschaft, Wissenschaftlichen Arbeitskreises Schmerzmedizin der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Akutschmerz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie) sowie der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft entwickelt. Eine formale Konsentierung in einer größeren Expertengruppe mit Expertise in der perioperativen Analgesie fand im Rahmen eines Delphi-Verfahrens statt. Dafür wurde den Beteiligten per E-mail der Link für eine anonyme Online Abstimmung (SurveyMonkey (Inc. Palo Alto, California, USA, 2016) über die Empfehlungsgraduierung entsprechend der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): starke Empfehlung „soll“, Empfehlung „sollte“ oder offene Empfehlung „kann“ bzw. eine entsprechende Verneinung gesendet [1]. Parallel erhielt jeder Experte den Gesamttext, in den die Empfehlungen eingebettet sind. Entsprechend der Rückmeldung der Teilnehmer wurden einige Formulierungen noch einmal überarbeitet und abgestimmt. In einer abschließenden Sitzung am 19.10.2018 wurden Aussagen und Formulierungen, für die sich keine klare Mehrheit gefunden hatte, von 21 Experten diskutiert und konsentiert. Jede Empfehlung sollte eine mindestens 75 prozentige Zustimmung in der Expertengruppe finden. Anschließend wurden die Empfehlungen den beteiligten Fachgesellschaften vorgelegt und dort erneut diskutiert und verabschiedet.

## SIND BLUTBILDKONTROLLEN BEIM PERIOPERATIVEN EINSATZ VON METAMIZOL NOTWENDIG?

Metamizol geht mit dem sehr seltenen Risiko von Blutbildveränderungen einher, wobei die Neutropenie bzw. die Agranulozytose im Vordergrund stehen, Panzytopenien

**PD Dr. med. Elmar-Marc Brede**  
Klinik und Poliklinik für  
Anästhesiologie, Zentrum  
Interdisziplinäre Schmerzmedizin  
Universitäts-klinikum Würzburg

**Dr. med. Martin Lindig**  
Klinik für Anästhesiologie und  
Intensivmedizin  
Universitätsklinikum  
Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

**Dr. med. Martin Dusch**  
Klinik für Anästhesiologie und  
Intensivmedizin  
Medizinische Hochschule Hannover

**Dr. med. Stephan Heitfeld**  
Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie  
und Intensivtherapie  
UniversitätsSchmerzCentrum Dresden

**Eva Hoffmann**  
Klinik für Anästhesie, operative  
Intensivmedizin, Notfall- und  
Schmerzmedizin  
Evangelisches Krankenhaus Herne

**Dr. med. Eberhard A. Lux**  
Klinik für Schmerz- und  
Palliativmedizin  
Katholisches Klinikum Lünen-Werne

**Dr. med. Eva Müller**  
Klinik für Anästhesiologie  
Universitätsmedizin Greifswald

**Dr. med. Dania Pauli-Magnus**  
Klinik für Anästhesie, Schmerztherapie,  
Intensiv- und Notfallmedizin  
DRK Kliniken Berlin Westend

**Univ.-Prof. Dr. med. Esther  
Pogatzki-Zahn**  
Klinik für Anästhesiologie, operative  
Intensivmedizin und Schmerztherapie  
Universitätsklinikum Münster

**Dr. med. Constanze  
Quaiser-Kimpfbeck**  
Abteilung für Anästhesie und  
Schmerztherapie  
Klinikum Freising

**Dr. med. Ulrich Ringeler**  
Abteilung für Anästhesiologie,  
Palliativ-, Intensiv- und  
Schmerzmedizin  
Paracelsus-Klinik Golzheim  
Düsseldorf

und aplastische Anämien jedoch ebenfalls beschrieben wurden. Trotz des potentiellen Risikos einer Agranulozytose wird Metamizol im Vergleich zu anderen Nichtopioidanalgetika von der Expertengruppe als die Substanz mit dem besten Verhältnis von Nutzen und Risiko eingestuft. Wenn bei bestehender Indikation für Metamizol (entsprechend der Fachinformation) aus Angst vor einer Agranulozytose ein anderes Analgetikum angewendet wird, so ist zu bedenken, dass NSAID, Paracetamol oder Opioide keineswegs als risikoärmere Alternativen anzusehen sind, vor allem bei Patienten mit Komorbidität [4, 5, 14, 17, 18].

Blutbildveränderungen durch Metamizol sind dosisunabhängig und können lebensbedrohlich sein, auch tödlich verlaufen, wenn sie nicht rechtzeitig erkannt werden. In der Fachinformation wird darauf hingewiesen, dass das Risiko der Agranulozytose möglicherweise erhöht ist, wenn Metamizol länger als eine Woche eingenommen wird, allerdings ohne dass eine Quelle zitiert wird. Aufgrund des vermutlich zugrundeliegenden immunologischen Mechanismus ist die klinische Manifestation einer Agranulozytose nach einer Behandlungsdauer von 7 bis 14 Tagen zu erwarten [9]. Jedoch kann bei Patienten mit einer Sensibilisierung durch eine zurückliegende Exposition mit Metamizol bereits unmittelbar nach Reexposition ein Abfall der neutrophilen Granulozyten auftreten [13, 16, 25]. Daher sollte bei der Anamnese gezielt nach der Einnahme von Metamizol in der Vergangenheit und der Verträglichkeit gefragt werden, auch wenn sich dieses nicht immer sicher klären lässt [22, 23]. Anhand der bisherigen Datenlage lässt sich kein sinnvoller Zeitpunkt für eine Blutbildkontrolle definieren, an dem eine durch Metamizol ausgelöste Blutbildveränderung sicher detektiert wird [22, 24]. Dokumentierte Fälle zeigten einen sehr heterogenen Verlauf [12, 13, 16, 24, 25].

In der klinischen Praxis werden Blutbildkontrollen zur Überwachung einer perioperativen Metamizoltherapie nur von einer Minderheit des Anästhesisten (4,4 Prozent) durchgeführt. Dieses spiegelt sich in den Ergebnissen einer in 2016 durchgeführte Befragung

von über 2200 Anästhesisten wider [20]. Bei Patienten ohne weitere Risikofaktoren für eine Agranulozytose und mit einer perioperativen Metamizoltherapie über wenige Tage hält die Expertengruppe auf Basis der verfügbaren Daten ein Differenzialblutbild zum Monitoring der Granulozytenzahl für nicht erforderlich. Werden hingegen durch die operativen Abteilungen aus anderen (chirurgischen) Gründen Laborkontrollen mit einem Blutbild veranlasst, soll unter dem Aspekt einer möglichen medikamenteninduzierten Neutropenie, Agranulozytose bzw. Panzytopenie auf einen Abfall der Leukozyten / Granulozyten geachtet werden. Störungen der Knochenmarkfunktion (z. B. nach Zytostatikabehandlung) oder Erkrankungen des hämatopoetischen Systems stellen laut Fachinformation eine Kontraindikation für die Gabe von Metamizol dar. Bei Vorerkrankungen oder einer laufenden bzw. vorbestehenden medikamentösen Therapie mit erhöhtem Gefährdungspotenzial oder Einfluss auf die Hämatopoese, sollte die Indikation für Blutbildkontrollen großzügig gestellt, bzw. auf den Einsatz von Metamizol verzichtet werden (Datenlage dazu unzureichend). Die zusätzliche Gabe von Metamizol zu Methotrexat kann die Hämatotoxizität von Methotrexat verstärken (Fachinformation Metamizol). Diese Kombination sollte laut Fachinformation vermieden werden. Eine Analyse der in Deutschland gemeldeten Agranulozytosefälle im Zusammenhang mit Metamizol ergab zwölf Patienten mit paralleler Methotrexatmedikation, von denen zehn verstarben [24].

#### EMPFEHLUNG

1. Blutbildkontrollen nur zur Überwachung der Leukozyten- / Granulozytenzahl beim perioperativen Einsatz von Metamizol sollen nicht als Standard vorgegeben werden. Veranlasst hingegen die operative Abteilung (postoperative) Routinekontrollen von Laborwerten aus anderer Indikation, so soll auf eine Abnahme der Leukozyten- bzw. Granulozytenzahl zum Ausschluss einer Neutropenie, Agranulozytose bzw. Panzytopenie geachtet werden.



### ÜBERWACHUNG EINER METAMIZOLTHERAPIE

Da eine Agranulozytose zu jedem Zeitpunkt der Behandlung auftreten kann, steht das rechtzeitige Erkennen klinischer Symptome im Vordergrund. (Hohes) Fieber, Halsschmerzen (Angina tonsillaris) und Abgeschlagenheit sind zunächst unspezifische Symptome, die auch im Rahmen eines grippalen Infekts auftreten können (**Tab. 1**). Typisch für eine Agranulozytose ist die Kombination von Fieber, Halsschmerzen und mit Entzündungen der Schleimhäute (Stomatitis aphthosa, Pharyngitis, Tonsillitis oder auch Proktitis), die im weiteren Verlauf ulzerieren. Bei vorbestehender antibiotischer Therapie können diese Symptome jedoch auch nicht auftreten.

Eine Information von Ärzten und Pflegenden zu den Symptomen einer Agranulozytose ist notwendig, da die veröffentlichten Fallberichte zeigen, dass die Verdachtsdiagnose „Agranulozytose“ häufig sehr spät gestellt wurde. In einigen Fällen wurde in Unkenntnis der vorausgegangenen Metamizolbehandlung zur Therapie des (neutropenischen) Fiebers wiederum Metamizol angesetzt, z.T. unter Missachtung eindeutiger Laborbefunde, die auf eine Neutropenie/ Agranulozytose hinwiesen. Dieses führte zu einer weiteren Verschlechterung der klinischen Symptomatik des betroffenen Patienten [12, 13, 16].

### EMPFEHLUNG

Medizinisches Personal soll sensibilisiert werden hinsichtlich klinischer Symptome, die auf eine Agranulozytose hinweisen können.

### WAS TUN BEI VERDACHT AUF EINE AGRANULOZYTÖSE?

Bei Verdacht auf eine Agranulozytose soll die Medikation pausiert werden und unverzüglich das Differenzialblutbild kontrolliert werden. Bestätigt sich eine Neutropenie, Agranulozytose oder auch Panzytopenie müssen alle Medikamente abgesetzt bleiben, die potenziell solche Blutbildveränderungen auslösen können (**Tab. 2**). Das Differenzialblutbild soll so lange kontrolliert werden, bis sich die Werte normalisiert haben. Zur Differenzialdiagnose [2, 6, 11] und Therapie einer Neutropenie/Agranulozytose sollte ein Hämato-Onkologen hinzugezogen werden.

### EMPFEHLUNGEN

3. Bei Verdacht auf eine Agranulozytose soll die Therapie mit Metamizol und anderen potenziell auslösenden Medikamenten sofort unterbrochen werden.

### Prof. Dr. med. Heike Rittner

Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft  
Klinik und Poliklinik für  
Anästhesiologie, Zentrum  
Interdisziplinäre Schmerzmedizin  
Universitätsklinikum Würzburg

### Dr. med. Joachim W. Ulma

Klinik für Schmerzmedizin und  
Schmerzambulanz  
Rotes Kreuz Krankenhaus Bremen

### PD Dr. Stefan Wirz

Abteilung für Anästhesie,  
Interdisziplinäre Intensivmedizin,  
Schmerzmedizin/Palliativmedizin,  
Zentrum für Schmerzmedizin  
CURA - GFO-Kliniken Bonn, Bad  
Honnef

Tab. 1: Mögliche Symptome einer Agranulozytose (modifiziert nach [22])

|                                 | Symptome                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Unspezifische Symptome</b>   | Fieber, ggf. als einziges Symptom<br>Abgeschlagenheit, (schweres) Krankheitsgefühl<br>Schüttelfrost<br>Halsschmerzen, Angina tonsillaris<br>Odynophagie<br>Myalgien und Arthralgien<br>Stomatitis aphthosa<br><b>DD: Grippaler Infekt!</b>                                                                 |
| <b>Spezifischere Symptome</b>   | Symptomtrias:<br><b>Fieber + Halsschmerzen + entzündliche Schleimhautläsionen</b><br><b>ulzerierende</b> Angina tonsillaris<br><b>ulzeröse</b> Stomatitis, Pharyngitis, Proktitis<br>Infektionen → Nekrosen der Haut und der tiefen Gewebe<br>Lymphadenitis → nekrotisierende Lymphome<br><b>Pneumonie</b> |
| <b>Systemische Inflammation</b> | Sepsis<br>septischer Schock<br>Organversagen                                                                                                                                                                                                                                                               |

4. Bei Verdacht auf eine Agranulozytose soll umgehend ein Differenzialblutbild zur Sicherung oder Ausschluss der Diagnose durchgeführt werden.

Abhängig vom Differenzialblutbild ergibt sich folgendes Vorgehen:

Bei einer Leukozytenzahl von  $<4000/\mu\text{l}$  liegt eine Leukopenie vor, die in den meisten Fällen durch eine verminderte Zahl zirkulierender neutrophiler Granulozyten bedingt ist. Ein Differenzialblutbild gibt weiteren Aufschluss über das Ausmaß der Neutropenie. Zu beachten ist, dass sich metamizolbedingte Blutbildveränderungen in seltenen Fällen auch als Panzytopenie oder aplastische Anämie manifestieren können.

**Granulozytenabfall ohne klinische Symptomatik** (Neutrophile Granulozyten  $>1500/\mu\text{l}$ ): Dieses ist in der Regel ein Zufallsbefund.

Metamizol und andere potentielle Auslöser sollen abgesetzt (**Tab. 2**), im Zweifelsfall vorübergehend alle Medikamente (soweit verantwortlich) pausiert werden. Das Differenzialblutbild soll bis zur Normalisierung der Zellzahlen regelmäßig kontrolliert werden. Solange keine Infektionen auftreten, sind keine zusätzlichen therapeutischen Massnahmen notwendig.

**Neutropenie und Fieber** (Neutrophile Granulozyten  $<1500/\mu\text{l}$ ): Metamizol und andere potenzielle Auslöser (**Tab. 2**) sollen sofort abgesetzt werden, der Patienten mit einem Breitbandantibiotikum behandelt und das Differenzialblutbild bis zur Normalisierung kontrolliert werden; evtl. muss der Patient zur Vermeidung von Infektionen isoliert werden. Patienten im schlechten Allgemeinzustand und mit Komorbidität sind besonders gefährdet für Infektionen (**Tab. 1**).

**Agranulozytose** (Neutrophile Granulozyten  $<500/\mu\text{l}$ ), Metamizol sowie alle weiteren

verdächtigen Medikamente (**Tab. 2**) müssen sofort abgesetzt und das Differenzialblutbild bis zur Normalisierung kontrolliert werden.

**CAVE:** Patienten mit einer Agranulozytose sind stark infekgefährdet! Zur Infektionsprophylaxe erfolgt eine Umkehrisolation. **Lokale und /oder systemische Infektionen** müssen sofort behandelt werden (Abstrich, Breitbandantibiotika, ggf. auch Antimykotika, bei Erregernachweis entsprechende Anpassung der Therapie; falls erforderlich chirurgische Fokussanierung).

**G-CSF** (Granulozyten-koloniestimulierender Faktor) ist als zelllinienspezifische hämatopoetischer Wachstumsfaktor für die Therapie der Neutropenie im Rahmen einer zytotoxischen Chemotherapie zugelassen, um die Bildung und Differenzierung von Vorläuferzellen der Granulo- bzw. Monozytopoese zu stimulieren und die Funktion reifer Granulozyten zu aktivieren [19, 21]. Evidenzbasierte Empfehlungen zum Einsatz bei medikamenteninduzierter Agranulozytose liegen nicht vor, da sich die Erfahrung mit diesem Wachstumsfaktor überwiegend auf Einzelfälle bzw. Fallserien beschränkt. Durch G-CSF konnte z. T. die Dauer der Neutropenie gesenkt werden, in einigen Studien auch die Dauer der Antibiotikatherapie, die Hospitalisierungsdauer sowie die Letalität. Dosierungen von 100-600  $\mu\text{g}/\text{Tag}$  wurden verwendet, wobei 100-250  $\mu\text{g}/\text{Tag}$  in einer prospektiven randomisierten Studie die Erholung der Granulozytenzahl im Vergleich zu einer unbehandelten Gruppe nicht beschleunigte (Kritikpunkte: niedrige Patientenzahl, fehlende Risikostratifizierung) [10, 11]. In Übersichtsarbeiten zur Diagnose, Differenzialdiagnose und Therapie einer medikamenteninduzierten Agranulozytose wird meist eine (mittlere) Dosierung von 300  $\mu\text{g}/\text{Tag}$  genannt [3, 6, 7, 11]. Wiederholt wird hervorgehoben, dass diese Therapie sich auf Patienten mit Risikokonstellation für eine schlechte Prognose beschränken soll (**Tab. 3**) Potenzielle Nebenwirkungen einer Therapie mit G-CSF sind zu beachten (Fachinformation). Neben unspezifischen Befindlichkeitsstörungen (u. a. muskuloskelettale Schmerzen, Übelkeit, Appetitverlust) treten selten schwere Komplikationen auf, u.a. renale oder pulmonale (ARDS, acute respiratory distress syndrome) Komplikationen oder ein Kapillarlecksyndrom.

**Tab. 2:** Auswahl von Arzneimitteln, die mit hohem Evidenzgrad eine Nicht-Chemotherapie-assoziierte Agranulozytose auslösen können (Tabelle aus [22], modifiziert nach [11, 15]).

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Analgetika / NSAID             | Diclofenac, Indometacin, Ibuprofen, <b>Metamizol</b> , Naproxen, Paracetamol, Phenylbutazon, Piroxicam,                                                                                                                                                                                                                           |
| Antidepressiva                 | Clomipramin, Doxepin, Fluoxetin, Imipramin, Maprotilin, Mianserin                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Antiepileptika                 | <b>Carbamazepin</b> , <b>Phenytoin</b> , Lamotrigin                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Antibiotika                    | Ampicillin, Amoxicillin/Clavulansäure, Atovaquon, Cefotaxim, Ceftriaxon, Cefuroxim, Cephalexin, Clarithromycin, Gentamicin, Imipenem/Cilastin, Isoniazid, Minocyclin, Nitrofurantoin, Norfloxacin, Oxacillin, Penicillin G, Piperacillin, Rifampicin, Roxithromycin, Terbinafin, <b>Trimethoprim/Sulfamethoxazol</b> , Vancomycin |
| Antineoplastische Arzneimittel | Flutamid, Imatinib, Rituximab                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Antipsychotika                 | <b>Chlorpromazin</b> , <b>Clozapin</b> , Levomepromazin, Olanzapin, Perazin, Quetiapin, Thioridazin, Ziprasidon                                                                                                                                                                                                                   |
| Antirheumatika                 | Gold, Infliximab, Penicillamin, <b>Sulfasalazin</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Thyreostatika                  | <b>Carbimazol</b> , <b>Thiamazol</b> , <b>Propylthiouracil</b>                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Kardiovaskuläre Arzneimittel   | (Acetyl-)Digoxin, Amiodaron, Bezafibrat, Captopril, Doxazosin, Methyl dopa, Procainamid, Propranolol, Ramipril, <b>Spironolacton</b>                                                                                                                                                                                              |
| Gastrointestinale Arzneimittel | Cimetidin, Famotidin, Mesalazin, Metoclopramid, Omeprazol, Pirenzepin, Ranitidin                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Thrombozytenaggregationshemmer | Clopidogrel, Dipyridamol, <b>Ticlopidin</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Sonstige                       | Acitretin, Allopurinol, <b>Deferipron</b> , pegyliertes IFN- $\alpha 2a$ , <b>Prednison</b> , Promethazin, Riluzol                                                                                                                                                                                                                |

Medikamente, für die in epidemiologischen Studien ein hohes Risiko für eine Agranulozytose gefunden wurde, sind fett gedruckt.



