

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

CHIRURGIE 2020 –
HIGHTECH ODER
HIGH SOCIAL?

im Fokus

ORTHOPÄDIE &
UNFALLCHIRURGIE

09 | III | 2019

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



GUT LEBEN AUF GESUNDEN BEINEN



VenaSeal™
Closure System



ClosureFast™
Endovenöses Radiofrequenz
Ablations-System

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

Closure Fast™ – Segmentale Radiofrequenz Ablation

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

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

VenaSeal™ – Closure System

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

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

Krampfaden modern therapiert –

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

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

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

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



Dr. Henning Leunert

Leiter des Fachreferates „Orthopädie/
Unfallchirurgie“ im BDC
Vizepräsident des BVOU
Orthopädie und Unfallchirurgie Teltow
Potsdamer Str. 7/9
14513 Teltow
info@leunert-lober.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Orthopädie und Unfallchirurgie bilden den Themenschwerpunkt der aktuellen Ausgabe Ihrer Mitgliederzeitschrift. Seit der Zusammenführung von Orthopädie und Unfallchirurgie (O+U) stellen Orthopäden und Unfallchirurgen die zahlenmäßig größte Fachgruppe innerhalb der chirurgischen Fächer. Dabei ist die Zuordnung zum Gebiet der Chirurgie für die primär operativ tätigen Kollegen eine Selbstverständlichkeit. Für unsere konservativ tätigen Kollegen allerdings nicht per se, denn sie gehörten vor der Zusammenlegung von O+U zu einem eigenen Fach. Trotzdem ist die Zuordnung von O+U zum Gebiet Chirurgie richtig und zeitgemäß.

Als Fachärzte für O+U verstehen wir uns als Spezialisten für die Behandlung muskuloskelettaler Erkrankungen und Verletzungen, insbesondere auch für muskuloskelettale Unfallverletzungen. Unsere Sicht ist allerdings nicht primär chirurgisch. Wir denken nicht in erster Linie technikorientiert, sondern krankheitsorientiert und behandeln auch Erkrankungen wie Rheuma, Rückenschmerz und Osteoporose. Auch bei der Arthrose – der prominentesten Erkrankung unseres Fachs – verlangen die Leitlinien zunächst eine konservative Behandlung. Erst wenn diese gescheitert ist, wird die Indikation zur Operation gestellt.

Publizierte Daten zeigen, dass über 70 Prozent der Patienten mit Hüftarthrose sieben Jahre nach der Erstdiagnose noch nicht operiert worden sind. Diese Zahlen belegen also auch bei der Arthrose den Vorteil einer

primär konservativen Versorgung. Wir brauchen daher eine Stärkung der konservativen Inhalte bei degenerativen, traumatologischen oder angeborenen Situationen und haben das vor zwei Jahren gegenüber der Politik durch ein Weißbuch deutlich gemacht. Ein Facharzt für O+U ist mehr als ein amerikanischer „Orthopaedic Surgeon“.

Als Leiter des Fachreferats „Orthopädie/Unfallchirurgie“ im BDC und Vizepräsident des Berufsverbands für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU) gehört die Zukunft aus meiner Sicht der partizipativen Entscheidungsfindung. Wir bringen unsere fachliche Kompetenz ein, der Patient seine individuelle Sicht. Um den fachlichen Austausch zu fördern, findet auch in diesem Jahr wieder der Deutsche Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) in Berlin statt. Ich möchte

Sie herzlich dazu einladen, sich mit uns vom 22. bis 25. Oktober über Themen-Schwerpunkte wie Diagnostik und bildgebende Verfahren, Arthrose, Erkrankungen oder auch Verletzungen der Wirbelsäule auszutauschen. Der BDC wird beim Kongress Gutachterseminare veranstalten, die ich Ihnen ebenfalls empfehle. Die exzellente Zusammenarbeit mit dem BDC schätzt der BVOU auch über den Kongress hinaus. Beide Verbände werden daran anknüpfen.

Passend zum DKOU liegt der aktuelle Schwerpunkt des vorliegenden Hefts im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie. Lesen Sie u. a. einen Artikel zum Thema Schulterendoprothetik von Professor Liem und von Professor Krettek das spannende Thema „3D-Druck in der Unfallchirurgie“.

IM FOKUS

Orthopädie und Unfall- chirurgie

Leunert H: Editorial: Orthopädie und Unfallchirurgie.
Passion Chirurgie. 2019 August; 9(09): Artikel 01.



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

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

Teaserfotos von iStock oder von den Autoren.

ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

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



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

AUFLÖSUNG BILDERRÄTSEL 06|QII|2019:

Morbus Hirschsprung

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.

ISSN 2194-5586



INHALT

1 EDITORIAL

4 SCHAUFENSTER

6 CHIRURGIE

6

im Fokus

SCHULTERENDOPROTHETIK – EINE
STANDORTBESTIMMUNG

D. Liem

12

3D-DRUCK IN DER UNFALLCHIRURGIE

C. Krettek, N. Bruns, E. Liodakis, M. Omar

20 CHIRURGIE⁺

20 Webinar-Termin im Oktober 2019: S3-Leitlinie
„Gallensteine“

22 **Safety Clip:** Es gibt nicht immer nur ein Opfer –
die Second Victims im Gesundheitswesen

P. F. Büxe

25 BDC|Umfrageergebnisse: Entwicklung der
Versicherungsprämien für niedergelassene
Chirurgen und Belegärzte

D. Farghal, P. Kalbe

30 **Hygiene-Tipp:** Ziehen der Hochvakuum-Saugdrainage
als Infektionsrisiko

K.-D. Zastrow, H. Adler

32 **Rezension:** Orthopädie und Unfallchirurgie
essentials – Intensivkurs zur Weiterbildung

P. Kalbe, K. Tegtmeyer

33 Personalien



35 RECHT

- 35 TSVG: Neue Sprechstundenzeiten *J. Heberer*
- 38 Umsetzung des TSVG – Konsequenzen für niedergelassene Chirurgen *P. Kalbe*
- 43 F+A: Eintragungsfähigkeit des akademischen Grads in die Eheurkunde *J. Heberer*
- 44 F+A: Terminvergabe durch Callcenter *J. Heberer*

47 GESUNDHEITSPOLITIK

- 47 Pflegepersonaluntergrenzen: Ziel verfehlt *G. Baum*
- 49 Aktuelle Meldungen

50 INTERN

50 DGCH

- 50 Kommentar des Generalsekretärs
- 53 Einladung zum 137. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie *T. Schmitz-Rixen*
- 56 Das Billroth-Haus in Bergen *G. Liebling*
- 61 Chirurgen aus der DDR in Österreich – persönliche Erinnerungen *W. U. Wayland, M. Spazier*
- 64 2019 ACS Traveling Fellow to Germany *A. Gosain*
- 67 Reisebericht zum Stipendium als Fortbildungshilfe *B. Braun*
- 71 Reisestipendium der Herbert-Junghanns-Stiftung: Kinderchirurgie in Columbus *M. Malota*
- 75 Nachruf zum Tod von Prof. Dr. med. Dr. h.c. Michael Trede
- 77 Nachruf zum Tod von Professor Masaki Kitajima
- 78 Leserbrief

- 80 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland *S. Tenckhoff*
- 83 Ausschreibung Preise und Stipendien 2020
- 85 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 89 DGCH-Präsidium ab 1. Oktober 2019
- 91 Meine Daten haben sich geändert

94 INTERN

94 BDC

- 94 „Wage den Schnitt!“ – Update der BDC-Nachwuchskampagne
- 96 BDC|News
- 97 BDC|Pressespiegel
- 98 BDC|Landesverbände
- 100 Termine BDC | Akademie
- 104 Veranstaltungshinweise
- 105 Lifestyle-Angebote im September 2019

108 PANORAMA

- 108 Chirurgie 2020 – Hightech oder high social? *E. Allemeyer*
- 113 Bilderrätsel

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: www.surveymonkey.de/r/Assistenten-2018

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: <https://www.surveymonkey.de/r/Personalbemessung>



App soll OP-Vorbereitung erleichtern

Operationsvorbereitung per App: Das soll dank eines Projekts der Klinik für Urologie am Universitätsklinikum Freiburg möglich werden. Denn eine wichtige Frage der OP-Vorbereitung ist, ob und wann Medikamente abgesetzt werden müssen, die die Blutgerinnung beeinflussen.

Diese Entscheidung ist aufgrund neuer Wirkstoffe, sich kontinuierlich ändernder wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie unterschiedlicher Blutungsrisikogruppen der Eingriffe sehr komplex geworden. Gemeinsam mit Forschern der Klinik für Kardiologie der Medizinischen Universität Warschau und Industriepartnern aus den Bereichen

Computer-Design und IT entwickeln die Freiburger Ärzte und Forscher nun eine neue App, die Mediziner bei der Therapieentscheidung unterstützen und Patienten aufklären soll. Die Entwicklung wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen der „Deutsch-Polnischen Kooperation zum Technologietransfer in der Digitalen Wirtschaft“ (DPT) mit 300.000 Euro gefördert.

Rund 65 Millionen Menschen in Europa nehmen Medikamente, die die Blutgerinnung vermindern, etwa, um das Herzinfarkt- oder Schlaganfallrisiko zu senken. Anders als früher müssen moderne Gerinnungshemmer oft erst kurz vor dem Eingriff abgesetzt werden, manche sogar gar nicht.

Mehr lesen: www.bit.ly/App-zur-OP-Vorbereitung

UNFALLCHIRURGIE

Instrumentenliste für Notfall-OP-Set

Das Überleben von Verletzten mit Schuss- und Explosionsverletzungen bei einer lebensbedrohlichen Einsatzlage wie einem Massenanfall von Verletzten im Terrorfall/Amoklauf (TerrorMANV) hängt maßgeblich von einer schnellen Blutungskontrolle ab. Dafür hat die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) jetzt ein Notfall-OP-Set zusammengestellt, das speziell auf lebensrettende Notfalloperationen zur Versorgung von sogenannten Höhlenblutungen ausgerichtet ist: Es enthält chirurgische Instrumente, um stark blutende Wunden im Brust-, Bauch- und Beckenraum zu versorgen.