**Tab. 3:** Risikofaktoren für eine schlechte Prognose einer medikamenteninduzierten Agranulozytose; modifiziert nach [6, 7, 11].

|                      |                                                                                                                           |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alter                | > 65 Jahre                                                                                                                |
| Differenzialblutbild | Neutrophile Granulozyten < 100 Zellen / $\mu$ l                                                                           |
| Klinischer Befund    | ausgeprägte Infektionen der tiefen Gewebe<br>Bakteriämie<br>septischer Schock                                             |
| Grunderkrankung      | schwerwiegend                                                                                                             |
| Komorbidität         | schwere kardiale und/oder respiratorische Komorbidität<br>Nierenschädigung<br>systemische autoinflammatorische Erkrankung |

#### RISIKOAUFKLÄRUNG UND SICHERUNGS-AUFKLÄRUNG

Bei der Risikoauflklärung geht es um eine angemessene Darstellung von Nutzen und Risiken, die vor Gabe/Verschreibung von Medikamenten durchgeführt werden soll. Dies gilt generell auch für Metamizol sowie andere Analgetika. Ein Übermaß an negativer und angsterzeugender Information (Nocebo) sollte vermieden werden. Die Risiko- und Sicherungsaufklärung zu Metamizol, aber auch zu anderen Nichtopioidanalgetika könnte z. B. während der Anästhesieaufklärung erfolgen. Im Kontext über mögliche Komplikationen der Anästhesie und Narkosedikamente wie „lebensgefährliche Herz-, Kreislauf-, Lungen-, Beatmungskomplikationen und allergische Reaktion“ wären dann zusätzlich Blutbildveränderungen zu benennen und zu dokumentieren. Sinnvoll ist ein einheitliches Vorgehen innerhalb einer Klinik mit entsprechender Dokumentation, z. B. in der anästhesiologischen Patientenaufklärung.

##### EMPFEHLUNG

5. Patienten sollen über die Gabe von Metamizol, das Nutzen-Risiko-Verhältnis und mögliche Alternativen aufgeklärt werden. Der Informationsbedarf des Patienten und ein möglicher „Noceboeffekt“ sollten berücksichtigt werden.

Wenn Patienten über einige Tagen Metamizol erhalten haben oder mit einer laufenden Metamizoltherapie aus dem Krankenhaus entlassen werden, sollen sie über die Symptome einer Agranulozytose aufgeklärt werden

(Sicherungsaufklärung) [8, 16, 22]. Bei anhaltendem Fieber, Krankheitsgefühl, Verschlechterung des Allgemeinbefindens, Halsschmerzen und schmerzhaften Schleimhautentzündungen im Mund-, Nasen- und Rachenraum soll der Patient die Einnahme von Metamizol unterbrechen und einen Arzt aufsuchen. Veröffentlichte Einzelfälle zeigen, dass eine Agranulozytose ggf. auch erst nach Absetzen des Metamizols symptomatisch werden kann [13, 16]. Art und Umfang der Sicherungsaufklärung sollen u.a. davon abhängen, ob bzw. wann nach Entlassung aus dem Krankenhaus sich der Patient in direkte ärztliche Weiterbetreuung begibt.

##### EMPFEHLUNGEN

6. Patienten, denen Metamizol über einige Tage verabreicht worden ist und/oder die mit einer weiterlaufenden Metamizolmedikation aus stationärer oder ambulanter Behandlung entlassen werden, sollen über die Symptome einer Agranulozytose aufgeklärt werden.

7. Es soll dem Patienten empfohlen werden, bei entsprechender Symptomatik die Metamizolbehandlung abzubrechen und umgehend einen Arzt für eine Blutbildkontrolle aufzusuchen.

**Cave: Klinische Symptome einer Agranulozytose können auch noch einige Tage nach Absetzen des Metamizols auftreten.**

In welcher Form eine Risiko- und Sicherungsaufklärung in einem Krankenhaus erfolgt, sollte interdisziplinär zwischen den

betroffenen Abteilungen abgestimmt und als Klinikstandard/SOP hinterlegt werden. Für die Patientenaufklärung muss nicht unbedingt ein vorgedruckter und handschriftlich zu ergänzender Aufklärungsbogen verwendet werden, wie dies bei körperlichen Eingriffen die Regel ist (Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler der Ärztekammer Nordrhein [16]). Nach Ansicht der Juristen reiche es aus, wenn in einer Klinik oder einer Praxis eine hausinterne Regelung über Form und Umfang der Aufklärung formuliert werde und wenn aus der patientenbezogenen Dokumentation hervorgehe, dass eine dementsprechende Aufklärung tatsächlich stattgefunden habe, zum Beispiel durch ein spezielles Kürzel im Behandlungsblatt [16].

Eine zusätzliche Option im Rahmen einer Sicherungsaufklärung wäre die Aushändigung einer schriftlichen Kurzinformation an den Patienten, in der die Symptome einer Agranulozytose, (hohes) Fieber, Halsschmerzen, Abgeschlagenheit (grippeähnliche Symptome), ggf. Schleimhautulzerationen mit entsprechenden Verhaltensregeln beschrieben sind. Im Entlassungsbrief, soll der Hausarzt bzw. der weiterbehandelnde Arzt über die Metamizolmedikation informiert werden. Da dieser Brief in der Regel von den Ärzten der operativen Abteilung geschrieben wird, bedarf es entsprechender Absprachen.

##### EMPFEHLUNG

8. Im Entlassungsbrief soll der Hausarzt / weiterbehandelnde Arzt über die Metamizolmedikation informiert werden.

#### ANALGESIE BEI METAMIZOLBEDINGTER NEUTROPENIE/AGRANULOZYTOSE

Für eine Reihe weiterer Medikamente wurde eine Agranulozytose als mögliche Nebenwirkung beschrieben (Tab. 2). So können auch NSAIDs und Paracetamol eine Agranulozytose auslösen, allerdings deutlich seltener als Metamizol. Falls Analgetika weiterhin erforderlich sind, können Opioide wie Piritramid, Hydromorphon, Oxycodon und Morphin verabreicht werden, da diese nach heutigem

Wissen keinen Einfluss auf die Bildung von Blutkomponenten haben. Auch die Gabe eines anderen Nichtopioidanalgetikums ist denkbar, wenn ausgeschlossen ist, dass es der Auslöser der stattgehabten Agranulozytose war. Da für diese Blutbildveränderung eine immunologische Reaktion auf ein bestimmtes Medikament angenommen wird, ist die Wahrscheinlichkeit gering, dass der Patient auch auf ein anderes Nichtopioidanalgetikum mit einer Agranulozytose reagiert. Evidenz für ein solches Vorgehen liegt jedoch nicht vor. Blutbildkontrollen bis zur Normalisierung der Granulozyten sind obligat.

#### PROPHYLAXE EINER ERNEUTEN EXPOSITION

Hat ein Patient auf eine Metamizolbehandlung mit einer Neutropenie/Agranulozytose reagiert, darf keine Reexposition erfolgen, da diese tödlich verlaufen kann [13, 16, 24, 25]. Betroffene Patienten sollen informiert werden, damit Metamizol auf keinen Fall nochmals eingenommen wird. Sinnvoll ist die Ausstellung eines Allergiepasses, den der Patient bei weiteren Arztkontakten vorlegen soll [23, 24]. Ein entsprechendes Vorgehen hinsichtlich Vermeidung einer Reexposition gilt ebenso für eine durch Metamizol ausgelöste allergische Reaktion/Anaphylaxie.

#### EMPFEHLUNG

9. Hat ein Patient auf Metamizol mit einer Neutropenie, Agranulozytose oder Panzytopenie reagiert, sollen geeignete Maßnahmen ergriffen werden, um eine zukünftige Reexposition zu vermeiden.

**Danksagung:** Herzlichen Dank an Prof. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft für die kritische Durchsicht und Anmerkungen zur Therapie der medikamenteninduzierten Agranulozytose.

#### EINHALTUNG ETHISCHER RICHTLINIEN

**Interessenkonflikte:** M. Dusch erhielt Vortragshonorare von Grünenthal. J. Erlenwein erhielt Vortragshonorare von Braun Melsungen und Grünenthal. S. Freys erhielt Honorare (Vorträge, Advisory Board) von Actrevo

und Grünenthal. W. Meissner erhielt Honorare (Vorträge, Advisory Boards) von Bionorica, BioQPharma, Grünenthal, Menarini, Mundipharma international, Sanofi, Tilray, und TAD. E. Pogatzki-Zahn erhielt Honorare (Vorträge und Advisory Boards) von ArcelRX, Fresenius Kabi, MSD, Grünenthal, MERCK, Mundipharma, Mundipharma international, Sharp & DOHME GmbH, The Medicines Company sowie Studienunterstützung von Mundipharma und Grünenthal. C. Quaisser-Kimpfbeck erhielt Honorar (Advisory Board) von Grünenthal. H. Rittner erhielt Forschungsgelder von Grünenthal. U. Stamer erhielt Vortragshonorare von Grünenthal und Syntetica. S. Wirz erhielt Honorare (Vorträge, Advisory Board) von AstraZeneca, Grünenthal, Kyowa Kirin und Mundipharma. Die anderen Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

*Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.*

#### LITERATUR

- [1] [www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/II-entwicklung/awmf-regelwerk-03-leitlinienentwicklung/II-entwicklung-graduierung-der-empfehlungen.html](http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/II-entwicklung/awmf-regelwerk-03-leitlinienentwicklung/II-entwicklung-graduierung-der-empfehlungen.html). Zugriffen 16.03.2019
- [2] Andersen CL, Tesfa D, Siersma VD, Sandholdt H, Hasselbalch H, Bjerrum OW, Felding P, Lind B, de Fine Olivarius N, Palmblad J (2016) Prevalence and clinical significance of neutropenia discovered in routine complete blood cell counts: a longitudinal study. *J Intern Med* 279(6):566-575
- [3] Andersohn F, Konzen C, Garbe E (2007) Systematic review: agranulocytosis induced by nonchemotherapy drugs. *Ann Intern Med* 146:657-665
- [4] Andrade SE, Martinez C, Walker AM (1998) Comparative safety evaluation of non-narcotic analgesics. *J Clin Epidemiol* 51:1357-1365
- [5] Andrade S, Bartels DB, Lange R, Sandford L, Gurwitz J (2016) Safety of metamizole: a systematic review of the literature. *J Clin Pharm Therap* 41:459-477
- [6] Andrès E, Maloisel F (2008) Idiosyncratic drug-induced agranulocytosis or acute neutropenia. *Curr Opin Hematol* 15:15-21
- [7] Andrès E, Maloisel F, Zimmer J (2010) The role of haematopoietic growth factors granulocyte colony-stimulating factor and granulocyte-macrophage colony-stimulating factor in the management of drug-induced agranulocytosis. *Br J Haematol* 150:3-8
- [8] Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (2011) Agranulozytose nach Metamizol – selten, aber häufiger als gedacht. *Dtsch Arztebl* 108:1758-1759
- [9] Curtis BR (2014) Drug-induced immune neutropenia/agranulocytosis. *Immunohematology* 30:95-101
- [10] Fukata S, Kuma K, Sugawara M (1999) Granulocyte colony-stimulating factor (G-CSF) does not improve recovery from antithyroid drug-induced agranulocytosis: a prospective study. *Thyroid* 9:29-31
- [11] Garbe E (2007) Non-chemotherapy drug-induced agranulocytosis. *Expert Opin Drug Saf* 6:323-335
- [12] Gonnert FA, Meißner W (2018) Kasuistik: Metamizol-induzierte Agranulozytose. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 53:388-394
- [13] Haen E, Höffler D, Stammschulte T (2013) Tödliche Agranulozytose unter Novaminsulfon – aus Fehlern lernen. *Arzneiverordnung in der Praxis* 40:46-47
- [14] Haschke M, Lichtie ME (2017) Metamizol: Nutzen und Risiken im Vergleich zu Paracetamol und NSAR. *Swiss Medical Forum* 17(48):1067-1073 DOI: <https://doi.org/10.4414/smf.2017.03098>
- [15] Huber M, Andersohn F, Bronder E, Klimpel A, Thomae M, Konzen C, Meyer O, Salama A, Schrezenmeier H, Hildebrandt M, Spath-Schwalbe E, Grüneisen A, Kreutz R, Garbe E (2014) Drug-induced agranulocytosis in the Berlin case-control surveillance study. *Eur J Clin Pharmacol* 70:339-345
- [16] Köbberling J, von Alpen R (2017) Metamizol und Agranulozytose – Aufklärungspflicht. *Rheinisches Ärzteblatt* 5:28-29
- [17] Konijnenbelt-Peters J, van der Heijden C, Ekhart C, Bos J, Bruhn J, Kramers C (2017) Metamizole (dipyrone) as an alternative

agent in postoperative analgesia in patients with contraindications for non-steroidal anti-inflammatory drugs. Pain Pract 17(3):402-408

- [18] Laporte JR, Carne X, Vidal X, Moreno V, Juan J (1991) Upper gastrointestinal bleeding in relation to previous use of analgesics and non-steroidal anti-inflammatory drugs. Catalan Countries Study on Upper Gastrointestinal Bleeding. Lancet 337:85-89

- [19] Mhaskar R, Clark OA, Lyman G, Engel Ayer Botrel T, Morganti Paladini L, Djulbegovic B (2014) Colony-stimulating factors for chemotherapy-induced febrile neutropenia. The Cochrane database of systematic reviews 10:CD003039.

- [20] Reist L, Erlenwein J, Meissner W, Stammschulte T, Stuber F, Stamer UM (2018) Dipyron is the preferred non-opioid analgesic for the treatment of acute and chronic pain. A survey of clinical practice in German speaking countries. Eur J Pain 22:1103-1112

- [21] Smith TJ, Bohlke K, Lyman GH et al. (2015) American Society of Clinical Oncology. Recommendations for the Use of WBC Growth Factors: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol 33(28):3199-3212.

- [22] Stamer UM, Gundert-Remy U, Biermann E, Erlenwein J, Meissner W, Wirz S, Stammschulte T (2017) Metamizol: Überlegungen zum Monitoring zur

frühzeitigen Diagnose einer Agranulozytose. Schmerz 31:5-13

- [23] Stamer UM, Soehle M, Park TW, Fischer M, Stuber F (2007) Anaphylactic reaction after intravenous dipyron. Acute Pain 9:221-227

- [24] Stammschulte T, Ludwig WD, Muhlbaier B, Bröndler E, Gundert-Remy U (2015) Metamizol (dipyron)-assoziierte agranulozytose. An analysis of German spontaneous reports 1990-2012. Eur J Clin Pharmacol 71:1129-1138

- [25] Zeiner E, Blaser LS, Tisljar K, Heim D, Taegtmeyer A (1994) Fatale Agranulozytose nach Metamizol-Reexposition. Praxis (Bern) 104:151-154

## 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.





# 41<sup>st</sup> Annual International Congress of the European Hernia Society



# EHS

SEPT 11<sup>th</sup>–14<sup>th</sup>

Hamburg Messe,  
Germany

---

**Final scientific program online now!**

More information and registration at: [EHS2019HAMBURG.COM](http://EHS2019HAMBURG.COM)

---

**Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Hernienfreunde,**

Wir laden Sie sehr herzlich zum 41. Jahreskongress der Europäischen Herniengesellschaft nach Hamburg ein! Im Geiste des Kongressmottos „Evidence, Innovation and Education“ warten viele spannende Themen insbesondere auch für jüngere Chirurgen, zusätzliche Weiterbildungsangebote mit den beiden Pre-courses, kontroverse Debatten, Interaktionen, Live-Operationen und Videobeiträge auf Sie!

Bringen Sie die Hernienchirurgie und sich auf den neuesten Stand!  
Kommen Sie nach Hamburg! Wir freuen uns auf Sie und internationale Hernientage!

Ihr Organisationskomitee EHS 2019

---

**CONGRESS HIGHLIGHTS:** New guidelines • all about the new techniques • management of complex hernias • new trials • hernia education 2.0 • Live surgery • Olympic hernia games

---

**Pre-Course**  **HERNIA compact**

**2<sup>nd</sup> HERNIA compact International**

SEPT 9<sup>th</sup>–11<sup>th</sup>, 2019

**Pre-Course**

**MILOS & MORE**

SEPT 11<sup>th</sup>, 2019

Master Class on new  
MIS techniques of  
ventral hernia repair

Akkreditiert bei der Ärztekammer Hamburg mit  
**30 Fortbildungspunkten (30 CME points)**

---

**EVIDENCE • INNOVATION • EDUCATION**

**WEITMEER**  
Veranstaltung & Management  
[www.weitmeer-agentur.de](http://www.weitmeer-agentur.de)



© iStock/kzenon

## „Die Ausbildungsbedingungen müssen sich in allen Regionen verbessern“



Junge Ärzte haben in der Regel kein großes Interesse an berufspolitischem Engagement, sondern eher an einer guten „Work-Life-Balance“. Heißt es zumindest. Vielleicht mag an diesem Vorurteil etwas dran sein, doch es trifft längst nicht auf alle zu. Der änd spricht mit Nachwuchsärzten, für die es selbstverständlich ist, in einem Verband oder einer Organisation berufspolitisch aktiv zu sein. Heute im Interview: Dr. Benedikt Johannes Braun, stellvertretender Leiter des Themen-Referats Nachwuchsförderung im Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC).

**PASSION CHIRURGIE:** Herr Dr. Braun, wie weit ist Ihre berufliche Laufbahn fortgeschritten – sind Sie noch in der Ausbildung?

**Dr. Braun:** Glücklicherweise konnte ich meine Facharztprüfung gerade vor zwei Wochen zeitgerecht und erfolgreich ablegen. Ich arbeite in der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Universitätskliniken des Saarlandes in Homburg. Eine spannende und herausfordernde Tätigkeit – in einem gut aufgestellten Team.

# » ZUR PERSON



Korrespondierender Autor:  
Dr. med. Benedikt J. Braun  
Stellv. Leiter Themen-  
Referat Nachwuchs im BDC  
Universitätsklinikum des  
Saarlandes  
Klinik für Unfall-, Hand- u.  
Wiederherstellungschir-  
urgie  
Kirrberger Straße, Gebäude 57  
66421 Homburg

**Quelle:** änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG  
Quelle: <https://www.aend.de/article/195018>

benedikt.braun@uks.eu

**PC** Wann fiel bei Ihnen denn die Entscheidung, Chirurg zu werden. Schon für früh im Studium?

**BB** Ich muss zugeben, dass ich da ein wenig familiär geprägt bin: Mein Vater ist auch Unfallchirurg. Das hat aber interessanterweise gar nicht primär dazu geführt, dass ich dann in diesem Bereich landete. Ich war im Studium auch offen für andere Zweige der Medizin, habe zum Beispiel meine Promotion in der Neuro-Anatomie gemacht. Meine damalige Freundin – und jetzige Frau – wollte eigentlich immer Unfallchirurgin werden, sie hat mich dann ein wenig angesteckt und eine Begegnung kurz vor dem PJ mit meinem jetzigen Chef hat mein Schicksal besiegelt. Witzigerweise ist sie jetzt Frauenärztin und nur ich bin in der Unfallchirurgie gelandet.

**PC** Was hat Sie letztendlich daran fasziniert?

**BB** Ich denke, dass es eine besondere Form der Herausforderung ist, welche die Chirurgie und die Unfallchirurgie ganz speziell ausmacht. In anderen Bereichen ist die Diagnose oft das Schwierige. Bei uns ist die Aufgabenstellung oft eindeutig: Es kommt zum Beispiel ein verunfallter

Patienten mit einem bestimmten Bruch, der gerichtet und chirurgisch versorgt werden muss – klare Aufgabenstellung, klare Lösung. Und doch ist es eine Herausforderung zu wählen, welcher Zugangsweg, welche Fixationsmethode die optimale ist. Ein differenziertes Vorgehen ist notwendig um zu klären wie ich das zufriedenstellendste Ergebnis erreiche. Natürlich muss man auch eine gewisse Liebe zum feinmotorischen Arbeiten mitbringen.

**PC** Wann kamen Sie auf die Idee, sich im BDC berufspolitisch zu engagieren. Sind Sie von Kollegen „angesteckt“ worden?

**BB** Das hat sich eigentlich eher per Zufall ergeben. Zu Beginn meiner Karriere hatte ich da kaum Berührungspunkte. Mein Chef in der Klinik war dann aber Kongresspräsident der Fachgesellschaft DGCH, die auf der Suche nach Nachwuchssprechern war. Da habe ich mich zunächst mehr oder weniger überreden lassen – und habe erst einmal vorsichtig reingeschnuppert. Ich war dann aber schnell davon überzeugt, dass es eine sinnvolle Tätigkeit ist. Das Engagement im BDC war dann gleich zu Beginn etwas bewusster gewählt und hat sich letztlich aus Gesprächen mit dem Vizepräsidenten dort ergeben, der ebenfalls für die Nachwuchsarbeit brennt. Es gibt so viele Kollegen, die sich über die Rahmenbedingungen beschwerten und in irgendwelchen Chirurgieforen im Internet ständig meckern. Ich finde es da besser, gemeinsam mit engagierten Kollegen nach Lösungen zu suchen, konstruktive Vorschläge zu machen und Änderungen auch öffentlich einzufordern. Diese Einstellung treibt mich in der Berufspolitik voran.

**PC** Warum sehen das aber immer nur eine Handvoll junger Kollegen so?

**BB** Eine gute Frage. Mich wundert das zum Teil auch. Vielleicht beruht die Zurückhaltung ein wenig darauf, dass es – wie gesagt – immer bequemer ist, die Zustände nur zu kritisieren. Den

Braun BJ: „Die Ausbildungsbedingungen müssen sich in allen Regionen verbessern“. *Passion Chirurgie*. 2019 Juni, 9(06): Artikel 04\_02.



Mehr zum Thema finden Sie auf BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de), Rubrik Wissen | Aus-, Weiter- & Fortbildung).



Hintern hochzubekommen und aktiv etwas zu unternehmen, ist schon wieder eine andere Sache. Vielleicht ist der Leidensdruck dann in manchen Bereichen doch nicht so hoch. Prinzipiell glaube ich aber auch, dass viele Kollegen falsche Vorstellungen davon haben, wie das Engagement in einem Berufsverband wie dem BDC, oder bei den Fachgesellschaften aussehen kann. Ich kann nur dazu raten, einfach einmal unverbindlich rein-zuschnuppern und zum Beispiel eine Sitzung mitzumachen. Manchmal legt sich dann gedanklich ein Schalter um.

**PC** *Allerdings braucht man auch Zeit für dieses Engagement. Haben Ihre Vorgesetzten und Kollegen in der Klinik dafür Verständnis?*

**BB** Zum Glück habe ich hier eine komplette Abteilung, die das mitträgt und viel Verständnis hat. Ansonsten wäre das für mich auch nur schwer vorstellbar. Das Verständnis muss natürlich auch in der Familie da sein und ich schätze mich sehr glücklich eine Ehefrau zu haben, die das Ganze nicht nur toleriert, sondern aktiv unterstützt.

**PC** *Studium und Ausbildung sind Ihnen noch frisch in Erinnerung. Wo haben Sie Missstände oder suboptimale Rahmenbedingungen für die chirurgische Tätigkeit erlebt?*

**BB** Ich hatte das Glück, in einem der frühen Jahrgänge des Modellstudienganges in Aachen studiert zu haben, der schon sehr gute Bedingungen und eine stets motivierende Stimmung geboten hat. Da ist man prinzipiell auch gut für die Chirurgie begeistert worden. Was mich aber grundsätzlich an der Ausbildung hierzulande stört, ist die Willkür, der die Studierenden in der Chirurgie ausgesetzt sind. Kommt man im PJ an eine Klinik, ist man letztendlich der Abteilung dort „ausgeliefert“ ob die eine gute oder schlechte Lehre machen und das in einer für die spätere Berufswahl absolut prägenden Zeit. Es gibt zwar schon länger PJ-Onlineforen, in denen die Bedingungen bewertet werden

können. Allerdings haben offenbar auch die schlecht abschneidenden Kliniken noch zu wenig Probleme, Pjler zu finden. Das PJ ist für die Studierenden aber unwahrscheinlich prägend. Trifft man hier auf junge Assistenten, die bedingt durch arztfremde Tätigkeiten viele Überstunden machen müssen oder mit überflüssiger Bürokratie belastet werden, ist das nicht nur falsch – das bekommen die Medizinstudierenden sofort mit und dann hat das natürlich auch einen Einfluss auf die Wahl der Fachrichtung. Also: Den drohenden Nachwuchsmangel bekommen wir nur in den Griff, wenn sich auch die Ausbildungsbedingungen in allen Regionen verbessern.

**PC** *Welche Rolle spielt die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei der Entscheidung für oder gegen die Chirurgie?*

**BB** Zweifelsohne eine große Rolle. Fragen in die Richtung kommen immer, wenn ich Sitzungen mit Studierenden besuche. Interessanterweise auch für die Männer ein immer wichtigerer Faktor. Ich bin der Überzeugung, dass die Kliniken mit kreativen Lösungen da vieles bewegen können. Dafür gibt es auch schon richtig gute Beispiele auch für chirurgische Kliniken, zum Beispiel die BG Klinik in Murnau. Das Kinderbetreuungsprogramm hier ist lange etabliert und für die Mitarbeiter extrem flexibel verfügbar. Die Zufriedenheit der Angestellten ist dadurch hoch und das Ganze lohnt sich dort den Berichten nach sogar wirtschaftlich – ein doppelter Gewinn. Es lohnt sich für die Kliniken, in diesem Bereich attraktiver zu werden und neue Weg zu gehen.

**PC** *Sollten die Kliniken also auch in einen Wettbewerb um die beste Work-Life-Balance für die angestellten Ärzte einsteigen?*

**BB** Gegen den Begriff Work-Life Balance bin ich grundsätzlich etwas allergisch. Es impliziert ja, dass Arbeit und Leben gegensätzlich sind. Für die meisten Fälle arbeite ich aber sehr gerne und erachte den Beruf auch als Teil meines Lebens.

Aber ich verstehe was hier gemeint ist und möchte daher auch antworten: Auf jeden Fall. Einen Trend in diese Richtung beobachten wir ja schon jetzt. Gute Chirurgen sind alles andere als im Überfluss vorhanden. Höchstens die Kammerzahlen sprechen von einer etwas steigenden Arztzahl in Deutschland. Da werden aber nur die Köpfe gezählt – nicht die Beschäftigungsverhältnisse, oder die zur Verfügung stehende Arztzeit. Ganz zu schweigen von der Motivation. Die Rahmenbedingungen müssen sich kontinuierlich verbessern, wenn die Kliniken als Arbeitgeber für den chirurgischen Nachwuchs attraktiv bleiben wollen.

**PC** *Wie erleben Sie das Thema Bürokratie im Berufsalltag?*

**BB** Ein schwieriges Thema – allerdings von Standort zu Standort unterschiedlich. Bei uns haben wir doch einige Sekretariate, die uns ein Stück weit entlasten. Es gibt aber auch viele Berichte aus Kliniken, die auf solche Strukturen nicht zurückgreifen. Da werden Dokumentations- und Sekretariatsaufgaben von Ärzten übernommen, deren Arbeitszeit dafür abseits der Patientenversorgung „verschwendet“ wird und – betriebswirtschaftlich gesehen – auch zu teuer ist. Das demotiviert und ist auch finanziell für die Kliniken unsinnig. Warum dies vielerorts noch nicht besser erkannt und mit höherer Priorität geändert wird ist mir ein Rätsel.

**PC** *Werfen wir mal einen Blick in die Glaskugel: Immer wieder hört man von neuen technischen Entwicklungen in der Medizin. Haben wir in 20 oder 30 Jahren nur noch Roboter im OP-Saal und der Beruf des Chirurgen verschwindet nach und nach?*

**BB** In der Unfallchirurgie hatte ich bislang noch wenige Berührungspunkte mit Operationsrobotern. Dabei sind zum Beispiel in der Urologie oder Allgemeinchirurgie Systeme wie der DaVinci-Roboter schon weiter verbreitet – die nach meinem Verständnis aber eher einen verlängerten,

etwas präziseren Menschenarm darstellen. Bis zur voll automatisierten Robotik ohne wesentliches menschliches Zutun ist es sicherlich noch ein ganz weiter Weg aus verschiedensten Gründen. Letztendlich sind solche Entwicklungen hauptsächlich industriegetriggert. Wie sinnvoll solche Neuerungen sind, steht oft auf einem anderen Blatt. Sicher: Die Chirurgen verschließen sich neuen Entwicklungen nicht. Das Gegenteil ist der Fall, da im Zentrum immer das Interesse steht, den Patienten bestmöglich zu versorgen. Der Faktor Mensch in verantwortlicher Position kann in der Gleichung aber nie ganz herausgenommen werden – ich bin auch sicher, dass das im Sinne der Patienten ist. Meiner Meinung nach ist es Aufgabe der Ärzteschaft, genau zu schauen, wo die Sinnhaftigkeit neuer Verfahren liegt und sich zu beraten, Stellung zu beziehen, sowie sinnvolle Entwicklungsprozesse zu begleiten.

**PC** *Im Moment kommen enorm viele Gesundheits- und Medizin-Apps auf den Markt. Fluch oder Segen für die Medizin?*

**BB** Der Bundesgesundheitsminister ist offenbar ein großer Freund davon. Ich bin da etwas vorsichtiger. Letztendlich stehen immer bestimmte Algorithmen

dahinter, die nie perfekt in allen Fällen arbeiten können, es liegen ja menschliche Daten zu Grunde. Selbst der „Supercomputer“ Watson von IBM wurde in den USA schon als Heilsbringer gefeiert und viele Unis haben das System gekauft. Inzwischen geben einige Standorte das Thema aber zunächst noch einmal auf, weil die Resultate nicht den Erwartungen entsprachen. Also: Neue Entwicklungen können Sinn machen. Wir sollten aber mit gesunder Skepsis und Augenmaß die Themen Datensicherheit und Nutzen bewerten und als Ärzte und Gesundheitsexperten solche Einführungsprozesse begleiten.

**PC** *Das größte IT-Projekt im Gesundheitswesen ist ja hierzulande nach wie vor der Aufbau der Telematikinfrastruktur. Im Zuge dessen sollen die Notfalldaten der Patienten auch auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden. Eine sinnvolle Neuerung?*

**BB** Ich denke schon. Nehmen wir beispielsweise die Situation, wenn ein Patient nach einem Unfall nicht ansprechbar ist. Dann können solche Informationen für die Arbeit in den Kliniken helfen: Hat der Patient eine spezielle Allergie oder Vorerkrankung? Das sind schon wichtige

Angaben, die Einfluss auf die Wahl der besten Behandlungsmöglichkeit haben können. Ob es dann Sinn macht, dass die nur auf der Karte zu finden sind, die unter Umständen nicht mitgeführt wird, bleibt zu diskutieren. Grundsätzlich sollten diese Daten in einem sicheren System für die Häuser leicht abrufbar sein.

**PC** *Was sind im Rahmen Ihrer Arbeit im BDC nun die nächsten Schritte und Projekt?*

**BB** Da läuft im Moment sehr viel. Wir arbeiten zum Beispiel an ganz konkreten Projekten für die Studierenden und die Verbesserungen der Lehrbedingungen/Möglichkeiten. Auch wollen wir die chirurgischen Nachwuchsvertreter über mehrere Organisationen hinweg besser verknüpfen. Ganz konkret gibt es dazu ein Netzwerk-Projekt der DGCH, bei dem wir eine Online-Landkarte von Deutschland aufbauen – und den Studierenden zeigen, wo sie in unmittelbaren Kontakt mit erfahrenen Mentoren jeglicher chirurgischer Fachgebiete treten können. Da erschaffen wir neue Möglichkeiten, die PJ und Famulatur so nicht bieten können und darüber hinaus auch die jungen Chirurgen der verschiedenen Fachgebiete verbindet. Ich freue mich schon sehr auf die nächsten Schritte. ○



## Webinar-Termin im September 2019: S1-Leitlinie „Vordere Kreuzbandruptur“

**Webinar S1-Leitlinie  
„Vordere Kreuzbandruptur“  
26.09.2019, 18:00 Uhr  
[www.bdc-webinare.de](http://www.bdc-webinare.de)**



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

Seit September 2017 gibt es die BDC|Webinare ([www.bdc-webinare.de](http://www.bdc-webinare.de)). Bisher wurden auf der Plattform insgesamt 21 Leitlinien von Experten erfolgreich vorgestellt und besprochen. Jeden Monat wird von einem 45-minütigem 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

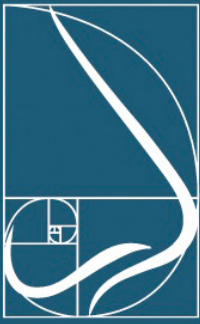
Auch wenn einmal ein Termin verpasst wird, ist das kein Problem, denn der aufgezeichnete Vortrag mit Diskussion kann jederzeit aus dem Webinar-Archiv abgerufen werden. Detaillierte Informationen und Termine zu diesem Lernangebot und allen Webinaren sind unter [www.bdc-webinare.de](http://www.bdc-webinare.de)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

## GEPLANTE WEBINARE 2019

- S3-Leitlinie „Gallensteine“, Prof. Dr. med. Dr. h.c. Carsten Gutt, 17.10.2019, 18:00 Uhr
- S2e-Leitlinie „Schenkelhalsfrakturen“, Prof. Dr. med. Felix Bonnaire, 14.11.2019, 18:00 Uhr
- S3-Leitlinie „Karpaltunnelsyndrom, Diagnostik und Therapie“, Prof. Dr. med. Margot Wüstner-Hofmann, 05.12.2019, 18:00 Uhr

[www.bdc-webinare.de](http://www.bdc-webinare.de)





# 1. Deutscher Rhinoplastik-Kongress in Frankfurt

**A**m 24. und 25. Mai 2019 fand in Frankfurt der 1. Deutsche Rhinoplastik-Kongress statt – eine Premiere. Zum ersten Mal sind Spezialisten der deutschen Nasenchirurgie aus der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, der Plastischen & Ästhetischen Chirurgie sowie der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie zu einem gemeinsamen Kongress zusammengekommen.

Die Formkorrektur der äußeren Nase ist der vierthäufigste Eingriff in der ästhetischen Chirurgie in Deutschland (8,4 Prozent der ästhetisch-chirurgischen Operationen im Jahr 2018) – mit deutlich zunehmender Nachfrage. Bei Männern war die Rhinoplastik im Jahr 2018 sogar die am häufigsten durchgeführte

ästhetische Operation (Statistik der DGÄPC – Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch Plastische Chirurgie, Berlin).

Die Operationstechniken in der Nasenchirurgie sind in den vergangenen Jahrzehnten immer weiterentwickelt worden. Ziel des gemeinsam von sechs Nasenspezialisten aus der HNO und der Plastischen Chirurgie (N. Alamuti, E. Buttler, S. Haack, M. Kovacevic, F. Riedel, J. Wurm) organisierten Kongresses war es, diese Entwicklungen möglichst umfassend aufzuzeigen, aktuelle Standardtechniken zu präsentieren und einen Ausblick auf die Zukunft der Nasenchirurgie zu bieten. Hierbei ist ausdrücklich der Spagat gesucht worden, sowohl erfahrene

**Korrespondierender Autor:****Dr. med. L. Rainer Rupprecht**

Facharzt für Plastische &amp; Ästhetische Chirurgie

Facharzt für Dermatologie

Spezialisierung: Ästhetische &amp;

Funktionale Nasenchirurgie

DERMATOLOGIKUM BERLIN

Friedrichstraße 89

10117 Berlin

rupprecht@dermatologikum-berlin.de

www.dermatologikum-berlin.de

**Korrespondenzadresse****Kongressorganisation:**

boeld communication GmbH

Kapuzinerstraße 9d

80337 München

www.bb-mc.com

Tel. +49 89 1890460

Nasenchirurgen anzusprechen, als auch Rhinoplastik-Anfänger zu erreichen.

Die 15 geladenen Referenten (neun HNO-Ärzte, davon vier aus der Klinik und fünf aus der Praxis sowie sechs Plastische Chirurgen, davon drei aus der Klinik und drei aus der Praxis) haben in insgesamt 63 Vorträgen und Panels – ergänzt durch sieben freie Vorträge – alle wesentlichen Bereiche der Rhinoplastik aus aktueller Perspektive dargestellt.