Mehr lesen: www.bit.ly/OP-Notfall-Set



Die nächste Stufe für chirurgische Effizienz

Maquet PowerLED II Operationsleuchte

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



Weitere Informationen
über Maquet PowerLED II

www.getinge.com



GETINGE 

IM FOKUS

Orthopädie und Unfall- chirurgie



Schulterendoprothetik – Eine Standortbestimmung



Prof. Dr. med. Dennis Liem
SPORTHOPAEDICUM Berlin
Bismarckstr. 45–47
10627 Berlin
liem@sporthopaedicum.de

Der künstliche Gelenkersatz der Schulter hat, obwohl er bei Weitem noch nicht die Bedeutung der Hüft- und Knieendoprothetik erreicht hat, stark an Bedeutung zugenommen. Stetig steigende OP-Zahlen bestätigen dies. Vor allem in den letzten zehn Jahren hat eine zunehmende Anzahl wichtiger Entwicklungen die Versorgungsmöglichkeiten erweitert, während Langzeitergebnisse mit etablierten Implantaten das Vertrauen in die bekannten Schulterprothesen bestärkt haben. Heute stehen dem Chirurgen eine große Anzahl von OP-Techniken und Implantaten zur Verfügung. Der folgende Artikel soll eine aktuelle Übersicht über die Möglichkeiten und Grenzen der endoprothetischen Versorgung der Schulter aufzeigen.

ANATOMISCHE SCHULTERPROTHETIK

Die ersten Schulterendoprothesen wurden zur Behandlung von Frakturen entwickelt und sollten die zerstörte glenohumerale Anatomie möglichst akkurat wiederherstellen. Diese Prothesen waren sog. Mono-Block-Prothesen und hatten dadurch den Nachteil, dass auf die sehr variable Anatomie des Humeruskopfes, den sie ersetzen sollten, nicht optimal Rücksicht genommen werden konnte [1]. Weiterentwicklungen konzentrierten sich auf die bessere Anpassbarkeit durch eine größere Anzahl von Kopf- und Schaftgrößen sowie der verbesserten Anpassung der Kopf- und Schaftkomponenten untereinander. Die sog. Schulterprothesen der vierten Generation stellen weiterhin den aktuellen Stand in der Entwicklung der anatomischen Schaftprothesen dar. Ein heute verwendetes Schulterprothesensystem sollte sowohl die Möglichkeit der zementfreien als auch der zementierten Implantation bieten. Die Inklination sollte in einem gewissen Rahmen ebenfalls anpassbar sein, um kleinere intraoperative Varianzen

ausgleichen zu können. Verschiedene Kopfgrößen und -höhen sollten ebenfalls zur Verfügung stehen, um möglichst anatomisch arbeiten zu können.

PLATTFORMSYSTEME

Auch wenn die Langzeitergebnisse der anatomischen Schaftprothese gute Standzeiten zeigen, ist doch eine Wechseloperation in einigen Fällen unvermeidbar [2]. Insbesondere in der Frakturendoprothetik sind solche Wechsel nicht selten, wenn z. B. eine sekundäre Tuberkulumresorption einen Funktionsverlust nach sich zieht. Aktuelle Prothesensysteme bieten daher die Möglichkeit, ohne einen Wechsel des Prothesenschaftes die Kopfkomponekte zu wechseln bzw. sogar auf die später in diesem Artikel ausführlich vorgestellte inverse Prothese zu wechseln. Da der Schaftwechsel einen komplikationsträchtigen Schritt in der Revision von Schulterprothesen darstellt, ist die Einführung solcher Systeme, besonders in der Frakturversorgung weiterhin sehr wichtig. In der Versorgung der Omarthrose ist die Bedeutung solcher Plattformsysteme jedoch aufgrund der Popularität schaftfreier Prothesen wieder zurückgegangen.

DER GLENOIDERSATZ

Insbesondere bei der endoprothetischen Versorgung degenerativer Schultererkrankungen wie der Omarthrose und der rheumatoiden Arthritis spielt neben dem Humeruskopfersatz der Ersatz des Glenoids eine entscheidende Rolle. Hier bleibt weiterhin der zementierte Glenoidersatz mit Polyethylen-Glenoiden der Goldstandard. Diese Technik zeigt in multiplen Studien verlässliche Langzeitergebnisse [3]. Bezüglich der Operationstechnik bleibt die Glenoidimplantation bei fortgeschrittener Omarthrose mit massiver Gelenkkontraktur eine operative

Liem D: Schulterendoprothetik – Eine Standortbestimmung. *Passion Chirurgie*. 2019 September, 9(09): Artikel 03_01.



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



Abb. 1: Beispiel eines aktuellen Schulterprothesen-Plattformsystems mit anatomischer und inverser Versorgungsmöglichkeit (FA Depuy/Synthes Global unite)

Herausforderung. Eine saubere Darstellung der glenoidalen Gelenkfläche ist essenziell, um eine optimale Glenoidpräparation zu erreichen und Frühlockerungen durch ungenaue Implantation zu vermeiden. Immer wieder gibt es Versuche, eine zementfreie Glenoidkomponente, sog. Metal-back-Implantate in der anatomischen Schulterendoprothetik zu etablieren. Die potenziellen Vorteile solcher Implantate sind die Möglichkeit der Versorgung großer glenoidaler Knochenverluste mit autologen oder allogenen Transplantaten sowie einer Konversion in eine inverse Prothese bei Erhaltung des Metal-backs. Leider haben bisherige Systeme häufig zu komplikativen Verläufen mit Frühlockerungen, frühzeitigem PE-Verbrauch und massiver Metallose geführt [4]. Eine Revision solcher Situationen ist schwierig.

Der zementierte Glenoidersatz bleibt aktuell der Goldstandard in der Glenoidversorgung.

SCHAFTFREIE ENDOPROTHETIK

Vor ca. 15 Jahren kamen die ersten schaftfreien Humeruskopf-Prothesen auf den Markt. Hintergrund dieser Entwicklung war zum einen der Gedanke, dass eine knochensparende Implantation am Humerus eine ausreichende Stabilität gewährleisten sollte [5]. Zum anderen war auf diese Weise bei posttraumatischen Frakturfolgezuständen mit verschobener Kopf-Hals-Anatomie eine Implantation des Humeruskopfes unabhängig von der Schaftachse möglich. Die damals begonnene Entwicklung hat sich bis heute so weit verbreitet, dass sie in der anatomischen Schulterendoprothetik die Schaftprothese als Standardversorgung abgelöst hat und von praktisch allen gängigen Herstellern verschiedene Modelle angeboten werden. Die vorliegenden mittel- und langfristigen Ergebnisse aus dem deutschen und anderen europäischen Prothesenregister zeigen, dass die Ergebnisse im Vergleich zu Schaftprothesen als gleichwertig zu bezeichnen sind [6]. Bei schweren posttraumatischen oder stark

osteoporotisch veränderten Fällen ist jedoch sicherzustellen, dass eine Schaftprothese zur Verfügung steht, für den Fall, dass eine schaftfreie Implantation nicht möglich ist.

Neben schaftfreien Implantaten stehen alternativ häufig auch Kurzschäfte für die anatomische und inverse Versorgung zur Verfügung. Auch hier sind erste Ergebnisse ermutigend [7]. Ein Langzeitvergleich mit Schaft- oder schaftfreier Prothese steht allerdings noch aus.

Der schaftfreie Humeruskopfersatz hat sich als Standardversorgung in der anatomischen Schulterendoprothetik etabliert.

INVERSE ENDOPROTHETIK

Die bisher thematisierten Entwicklungen bauen grundsätzlich auf der von Charles Neer ausgegebenen Maxime „so nah wie möglich an der ursprünglichen Anatomie zu bleiben“ auf. Es ist aber ein extraanatomisches Konzept, das bis heute die Schulterendoprothetik in vielen Bereichen fast grundlegend verändert hat. Das vom Franzosen Paul Grammont eingeführte Prinzip der Umkehrung der Gelenkpartner, der sog. inversen Schulterprothese hat ein grundsätzliches Problem gelöst, dass mit anatomischer Endoprothetik bis dahin nicht lösbar war. Bei der sog. Defektarthropathie, der Omarthrose mit gleichzeitig vorliegender Rotatorenmanschetten-Massenruptur, die meist mit einem massiven Funktionsverlust einhergeht, führten anatomische Schulterprothesen häufig nur zu geringen Funktionsverbesserungen. Mit der inversen Prothese können im Gegensatz dazu verlässlich gute bis sehr gute Ergebnisse erreicht werden. Dies bezieht sich sowohl auf die Schmerzreduktion als auch auf die Funktionsverbesserung.

Trotz anfänglicher Zurückhaltung erfreut sich die Nutzung der inversen Prothese zunehmend großer Beliebtheit. Die Operationstechnik hat sich standardisiert und ist für den geübten Operateur bei fortgeschrittener Arthrose oder Fraktur z. T. einfacher als die Implantation einer anatomischen Prothese.

Die Langzeitergebnisse diesbezüglich haben gezeigt, dass die ermutigenden Ergebnisse der inversen Prothese über lange Zeit Bestand haben [8]. Mit diesen Prothesen können Patienten ein gutes Aktivitätslevel im Beruf, Freizeit und Sport erreichen [9]. Die Komplikationsrate bleibt allerdings gegenüber der anatomischen Prothese leicht erhöht [10].

Die Indikation zur Inversen Prothese hat sich über die Defektarthropathie hinaus deutlich ausgeweitet. Im Rahmen der akuten Frakturversorgung beispielsweise hat die inverse Prothese, insbesondere bei osteoporotischen Frakturen des älteren Patienten, die anatomische Frakturprothese in den Hintergrund gedrängt [11]. Eine weitere häufige Indikation ist die Revision einer gescheiterten anatomischen Prothese bei sekundärer Rotatorenmanschetten-Ruptur oder Protheseninfekt. In der Tumorendoprothetik, wo häufig große knöcherne Defekte inklusive Muskulatur und deren Ansätze reseziert werden müssen, hat die inverse Prothetik ebenfalls bereits Einzug gehalten. Und schließlich ist auch ohne vorliegende Arthrose, bei nicht rekonstruierbaren Massenrupturen der Rotatorenmanschette bei älteren Patienten, die inverse Prothese häufig die einzige Option eine vorliegende Pseudoparalyse zu behandeln.

Die inverse Schulterprothese ist die wichtigste Entwicklung in der Schulterendoprothetik und inzwischen wohl das am häufigsten eingesetzte Implantat.

AUSBLICK AUF ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNGEN

Zum Abschluss soll auf einige aktuelle und zukünftige Entwicklungen in der Schulterendoprothetik eingegangen werden. Der partielle Oberflächenersatz bei humeralen Knorpelschäden bleibt ein Nischenprodukt für spezielle Indikationen. Die arthroskopische Implantation solcher Prothesen ist technisch machbar, aber setzt sicher eine gewisse Routine voraus.



Abb. 2: Beispiel einer schaftfreien Schulterprothese mit zementiertem Glenoid (FA Arthrex Eclipse)



Abb. 3: Inverse Prothese mit klassischem Grammont Design (links; Depuy Delta Xtend) und lateralisiertem Drehzentrum mit steilerer Inklination von 135° (rechts; DJO Encore)

Auch in der inversen Schulterprothetik zeigt sich der Trend zu kürzeren Schäften und z. T. bereits zu schaftfreien Implantaten. Eine wichtige Entwicklung in der inversen Schulterendoprothetik ist sicherlich das Abrücken vom ursprünglichen Grammont-Design mit Medialisierung des Drehzentrums zu einer Lateralisierung desselben. Kombiniert mit einer steileren Inklination von 135 bis 145° im Gegensatz zu den klassischen 155° soll dies zu einem das sog. Notching, den pathologischen Kontakt des Schaftes mit dem Unterarm der Skapula verhindern, da dieser im

Langzeitverlauf zu Lockerungen führt. Auch soll durch die Lateralisierung die Beweglichkeit in der Rotationsebene verbessert werden.

Eine weitere wichtige Entwicklung betrifft die Planung von Schulterprothesen anhand vorhandener Schichtbildgebung (CT). Diese ermöglicht in komplexen Fällen mit Knochenverlust oder bei Revisionen eine genaue Planung der Implantation der einzelnen Prothesenkomponenten insbesondere glenoidal. Zusätzlich können patientenspezifische Instrumente bereitgestellt werden.

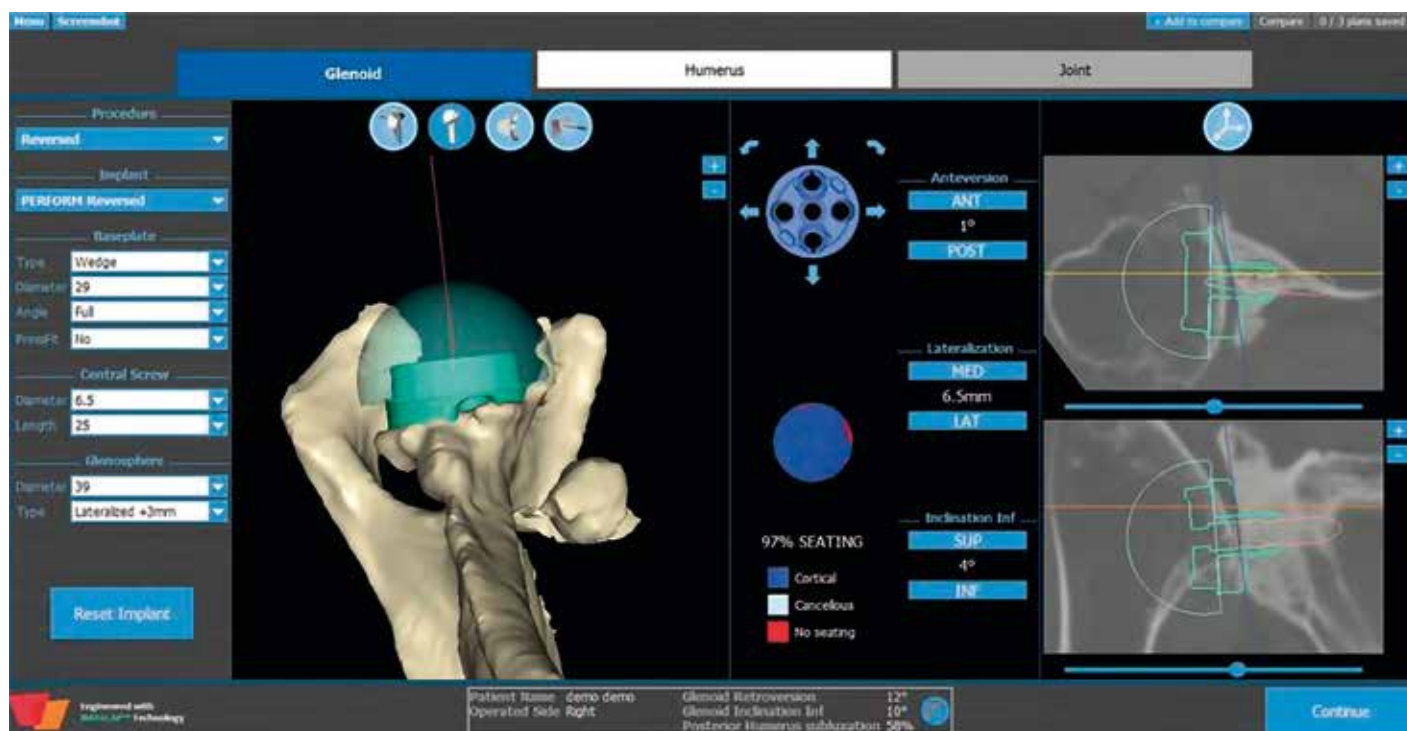


Abb. 4: Planungssoftware mit Möglichkeit patientenspezifischer Instrumente (FA Wright Medical/Tornier Blueprint)

SCHULTERPROTHESENREGISTER

Die Dokumentation der Implantation sollte in dem von der DVSE (Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie) betriebenen Schulterendoprothesen-Register erfolgen. Dies ist dringend zu empfehlen, da so ein wichtiger Beitrag zur langfristigen Verbesserung der Patientenergebnisse und Patientensicherheit geleistet werden kann.

Zum Schulterendoprothesen-Register:
<https://spr.memdoc.org/>

FAZIT

Die Schulterendoprothetik bietet zum aktuellen Zeitpunkt die Möglichkeit, ein breites Spektrum an traumatischen und degenerativen Erkrankungen der Schulter

mit reproduzierbar guten Ergebnissen zu versorgen. Entwicklungen wie die schaftfreie und die inverse Schulterendoprothetik sind in der letzten Dekade zur Standardversorgung mit bereits vorliegenden Langzeitergebnissen gereift. Zukünftige Entwicklungen sollen dazu führen, diese Ergebnisse weiter zu verbessern.

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

3D-Druck in der Unfallchirurgie

3D-Druck (Synonyme „Rapid Prototyping“ oder „additive Fertigung“) findet mehr und mehr Interesse und Anwendung in der muskuloskelettalen Chirurgie, insbesondere der Unfallchirurgie.

In der vorliegenden Arbeit soll der aktuelle Stand in komprimierter Form nach anatomischen und funktionellen Gesichtspunkten dargestellt werden. Da es sich bei vielen der analysierten Publikationen um Machbarkeitsstudien handelt ist der Evidenzgrad gering und methodische Schwächen zahlreich sowie

offensichtlich. Diese Pionierarbeiten sind jedoch für die weitere Entwicklung außerordentlich stimulierend und wichtig, denn das technische, medizinische und auch ökonomische Potential dieser Technologie ist riesig und für alle an der Versorgung von muskuloskelettalen Problemen Beteiligten interessant.

Ähnlich wie in der Industrie verläuft medizinische Entwicklung im Allgemeinen und in der Unfallchirurgie im Besonderen nicht kontinuierlich, sondern in Schüben, getriggert und getragen von Schlüsselentwicklungen.





Korrespondierender Autor
Prof. Dr. med. Christian Krettek,
FRACS, FRCSEd,
 Direktor
 Klinik für Unfallchirurgie
 Medizinische Hochschule Hannover
 (MHH)
 Carl-Neuberg-Str. 1
 30625 Hannover
 Krettek.Christian@mh-hannover.de

Nico Bruns
 Assistenzarzt
 Klinik für Unfallchirurgie
 Medizinische Hochschule Hannover
 (MHH)
 Bruns.Nico@mh-hannover.de

Prof. Dr. Emmanouil Liodakis
 Leitender Oberarzt
 Klinik für Unfallchirurgie
 Medizinische Hochschule Hannover
 (MHH)
 Bruns.Nico@mh-hannover.de

PD Dr. Mohamed Omar
 Oberarzt
 Klinik für Unfallchirurgie
 Medizinische Hochschule Hannover
 (MHH)
 Omar-.Mohamed@mh-hannover.de

Krettek C, Bruns N, Liodakis E, Omar M: 3D-Druck
 in der Unfallchirurgie. Passion Chirurgie. 2019
 September;9(09): Artikel 03_02.



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

3D-Druck (Synonyme „Rapid Prototyping“ oder „additive Fertigung“) spielt in der Industrie seit Jahren eine immer größere Rolle, findet bereits intensive Anwendung in der Zahnmedizin- und Kieferchirurgie [9] und wird auch in der muskuloskelettalen, insbesondere der Unfallchirurgie, immer interessanter [12].