Ein wesentlicher Aspekt ist die sukzessive Änderung der Gesamtkonzeption der Rhinoplastik – heutzutage wird dem Erhalten bzw. Rekonstruieren des tragenden Knorpel- und Knochengerüsts viel größere Bedeutung zugemessen als früher. Das Wegschneiden von Knorpel wird mehr und mehr durch Techniken zur Umformung des Knorpels ersetzt, die Absenkung des nicht eröffneten Nasenrückens durch eine Let-down- oder Push-down-Technik feiert eine Renaissance. Viel mehr als früher wird erheblicher Aufwand dafür betrieben, dass Form und Funktion der Nase nach der Rhinoplastik langfristig gut und stabil bleiben.

Ein spannendes und sehr großes Feld ist die in den letzten Jahrzehnten abgelaufene – und keineswegs beendete – Entwicklung neuer Operationstechniken.

Dieses betrifft einerseits verfeinerte chirurgische Techniken für die Formgebung der Nase, andererseits für die Stabilisierung und Rekonstruktion der tragenden Stützstrukturen der Nase. Alle diese neuen oder wiederentdeckten Optionen wurden geordnet und in ihrer Wertigkeit dargestellt.

Mehr in den Fokus rücken Operationstechniken zur Korrektur und Beeinflussung des Weichteilmantels der Nase – Methoden wie Lipofilling, die sich in anderen Körperregionen bereits sehr bewährt haben, aber auch speziell in der Rhinoplastik zu findende Methoden wie befundangepasste Hybrid-Transplantate.

Hinzu kommen neue apparative Optionen – von der Piezochirurgie für die Knochenbearbeitung bis zu aktiviertem Platelet Rich Fibrin zur Anfertigung von maßgeschneiderten, vollständig autologen Transplantaten. Viele

dieser Techniken wurden in den letzten Jahren von Nasenspezialisten weltweit neu erdacht bzw. nach Anpassung an die Nasenchirurgie neu in der Rhinoplastik etabliert.

Für die Zufriedenheit sowohl von Patient und Arzt ganz wesentlich sind die vielen Dinge rund um die Rhinoplastik – von der seriösen Patientengewinnung, der Patientenauswahl, der Operationsplanung mit und ohne Computer-Simulation bis hin zum Umgang mit psychisch auffälligen Patienten und dem Problemfeld Dismorphophobie. Vorträge, Panels und Diskussionen zu diesen Bereichen haben die Sitzungen zu den technisch-chirurgischen Aspekten der Rhinoplastik eingerahmt.

International ist es auf vielen Rhinoplastik-Kongressen bereits gelungen, HNO-Ärzte und Plastische Chirurgen zum direkten Erfahrungsaustausch zusammenzubringen.

Nun gibt es auch in Deutschland ein neues Format mit dem klaren Focus, Inhalte und höchste Qualität der modernen und innovativen Nasenchirurgie zum Wohle unserer Patienten in den Vordergrund zu stellen – und hierbei ganz bewusst Brücken zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen zu bauen.

Fast 300 Teilnehmer haben dem Premierenkongress in Frankfurt zu einem großen Erfolg verholten. Lehrreiche Vorträge der Nasenspezialisten aus Klinik und Praxis, lebhaft und offene Diskussionen, intensive Gespräche in kleiner Runde und neu geknüpfte persönliche Kontakte haben zu durchgehend sehr positiver Resonanz und dem häufig geäußerten Wunsch geführt, dass der Rhinoplastik-Kongress im gleichen interdisziplinären Format wiederholt werden möge.

Vor diesem Hintergrund freuen sich die Organisatoren an dieser Stelle erstmals anzukündigen, dass der 2. Deutsche Rhinoplastik Kongress vom 30.04. bis 01.05.2021 wiederum im Steigenberger Hotel Frankfurter Hof stattfinden wird. Über die Homepage [Rhinoplastik-Kongress.de](http://Rhinoplastik-Kongress.de) werden stets aktuelle Informationen hierzu abrufbar sein.

Rupprecht R, Alamuti N, Buttler E, Haack S, Kovacevic M, Riedel F, Wurm J: 1. Deutscher Rhinoplastik-Kongress in Frankfurt. Passion Chirurgie. 2019 August, 9(08): Artikel 04\_03.



Mehr zum Thema finden Sie auf BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de), Rubrik Wissen | Aus-, Weiter- & Fortbildung).



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](mailto:bdc-versicherungsservice@ecclesia.de)



# Hygiene-Tipp: Atemschutzmasken – sitzt gut – alles gut!



**Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Zastrow**  
Vorstandsmitglied der Deutschen  
Gesellschaft für Krankenhaushygiene  
(DGKH)  
Chefarzt des Hygiene-Instituts der  
REGIOMED-Kliniken Bayern/  
Thüringen  
hygiene@drzastrow.de



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

Zastrow KD, Adler H: Hygiene-Tipp:  
Atemschutzmasken – sitzt gut – alles gut! Passion  
Chirurgie. 2019 August; 9(08): Artikel 04\_04.



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

Für einige ansteckende Infektionskrankheiten wie die offene Lungentuberkulose, Influenza und Vogelgrippe, aber auch beim Umgang mit Aerosolen und Rauch wie er beispielsweise bei der Condylomabtragung mit dem Elektrokauter oder der Laserablation entsteht, werden neben der gezielten Rauchabsaugung auch gesonderte Atemschutzmasken FFP (Filtering Face Piece = Partikelfiltrierende Halbmasken) anstelle des Mund-Nasen-Schutzes empfohlen.

Die Masken filtern je nach FFP-Schutzklasse 1/2/3 jeweils mindestens 80 Prozent/94 Prozent/99 Prozent der sich in der Luft befindlichen Partikel bis zu einer Größe von 0,6 µm. Die Verwendung der Atemschutzmasken ist nicht überall tägliche Routine. Die zusätzlich erwartete Schutzwirkung der Atemschutzmaske kann nur bei korrekter Anwendung und sachgerechtem Gebrauch erreicht werden.

Je nach Produkt, Hersteller und Verpackung muss die Maske nach der Entnahme aus der Verpackung zunächst vollständig entfaltet werden. Dann wird die Atemschutzmaske an dem verstärkten eingearbeiteten Rand und an dem verformbaren Nasenabschluss sorgfältig an die Gesichtskontur angepasst. Hierfür wird die Maske am Gesicht aufgesetzt und gut mit beiden Händen, wie eine Trichter, an die Gesichtskontur mitsamt dem Nasenbügel angeformt. Bei richtigem Sitz zieht sich die Atemschutzmaske beim Einatmen zusätzlich ein und saugt sich etwas an.



© iStock/Lisbeth Hjort

Durch die im Vergleich zum herkömmlichen Mund-Nasen-Schutz erhöhte Filterleistung ist auch der Atemwegswiderstand bei der Ein- und Ausatmung, je nach Filterleistung, erheblich erhöht.

Diese zusätzlich notwendige Anstrengung bei der Atemarbeit macht sich schon nach wenigen Trageminuten bemerkbar und wirkt dann oft beengend und belastend. Dies ist allerdings auch ein Zeichen für den guten Dichtsitz und damit auch den guten Schutz durch die Maske.

Um den Tragekomfort der Maske zu verbessern und die Ausatmung zu erleichtern, ist bei einigen Masken ein mechanisches Ventil zur Ausatmung, oft in Form einer Gummilippe eingebaut. So kann die Ausatemluft ungehindert die Maske passieren – der Widerstand des Filters muss nicht überwunden werden – und die Atemarbeit wird erleichtert. Bei der Einatmung hingegen schließt sich das Ventil und die Schutzwirkung bleibt unverändert erhalten.

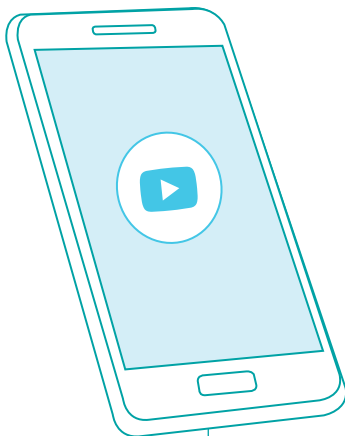
## Fünf Punkte sind bei der Verwendung von Atemschutzmasken zu beachten:

- Rand der Atemschutzmaske und formbaren Nasenabschluss gut an die Gesichtskontur anpassen.
- Dichtsitz der Atemschutzmaske vor Betreten des Isolierzimmers durch Einatmen prüfen – Die Maske muss sich hierbei einziehen und leicht ansaugen.
- Mund-Nasen-Schutz und Atemschutzmasken FFP 1/2/3 nur einmal verwenden und nach Gebrauch entsorgen.
- Dient die Maske lediglich dem Personalschutz kann eine Maske mit Ausatemventil verwendet werden.
- Die spürbare Belastung durch die erhöhte Atemarbeit ist zugleich auch ein Zeichen für den guten Dichtsitz der Maske.

Der Hygiene-Tipp gibt die Meinung der Autoren wieder. 

HYGIENE  
CLIPGet Your  
Disinfection

Erfolgreiche bundesweite  
Kampagne des BDC  
in Kooperation  
mit DGKH und BDH



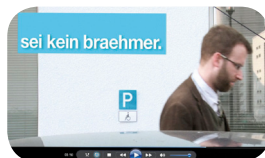
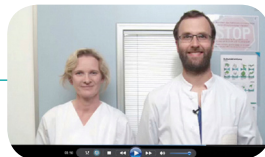
Gute Chirurgie kann durch eine Infektion gefährdet werden. Es gibt vermeidbare und unvermeidbare Infektionen. Letztere sind schicksalhaft und kaum zu beeinflussen. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und die deutschen Hygieniker betreiben seit 2008 eine bundesweite Informationskampagne, die dazu 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](mailto:passion_chirurgie@bdc.de).

AUGUST 2019

**Dr. med. Jochen Grommes**, seit 2015 Oberarzt der Klinik für Gefäßchirurgie am Universitätsklinikum Aachen, führt als Chefarzt seit dem 01. Juli 2019 die Klinik für Gefäßchirurgie am Rhein-Maas Klinikum in Würselen.

**Prof. Dr. med. Alexander Hyhlik-Dürr** wurde auf den Lehrstuhl für Gefäßchirurgie der Universität Augsburg berufen. Der neue Lehrstuhlinhaber ist bereits seit 2017 Direktor der Klinik für Gefäßchirurgie am Universitätsklinikum Augsburg.

**Prof. Dr. med. Joachim Jähne**, langjähriger Leiter der BDC|Akademie, ist seit 1989 Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Diakovere Henriettenstift in Hannover. Neben der bestehenden Tätigkeit hat er zum 01. Juli 2019 auch die Leitung der Allgemein- und Viszeralchirurgie am Diakovere Friederikenstift übernommen.

**Dr. med. Matthias Kötting** wechselte als Chefarzt der Chirurgie des Herz-Jesu-Krankenhauses in Dernbach nach Zell. Dort leitet er seit dem 01. Juli 2019 die Klinik für Orthopädie, Unfall-, Viszeral- und Gefäßchirurgie am Klinikum Mittelmosel, St. Josef-Krankenhaus in Zell.

Seit dem 1. Juli 2019 ist **Bernd Schmitz** der neue Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie im Elisabeth-Krankenhaus in Thuine.

**Dr. med. Oliver Stumpf** leitet seit dem 15.06.2019 den Fachbereich Adipositas und Metabolischen Medizin am HELIOS Klinikum Berlin-Buch. Der Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie war hier zuvor als Oberarzt angestellt.

**PD Dr. med. Dimitrios Pantelis** ist seit dem 1. März 2019 Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie der GFO Kliniken Bonn, Betriebsstätten: St. Marien Hospital Bonn und St. Josef Hospital Bonn-Beuel. Er war zuvor leitender Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie des Universitätsklinikums Bonn.

Zum 1. Juli 2019 übernahm **Prof. Dr. med. Antonio Krüger** die Chefarztposition der Unfallchirurgie der Asklepios Klinik Lich.

**Dr. med. Dieter Telker** ist seit dem 1. April 2019 Leitender Chirurg und Sprecher der Chirurgie in der Asklepios Nordseeklinik Westerland/Sylt. Vorher war er bereits Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie im St. Martinus Krankenhaus Düsseldorf.

**PD. Dr. med. Mansur Duran** hat seit Anfang Juli die Chefarztposition der Abteilung für Gefäßchirurgie der Asklepios Klinik Altona inne. ○



Personalia-Meldungen finden Sie auf BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de), Rubrik Wissen | Karriere).



# Frage & Antwort



## Nutzung von OP-Videos



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

### FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, ob er intraoperative OP-Videos ohne Weiteres unbeschränkt nutzen darf, beispielsweise als Schulungsvideos auf Fortbildungsveranstaltungen.

### ANTWORT:

Hier könnten zum einen die Rechte des Patienten und zum anderen die Rechte des Klinikträgers entgegenstehen.

Grundsätzlich besteht zunächst das Recht der Patienten am eigenen Bild gemäß §§ 22, 23 Kunsturhebergesetz (KUG). Dies bedeutet, den Patienten kommt das Recht zu, darüber zu entscheiden, ob Aufnahmen von ihnen gemacht, veröffentlicht oder sonst in irgendeiner Art und Weise genutzt werden dürfen. Gemäß § 22 Satz 1 KUG dürfen solche Bildnisse deshalb in der Regel nur mit der Einwilligung des Patienten verbreitet oder veröffentlicht werden.

Allerdings sieht die Rechtsprechung von diesem Einwilligungserfordernis eine Ausnahme vor, wenn der Abgebildete, also hier der Patient, nicht in einer für Dritte erkennbaren Weise abgebildet wird. Werden also intraoperativ

Videoaufnahmen beispielsweise von Organen oder Knochen gemacht, und ist der Patient auf dem Video auch ansonsten nicht erkennbar und sein Name nicht ersichtlich, so ist die Einholung einer Einwilligung nach Auffassung des Verfassers nicht erforderlich. Die Videoaufnahmen dürfen dann aber auch nur anonymisiert veröffentlicht werden.

Sobald jedoch nur ansatzweise das äußere Erscheinungsbild des Patienten auf dem Video erkennbar sein sollte, selbst wenn dies nur Teile sein sollten und andere Teile unkenntlich gemacht sind, ist nach Ansicht des Verfassers aus Gründen der Rechtssicherheit zwingend zu empfehlen, eine schriftliche Einwilligung des Patienten zu den beabsichtigten Zwecken einzuholen. Denn die Rechtsprechung lässt für die Erkennbarkeit bereits genügen, wenn diese für einen mehr oder weniger großen Bekanntenkreis gegeben ist (vgl. OLG Düsseldorf, Urteil vom 09.02.2010 – I 20 U 151/09). Ferner kann sich die Erkennbarkeit aus Sicht der Gerichte auch aus sonstigen Merkmalen der Aufnahme ergeben, beispielsweise, wenn aufgrund besonderer persönlicher Körpermerkmale wie Tätowierungen, besondere Narben etc., Rückschlüsse auf die Person gezogen werden können.

Heberer J. F+A: Nutzung von OP-Videos. 2019 August; 9(08): Artikel 04\_06.



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

Daneben könnte eventuell gemäß der DSGVO eine gesonderte datenschutzrechtliche Einwilligung erforderlich sein, insbesondere, wenn hier sensible Gesundheitsdaten verarbeitet werden. Denn eine Verarbeitung von Gesundheitsdaten ist gesetzlich in der Regel verboten, es sei denn, es liegt eine Einwilligung oder ein gesetzlicher Rechtfertigungsgrund vor.

Eine datenschutzrechtliche Einwilligung ist damit aus Sicht des Verfassers in jedem Fall erforderlich, wenn der Patient – wie oben dargestellt – in identifizierbarer Weise auf der Videoaufnahme erkennbar ist, damit also ein Personenbezug gegeben ist. In diesem Fall müssten dann auch zugleich die Hinweispflichten gemäß Art. 13, 14 DSGVO gegenüber den Patienten erfüllt werden.

Lediglich dann, wenn gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. j) i. V. m. Art. 89 DSGVO die Gesundheitsdaten zu im öffentlichen Interesse liegenden wissenschaftlichen Forschungszwecken verarbeitet werden, wäre eine Einwilligung bei Personenbezug nicht erforderlich, wenn die Voraussetzungen dieser Vorschriften eingehalten werden. Inwieweit diese Rechtsgrundlage jedoch einschlägig ist, muss stets aufgrund der konkreten Umstände im Einzelfall beurteilt werden.

Da es zu dieser Problematik, insbesondere auch zu dem juristischen Konflikt, ob die §§ 22, 23 KUG als Normen im Sinne von Art. 85 Abs. 1 DSGVO weitergelten, insgesamt noch keine einheitliche Rechtsprechung gibt, wäre aus juristischer Sicht des Verfassers aus Gründen der Rechtssicherheit entweder zu empfehlen, dass jeglicher Personenbezug der Gesundheitsdaten bei den Videoaufnahmen ausgeschlossen wird, sprich eine Erkennbarkeit der Person nicht gegeben ist und nur anonymisierte oder pseudonymisierte Daten verarbeitet werden oder, dass stets eine datenschutzrechtliche Einwilligung des Patienten eingeholt wird.

Aus diesem Grund sollte somit nach Auffassung des Verfassers in zweifelhaften Fällen, in denen ein Personenbezug bzw. eine Erkennbarkeit nicht ausgeschlossen werden kann, stets die Einholung einer datenschutzrechtlichen Einwilligung sowie einer Einwilligung nach § 22 KUG erfolgen.

Zudem sollten die Patienten darin einwilligen, dass diese Videoaufnahmen unentgeltlich sowie zeitlich und örtlich uneingeschränkt als auch unbegrenzt zu den genannten Zwecken genutzt, gespeichert und verwendet werden dürfen. Zu

Nachweiszwecken sollte eine Einwilligung stets schriftlich erfolgen.

Ferner ist eine urheberrechtliche Problematik gegeben. Denn sofern eine Videoaufnahme gemacht wird, entsteht kraft Gesetzes das nicht übertragbare Urheberrecht an der Videoaufnahme und damit auch Nutzungs- und Verwertungsrechte. Rechtlich ist Urheber derjenige, der die ausschlaggebenden Parameter der Aufnahme, also was wie gefilmt wird, vor schreibt bzw. den Aufnahmeknopf betätigt.