Es ist die tiefe Überzeugung der Autoren, dass 3D-Druck-/3D-Print (3DP)-Technologie die Unfallchirurgie in den nächsten Jahren ebenso intensiv und nachhaltig beeinflussen wie die beispielhaft genannten Entwicklungen der Vergangenheit. Die Literatur zu diesem Thema wächst, der Anteil aus dem deutschsprachigen Raum ist allerdings sehr gering und auf wenige Zentren beschränkt.

GRUNDLAGEN

3D-Druckanwendungen werden bislang in der Unfallchirurgie relativ wenig genutzt. In der Orthopädie werden patientenspezifische Anwendungen vor allem in der Endoprothetik

eingesetzt, entweder als patientenspezifische Resektionslehren zusammen mit Standardendoprothesen oder patientenspezifische Resektionslehren in Kombination mit patientenspezifischen Endoprothesen [3].

Doch gerade auch in der Unfallchirurgie ist das Potential für Anwendungen patientenspezifischer 3D-Druck-Konstrukte enorm. Diese besondere Form der individualisierten Medizin kann weite Bereiche der muskuloskelettalen Chirurgie mit Lösungen bereichern, die bislang nicht vorstellbar oder umsetzbar waren. Dabei können unterschiedliche Anwendungsformen unterschieden werden (**Tabelle 1**).

Hauptgrundlage des 3D-Drucks sind dreidimensionale Bilddatensätze, entweder aus der 3D-Bildgebung in Form von CT oder MRT oder Datensätze aus Konstruktionssoftware. Aus diesen 3D-Datensätzen können individuelle, patientenspezifische Konstrukte und Modelle erstellt werden, die bestimmte Aufgaben erfüllen.

Tab. 1: 3D-Druck-Anwendungsmatrix in der Unfallchirurgie

Stufen	3D-Druck	Möglichkeiten	Bemerkung
1	Modell	- Betrachtung, Anfassen, Testen - präop./intraop. - Patient, Angehörige, Chirurg, Team	- prä-, intra- und/oder postoperative Anwendung - besseres Verständnis der Pathologie, z. B. Fraktur - verbesserte Planung - verbesserte Kommunikation mit dem Patienten
2	Werkzeug	- Führen von Instrumenten - Manipulationshilfe (z. B. Reposition) - template gestützte Navigation - Orthesen - Prothesen	- template gestützte Navigation - Bohr- oder Sägeschablonen, Repositionshilfen) die eindeutig einer anatomischen Struktur zugeordnet werden können (matching)
3	Implantat	- Anpassung an Patientengeometrie - template gestützte Navigation - Manipulationshilfe	- Repositionshilfe - Passgenauigkeit
4	Matrix	- Trägermaterialien - beladen mit passiven oder aktiven Substanzen	- Ersatz von Strukturdefiziten - Wachstumsfaktoren - Antibiotika
5	Gewebe	- Composite 3D-Druck - Knochen, Knorpel, Ligamente, Meniskus - Konstrukte aus mehreren Komponenten z. B. Knochenknorpelkonstrukte	- Ersatz von Strukturdefiziten - Problematisches Schichtdicke vs. Vaskularisation/Perfusion
6	Gewebeverbund/ Gelenke	Composite 3D-Druck mit mehreren Komponenten, z. B. osteochondrale Konstrukte oder ganze Gelenke	- Ersatz von Strukturdefiziten - Problematisches Schichtdicke vs. Vaskularisation/Perfusion

ANWENDUNGSSTUFE 1: MODELL

Mit Hilfe des 3D-Drucks lassen sich patientenspezifische anatomische Modelle in unterschiedlichen Größen erstellen, die man ansehen und anfassen kann. Modelle können z. B. das Verständnis von Arzt und Patient der oft komplexen Frakturgeometrie verbessern sowie topographische und funktionelle Zusammenhänge besser darstellen. Dies kann die präoperative Planung, die intraoperative Umsetzung des Plans und ggf. die postoperative Analyse des erzielten Ergebnisses sowie die Kommunikation mit dem Patienten erleichtern und verbessern.

ANWENDUNGSSTUFE 2: WERKZEUG

Mit Hilfe des 3D-Drucks lassen sich patientenspezifische anatomisch angepasste Werkzeuge erstellen. Diese können eingesetzt werden z. B. als Manipulationshilfe für die Durchführung oder Überprüfung der Reposition oder zur Führung und Kontrolle von Instrumenten wie Bohr-, Osteotomiewerkzeugen oder fixierenden Implantaten. Man spricht auch von „templategestützter Navigation“. Weitere Anwendungsbereiche sind die Herstellung von patientenspezifischen Stützverbänden, Orthesen oder Schaft-Exo-Prothesen nach Amputation [15].

ANWENDUNGSSTUFE 3: IMPLANTAT

Mit Hilfe von 3D-Druck kann eine individuelle Anpassung des Implantates an die Patientengeometrie erfolgen (Stabilisierendes Implantat, Gelenkprothese). Das Implantat kann darüber hinaus als Manipulationshilfe (Reposition, Bohr- oder Schnittlehre) konfiguriert und eingesetzt werden („templategestützte Navigation“).

ANWENDUNGSSTUFE 4: MATRIX

Grundsätzlich lassen sich 3D-gedruckte Strukturen herstellen, die mit passiven (z. B. Hydroxylapatit) oder aktiven Substanzen (z. B. Wachstumsfaktoren, Medikamente) verbunden oder beladen sind. Damit lassen sich unterschiedliche Eigenschaften definieren [22].

ANWENDUNGSSTUFE 5: GEWEBE

Es besteht großer Bedarf für den Ersatz von Knochen, Knorpel, Ligamenten, Meniskus und anderen Strukturen. Hier kann der 3D-Druck als 3D-Bioprint in der Zukunft eine Lösung darstellen. Diese 3D-Druck-Gewebe produkte könnten als Gewebeverbund zusammengesetzt werden, z. B. als Knochen-Knorpel-Konstrukte und dann eine Lösung für Defektsituationen am Gelenk darstellen [18].

ANWENDUNGSSTUFE 6: GEWEBE-IMPLANTAT HYBRIDE

Schließlich ist es vorstellbar, diese Gewebeverbünde mit individuell gedruckten Implantaten zusammenzusetzen und damit bestimmte Verankerungs- oder Funktionsaufgaben zu erfüllen [14].

HERSTELLUNGSPRINZIPIEN

Für den 3D-Druck muss zunächst ein 3D-Bild datensatz (z. B. anatomische Struktur) von CT oder MRT in ein vom Drucker erkennbares Dateiformat z. B. das STL (Stereo-Lithographie) umgewandelt werden. In verschiedenen CAD (Computer Assisted Design) Programmen kann dann der 3D-Datensatz analysiert und weiterverarbeitet werden [1].

Im Gegensatz zu traditionellen, das Rohmaterial abtragenden Bearbeitungstechniken (sägen, fräsen, bohren, meißeln etc.), arbeiten 3D-Drucker „additiv“, das heißt Objekte werden Schicht für Schicht aufgebaut.

MATERIALIEN

Das Ausgangsmaterial für den 3D-Druck wird je nach Anwendungsfall gewählt und den jeweiligen Bedingungen und Aufgaben angepasst und liegt z. B. in Pulverform oder vorgeformt (Spule) vor. Der Drucker fügt nach Fertigstellung einer Schicht eine neue Schicht hinzu, in dem das Ausgangssubstrat, kontrolliert nach den planerischen Vorgaben, aufgeschmolzen wird. Der Zyklus wird fortgesetzt, bis das gesamte Modell erzeugt ist.

Als Ausgangssubstrat werden unterschiedliche Substanzen (Kunststoffe, Metalle) mit verschiedenen physikalischen (Festigkeit, Steifigkeit, Verhalten bei Dampfsterilisation), chemischen (Bindungseigenschaften) und biologischen Eigenschaften (Resorbierbarkeit) verwendet werden [20].

ANWENDUNGSENTWICKLUNG

Mit dem 3D-Druck lassen sich patientenspezifische Modelle, Werkzeuge, Implantate und andere Strukturen kostengünstiger und geometrisch komplexer herstellen als mit herkömmlichen Prozessen. Mit dem 3D-Druck lassen sich z. B. auch hinter-schnittene Formen oder Konstrukte herstellen. Feste und poröse Abschnitte können extrem variabel gestaltet werden um optimale Festigkeit für die Lösung der gestellten Aufgaben zu gewährleisten [13].

Ursprünglich wurde der 3D-Druck eingesetzt, um hochkomplexe, seltene und schwierige, anders nicht oder kaum lösbare Probleme zu adressieren. Dieser Ansatz weicht mehr und mehr einem zunehmend breiteren Einsatz auch bei weniger komplexen oder schwierigen Szenarien. Es ist zu erwarten, dass damit Kosten und Aufwand für Planung, Herstellung und Einsatz weiter sinken werden. Damit wird auch der Einsatz zu Lehr- und Ausbildungszwecken weiter erleichtert [13].

3D MODELLE VERBESSERTEN GEOMETRIEVERSTÄNDNIS

Die Anwendung von 3D-Druck Modellen in der Unfallchirurgie begann mit dem Wunsch, komplexe Frakturmuster realitätsnäher darzustellen als dies mit rein virtueller Darstellung auf einem Computerbildschirm möglich ist. Es wird vielfach postuliert, dass 3D-Druckmodelle neben der optischen Analyse auch eine taktile Erfassung der unterschiedlichen Geometriekomponenten und damit ein besseres Verständnis der Verletzung, bessere Planung, bessere operative Versorgung und bessere Ergebnisse erlauben [20].

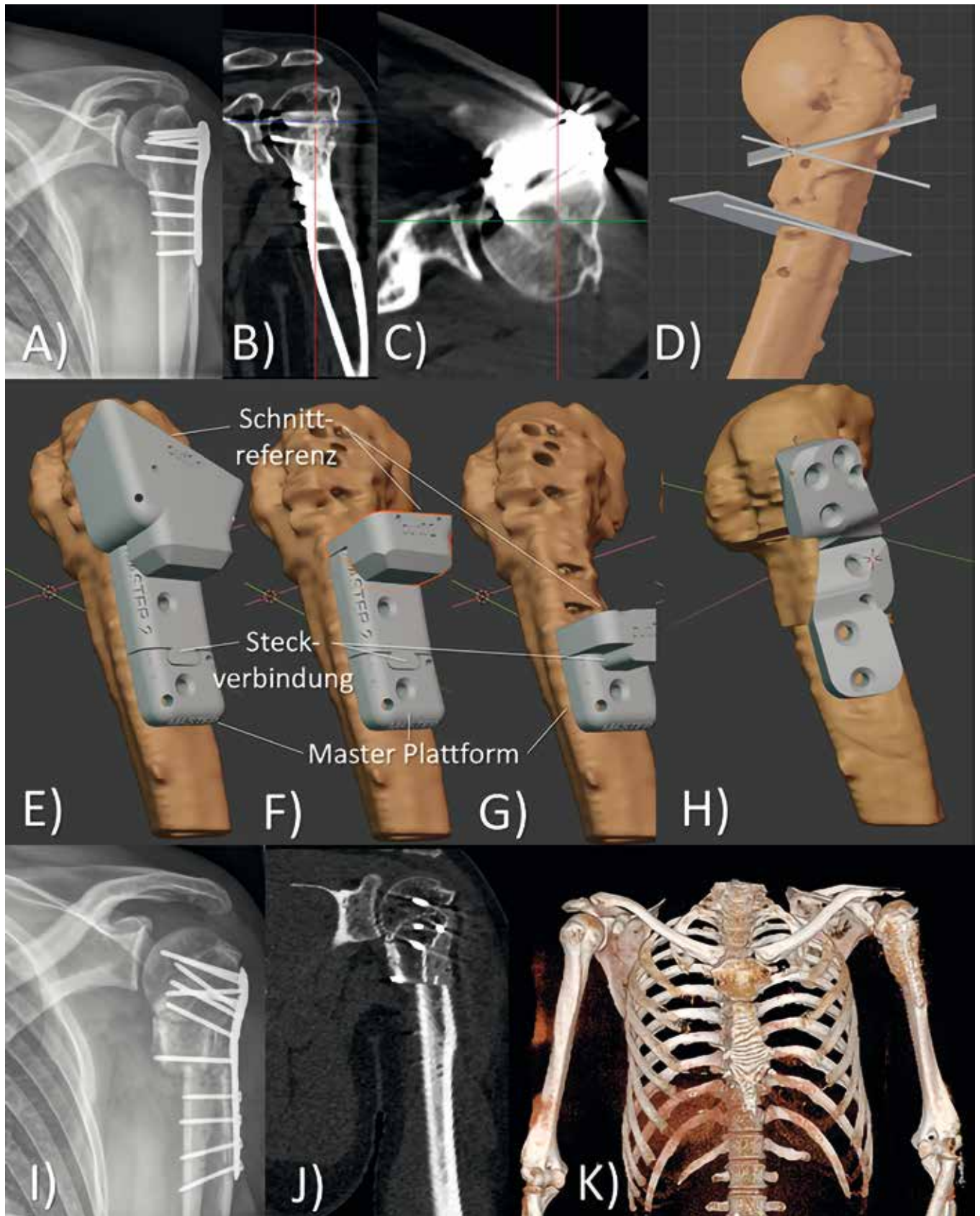


Abb. 1: Klinisches Beispiel einer 3D-Druck-Template-gestützten Navigation; A-C) Fehlstellung bei einem 35-jährigen Patient mit kombinierter Varus- und Torsionsfehlstellung und schmerzhafter Bewegungseinschränkung nach auswärtiger Plattenosteosynthese. D) Präoperative Planung mit mehreren Osteotomieebenen (Perfusionserhalt Humeruskopf). E-G) Virtuelles Aufbringen der Master-Plattform und der drei verschiedenen Sägereferenzen (Cut 1–3), die auf die Basisplattform aufgesteckt werden. H) Repositionswerkzeug. I) Postoperative C-Armkontrolle zeigt achsengerichte Korrektur, J) gute Kongruenz und auch im Seitenvergleich zufriedenstellende Wiederherstellung von Symmetrie und Bewegungsumfang.

SPIEGELUNG DER KONTRALATERALEN GEOMETRIE

Bei der Wiederherstellung komplexer Geometrien im Schaft- und Gelenkbereich wird häufig die Gegenseite zum Vergleich herangezogen. Es wird häufig vorausgesetzt, dass das Skelett vollständig symmetrisch angelegt ist und als Muster für verletzte oder zerstörte Strukturen dienen kann. Das gilt aber nur mit gewissen Einschränkungen [17].

Für die femorale Torsion liegen ebenfalls eine Reihe von Untersuchungen vor, die ein hohes Maß an intraindividuellem Symmetrie aber hohe interindividuelle Varianz zeigen [2, 4, 7].

Für die intraartikulären Abschnitte dieser Knochen liegen bislang keine anatomischen Analysen vor. Hier ist im eigenen Vorgehen die Spiegelung mangels anderer Alternativen nach wie vor die beste Option für die Definition des Wiederherstellungsziels.

REPOSITIONSFIXATEURE

3D gedruckte Konstrukte können auch erfolgreich bei geschlossenen Verfahren zur nicht-invasiven Manipulation von Frakturen eingesetzt werden, z. B. zur Behebung von Fehlstellungen nach Damage Control. Die Arbeitsgruppe um Omar publiziert 2017 ein an einem Kadaverknochen getestetes Konzept mit einem patientenspezifischen

3D gedruckten und anhand von bilateralen CT-Daten nach virtueller Frakturposition individuell geplanten Repositionsfixateur, der nur in der anatomischen Repositionsstellung der Fraktur auf die schon insitu befindlichen Schanzschrauben passt und damit die Fraktur reponiert [6, 7].

KNOCHENKLAMMERN

Mit in 3D-Drucktechnik spezifisch gefertigten resorbierbaren Knochenklammern oder Clips sind wenig invasive Knochenstabilisierungen möglich. Sie sind biokompatibel und könnten bei entsprechender mechanischer Festigkeit und Konfiguration bei bestimmten Fraktursituationen hilfreich sein [16].

WUNDAUFLAGEN UND GEWEBEERSATZ

In der regenerativen Medizin werden dreidimensionale Strukturen mit unterschiedlichen Materialien und Strukturen seit längerem untersucht und ständig weiterentwickelt. Bioprinting bezieht sich auf eine schichtbasierte Technologie, in der zellbasierte Materialien oder Zellen in bestimmter räumlicher Anordnungen auf einer Matrix aufgebracht werden.

Bioprints – mit unterschiedlichen Techniken hergestellt – werden zum Ersatz von Kornea oder Blutgefäßen intensiv beforscht und im

Bereich der Haut bereits erfolgreich eingesetzt. Bei anderen Geweben stellen Vaskularisierung und Biointegration die größten biologischen Herausforderungen dar, die nur inter- und multidisziplinär (Materialwissenschaftlern, Gewebeingenieuren, Chirurgen) gelöst werden können [20].

KNOCHEN UND KNORPEL AUS DEM 3D-DRUCKER

Knochendefekte nach Trauma, Tumor, Degeneration und Infektion stellen in der muskuloskeletalen Chirurgie ein großes, bislang wenig befriedigend gelöstes Problem dar. Hier könnte der 3D-Druck von Knochenersatzmaterialien eine Lösung darstellen, da die bisherigen Ansätze mit unterschiedlichsten Materialien und Strukturen bislang nicht in der Lage waren, autologen Knochen qualitativ vollständig zu ersetzen. Hier könnten 3D-gedruckte bioaktive Verbundwerkstoffe wie Polymere, Hydrogele, Metalle, Keramik und Bio-Glas) die bisherigen Limitierungen überwinden [21].

Noch komplexer ist die Situation am Knorpel. Aber erste Versuche konnten zeigen, dass es möglich ist, ein mehrschichtiges Verbundgerüst aus Knorpel, Knochen und kalzifizierten Schichten mit 3D-Druck zu erzeugen, die den anatomischen Aufbau des Knochens in einigen wichtigen Aspekten nachahmt. Dabei werden u. a. ausgefeilte thermisch induzierte Kristallisationstechniken verwendet. Der anatomie- und physiologienahen Schichtaufbau konnte in Mikro-CTs nachgewiesen werden [5].

STÜTZVERBÄNDE, EXOPROTHESEN UND AKTIVE EXOSKELETTE

Patientenspezifisch im 3D-Druck gefertigte Handgelenkschienen als Gipsersatz sind mit hoher Passgenauigkeit, geringem Gewicht, leichter Pflege und hoher Luft- und Sichtdurchlässigkeit seit längerem bekannt [10].