Auch wenn das Urheberrecht rechtsgeschäftlich nicht übertragen werden kann, geht die herrschende Meinung nach Ansicht des Verfassers davon aus, dass regelmäßig ein stillschweigender Übergang der Nutzungs- und Verwertungsrechte der Arbeitsergebnisse auf den Arbeitgeber, also den Klinikträger, stattfindet. Handelt es sich hingegen um eine Videoaufnahme aus der Privatambulanz des Chefarztes, stehen jedoch diesem die alleinigen Rechte hieran zu. Dasselbe dürfte für den wahlärztlichen Tätigkeitsbereich des Chefarztes gelten. Folglich muss sich der Chefarzt aus Sicht des Verfassers grundsätzlich auch die Nutzungs- und Verwertungsrechte durch den Klinikträger schriftlich übertragen lassen. ○

# Frage & Antwort



## Kontaktaufnahme mit Patienten nach Behandlungsende



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

### FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, ob Patienten nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus ohne deren Einwilligung unter deren Privatadresse bzw. telefonisch oder per E-Mail kontaktiert werden dürfen, um diese beispielsweise auf Informationsveranstaltungen oder besondere Angebote der Klinik hinzuweisen.

### ANTWORT:

Für Kontaktaufnahmen nach Entlassung der behandelten Patienten wird nach Auffassung des Verfassers zwingend eine gesonderte datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung der Patienten benötigt, die sich explizit auf solche Kontaktaufnahmen zu den beabsichtigten Zwecken beziehen muss.

Denn für derartige Kontaktaufnahmen ist nach Ansicht des Verfassers keine Rechtsgrundlage in der DSGVO gegeben, sodass für die datenschutzrechtliche Zulässigkeit die Einwilligung erforderlich ist. Solche Kontaktaufnahmen haben nämlich nichts mehr mit der Erfüllung bzw. der Abwicklung des Behandlungsvertrages zu tun. Auch die standardmäßigen Datenschutzhinweise in den Behandlungsverträgen haben solche Kontaktaufnahmen regelmäßig nicht zum Gegenstand, sodass, wie gesagt, hierfür eine gesonderte datenschutzrechtliche Einwilligung der Patienten zu diesen konkreten Zwecken erforderlich ist. ○

Heberer J. F+A: Kontaktaufnahme mit Patienten nach Behandlungsende. 2019 August; 9(08): Artikel 04\_07.



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





# Forschungsaktivitäten als Weiterbildungszeit anerkennen

**Arbeitsgemeinschaft der  
Wissenschaftlichen Medizinischen  
Fachgesellschaften e.V. (AWMF)**  
Birkenstraße 67  
10559 Berlin  
office@awmf.org

**F**ür eine wissenschaftlich fundierte Patientenversorgung braucht es wissenschaftlich tätige Medizinerinnen und Mediziner: Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) e.V. setzt sich daher seit vielen Jahren dafür ein, wissenschaftliches Arbeiten von ärztlichem Fachpersonal stärker zu fördern. Initiativen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) und der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) „Clinician Scientists“ mit Forschungs- und Weiterbildungsprogrammen zu unterstützen, sei daher der richtige Weg.

Es fehle allerdings immer noch an attraktiven Karrierewegen für forschende Ärztinnen und Ärzte. Außerdem müssten Zeiten für Forschung während der Weiterbildung auch auf diese angerechnet werden, erklärt die AWMF.

Patientenversorgung, Lehre und Wissenschaft: Diese drei Aufgaben haben lange Zeit den Alltag von Ärztinnen und Ärzten, insbesondere in der Universitätsmedizin, geprägt. Allerdings fehlt heute vielen von ihnen aufgrund der Arbeitsverdichtung in der Krankenversorgung die Zeit für Forschungsaktivitäten. Auch gibt

es für junge, im ärztlichen Dienst Tätige wenige berufliche Perspektiven und attraktive Karrierewege in der medizinischen Wissenschaft: Wer forschen will, muss das nicht selten am Feierabend, in seiner Freizeit, machen. „Die enge Verknüpfung von Forschung und Versorgung ist in der Medizin jedoch wichtig, um Forschungserkenntnisse rasch in die Versorgung zu überführen oder um Erfahrungen aus der Versorgung unmittelbar in die Forschung einfließen zu lassen“, betont AWMF-Präsident Professor Dr. med. Rolf Kreienberg.

Das Problem hat auch die Bundesregierung erkannt und in ihrem Koalitionsvertrag die „bundesweite Implementierung von ‘Clinician Scientist-Programmen‘“ vorgesehen. Im Jahr 2018 hat die DFG zum ersten Mal solche Programme ausgeschrieben. Derzeit werden 13 Forschungsprogramme für medizinische Nachwuchskräfte gefördert, die sich in der Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt befinden. Die Programme sollen sie zu wissenschaftlichem Arbeiten während der Weiterbildung motivieren und über ein forschungsbezogenes Curriculum sowie verbindliches Mentoring für Forschung qualifizieren.



Weitere Artikel zum Thema finden Sie auf  
BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de), Rubrik Politik |  
Krankenhaus).

Allerdings werden Forschungszeiten derzeit durch die Landesärztekammern zum Teil nur sehr begrenzt und unterschiedlich für die Facharztweiterbildung anerkannt. „Das muss sich dringend ändern, da sich die gesamte Weiterbildungszeit für forschende Medizinerinnen und Mediziner sonst deutlich verlängert“, kritisierte Professor Dr. med. Leena Bruckner-Tuderman, Vizepräsidentin der DFG, bei der letzten AWMF-Delegiertenkonferenz. Das sei für das junge ärztliche Personal nicht attraktiv und behindere ihre Karriere, anstatt sie zu befördern. „Die AWMF wird sich weiterhin dafür einsetzen, dass Forschungszeiten angemessen für die Facharztweiterbildung angerechnet werden“, betont daher auch Professor Dr. med. Rolf-Detlef Treede, stellvertretender Präsident der AWMF.

Eine weitere wichtige Maßnahme ist es, den an Forschung interessierten jungen Medizinerinnen und Mediziner attraktive Karrierewege zu eröffnen. Ein Schritt in diese Richtung sind „Advanced Clinician Scientist-Programme“. Diese wenden sich an diejenigen, die ihre Weiterbildung zur Fachärztin/

zum Facharzt bereits abgeschlossen haben und zum Teil schon in einer Leitungsfunktion sind. Denn auch nach der Weiterbildung braucht es vertraglich geschützte Zeiten für Forschung. Außerdem haben diese Programme, die jetzt starten sollen, einen weiteren wichtigen Effekt: Diese Forschenden können ihrerseits über eigene Arbeitsgruppen den Nachwuchs an wissenschaftliches Arbeiten heranzuführen.

Beide Programme sind gut, aber sie reichen noch nicht aus. Auch innerhalb des Studiums müssten mehr wissenschaftliche Grundlagen vermittelt werden, so Treede. Eine wichtige Rolle kommt außerdem den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften zu, die ihrerseits Nachwuchsakademien schaffen, klinische Studien zu speziellen Themen unterstützen oder die Vernetzung der „Clinician Scientists“ begleiten können. Die AWMF ist sich sicher: Man braucht die Unterstützung aller beteiligten Akteure. Denn ohne eine krankheitsorientierte und patientennahe Forschung wird nicht nur die Qualität der medizinischen Forschung in

Deutschland sinken, sondern auch die Qualität der Patientenversorgung.

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) bündelt die Interessen der medizinischen Wissenschaft und trägt sie verstärkt nach außen. Sie handelt dabei im Auftrag ihrer 179 medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Gegründet 1962 mit dem Ziel, gemeinsame Interessen stärker gegenüber dem Staat und der ärztlichen Selbstverwaltung zu positionieren, erarbeitet die AWMF seitdem Empfehlungen und Resolutionen und vertritt diese im wissenschaftlichen und politischen Raum. Die AWMF ist Ansprechpartner für gesundheitspolitische Entscheidungsträger, wie den Gemeinsamen Bundesausschuss, und koordiniert die Entwicklung und Aktualisierung medizinisch wissenschaftlicher Leitlinien in Deutschland. Jede gemeinnützige Fachgesellschaft in Deutschland kann Mitglied werden, sofern sie sich wissenschaftlichen Fragen der Medizin widmet. Die AWMF finanziert sich vorwiegend durch die Beiträge ihrer Mitgliedschaften und Spenden. ○

# Krankenhäuser auf dem Land bekommen mehr Geld

Bundesministerium für Gesundheit  
(BMG)

Pressestelle

Friedrichstraße 108

10117 Berlin

pressestelle@bmg.bund.de

**K**rankenhäuser in dünn besiedelten Regionen werden ab nächstem Jahr mit zusätzlich 400.000 Euro pro Klinik gefördert. Damit wird eine bessere Versorgung in ländlichen Regionen unterstützt. Bundesweit werden etwa 120 Krankenhäuser gefördert.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn: „Ein Krankenhaus vor Ort ist für viele Bürger ein Stück Heimat. Es gibt ihnen Geborgenheit und Sicherheit. Gerade in gesundheitlichen Notlagen braucht es eine schnell erreichbare Versorgung vor Ort. Daher werden Krankenhäuser in ländlichen Regionen, zu denen es in erreichbarer Nähe keine Alternative gibt, künftig pauschal mit 400.000 Euro im Jahr bezuschusst. Das ist unbürokratische, konkrete und wirksame Hilfe für den ländlichen Raum.“

Hierfür stellen die Krankenkassen 50 Millionen Euro im Jahr zusätzlich zur Verfügung. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung haben sich nun auf eine Liste der Krankenhäuser verständigt, die die Förderung erstmals ab kommendem Jahr erhalten können. Die Liste der betreffenden Krankenhäuser wird jährlich aktualisiert.

Die Krankenhäuser müssen die Voraussetzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

(G-BA) für einen Sicherstellungszuschlag erfüllen (unter anderem Bevölkerungsdichte unter 100 Einwohner) sowie eine Fachabteilung für Innere Medizin, Chirurgie oder Geburtshilfe vorhalten. Um die zusätzliche Förderung zu erhalten, müssen die Krankenhäuser, anders als beim Sicherstellungszuschlag, kein Defizit nachweisen.

## HINTERGRUND ZUSCHLAG FÜR BEDARFSNOTWENDIGE KRANKENHÄUSER IM LÄNDLICHEN RAUM

Mit dem am 1. Januar 2019 in Kraft getretenen Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) wurde die Finanzierung von Krankenhäusern neu aufgestellt. Ab dem Jahr 2020 erfolgt die Finanzierung der Kosten des einzelnen Krankenhauses für die Pflege am Bett durch ein eigenes Pflegebudget. Damit wird sichergestellt, dass die in den Krankenhäusern anfallenden Pflegepersonalkosten vollständig von den Kostenträgern finanziert werden. Da bislang die Mittel für Pflegepersonalkosten von den Krankenhäusern teilweise auch für andere Personalkosten genutzt wurden, werden ab 2020 rund 200 Millionen Euro in die Landesbasisfallwerte überführt. Mit weiteren 50 Millionen Euro werden Krankenhäuser in ländlichen Regionen gefördert. Damit wird eine bessere Versorgung im ländlichen Raum ermöglicht. 



Weitere Artikel zum Thema finden Sie auf  
BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de), Rubrik Politik |  
Krankenhaus).



# AKTUELLE MELDUNGEN



18.07.2019

## **BDC<sup>+</sup> MEILENSTEIN ODER MURKS? GRÜNES LICHT FÜR DIGITALE-VERSORGUNG-GESETZ**

Das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) passiert am 10. Juli das Bundeskabinett. Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) spricht von einem „Paradigmenwechsel“ in der Versorgung. Ärzte sollen unter anderem ...



17.07.2019

## **KABINETT BESCHLIESST ENTWURF DES MDK-REFORMGESETZES**

Der Medizinische Dienst wird künftig organisatorisch von den Krankenkassen getrennt und soll als unabhängige Körperschaft des öffentlichen Rechts agieren. Zudem wird die Prüfung der Krankenhausabrechnung ...



15.07.2019

## **BDC ZUR BERTELSMANN-STUDIE: KLINIK-SCHLIESSUNGEN WOHL DOSIEREN**

„Die Krankenhauslandschaft wird sich in den nächsten Jahren verändern müssen, um hohe Qualitätsstandards gewährleisten zu können“, stimmt Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Präsident ...



15.07.2019

## **STUDIE: BESSERE VERSORGUNG NUR MIT WENIGER KLINIKEN MÖGLICH**

In Deutschland gibt es zu viele Krankenhäuser. Eine starke Verringerung der Klinikanzahl von aktuell knapp 1.400 auf deutlich unter 600 Häuser, würde die Qualität der Versorgung für Patienten verbessern ...



11.07.2019

## **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 ...



10.07.2019

## **KRANKENHÄUSER AUF DEM LAND BEKOMMEN MEHR GELD**

Krankenhäuser in dünn besiedelten Regionen werden ab nächstem Jahr mit zusätzlich 400.000 Euro pro Klinik gefördert. Damit wird eine bessere Versorgung in ländlichen Regionen unterstützt. Bundesweit ...

[WWW.BDC.DE/POLITIK](http://WWW.BDC.DE/POLITIK)



AUS DER  
**DGCH**

# Reisestipendium der Herbert-Junghanns-Stiftung: Kinderchirurgie in Columbus

**ABTEILUNG FÜR KINDERCHIRURGISCHE  
KOLOREKTALE CHIRURGIE UND PELVINE  
REKONSTRUKTIONEN BEI DIREKTOR  
PROF. MARC LEVITT/USA**

Das Nationwide Childrens Hospital in Columbus, Ohio ist mit über 800 Betten eines der größten Kinderkrankenhäuser in den USA. Die Kinderchirurgische Abteilung ist mit allen Facetten von intrauterinen Interventionen über bariatrische Chirurgie bis hin zu roboterassistierten Eingriffen mit ca. 160 Betten sehr breit aufgestellt. Eine Besonderheit stellt dort

das „Center for Colorectal and Pevlic Reconstruction“ (CCPR) dar, dessen Leiter, Prof. Marc Levitt über eine ausgewiesene Expertise im Bereich der anorektalen Fehlbildungen und operativen Versorgung von Morbus Hirschsprung (HSCR) besitzt.

Unterstützt durch das Reisestipendium der Herbert-Junghanns-Stiftung war es mir möglich, in einem mehrmonatigen Aufenthalt in dieser Abteilung zu hospitieren und Routinen und Abläufe zu erleben sowie verschiedene OP-Techniken zu erlernen.





**Dr. med. Mark Malota**  
 Städt. Klinikum München GmbH  
 München Klinik Schwabing  
 Kölner Platz 1  
 80804 München

In Ohio angekommen müssen – bevor man überhaupt einen Patienten zu Gesicht bekommt – zunächst die amerikanischen Arbeitsformalien bewältigen. Eine zweitägige Einführung in die Corporate Identity von Klinikum, Namensgeber und Gesundheitssystem beinhaltet neben Imagefilm und Formular-Marathon auch teambildende Maßnahmen, die den Europäer zunächst fremd anmuten, aber von allen Anwesenden enthusiastisch mitgetragen werden, sodass es einem leichtgemacht wird mitzumachen. Ist dies geschafft, wird man sogleich in seine Abteilung begleitet und freudestrahlend begrüßt.

Der wöchentliche Ablauf der Abteilung ist sehr strukturiert, was gut geht, da es sich meist um ein recht elektives Patientengut handelt. Montag und Dienstag sind 2,5 OP-Säle vorhanden, wobei montags in erster Linie anorektale Malformationen (ARM) und dienstags Hirschsprung-Operationen durchgeführt werden. Mittwoch ist der Tag für Konferenzen und Besprechungen, donnerstags werden die Patienten der nächsten Woche gesehen und Freitag werden in einer Art ambulanten OP-Zentrum kleinere Eingriffe durchgeführt.

Ich wurde gleich an meinem ersten Tag, einem Montag, mit in den OP genommen. Start ist hier pünktlich um 08:15 Uhr Schnitt. Prof. Levitt hat ein acht Monate altes Mädchen mit einer Analatresie mit Fistelbildung zum Blasen Hals aufgelegt. Zusammen mit einer jüngeren Fachärztin beginnt er zunächst mit der Präparation von anal. Man merkt, dass er Hospitanten und Gäste gewohnt ist, da er jeden Schritt eloquent und exakt kommentiert und gleichzeitig auf wichtige anatomische Gegebenheiten und operative Fallstricke hinweist. Kurz vor Abschluss der Präparation ruft er ein zweites Team, bestehend aus zwei jungen Fachärzten aus der „Subdivision for Minimally Invasive Surgery“, die nur laparoskopische Eingriffe durchführen. In Windeseile etablieren sie den Zugang über 3 und 5 mm Ports, mobilisieren Sigma und oberes Rektum und identifizieren die Fistel zum Blasendach. Schlussendlich wird die Fistel unterbunden und das blind endende Rektum kann in den schwach ausgebildeten Sphinkterkomplex zentriert werden (laparoskopisch assistierte anorektale Durchzugsoperation, LAARP).

Beeindruckend war hier nicht nur die Manpower, die ohne Probleme zur Verfügung stand (zwei OP-Teams aus jeweils drei Leuten und eine Gynäkologin, die sich für eventuelle Probleme am Urogenitaltrakt im Saal bereithielt, zudem ein Kinderurologe, der im Nachbarsaal verfügbar war), sondern auch die technische Ausstattung. Wie mir Prof. Levitt nicht ohne Stolz erzählt, wird das MIC-Equipment zweijährlich komplett erneuert. Vor allem die Projektion der MIC-Bilder, aber auch der Deckenkameras auf sechs 60 Zoll HD Bildschirme im Saal ermöglichen jedem Anwesenden, den Fortgang der OP auch in unübersichtlichen Situationen gut mit zu verfolgen.

Am Dienstag stand gleich ein Highlight auf dem OP-Programm: Eine komplexe Kloakenfehlbildung, also ein gemeinsamer Ausführungsgang von Blase, Uterus und Rektum, stand zur definitiven Rekonstruktion an. In diesem mehrstündigen Eingriff wurde ein sog. „Sinus urogenitalis Advancement“ durchgeführt: die Uretra und – in diesem Fall – beide Ausführungsgänge der beiden Hemivaginae werden mobilisiert und zwischen den Labiae minores reimplantiert. Durch die Gynäkologen werden die Vaginae vom Rektum getrennt, der Fistelanteil wird reseziert und über einen sakroperinealen Zugang durchgezogen. Die OP dauert bis 16:30 Uhr. Zu meiner großen Überraschung bestellt die Anaesthesie selbstständig



**Abb. 1:** Zusammen mit Prof. Marc Levitt, Leiter des Center for Colonic and Pelvic Reconstruction



beim Zunähen den nächsten Patienten, einen kurzen Stomaverschluss – der OP-Betrieb läuft hier regelhaft bis abends um 18:00 Uhr.

Der Mittwoch steht im Zeichen des interdisziplinären Austausches: Während zur Frühstückszeit die M&M-Konferenz von Pädiatrie und Kinderchirurgie stattfindet, wird die Zeit danach bis zum Mittagessen genutzt, sich gegenseitig über seine obligatorischen wissenschaftlichen Projekte auf dem Laufenden zu halten. Am Nachmittag gibt es noch die wöchentliche Konferenz der koloproktologischen Kinderchirurgen mit den Gastroenterologen, gefolgt von einer gemeinsamen Konferenz mit den Viszeralchirurgen, an denen ältere Kinder und Kasuistiken junger Erwachsener besprochen werden. Insbesondere Probleme der Transition, also der Überführung von der Kinderchirurgie in die Erwachsenen Chirurgie werden hier besprochen und diskutiert. Abgeschlossen wird der Tag oftmals mit einem „Socializing Event“, meist einem Besuch einer ortsansässigen Kleinbrauerei.