Ebenso wie Stützverbände können patientenspezifische Exoprothesenschäfte für Zustände nach Amputation an der unteren und oberen Extremität mit 3D-Drucktechniken einfach und schnell mit hoher

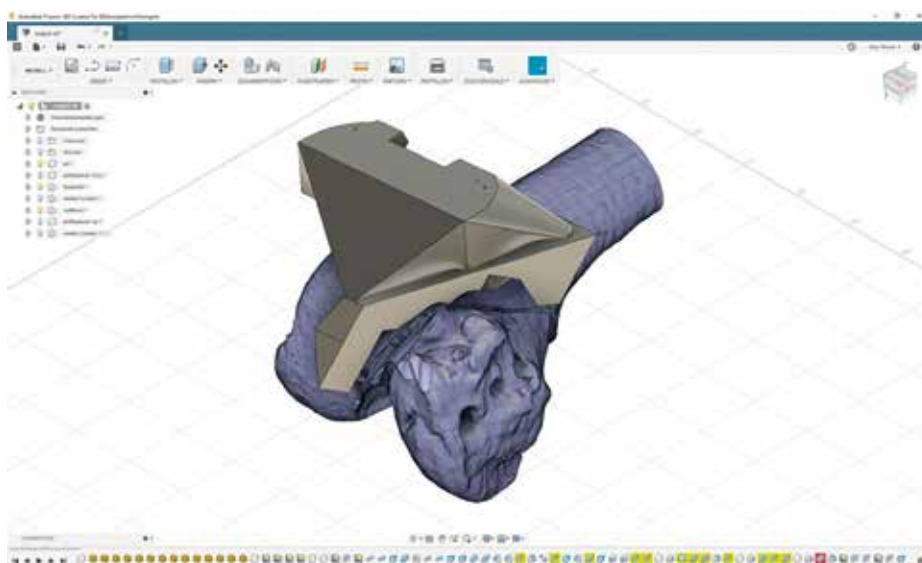


Abb. 2: Klinisches Beispiel einer 3D-Druck Template gestützten Navigation

Passgenauigkeit und geringen Kosten hergestellt werden [19]. Die Kombination von Rapid Prototyping und Robotertechnologien hat die Herstellung von funktionalen bionischen Prothesen ermöglicht [20].

iGrab ist ein 3D-gedrucktes, leichtes Exoskelett, das auf Twisted und Coiled Polymer (TCP) Muskeln basiert, die leicht sind, ein hohes Kraft-Masse Verhältnis aufweisen soll und z. B. als Hilfe bei Schlaganfall Patienten gedacht ist. Mit silberbeschichteten Nylonfäden wurden Aktuatoren entwickelt, die elektrothermisch betätigt werden können [11].

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Auf der der ganzen Welt haben Ingenieure, Wissenschaftler und Chirurgen erkannt, dass sich mit 3D-Drucktechnologie insbesondere im Bereich der muskuloskelettalen Chirurgie ganz neue, bislang ungeahnte Gestaltungsmöglichkeiten für patientenspezifische Anwendungen wie Frakturmodelle, Repositionshilfen, Bohr- und Schnittlehren, Implantate, Orthesen und Prothesen bis hin zu 3D-Bioprinting von Knochen- und Knorpelgeweben u. v. a. mehr ergeben. Diese Entwicklung wird durch die rasante Zunahme an Veröffentlichungen im Zusammenhang mit 3D-Druck in der

muskuloskelettalen Chirurgie im Allgemeinen und in der Unfallchirurgie im Besonderen belegt. Es ist zu erwarten, dass diese Entwicklung weiter rasant voranschreiten wird.

DANKSAGUNG

Dank gilt den Mitarbeitern des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie und den Mitarbeitern der Klinik für Kinderchirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover.

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

AKIC

54. Akademie für Kinderchirurgie

der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie und der Schweizerischen Gesellschaft für Kinderchirurgie

08. und 09. November 2019

Congress Center Rosengarten, Mannheim

Hauptthema: Kindertraumatologie

Tagungsbüro

event lab. GmbH
Richard-Lehmann-Str. 12
04275 Leipzig

Tagungsleitung

Prof. Dr. Dr. h.c. Lucas M. Wessel
Direktor der Kinderchirurgischen Klinik
Universitätsmedizin Mannheim



www.akic2019.de

RENOWNED SPECIALISTS FROM ALL OVER THE WORLD PRESENT NEW INSIGHTS INTO DISEASES OF THE PANCREAS AND THEIR TREATMENT AT THE 3RD FORUM

**REGISTER TO ATTEND
06 – 07 FEBRUARY 2020
BERN, SWITZERLAND**

WORLDPANCREASFORUM.COM



**WORLD
PANCREAS
FORUM**



Webinar-Termin im Oktober 2019: S3-Leitlinie „Gallensteine“

**Webinar S3-Leitlinie
„Gallensteine“**
17.10.2019, 18:00 Uhr
www.bdc-webinare.de



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

Seit September 2017 gibt es die BDC|Webinare (www.bdc-webinare.de). Bisher wurden auf der Plattform insgesamt 22 Leitlinien von Experten erfolgreich vorgestellt und besprochen. Jeden Monat wird von einem 45-minütigen Webinar eine chirurgisch relevante Leitlinie in ihren Grundzügen vorgestellt. Anschließend kann mit dem Referenten und anderen Teilnehmern via Chat diskutiert werden, selbstverständlich kostenfrei für alle BDC-Mitglieder. Und jede Teilnahme

wird in der Regel mit zwei CME-Punkten zertifiziert.

WEBINARE IM ARCHIV ABRUFEN

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

GEPLANTE WEBINARE 2019

- 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
- S2k-Leitlinie „Typ B Aortendissektion“, Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen, 30.01.2020, 18:00 Uhr

www.bdc-webinare.de

Exklusives Mitglieder-Angebot

e.Med Interdisziplinär für Mitglieder von BDC und DGCH

statt 499 €
399 €

- Zugriff auf alle Fachzeitschriften-inhalte auf SpringerMedizin.de
- Zugang zu allen CME-Fortbildungen
- Der Chirurg oder eine gedruckte Zeitschrift Ihrer Wahl per Postversand



Sie wollen nur die Fachzeitschrift abonnieren? Jetzt zugreifen und als Mitglied bis zu 50% sparen!



Jetzt Angebot sichern!



Für BDC-Mitglieder
bit.ly/eMed-BDC



Für DGCH-Mitglieder
bit.ly/eMed-DGCH



© iStock/alvarez

Safety Clip: Es gibt nicht immer nur ein Opfer – die Second Victims im Gesundheitswesen

Passieren folgenreiche Fehler in der Patientenversorgung, kann es neben dem eigentlichen Opfer, dem betroffenen Patienten, auch weitere Opfer, nämlich die beteiligten Mitarbeitenden geben. Die involvierten Mitarbeitenden können nach Behandlungsfehlern oder kritischen Zwischenfällen selbst ein psychisches Leid entwickeln, das von vorübergehenden emotionalen Belastungen bis hin zur chronischen psychischen Erkrankung reichen kann. Sie werden zu zweiten Opfern des Ereignisses – den Second Victims.

Der Begriff Second Victim ist geprägt durch den Artikel von Prof. Albert Wu aus dem Jahr 2000 [11]. Darin wird dargestellt, wie ein junger Arzt durch einen fehlerhaften Vorgang am Patienten selbst emotional sehr belastet wird. Prof. Wu beschreibt den Begriff wie folgt: „Many errors are built into existing routines and devices, setting up the unwitting physician and patient for disaster. And, although patients are the first and obvious victims of mistakes, doctors are wounded by the same errors: they are the second victims.“



Pia Florentine Büxe
 Risikoberaterin
 GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
 mbH
 Ecclesiastraße 1–4
 32758 Detmold
 Pia.buexe@grb.de

Eine genauere Definition geben Scott und Kollegen [9]: „Second victims are healthcare providers who are involved in an unanticipated adverse patient event, in a medical error and/or a patient related injury and become victimized in the sense that the provider is traumatized by the event. Frequently, these individuals feel personally responsible for the patient outcome. Many feel as though they have failed the patient, second guessing their clinical skill and knowledge base.“

FOLGEN FÜR DIE ZWEITEN OPFER

In der Folge können sich bei den so Betroffenen neben akuten Belastungsreaktionen auch Symptome einer Traumatisierung, einer Depression oder einer Angststörung entwickeln. In einer Studie [10] mit mehr als 3.000 kanadischen und US-amerikanischen Ärzten zur Auswirkung von Behandlungsfehlern berichteten die Teilnehmer über Angst vor weiteren Fehlern (61 Prozent) und verlorenes Selbstvertrauen (44 Prozent), Schlafstörungen (42 Prozent), reduzierte Arbeitszufriedenheit (42 Prozent) und Angst vor Reputationsverlusten (13 Prozent). Nur 10 Prozent gaben an, von ihrer Einrichtung Unterstützung beim Umgang mit den psychologischen Folgen des Ereignisses erhalten zu haben.

Bis zu 19 Prozent der in einer Studie von Gazoni und Kollegen [4] untersuchten Second Victims berichten außerdem, sich nie ganz von dem Ereignis erholt zu haben.

HILFE UND PRÄVENTION

Ein fehlendes Unterstützungssystem für Betroffene nach einem kritischen Ereignis bei der Patientenversorgung kann langfristige

und schädliche Auswirkungen auf die Betreuungskompetenz für die Patienten haben [8, 5, 1, 7]. Um die Second Victims nach kritischen Ereignissen zu begleiten und der Entwicklung chronischer psychischer Problematiken entgegenzuwirken, sind folgende Maßnahmen in einer Einrichtung denkbar [8, 6]:

- Einführung fester Strukturen und Programme zur Betreuung der beteiligten Mitarbeiter nach kritischen Ereignissen, das „normalen Menschen helfen [soll], die nach höchst abnormalen Ereignissen normalen Stress erleben“ [2],
- Vielfältigkeit der angebotenen Programme, um sie individuell angepasst nutzen zu können (kurz- oder langfristige Dauer, Einzelbetreuung oder Möglichkeit des Gespräches/Austausches mit Kollegen/Peers, Vorhalten von Informationsmaterial),
- festgelegte Regelungen zu Dienst und Freizeit nach einem kritischen Ereignis (Auszeit von der klinischen Tätigkeit ermöglichen),
- Entwicklung von Empfehlungen zur Vorgehensweise nach einem Zwischenfall (Struktur für Besprechungen und Dokumentation vorhalten),
- Verfahren zur Aufarbeitung der klinischen Entscheidungen (z. B. mit Root Cause and System Analysis).

Daneben erscheint es hilfreich, bereits präventiv tätig zu werden. Hier bieten sich einrichtungsinterne Fortbildungen zum Umgang mit kritischen Ereignissen und der Kommunikation in und während dieser Situationen an.

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

Büxe PF: Safety Clip: Es gibt nicht immer nur ein Opfer – die Second Victims im Gesundheitswesen. *Passion Chirurgie*. 2019 September, 9(09): Artikel 04_02.



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

A photograph of surgeons in an operating room, wearing blue scrubs, masks, and hairnets. One surgeon in the foreground is holding a surgical instrument. The image has a blue color cast.

EINSCHNITT

chirurgIn-werden.de

Wage den Schnitt!

BDC|Umfrageergebnisse

ENTWICKLUNG DER VERSICHERUNGSPRÄMIEN FÜR NIEDERGEGLASSENE CHIRURGEN UND BELEGÄRZTE



Dirk Farghal

Stellv. Leiter des Themen-Referates
„Niedergelassene“ im BDC
Arbeitsgemeinschaft der Beleg- und
Kooperationsärzte (AG BeKo) im BDC
Chirurgische Praxis am Hauptbahnhof
Bahnhofsplatz 9
97424 Schweinfurt
dirk.farghal@t-online.de



Dr. med. Peter Kalbe

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

Kalbe P: Umsetzung des TSVG – Konsequenzen
für niedergelassene Chirurgen. Passion Chirurgie.
2019 September, 9(09): Artikel 04_08.



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

Seit ca. zwei Jahren beobachten wir in der Arbeitsgemeinschaft der Beleg- und Kooperationsärzte (AG BeKo) und im Referat der niedergelassenen Chirurgen des BDC einen Anstieg der Haftpflicht-Versicherungsprämien für niedergelassene Chirurgen und Belegärzte. Daher war es an der Zeit, dies mit einer Umfrage zu überprüfen.

Bereits zweimal hat sich die Arbeitsgemeinschaft der Beleg- und Kooperationsärzte (AG BeKo) mit dem Thema der steigenden Versicherungsprämien beschäftigt. Auch auf dem Bundeskongress für Chirurgie in Nürnberg 2019 wurde das Problem von uns thematisiert. Ende 2018 starteten wir zusammen mit unserem Kooperationspartner, der ECCLESIA, eine Umfrage zur Entwicklung der Versicherungsprämien für niedergelassene Chirurgen und Belegärzte.

Durch die Geschäftsstelle des BDC wurden alle niedergelassenen Chirurgen, Belegärzte

und Kooperationsärzte, die im BDC Mitglied sind, per E-Mail gebeten, an der Umfrage teilzunehmen. 271 Antworten sind danach über die Online-Befragung eingegangen. Die Ergebnisse werden hier dargestellt und erläutert, wobei fehlende Prozent-Angaben durch Rundungsdifferenzen und teilweise fehlende Angaben begründet sind.

Vorweg: Die Einzelpraxis ist mitnichten am Ende, 40,7 % der Antwortenden geben an in einer Einzelpraxis tätig zu sein, 58,2 % in einer Berufsausübungsgemeinschaft. 75,4 % sind im Krankenhaus in der Chirurgie tätig und nur 14,5 % in einer Orthopädie eingesetzt. In beiden Abteilungen arbeiten 10,1 % der Befragten. (Abb. 1) Von den mit einem Krankenhaus kooperierenden sind fast die Hälfte (49,4%) nur ambulant am Krankenhaus tätig. 19,5 % sind Belegärzte, 17,6 % haben einen Kooperationsvertrag, 15,7 % sind im Rahmen eines Kooperationsvertrages am Krankenhaus angestellt. 8,2 %



haben sonstige Kooperationen mit einem Krankenhaus.

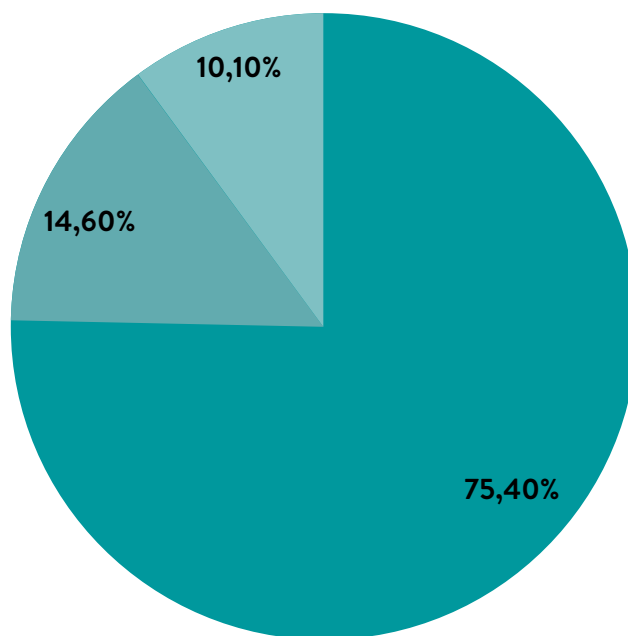
Belegärzte haben in der Mehrzahl (63,6 %) zwischen ein und fünf Belegbetten. Dies ist eine wichtige Grenze, da bei mehr als fünf Betten die Versicherungsprämien deutlich steigen. Immerhin 36,4 % der Belegärzte haben mehr als fünf Betten.

Bei Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) arbeiten im Durchschnitt drei Ärzte auf zwei vollen Kassensitzen und durchschnittlich ist ein Arzt angestellt. Niedergelassene Chirurgen, welche an einem Krankenhaus arbeiten, sind in der Mehrzahl (56,7 %) über ihre eigene Haftpflichtversicherung abgesichert, 31,5 % über die Haftpflichtversicherung des Krankenhauses. (**Abb. 2**).

Die durchschnittliche Prämie für die Haftpflichtversicherung beträgt bei zusätzlicher Tätigkeit am Krankenhaus für eine Einzelpraxis 5.225 Euro und für eine Berufsausübungsgemeinschaft 10.207 Euro. Der durchschnittliche Beitrag für eine ambulante konservative Praxis beläuft sich auf 1.724 Euro und eine Praxis mit ambulanten Operationen zahlt im Durchschnitt 4.642 Euro im Jahr. Somit scheint das größte Risiko für die Versicherung die operative Tätigkeit zu sein und relativ gering die zusätzliche Arbeit am Krankenhaus. Dies mag daran liegen, dass die Krankenhaustätigkeit zumindest teilweise über deren Haftpflichtversicherung abgedeckt wird.

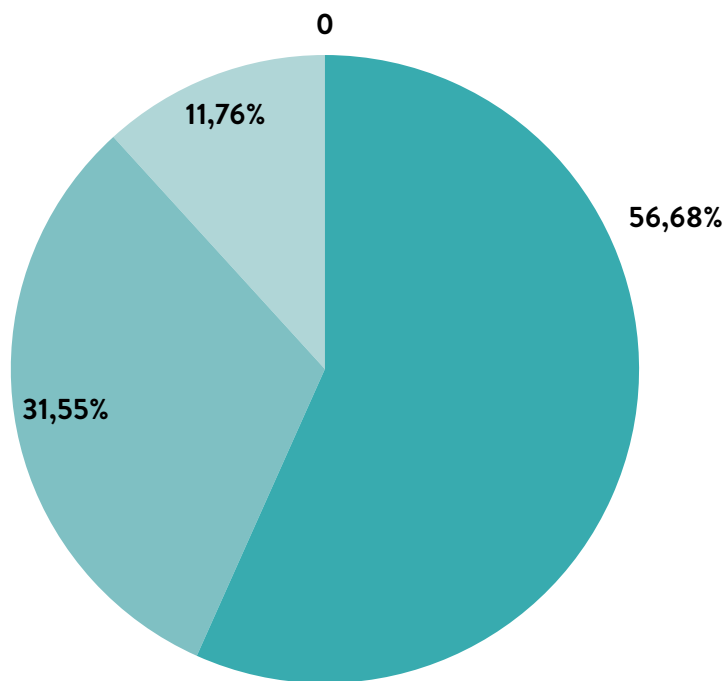
Mehr als 60 % nutzen einen Gruppenversicherungstarif, der meist deutlich günstiger ist als freie Verträge. 95 % der Verträge haben keine feste Laufzeit ohne Prämiensteigerung.

Die Mehrzahl aller Chirurgen (62,6 %) hat eine Police für ambulante Tätigkeit mit ambulanten Operationen. Rund ein Drittel der niedergelassenen Chirurgen (31,1 %) sind für die ambulante und stationäre Leistungserbringung abgesichert. (**Abb. 3**) In allen Verträgen sind weitere Tätigkeiten wie Notarzt, Gutachten und/oder in begrenztem Umfang auch kleinere kosmetische Eingriffe mitversichert.



■ Chirurgie ■ Orthopädie ■ Beides (stationär)

Abb. 1: Frage 2 der Umfrage „In welchem Fachgebiet sind Sie niedergelassen oder erbringen stationäre Krankenhausleistungen (Honorar-/Konsiliar-/Kooperationsarzt)?“ (n = 268)



■ Über die eigene Haftpflichtversicherung
■ Über die Haftpflichtversicherung des Krankenhauses
■ Sonstiges (bitte angeben)

Abb. 2: Frage 10 der Umfrage „Wie sind Sie im Rahmen Ihrer Tätigkeit im Krankenhaus haftpflichtversichert?“ (n = 187)