Die Vorbereitung und klinische Untersuchung der präoperativen Patienten erfolgt in der großen Sprechstunde am Donnerstag. In 15 Räumen bereiten sogenannte „Nurse practitioners“, das sind Schwestern mit einem dreijährigen Studium und weitreichenden Kompetenzen und Aufgaben, die Patienten schon optimal vor, sodass die Ärzte des CCPR-Teams nur noch

in den Räumen Fragen zur Operation klären, oder ihren eigenen klinischen Befund erheben. Da auch die Nachsorge der Patienten über diese Sprechstunde läuft, kommen an einem Donnerstag bis zu 40 Patienten mit ARM, HSCR oder deren Folgezuständen zusammen. Auch viel Organisatorisches läuft über diese Sprechstunde, da beispielsweise in den USA die Kostenfrage oftmals nicht eindeutig geklärt ist oder auch die Anreise von Alaska, Hawaii oder Florida recht weit ist und erst noch die Verfügbarkeit von Familienbetten im klinkeigenen Hotel geprüft werden muss. Auch ausländische Patienten werden sehr gut betreut: Jedem Gast, sei es aus Russland, Japan oder gar Österreich wird ein Dolmetscher zur Seite gestellt, der sich auch um das Leben vor Ort kümmert.

Die kleineren, ambulanten Eingriffe finden vorzugsweise Freitags statt, seien es sonographisch gesteuerte Botox-Injektionen bei Morbus Hirschsprung in den Sphinkterapparat oder diagnostische Saugbiopsien zur Bestimmung der Transitionszone, aber auch anale Bougienagen bei Stenosen werden hier in großzügiger Allgemeinanästhesie durchgeführt.

Insgesamt war es mir während meines Aufenthaltes in Columbus möglich, nahezu das komplette Spektrum der Kinder-Kolorektalchirurgie zu sehen. Aufgrund des sehr auf Aus- und Weiterbildung

ausgelegten amerikanischen Systems wurde ich in die tagtägliche Arbeit integriert und edukativ eingebunden, was meinen Aufenthalt äußerst lehrreich gestaltete. Auch waren Ärzte und Pflegepersonal immer sehr freundlich und nie um eine Erklärung oder eine fachliche Diskussion verlegen.

Die Stadt Columbus zählt mit ca. 700.000 Einwohnern zu einer der größeren Städten der USA. Aufgrund ihrer Lage inmitten der Prärie des Mittleren Westens, sind touristische Highlights überschaubar. Allerdings hatte sich vor den Zeiten der Prohibition eine große Population an deutschen Auswanderern angesiedelt, die mit ihrer Braukunst von Columbus aus die komplette Ostküste belieferten und in deren alten Brauereien sich eine floride Kulturszene entwickelt hat. Vieles deutet noch auf diese Zeiten hin, so heißt das sehr gut erhaltene Altstadtviertel in Columbus „German Village“ und fast jeder Mitarbeiter im Krankenhaus hat deutsche Vorfahren, von denen gern erzählt wird.

Die Zeit in Columbus wird für mich unvergesslich bleiben. Beim Blick über den medizinischen Tellerrand konnte ich viele freundschaftliche Kontakte knüpfen, fremde Abläufe sehen und chirurgische Routinen mit nach Hause nehmen, von denen ich noch lange zehren kann.



Abb. 2: Viel Tumult um einen kleinen Patienten



Abb. 3: Im Krankenhaus sind sogar Eichhörnchen für die Patienten da

# Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

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

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

## KONTAKT

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

| MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                              |                                                   |                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| STUDIENLEITER                                                                                  | PATIENTEN/OP.-VERFAHREN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | FIRST PATIENT IN/<br>STATUS DER STUDIE       | FINANZIERUNG<br>DER STUDIE/FALLGELD               | ANSPRECHPARTNER/<br>KONTAKT                                                                                                                                                                           |
| <b>Studientitel: AWARE<sub>+</sub></b><br><b>Registriernummer: NCT01181206</b>                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                              |                                                   |                                                                                                                                                                                                       |
| PD Dr. J. C. Lauscher<br>Prof. Dr. M. E. Kreis<br>Prof. Dr. J.-P. Ritz<br>Prof. Dr. H. J. Buhr | Oligosymptomatische Narbenhernie<br>(Abwesenheit des hernienbezogenen Schmerzes<br>oder von Beschwerden, die die normalen Aktivitäten<br>beeinträchtigen)<br><br>Experimentelle Gruppe: Watchful waiting<br><br>Kontrollgruppe: operative Versorgung (offene<br>Netzverfahren, laparoskopische Netzverfahren, offene<br>Nahtverfahren) | FPI: 14.11.2011<br><br>627 von 636 Patienten | DFG<br><br>610 € (zzgl. Umsatzsteuer)/<br>Patient | PD Dr. J. Lauscher<br>Universitätsmedizin Berlin, Charité Campus Benja-<br>min Franklin<br>Chirurgische Klinik I<br>T: 030/8445-2948<br>F: 030/450-522 902<br>E: johannes.lauscher@charite.de         |
| <b>Studientitel: BariSurg<sub>+</sub></b><br><b>Registriernummer: DRKS00004766</b>             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                              |                                                   |                                                                                                                                                                                                       |
| Prof. Dr. B.P. Müller                                                                          | Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m <sup>2</sup> und mit<br>mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie<br>Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m <sup>2</sup><br><br>Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP<br><br>Kontrollgruppe: Magenbypass-OP                                                                       | FPI: 27.11.2013<br><br>104 von 248 Patienten | –<br><br>Kein Fallgeld                            | Prof. Dr. B.P. Müller<br>Universitätsklinikum Heidelberg<br>Chirurgische Klinik<br>Sektion Minimalinvasive Chirurgie<br>T: 06221/56-8641<br>F: 06221/56-8645<br>E: beat.mueller@med.uni-heidelberg.de |

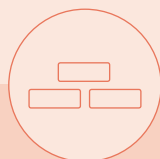
| MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| STUDIENLEITER                                                                                                         | PATIENTEN/OP.-VERFAHREN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | FIRST PATIENT IN/<br>STATUS DER STUDIE         | FINANZIERUNG<br>DER STUDIE/FALLGELD                 | ANSPRECHPARTNER/<br>KONTAKT                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Studientitel: BIOLAP<sub>3</sub></b><br><b>Registrierungsnummer: DRKS00010178</b>                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Prof. Dr. med. M. Heiss                                                                                               | <p>Primäre bilaterale Leistenhernien</p> <p>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.</p>                                                                                                        | <p>17.08.2017</p> <p>235 von 496 Patienten</p> | <p>DFG</p> <p>750 € / Patient</p>                   | <p>Dr. J. Knievel</p> <p>IFOM – Institut für Forschung in der Operativen Medizin</p> <p>Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin</p> <p>Universität Witten/Herdecke</p> <p>Ostmerheimer Str. 200, Haus 38</p> <p>51109 Köln</p> <p>0221 98957-24</p> <p>0221 98957-30</p> <p>Judith.Knievel@uni-wh.de</p> |
| <b>Studientitel: ESOPEC<sub>3</sub></b><br><b>Registrierungsnummer: NCT02509286, DRKS00008008</b>                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Prof. Dr. Jens Höppner                                                                                                | <p>Adenokarzinom des Ösophagus und des gastroösophagealen Übergangs (AEG)</p> <p>Experimentelle Gruppe: Perioperative Chemotherapie (FLOT) und Tumorresektion</p> <p>Kontrollgruppe: Neoadjuvante Radiochemotherapie (CROSS) und Tumorresektion</p>                                                                                                                                                                                                                                         | <p>09.02.2016</p> <p>308 von 438 Patienten</p> | <p>DFG</p> <p>1.500 € / Patient</p>                 | <p>Prof. Dr. med. Jens Höppner</p> <p>Universitätsklinikum Freiburg</p> <p>Department Chirurgie</p> <p>Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie</p> <p>T: 0761/270-26970</p> <p>F: 0761/270-90711</p> <p>E: jens.hoepfner@uniklinik-freiburg.de</p>                                                                |
| <b>Studientitel: IOWISI<sub>3</sub></b><br><b>Registrierungsnummer: DRKS00012251</b><br><b>EudraCT 2017-000152-26</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| PD Dr. med. Daniel Reim                                                                                               | <p>offene abdominalchirurgische Eingriffe</p> <p>Experimentelle Gruppe:</p> <p>Spülung des subkutanen Gewebes nach Faszienverschluss mit</p> <p>Intervention 1: 0,04%iger Polyhexanidlösung</p> <p>Intervention 2: 0,9%iger NaCl-Lösung</p> <p>Kontrollgruppe</p> <p>keine Wundspülung</p>                                                                                                                                                                                                  | <p>20.09.2017</p> <p>270 von 540 Patienten</p> | <p>DFG</p> <p>400 € / Patient</p>                   | <p>PD Dr. med. D. Reim</p> <p>Klinik und Poliklinik für Chirurgie</p> <p>Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München (TUM)</p> <p>Ismaninger Str. 22</p> <p>81675 München</p> <p>T: 089/4140-5019</p> <p>E: daniel.reim@tum.de</p>                                                                   |
| <b>Studientitel: iPEP<sub>3</sub></b><br><b>Registrierungsnummer: NCT02478996</b>                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Prof. Dr. Ines Gockel, MBA                                                                                            | <p>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</p> <p>Interventionsgruppe: Web-basiertes perioperatives Trainingsprogramm 8–12 Wochen vor und bis 12 Wochen nach der OP</p> <p>Kontrollgruppe: Standardtherapie</p> | <p>07.08.2015</p> <p>35 von 80 Patienten</p>   | <p>Barrett-Initiative e.V.</p> <p>Kein Fallgeld</p> | <p>Prof. Dr. Ines Gockel, MBA</p> <p>Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie</p> <p>Universitätsklinikum Leipzig AöR</p> <p>04103 Leipzig</p> <p>0341/97-17200</p> <p>0341/97-17209</p> <p>chi2@medizin.uni-leipzig.de</p>                                                 |



| MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                              |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| STUDIENLEITER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PATIENTEN/OP.-VERFAHREN                                                                                                                                                                                                                                                                                                | FIRST PATIENT IN/<br>STATUS DER STUDIE       | FINANZIERUNG<br>DER STUDIE/FALLGELD | ANSPRECHPARTNER/<br>KONTAKT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Studientitel: PONI<sub>g</sub>,</b><br><b>Registrierungsnummer: DRKS00006199</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                              |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Dr. med. Rebekka Schirren                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Elektiver offener kolorektaler Eingriff<br><br>Experimentelle Gruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels postoperativem Wundinzisions-Unterdrucktherapie System (PIUT) für 5–7 Tage postoperativ.<br><br>Kontrollgruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels sterilem Verbandsmaterial für 5–7 Tage postoperativ. | 23.10.2017<br><br>76 von 340 Patienten       | KCI USA, Inc.<br><br>50 € / Patient | Dr. med. R. Schirren<br>Chirurgische Klinik und Poliklinik<br>Klinikum rechts der Isar der<br>Technischen Universität München<br>T: 089/4140-5138<br>E: rebekka.schirren@tum.de                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Studientitel: RELY<sub>g</sub>,</b><br><b>Registrierungsnummer: NCT01073358</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                              |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| PD Dr. N. N. Rahbari                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Patienten zur geplanten R0-Resektion von kolorektalen Lebermetastasen<br><br>Experimentelle Gruppe: Resektion der kolorektalen Lebermetastasen mit hilärer Lymphadenektomie<br><br>Kontrollgruppe: Resektion der kolorektalen Lebermetastasen ohne hiläre Lymphadenektomie                                             | FPI: 09.03.2010<br><br>264 von 366 Patienten | –<br><br>Kein Fallgeld              | PD Dr. N. N. Rahbari<br>Chirurgische Klinik<br>Universitätsmedizin Mannheim<br>T: 0621/383-3591<br>F: 0621/383-3809<br>E: nuh.rahbari@umm.de                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Studientitel: WOPP<sub>g</sub>,</b><br><b>Registrierungsnummer: NCT01855464</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                              |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Prof. Dr. T. Walles, FETCS<br>Prof. Dr. J. Neudecker (Stellvertreter-Studienleiter)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Patienten (15–40 Jahre) mit Rezidiv eines primären Spontanpneumothorax (PTX) oder therapierefraktärem PTX Erstereignis<br><br>Experimentelle Gruppe: Lungenkeilresektion mit parietaler Pleurektomie<br><br>Kontrollgruppe: Alleinige parietale Pleurektomie                                                           | FPI: 19.11.2013<br><br>287 von 360 Patienten | DFG<br><br>525 €/Patient            | Prof. Dr. T. Walles, FETCS<br>Abteilung Thoraxchirurgie<br>Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie<br>Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R<br>T: 0391/67-21905<br>E: Thorsten.Walles@med.ovgu.de<br>Studienbüro: Esther Meyer<br>T: 0391/67-24903<br>E: Esther.meyer@med.ovgu.de<br><br>Stellvertretender Studienleiter:<br>Prof. Dr. J. Neudecker<br>Charité – Universitätsmedizin Berlin<br>Campus Charité Mitte   Campus Virchow-Klinikum<br>Chirurgische Klinik<br>Chirurgisches Regionalzentrum Berlin des CHIR-Net<br>T: 030/450-622125<br>E: Jens.Neudecker@charite.de |
| <b>[1]</b> 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<br><b>[2]</b> Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m <sup>2</sup> – a multicenter randomized trial<br><b>[3]</b> Biologisches versus synthetisches Netz bei der laparoskopischen Hernienversorgung – eine randomisierte multizentrische, prospektive, selbst-kontrollierte klinische Studie<br><b>[4]</b> Perioperative Chemotherapie (FLOT) im Vergleich zur neoadjuvanten Radiochemotherapie (CROSS) bei Patienten mit Adenokarzinom des Ösophagus<br><b>[5]</b> Intraoperative wound irrigation to prevent surgical site infection after laparotomy<br><b>[6]</b> Internet-based Perioperative Exercise Program in Patients With Barrett's Carcinoma Scheduled for Esophagectomy<br><b>[7]</b> Postoperative negative pressure incision therapy following open colorectal surgery: a randomized-controlled trial<br><b>[8]</b> Eine randomisierte, kontrollierte Studie zur Lymphknotenentfernung bei Resektion kolorektaler Lebermetastasen<br><b>[9]</b> Pulmonary wedge resection plus parietal pleurectomy (WRPP) versus parietal pleurectomy (PP) for the treatment of recurrent primary pneumothorax<br><br>* 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 Eingangsflur angebracht, würdigen wir die Spender. Sie werden auch in der Mitgliederzeitschrift *PASSION CHIRURGIE* bekannt gegeben.

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

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



Prof. Dr. med. T. Schmitz-Rixen

*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 Schwemmler, 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. 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 Dr. med. Heinrich Schellerer und Prof. Dr. med. Gerd Hegemann

## BAUSTEIN IN BRONZE

Herr Dr. med. Holger Barenthin, Celle  
 Herr Prof. Dr. med. Gernot Feifel, Homburg  
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Lamesch,  
 Gotzingen/Luxemburg  
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jakob R. Izbicki,  
 Hamburg  
 Herr Prof. Dr. med. Hans Zipp, Dresden  
 Herr Dr. med. Dusan Dragojevic, Isernhagen  
 Herr Prof. Dr. med. G. Heinz Engelhardt,  
 Wuppertal  
 Proktologische Praxis Kiel,  
 Herr Dr. med. Johannes Jongen,  
 Herr Dr. med. Hans-Günter Peleikis,  
 Herr Dr. med. Volker Kahlke  
 Herr Dr. med. Wolfgang Hermes, Bremen  
 Herr Dr. med. Wolf-Dieter Hirsch, Grimma  
 Herr Dr. med. Holger Herzing, Höchstadt/  
 Aisch  
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke,  
 Plettenberg  
 Herr Dr. med. Winfried Hölter, Monheim  
 Herr Dr. med. Matthias Becker, Possendorf  
 Frau Dr. med. Martina Mittag-Bonsch,  
 Crailsheim  
 Zur Erinnerung an den Virchow-Schüler Paul  
 Langerhans, Berlin und Madeira. Seine  
 Familie  
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Riedl, Göppingen

Herr Dr. med. Gerwin Alexander Bernhardt,  
 Voitsberg/Österreich  
 Herr Dr. med. Georgios Adamidis, Pirmasens  
 Herr Dr. med. Orhan Özdemir, Herborn  
 Herr Dr. med. Marcus Giebelhausen,  
 Paderborn  
 Herr Prof. Dr. med. Matthias Richter-Turtur,  
 Münsing  
 Herr Dr. med. Michael Eckert, Speyer  
 in memoriam  
 Prof. Dr. med. Kurt Spohn  
 Herr Prof. Dr. med. Rudolf Bedacht,  
 München  
 Herr Dr. med. Hans-Joachim Wigro,  
 Bielefeld  
 Herr Dr. med. Ingolf Hoellen, Backnang  
 Herr Dr. med. Konrad Prenner, Salzburg  
 Herr Dr. med. Radovan Stojanovic, Kassel  
 Herr Dr. med. Jörg Kluge, Erfurt  
 in memoriam Dr. med. habil Werner  
 Kluge, Dresden  
 Herr Dr. med. Roland Kluge, Dresden  
 in memoriam Dr. med. habil. Werner  
 Kluge, Dresden  
 Frau Dr. med. Ricarda E. Sieben,  
 Braunschweig  
 Herr Dr. med. Peter Gilsdorf, Mainz  
 Herr PD Dr. med. Friedrich Thielemann,  
 Villingen-Schwenningen  
 Herr Dipl.-Ing. H. – F. Bär, Werl

Herr Dr. med. Albert Schreiber, Neumarkt  
 in memoriam Dr. med. Claus Wiedmann  
 Frau Dr. med. Waltraud von Kothén,  
 Tegernsee  
 Herr Dr. med. Jürgen Friedrich, Essen  
 Herr Dr. med. Arnd Siegel, Stade  
 in memoriam Prof. Dr. med. Rudolf Nissen  
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke,  
 Plettenberg  
 in memoriam Prof. Dr. med. E.H.  
 Farthmann  
 Saarländische Chirurgenvereinigung e.V.,  
 Saarbrücken  
 Herr Dr. med. Johannes Zeller, Laufenburg  
 in memoriam Prof. Dr. med. Manfred  
 Schmolke, Düsseldorf  
 Herr Prof. Tomislav Stojanovic  
 Dr. med. Radovan Stojanovic, Wolfsburg  
 in memoriam Prof. Dr. med. Heinz Becker,  
 Göttingen  
 Herr Dr. med. Jürgen Benz  
 in memoriam Prof. Dr. med.  
 Hans-Joachim Streicher  
 Frau Dr. med. Frauke Eleonore Meyer-Wigro,  
 Bielefeld  
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Berger,  
 Deutschlandsberg  
 Herr Prof. Dr. med. Roland Eisele,  
 Göppingen  
 Herr Dr. Joachim Casper, Überlingen

## WICHTIGE INFORMATION ZU DEN SPENDENTAFELN

Sehr geehrte Damen und Herren,  
 liebe Kolleginnen und Kollegen,

dem Spendenaufruf der DGCH zum Erwerb eines „Bausteins“ zum Erhalt des Langenbeck-Virchow-Hauses wird erfreulicherweise immer wieder von Mitgliedern unserer Gesellschaft oder deren Angehörigen nachgekommen. Die Tafeln mit den Namen sind bisher auf Acrylglasplatten im Eingangsbereich des Langenbeck-Virchow-Hauses gut sichtbar angebracht.

Da der vorhandene Platz ausgeschöpft ist, hat sich der geschäftsführende Vorstand nun entschieden, eine Neugestaltung vorzunehmen, damit auch zukünftige Förderer an dieser Stelle im Haus ihren „Baustein“ wiederfinden können.

Die Umgestaltung wird einige Zeit in Anspruch nehmen und wir bitten alle, die bereits einen „Baustein“ erworben haben, um ihr Verständnis, dass die Tafeln über die nächsten Wochen nicht sichtbar angebracht sind.

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

# DGCH-PRÄSIDIUM

*ab 1. Juli 2019*



## KORRESPONDENZADRESSE

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V.  
Luisenstraße 58/59  
10117 Berlin  
Tel.: 030/28876290  
[info@dgch.de](mailto:info@dgch.de)  
[www.dgch.de](http://www.dgch.de)

## REDAKTION MITTEILUNGEN DER DGCH

Prof.Dr.med.Dr.h.c.H.-J.Meyer (V.i.S.d.P.),  
[info@dgch.de](mailto:info@dgch.de)  
Dipl.-Kffr. Canan Kilci,  
[referentin@dgch.de](mailto: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                                                   | T. Fritz, 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](mailto:info@dgch.de)



## BDC|Mobile

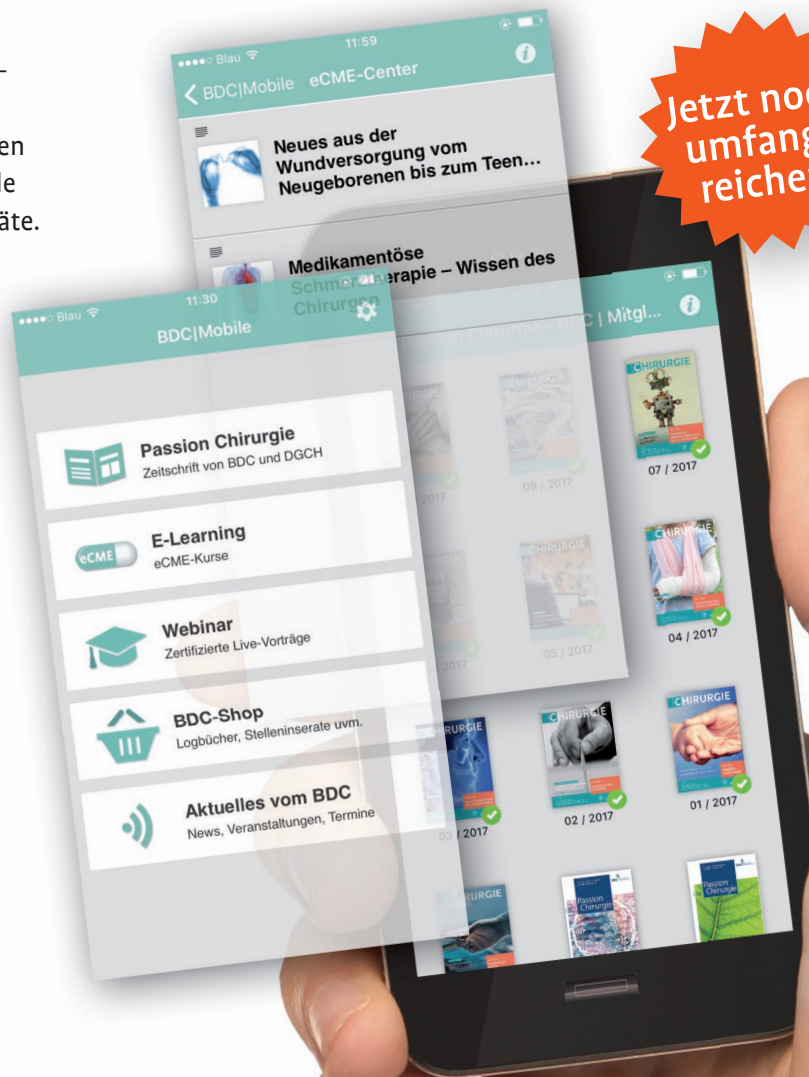
Die schnellsten Infos für  
Chirurginnen und Chirurgen

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

**Jetzt noch  
umfang-  
reicher!**

### BDC|Mobile beinhaltet:

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



### Wie bekomme ich BDC|Mobile?

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





# Fischer, Fischer, wie tief ist das Wasser – Kinderbetreuung auf dem Chirurgenkongress

AUS DEM  
**BDC**

## Aysel Kluth

Inhaberin  
Agentur Pünktchen  
Vermittlungsagentur für  
Kinderbetreuung und Haushaltshilfen  
Urbanstr. 104a 10967 Berlin  
03024039562 / 0173 236524  
[www.agentur-puenktchen.de](http://www.agentur-puenktchen.de)  
[agenturpuenktchen@gmx.de](mailto:agenturpuenktchen@gmx.de)

Vom 26.03. bis 29.03.2019 hatten wir von Agentur Pünktchen wieder die Möglichkeit, die Betreuung des KidsClub beim Chirurgenkongress in München zu übernehmen. In diesem Jahr gab es noch mehr Anmeldungen als sonst: Insgesamt haben wir über 20 Kinder während des Kongresses betreut – auch als spontane Anmeldung. Die Kinder waren zwischen drei Monaten und zwölf Jahren alt. Mit einer sehr kurzen Eingewöhnungszeit verlief die Betreuung der ganz Kleinen problemlos. Die Großen kamen in den Raum rein und waren sofort mit den Spielzeugen beschäftigt. Das eine oder andere Kind brauchte zwar noch ein bisschen die Mama oder den Papa als Sicherheitsanker, aber nach ein paar Minuten tauten auch sie auf.

In diesem Jahr waren alle von den neuen hellen Räumlichkeiten mit direktem Zugang

nach draußen auf die Wiese begeistert. Wir hatten in der Mitte einen großen Basteltisch, der sehr gern genutzt wurde – es wurde pausenlos gebastelt. Die meisten Ideen kamen von den Kindern. Neben Kronen und Masken wurden Bilder gemalt. Mit den Bildern haben wir eine kleine Ausstellung eröffnet, bei der die Eltern die Werke ihrer Kinder bewundern konnten. Die Bastelarbeiten wurden von Irene übernommen, die hauptberuflich Künstlerin ist. Sie stand den Kindern bei ihren Werken zur Seite.

Die Babys haben sich bei Jasmin sehr wohl gefühlt, sie ist hauptberuflich Kleinkind-Pädagogin und Sozialarbeiterin. Sie hat sie getröstet, gewickelt, mit ihnen gespielt, sie getragen. Teilweise saß sie mit drei kleinen Kindern auf dem Spielteppich und hatte alle Bedürfnisse im Blick.



Kluth A: Fischer, Fischer, wie tief ist das Wasser – Kinderbetreuung auf dem Chirurgenkongress. Passion Chirurgie. 2019 August, 9(08): Artikel 07\_01.



Alle BDC|Referate finden Sie auf BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de), Rubrik WISSEN | Panorama).



Ich habe mich auf sportliche Aktivitäten mit den Kindern konzentriert. Wir haben ein Fußballturnier veranstaltet – natürlich habe ich die meisten Tore einkassiert, die Kinder waren einfach zu gut. Wir haben auch die alten Kinderspiele aus der Mottenkiste gekramt. „Fischer, Fischer, wie tief ist das Wasser?“ kannten sogar die meisten. Wir sind gemeinsam über die Messe spaziert und haben viele wohlwollende Blicke und vor allem viele kleine Geschenke bekommen. Im Betreuungsraum wurde dann geschwisterlich aufgeteilt. Wir haben den Roboter bewundert, der allen ausführlich erklärt wurde. Auch der Spielplatzbesuch kam bei den Kindern gut an.

Drinne haben die Kinder mit den Softmatten tolle Burgen gebaut, die dann immer wieder umgestaltet werden mussten.

Es wurden neue „unzertrennlich beste Freundschaften“ geschlossen. Zwei Kinder kannten sich sogar aus der Kita. Die Großen haben sich um die Kleinen rührend gekümmert und haben sich an die Kleinen angepasst, die nicht so weit springen oder den Ball nicht so weit werfen konnten.

Das Essen kam von Caterwings, es war liebevoll zubereitet und die Kinder mochten vor allem die Obstspieße.

Der Kontakt zu den Eltern war perfekt. Sie brachten uns sehr viel Vertrauen entgegen – das hat auch die Kinder ermutigt, für sie in einer fremden Umgebung ohne Mama und Papa zu bleiben. Es war schön, dass einige länger im Raum geblieben sind und wir uns mit ihnen unterhalten konnten.

Wir hatten vier schöne Tage in der bayerischen Hauptstadt und haben die Kinder in der kurzen Zeit sehr lieb gewonnen. Wir bedanken uns auch bei allen Eltern für ihr Lob bei den Veranstaltungen und hoffen sie nächstes Jahr in Berlin zu sehen!





## NUR MUT!



### (KINDER-)CHIRURGIE ZUM MITMACHEN IN AUGSBURG

Zum ersten Mal wird am 11. Oktober 2019 in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie in **Augsburg ein Workshop speziell zur Kinderchirurgie** angeboten. Seit vielen Jahren veranstaltet der BDC im Rahmen der Nachwuchskampagne „Nur Mut! Kein Durchschnittsjob: ChirurgIn“ deutschlandweit „Schnupper-Workshops“ für Studierende.

[Zur Anmeldung...](#)

## BDC|AKADEMIE



### UPDATE PERIOPERATIVE MEDIZIN

Im Zentrum der chirurgischen Behandlung steht die technisch präzise ausgeführte Operation. Perioperative Medizin bindet diese in ein interdisziplinäres Behandlungskonzept ein – vor, während und nach dem chirurgischen Eingriff. Dieses Seminar vermittelt alle relevanten Aspekte rund um das Thema durch kompetente Referenten von unterschiedlichen Fachgebieten.

[Zur Anmeldung...](#)



Weitere Artikel finden Sie auf  
BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de), Rubrik  
BDC|News).

# 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. Jügen 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](http://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



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

# BDC-PRESSESPIEGEL

16.07.2019 ÄrzteZeitung

## **KBV für Schließung von Kliniken**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung sieht sich durch die Bertelsmann-Krankenhausstudie bestätigt. „Ein krampfhaftes Festhalten am Status quo bringt niemanden weiter. Kleine und defizitäre Krankenhäuser um jeden Preis zu erhalten, ist nicht zielführend – auch nicht im Sinne der Menschen vor Ort“, kommentiert der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Gassen die Studie, in der Krankenhausexperten...

26.06.2019 aerzteblatt.de

## **Bundeskabinett billigt Ausbildungsreform für OP-Assistenzberufe**

Das Bundeskabinett hat heute den Gesetzentwurf für eine Reform der Ausbildung zum Anästhesietechnischen Assistenten (ATA) und zum Operationstechnischen Assistenten (OTA) beschlossen. Die Reform soll ab dem Jahr 2021 gelten und bundesweit einheitliche Regelungen für die Ausbildungen in diesen Berufen schaffen...

03.06.2019 hamelnonline.de

## **Chirurgenverband gratuliert neuem Präsident der Bundesärztekammer**

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC) gratuliert Dr. Klaus Reinhardt (59) als neuem Kammerpräsidenten zur erfolgreichen Wahl in das Spitzenamt der Bundesärztekammer. Reinhardt ist auf dem 122. Deutschen Ärztetag am 30. Mai zum Präsidenten gewählt worden. „Wir freuen uns, dass mit Herrn Dr. Reinhardt ein Kollege mit langjähriger berufspolitischer Erfahrung gewählt wurde“, kommentiert Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Präsident des BDC, die Wahl...

31.05.2019 tagesspiegel.de

## **Charité macht sich mit Comic verständlicher**

Berliner Ärzte setzen jetzt Comics ein, um Patienten besser über einen bestimmten Eingriff aufzuklären. Auch andere Kliniken zeigen Interesse...

23.05.2019 aerzteblatt.de

## **Mehr Praxisanleitung bei Ausbildung von OP- und Anästhesie-Assistenten gewünscht**

Korrekturbedarf bei der Ausbildungsreform zum Anästhesietechnischen Assistenten (ATA) und zum Operationstechnischen Assistenten (OTA) sehen die Diakonie Deutschland und der Deutsche Evangelische Krankenhausverband (DEKV). Insbesondere fordern sie mehr Praxisanleitungen...

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 (BDC) 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 Rintelter 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 ...

[www.bdc.de/presse/](http://www.bdc.de/presse/)

# Termine BDC | Akademie

## CURRICULUM BASISCHIRURGIE

| DATUM      |            | ORT     | KURS-NR.   | SEMINARTITEL                                                   | WISSENSCHAFTLICHER LEITER                                      | PREIS MITGLIED | PREIS NICHT-MGL |
|------------|------------|---------|------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
| 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          |
| 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 | Seminar: 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;<br>Dr. med. Christian Müller | 400,00         | 600,00          |

## FACHARZTVORBEREITUNG

| 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 Schmeling;<br>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;<br>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 |
|------------|------------|-------------|------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
| 06.09.2019 | 07.09.2019 | Berlin      | 2019-23685 | Viszeralchirurgie Kompakt: Becken-bodenchirurgie | 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        |
| 26.09.2019 |            |             |            | Webinar: S1-Leitlinie „Vordere Kreuzbandruptur“  | Prof. Dr. med. Mirco Herbolt                         |                |                 |
| 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;<br>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          |

## FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

| DATUM      |            | ORT               | KURS-NR.   | SEMINARTITEL                                                             | WISSENSCHAFTLICHER LEITER                                  | PREIS MITGLIED | PREIS NICHT-MGL |
|------------|------------|-------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
| 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                       |                |                 |
| 07.11.2019 | 08.11.2019 | Berlin            | 2019-22405 | CAMIC 3                                                                  | Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling                        | 400,00         | 600,00          |
| 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;<br>PD Dr. med. Felix Popp | 300,00         | 500,00          |
| 15.11.2019 | 15.11.2019 | Berlin            | 2019-23687 | Management von Anastomoseninsuffizienzen 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 |
|------------|------------|----------|------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
| 18.10.2019 | 19.10.2019 | Berlin   | 2019-24708 | Abschlusscolloquium hygienebeauftragte Ärzte                              | Prof. Dr. med. Julia Seifert;<br>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          |



| Datum      |            | Ort     | Kurs-Nr.   | Seminartitel                                                     | Wissenschaftlicher Leiter                                                     | Preis Mitglied | Preis Nicht-Mgl |
|------------|------------|---------|------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
| 20.09.2019 | 21.09.2019 | Köln    | 2019-25820 | Begutachtung von Berufs-<br>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<br>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-<br>chen Unfallversicherung   | Prof. Dr. med. Bertil Boullion;<br>Dr. med. Ekkehard Hierholzer               | 400,00         | 600,00          |
| 29.11.2019 | 30.11.2019 | Berlin  | 2019-24705 | Innovative Führungs- und Personal-<br>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<br>dem Weg nach oben             | Dr. med. Gunda Leschber,<br>Prof. Dr. med. Katja Schlosser,<br>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](mailto:akademie@bdc.de)  
oder über BDC|Online unter [www.bdc.de](http://www.bdc.de), Rubrik BDC|Akademie | Alle Veranstaltungen



▶ Jetzt anmelden:   
[www.ecme-center.org/hba](http://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 |
|----------|----------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------|
| 06.09.19 | 07.09.19 | Aachen            | 6. Aachen-Kölner Kniearthroskopiekurs - Anatomischer Operationskurs                          | Klinik für Orthopädie - Uniklinik RWTH Aachen; Spezielle Sporttraumatologie und Unfallchirurgie - Sana Dreifaltigkeit-Krankenhaus Köln; Molekulare und zelluläre Anatomie - Prosektur -, Uniklinik RWTH Aachen                                                         | 350,00         | 450,00               |
| 02.09.19 | 07.09.19 | Köln              | IHK-Fortbildungsgang: "MVZ-Geschäftsführer/in (IHK)" - Präsenzveranstaltung in Köln          | Frielingsdorf Consult GmbH                                                                                                                                                                                                                                             | 3.504,55       | 3.867,50             |
| 02.09.19 | 20.09.19 | Braunschweig      | Basiskurs « Wundexperte ICW »                                                                | BSG Braunschweiger Studieninstitut für Gesundheitspflege GmbH                                                                                                                                                                                                          |                | 960,00               |
| 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               |
| 18.09.19 | 20.09.19 | Gießen            | 43. Handchirurgischer Operationskurs mit Arthroskopie-Workshop "Die traumatisierte Hand"     | Klinik und Poliklinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Gießen in Zusammenarbeit mit der AIOD Deutschland und dem Institut für Anatomie und Zellbiologie der Justus-Liebig-Universität Gießen | 550,00         | 550,00               |
| 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 Steinfelstein | Kniegelenknahe Osteotomien                                                                   | Intercongress GmbH                                                                                                                                                                                                                                                     |                |                      |
| 11.10.19 | 11.10.19 | Dinslaken         | Laparoskopie-Workshop Grundkurs - Trainingskurs Minimal Invasive Chirurgie für Chirurgen     | Intercongress GmbH                                                                                                                                                                                                                                                     | 120,00         | 120,00               |
| 17.10.19 | 19.10.19 | Tübingen          | Grundtechniken der Laparoskopie                                                              | Dr. med. Klaus Peitgen<br>Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie<br>-Zentrum für Minimal Invasive Chirurgie -<br>St. Vinzenz-Hospital Dinslaken                                                                                                                   | 345,00         | 345,00               |
| 22.10.19 | 25.10.19 | Berlin            | DKOU 2019                                                                                    | Universitätsklinikum Tübingen<br>Klinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantation-<br>schirurgie, AG Chirurgische Technologie und Training                                                                                                                         |                |                      |
| 25.10.19 | 25.10.19 | Berlin            | Fraktursonografie im Wachstumsalter                                                          | Intercongress GmbH                                                                                                                                                                                                                                                     | 250,00         | 250,00               |
| 25.10.19 | 10.11.19 | Braunschweig      | Hygienebeauftragter Arzt - Grundkurs                                                         | durchblicken.org                                                                                                                                                                                                                                                       |                | 720,00               |
| 01.11.19 | 02.11.19 | Hamburg           | ENDOCLUBNORD 2019                                                                            | BSG Braunschweiger Studieninstitut für Gesundheitspflege GmbH                                                                                                                                                                                                          | 240,00         | 240,00               |
| 04.11.19 | 08.11.19 | Köln              | IHK-Fortbildungsgang: "Praxismanager/in (IHK) - Arztpraxis / MVZ"                            | Interplan AG                                                                                                                                                                                                                                                           | 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                                              | Frielingsdorf Consult GmbH                                                                                                                                                                                                                                             | 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<br>Klinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantation-<br>schirurgie, AG Chirurgische Technologie und Training                                                                                                                         | 345,00         | 345,00               |



# LIFESTYLE- ANGEBOTE

*im August 2019*

%

15 %



**DOLZER: 15 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER**

10 %



**TCHIBO: 10 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER**

50 %



**SENNHEISER: BIS ZU 50 % RABATT FÜR  
BDC-MITGLIEDER**

13 %



**TASCHENKAUFHAUS: 13 % 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](mailto:mail@bdc.de) oder telefonisch unter 030/28004-100 für Fragen zur Verfügung.



# App.in.den.OP®!



## App.in.den.OP®

Chirurgischer Stellenmarkt als kostenlose App für Smartphones und Tablets

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



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

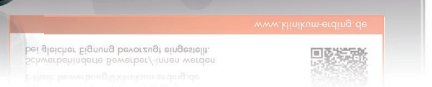
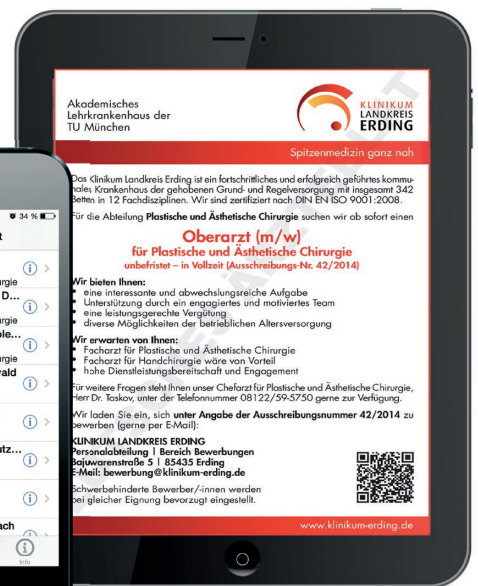
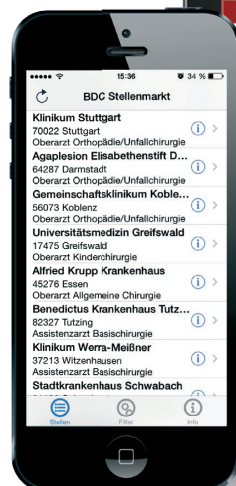
Erhältlich im App Store



Kostenlos im App Store und auf Google Play erhältlich!

**Jetzt installieren!**

GET IT ON Google play









PANORAMA

# Behandlungsfehler

# Wenn ein Behandlungsfehler alles verändert



**F**ehler passieren jedem – doch bei Ärzten kann ein Behandlungsfehler schnell schlimme Konsequenzen haben. Für ihr Buch „Der Fehler, der mein Leben veränderte“ hat die Autorin Gina Bucher unter anderem mit einer jungen Ärztin gesprochen, die einen folgeschweren Fehler gemacht und dafür die Verantwortung übernommen hat.

Ava Keller (Name geändert) heißt die junge Ärztin, die im ersten Kapitel des Buches zu Wort kommt. Keller arbeitet nach dem Studium als Ärztin im Praktikum auf der Krebs-Station eines norddeutschen Uniklinikums. Schon nach drei Monaten darf sie eigenverantwortlich Chemotherapien verabreichen – und ist dabei mit einer ähnlich unerfahrenen Kollegin allein, obwohl sie ihre Approbation noch nicht hat. Auf der Station gibt es verschiedene Ampullen für die Chemotherapie: Manche Substanzen werden in die Venen gespritzt, andere in das Rückenmark, damit sie ins Gehirnswasser gelangen. Doch Keller verwechselt diese beiden Spritzen – und merkt das auch direkt:

„Zuerst konnte ich überhaupt nicht einschätzen, wie schlimm das ist: Welche Konsequenzen hatte dieser Fehler für die Patientin? Ich suchte sofort meinen Kollegen vom Nachtdienst, der zum Glück noch da war. Er war deutlich erfahrener und alarmierte alle: den Neurologen, den Chef der Klinik, den Oberarzt. Sie verlegten die Patientin sofort auf die neurochirurgische Intensivstation, wo sie ihr das Gehirnswasser spülten. Niemand wusste, ob das klappen würde. Die Frau war ungefähr 73 Jahre alt und nicht sterbenskrank.“

## LEBEN MIT SCHULD UND SCHAM

Anfangs geht es der Patientin noch gut – doch dann beginnen die Lähmungen, und nach und nach werden sie immer schlimmer. Am Ende ist die Frau bis zum Hals gelähmt – ein Schwerstpflegefall. Und Keller bereut ihren Fehler zutiefst und muss mit der Schuld und der Scham leben. Sie stellt sich auch den juristischen Konsequenzen – sowohl in einem zivilrechtlichen Verfahren als auch in einem Strafprozess. Ihre Schuldgefühle verfolgen sie trotzdem bis heute – auch wenn sie weiter als Ärztin gearbeitet hat:

„Unterdessen, sechzehn Jahre später, weiß ich, dass es für mich richtig war, sofort wieder zur Arbeit zu gehen. Anfangs habe ich keinem davon erzählt. Weil ich mich so geschämt habe. Weil ich dachte, das kann ich keinem erzählen. Nur ein paar Kollegen haben das mitbekommen. Nach und nach haben es Freunde erfahren, auch meiner Familie habe ich es gesagt. Es hat mir keiner Vorwürfe gemacht, überhaupt nicht, zu keinem Zeitpunkt. Ich musste vor allen Dingen selbst damit klarkommen und für mich lernen, einen Fehler gemacht zu haben. Das zu lernen ist schwierig.“

Ein anderer Fall aus dem Buch betrifft die Krankenschwester Annemarie Rüter (Name ebenfalls geändert): Zwei Patienten, die sie in ihrem Berufsleben betreut hat, sind gestorben, nachdem die Schwester Fehler gemacht hat. Ob die Todesfälle tatsächlich mit diesen Fehlern zusammenhängen, bleibt zwar offen, doch die ehemalige Krankenschwester belasten sie sehr. Sie hat jahrzehntelang niemandem von den Vorfällen erzählt, will aber nun eine Selbsthilfegruppe für medizinisches Personal mit ähnlichen Erlebnissen gründen.



# » ZUR PERSON



Gina Bucher studierte Publizistik und arbeitet als Redakteurin und freie Journalistin. Sie ist Herausgeberin verschiedener Bücher im Kunstbereich. Gina Bucher lebt in Zürich.



## BUCHAUTORIN GINA BUCHER IM INTERVIEW

**PASSION CHIRURGIE:** *Frau Bucher, für Ihr Buch haben Sie mit den Menschen, die Sie zu Wort kommen lassen, lange Gespräche geführt. Wie haben Sie z. B. die Ärztin und die Krankenschwester erlebt?*

**Gina Bucher:** Die Ärztin hat sich in ihrer Psychotherapie stark mit dieser Geschichte auseinandergesetzt und auch im Strafverfahren wurde alles juristisch aufgearbeitet. Dennoch habe ich im Gespräch gemerkt, dass sie die Geschichte immer noch sehr, sehr betroffen macht. Sie hatte phasenweise auch Tränen in den Augen und hatte zum Teil große Mühe, darüber zu reden. Sie ist jetzt um die 40 und damit jünger als die Krankenschwester. Das macht bestimmt auch etwas aus. Ich hatte den Eindruck, die Krankenschwester hat ein großes Bedürfnis, diese Geschichten noch zu klären, bevor sie stirbt. Sie ist jetzt seit kurzem im Ruhestand und war auch sehr betroffen – aber bei ihr war es anders, weil diese Geschichten schon viel länger zurückliegen.

**PC:** *Die Ärztin hat sich direkt mit dem Thema und den Folgen beschäftigt, die Krankenschwester hat es ein Leben lang geheim gehalten. Warum reagieren die Menschen so unterschiedlich auf ihre Fehler?*

**Bucher:** Bei diesen beiden Geschichten muss man natürlich bedenken, dass sie in unterschiedlichen Jahrzehnten passiert sind. Bei der Krankenschwester reden wir über die 70er- und 80er-Jahre – damals wurde noch viel weniger über Fehler gesprochen. Bei der Ärztin ist es um das Jahr 2000 herum passiert. Sie meinte, damals hätte es immer noch gar keine Fehlerkultur gegeben. Heute sei das ein bisschen besser, sagt sie. Aber wie man mit Fehlern umgeht, ist auch ganz klar eine Typfrage. Ich weiß auch nicht, wie ich in so einer Situation reagieren würde. Ich kann mir gut vorstellen, dass mein erster Reflex wäre, erstmal alles zu vertuschen. Das ist wie bei der Fahrerflucht, dass man ganz anders reagiert, als man sich das vielleicht wünschen würde.

**PC:** *Wie werden Fehler denn in Kliniken gehandhabt – und wie hat sich das in den letzten Jahrzehnten verändert?*

**Bucher:** Von außen kann ich das natürlich nur schwer beurteilen. Aber ich habe gehört, dass sich die Kultur so langsam ändert. Es gibt immer mehr Meldesysteme, bei denen man sich als Arzt oder Pflegekraft melden kann. Es wäre auf jeden Fall wünschenswert, hier eine größere Offenheit zu entwickeln. Die Ärztin sagte in unserem Gespräch etwas Interessantes: dass die jungen Leute heute selbstbewusster sind und viel stärker einfordern, auch über solche Themen zu sprechen. Die Ärzte stecken da in einem Dilemma: Natürlich sind sie keine „Götter in Weiß“, sondern sie machen Fehler wie alle anderen auch – das wissen auch alle. Aber wenn man selbst behandelt wird, dann erwartet man natürlich schon, dass genau dann kein Fehler passiert – aber verhindern lässt es sich einfach nicht immer.

**PC:** *Wie geht die Ärztin jetzt im Nachhinein mit diesem Dilemma um?*

**Bucher:** Sie hat sich einen Arbeitsplatz gesucht, an dem sie eine bessere Kontrolle über die Abläufe hat und sich

Bucher G: Wenn ein Behandlungsfehler alles verändert.  
Passion Chirurgie. 2019 August, 9(08): Artikel 09.



Das Interview ist erschienen am 01.04.2019 auf der Webseite Operation Karriere, Deutscher Ärzteverlag GmbH.



Zur Erstveröffentlichung



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

besser aufgefangen fühlt. So konnte sie die Risiken so gut wie möglich minimieren. Was sie jetzt weiß: Der Fehler, der ihr passiert ist, hätte verhindert werden können. Es gibt beispielsweise verschiedene Aufsätze, damit nur die richtigen Ampullen passen und andere gar nicht verwendet werden können. Das wusste sie aus einer anderen Klinik und hat es ihrem Arbeitgeber auch vorgeschlagen. Doch da wurde ihr knallhart gesagt: „Das machen wir nicht, weil die Klinik sonst zugeben würde, dass da ein Fehler passiert ist.“ Das hat die Ärztin sehr erschüttert – zusätzlich zu ihrer persönlichen Schuld.

**PC:** *Wie haben Sie überhaupt Menschen gefunden, die so offen über ihre Fehler sprechen?*

**Bucher:** Das war auch nicht so einfach. Die meisten Geschichten sind anonymisiert. Ich habe auf sehr unterschiedlichen Wegen nach diesen Personen gesucht: einerseits über Selbsthilfegruppen, aber auch über Psychologen, Sozialarbeiter, Juristen – all den Leuten, die mit solchen Menschen zu tun haben. In einzelnen Fällen ist es auch umgekehrt gelaufen, dass jemand von meinem Buchprojekt gehört hat und jemanden kannte oder sogar selbst eine Geschichte zu erzählen hatte. Ich habe nie jemanden überredet – das würde meinen Prinzipien widersprechen. Mir war wichtig, dass die Leute selbst erzählen wollen. Diese ganze Unsicherheit – soll ich davon erzählen oder soll ich nicht – das ist bei denen schon vorher passiert. Ich stelle mir vor, das gehört auch zu der Auseinandersetzung mit dem Thema. Das kann ja auch etwas Erleichterndes haben. Aber neben diesem Beicht-Effekt ging es auch vielen darum, dass der gleiche Fehler anderen nicht auch passiert. Die Ärztin beispielsweise wollte sehr gern aufklären und andere davor bewahren, weil sie selbst sehr stark darunter leidet.

**PC:** *Gehen Männer und Frauen eigentlich grundsätzlich unterschiedlich mit Fehlern um?*

**Bucher:** Es ist natürlich sehr individuell – sonst könnte ich einen Bestseller schreiben mit einer perfekten Anleitung, wie man damit umgeht. So ist es leider nicht (lacht). Aber ich glaube schon, dass Männer und Frauen – so pauschal man das jetzt sagen kann – unterschiedlich mit Fehlern umgehen. Das haben mir auch verschiedene Managerinnen bestätigt. Beispielsweise sprechen Männer gar nicht erst von „Fehlern“, sondern von „Erfahrungen“. Frauen sprechen viel häufiger von Fehlern und fragen auch schneller nach der Ursache. Sie fragen sich, wie sie in die Situation hineingekommen sind, während die Männer eher überlegen, wie sie aus der Lage wieder rauskommen. Beide Strategien haben natürlich ihre Vorteile, aber am besten wäre es, man könnte beide kombinieren. Es war für mich viel einfacher, Männer zu finden, die über ihre Fehler sprechen wollten. Vielleicht ist der Grund dafür, dass Männer mit ihren Fehlern leichter abschließen können.

**PC:** *Was für Strategien helfen denn, mit dem Fehler abzuschließen?*

**Bucher:** Was sicher hilft, ist, sich mit seinem Fehler auseinanderzusetzen. Das haben in der ein oder anderen Form alle Personen gemacht, mit denen ich für das Buch gesprochen habe: sich selbst knallhart ins Gesicht zu schauen und auszuhalten, was man da sieht. Wichtig ist, sich selbst gegenüber einzugestehen, dass man diesen Fehler gemacht hat und welche Konsequenzen dieser Fehler hat. Außerdem spielt für viele die Religion eine Rolle. Viele Gesprächspartner haben sich vorher nie für Religion interessiert, aber nach dieser Geschichte haben sie einen Zugang dazu gefunden. Ich glaube, die Religion kann eine wichtige Rolle spielen, weil sie einem die Möglichkeit gibt, wieder neu anfangen zu dürfen. In der Bibel handeln beispielsweise viele Geschichten von der urmenschlichen Erfahrung des Scheiterns – das kann sehr tröstlich sein.

**PC:** *Welche Geschichte hat Sie am meisten beeindruckt?*

**Bucher:** Es war gar nicht so sehr ein einzelner Mensch, der mich beeindruckt

## BUCHTIPP



Gina Bucher, *Der Fehler, der mein Leben veränderte* – Von Bauchlandungen, Rückschlägen und zweiten Chancen

© Piper Verlag GmbH, München, 2018  
256 Seiten, Hardcover mit Schutzumschlag  
ISBN: 978-3-492-05599-4

hat – sondern vielmehr die einzelnen Situationen. Beispielsweise in der Geschichte von dem Jugendlichen, der wegen mehrerer Raubüberfälle vor Gericht kam und dort auf seine Opfer traf. Er hat sich dort bei seinen Opfern entschuldigt und konnte gar nicht fassen, dass die Opfer ihm verzeihen konnten. Er hatte erwartet, dass alle wütend auf ihn sind und ihm eine möglichst lange Haftstrafe wünschen – aber so war es nicht. Das waren solche Erzählmomente, die mir eine richtige Gänsehaut beschert haben.

**PC:** *Wie hat Ihr Buch Ihre eigene Einstellung zum Scheitern verändert?*

**Bucher:** Eigentlich hat es mich wahnsinnig beruhigt. All die Gespräche, die ich geführt habe, haben wir gezeigt: Auch wenn einem ein krasser Fehler passiert, sind es immer Geschichten, die man auf handfeste Probleme runterbrechen kann und für die es oft konkrete Lösungsmöglichkeiten gibt. Im schlimmsten Fall kann man eine Strafe im Gefängnis absitzen oder ein Bußgeld bezahlen – man kann die Geschichte aber auch

objektivieren und eine Distanz dazu entwickeln, zum Beispiel auch mit Selbstironie. In allen Geschichten, die ich gehört habe, sind viele helfende Hände vorgekommen. Bei der Ärztin gab es zum Beispiel einen Anwalt, der ihr einen großzügigen Rabatt gegeben und ihr damit sehr geholfen hat. Wenn einem ein Fehler passiert, gibt es kein „Schema F“, sondern man muss einfach improvisieren. Und das klappt auch oft, weil sich viele in der gescheiterten Person wiedererkennen und ganz unkompliziert Hilfe anbieten. ○



# eAKADEMIE

## Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-  
CENTER

### WEBINARE



#### **Namhafte Experten *live* direkt in Ihrem Arbeitszimmer.**

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

**BDC|WEBINAR**

[www.bdc-webinare.de](http://www.bdc-webinare.de)

### MEDIATHEK



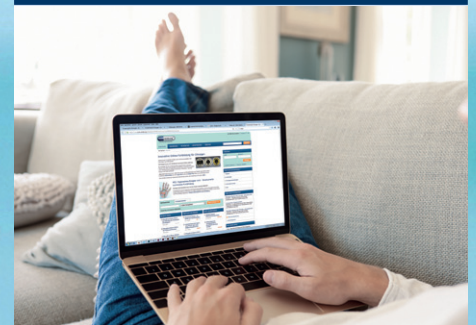
Die umfangreiche Mediathek der DGCH mit fachlichen Fortbildungsvideos ist nun auch für BDC-Mitglieder kostenfrei zugänglich.

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

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

[www.mediathek-dgch.de](http://www.mediathek-dgch.de)

### [eCME-CENTER]



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

**eCME-center.org**  
continuing medical education

[www.ecme-center.org](http://www.ecme-center.org)