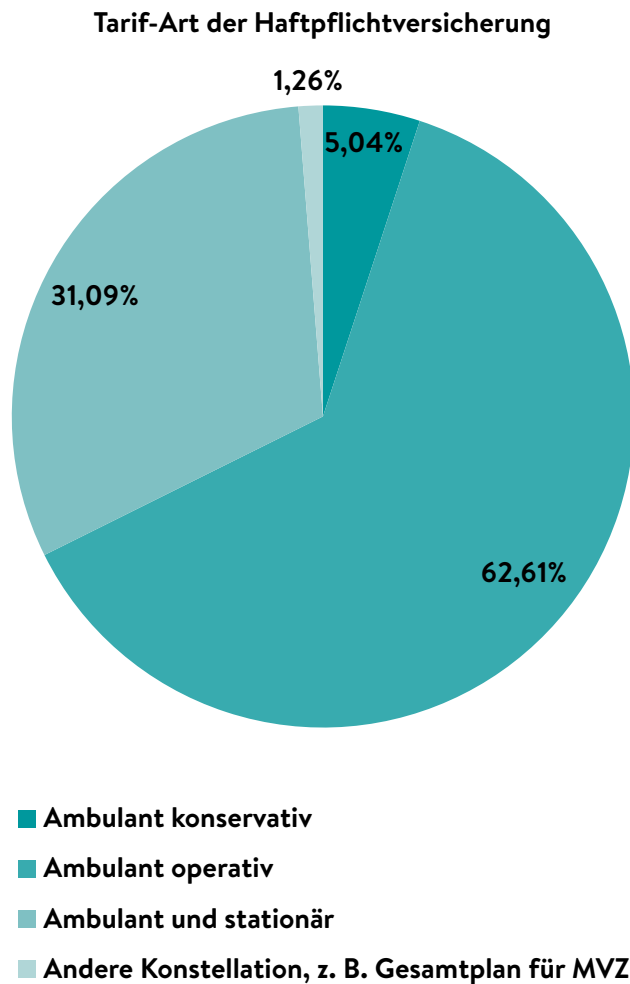


Abb. 3: Frage 17 der Umfrage „In welcher Tarif-Art sind Sie gegen Haftpflicht versichert (Stichtag 1.1.2018)?“ (n = 238)

Zweidrittel der Befragten haben eine Summe von weniger als 5 Millionen Euro bis maximal 7,5 Millionen Euro abgesichert. Hier besteht ein dringender Beratungsbedarf, da somit viele Verträge eine massive Unterdeckung aufweisen. (Abb. 4)

Einen Versicherer zu finden, war für immerhin 20 % der BDC-Befragten ein Problem. Hier entwickelt sich ein ernstes Problem. Der BDC wird dies zusammen mit der ECCLESIA weiter beobachten. Hier kann möglicherweise im Einzelfall ein Gruppenversicherungsvertrag über den Berufsverband einen Ausweg darstellen. Bei 73 % der Versicherten ist es in den letzten fünf Jahren zu Prämiensteigerung gekommen. Interessant ist auch, dass die Mehrheit, rund 60 %, mindestens einmal seit 2013 mit einem Haftpflichtschaden konfrontiert war oder ist, aber nur 31 % von ihrer Versicherung informiert wurden, dass deswegen eine Rückstellung veranlasst wurde. Aber die Hälfte aller Chirurgen in der Niederlassung gibt an, dies an einer Prämiensteigerung bemerkt zu haben. Somit kann festgestellt werden, dass ein Haftpflichtschaden, zumindest die Meldung mit nachfolgender Bildung einer Rückstellung

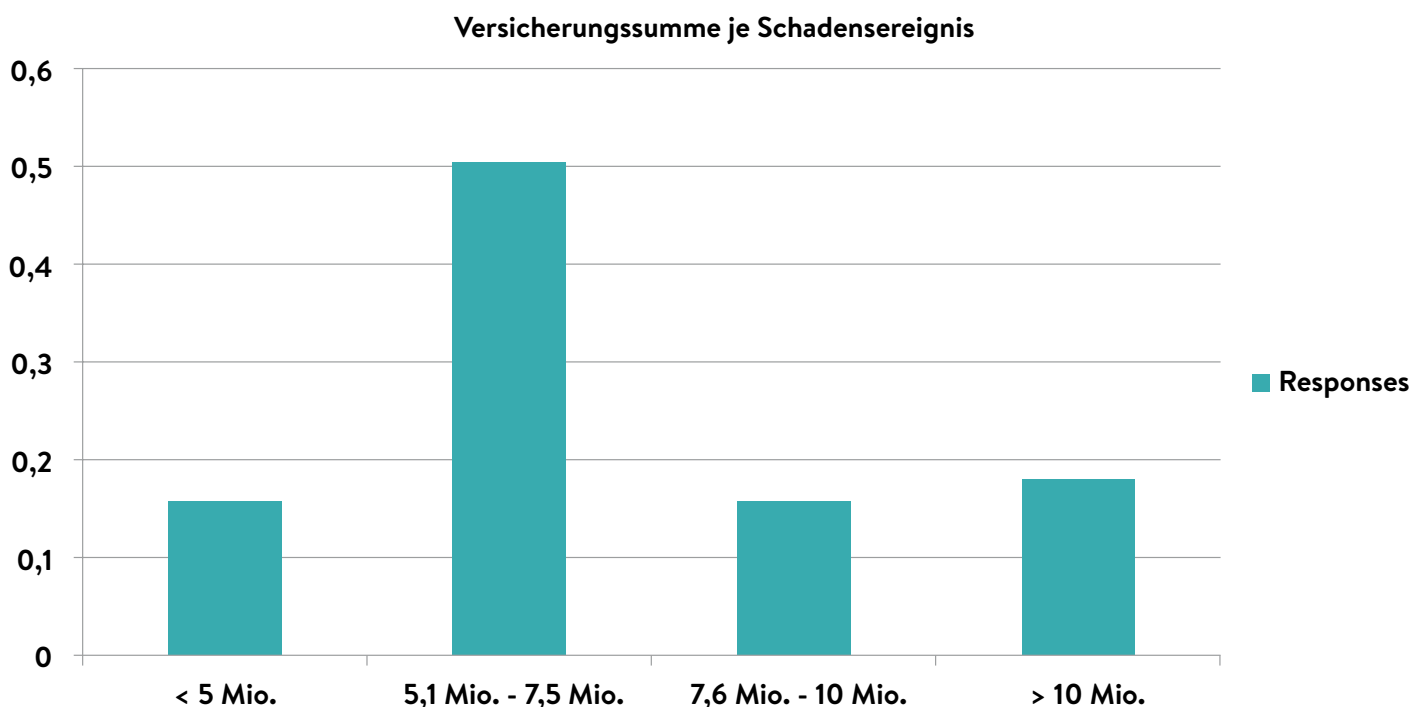


Abb. 4: Frage 19 der Umfrage „Wie hoch ist die Versicherungssumme je Schadensereignis? In Mio. Euro“ (n = 222)

beim Versicherer, im Laufe des Berufslebens sehr wahrscheinlich ist und vermutlich zunehmen wird.

Dazu konnte der BDC in Kooperation mit seinem Versicherungs-Partner erreichen, dass Schadensmeldungen zunächst einer internen rechtlichen Bewertung durch die ECCLESIA unterzogen werden. Somit führt nicht jede Schadensmeldung automatisch zu einer Rückstellung durch den Versicherer und vermeidet unter Umständen Prämienanhebungen.

Zum Schluss der Umfrage konnten die Kolleginnen und Kollegen freie Kommentare einbringen. Dabei wurde mehrfach bestätigt, für wie wichtig das Engagement des BDC für einen bezahlbaren Gruppenvertrag erachtet wird. Immerhin sieben Kollegen geben Versicherungsprämien von mehr als 10.000 Euro an. Wir haben bei der Konzeption der Umfrage leider übersehen, dass derartig hohe Prämien vorkommen können, wenn eine große BAG insgesamt versichert ist oder bei operativen Spezialitäten. So haben zwei Chirurgen Versicherungsprämien von über

20.000 Euro und ein Kollege als plastischer Chirurg sogar 43.000 Euro. Es ist unbedingt erforderlich, dass die steigenden Haftpflichtprämien und damit die steigenden Praxiskosten bei den EBM-Bewertungen berücksichtigt werden.

Wer sich zu diesem Thema weiter informieren und vielleicht mitdiskutieren möchte, sei herzlichst zum Gemeinsamen Bundeskongress Chirurgie im Februar 2020 in Nürnberg eingeladen. Dort wird dies Thema in der Sitzung der Arbeitsgemeinschaft Beleg- und Kooperationsärzte des BDC sein.

Insgesamt zeigt unsere Umfrage die Brisanz des Themas Berufshaftpflichtversicherung und dass sich niedergelassene Chirurgen mit dieser Thematik unbedingt auseinandersetzen müssen. Der BDC empfiehlt daher dringend, regelmäßig den Status der Berufshaftpflichtversicherung zu überprüfen. Dabei sollten aktuell vor allem folgende Aspekte überprüft werden:

- Ist die Versicherungssumme noch ausreichend? (Es wird aktuell empfohlen, mindestens 7,5 Millionen € abzuschließen)
- Kann in Berufsausübungsgemeinschaften eine günstigere Versicherungsprämie durch einen Wechsel von Einzel-Verträgen auf einen Gesamtvertrag für die BAG erzielt werden?

FRAGEN? BERATUNG NÖTIG?

Ecclesia Versicherungsdienst GmbH
BDC-Versicherungsservice
Klingenbergstraße 4
32758 Detmold

Kostenlose Servicenummer
Tel: 0800/60 360-30
Fax: 05231/60 360-6363



RECHT &
VERSICHERUNG

Versicherungs- angebote des BDC



Diese Leistungen sind in Ihrem BDC-Mitgliedsbeitrag erhalten:

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

Weitere Versicherungsangebote für BDC-Mitglieder über Rahmenverträge

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

NEU Versicherungsschutz für Berufseinsteiger

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

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

BDC-VERSICHERUNGSMAKLER ECCLESIA VERSICHERUNGSDIENST GMBH

BDC-Versicherungsservice

Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold

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

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de

Hygiene-Tipp: Ziehen der Hochvakuum-Saugdrainage als Infektionsrisiko



Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Zastrow

Chefarzt des Hygiene-Instituts der
REGIOMED-Kliniken Bayern/
Thüringen
Vorstandsmitglied der Deutschen
Gesellschaft für Krankenhaushygiene
(DGKH)
hygiene@drzastrow.de



Dr. med. Helmut Adler

Assistenzarzt im Hygieneinstitut der
REGIOMED-KLINIKEN Bayern/
Thüringen
Facharzt für Chirurgie/Notfallmedizin
Curriculärer Krankenhaushygieniker

Hochvakuum-Saugdrainagen werden ggf. nach chirurgischen Eingriffen subkutan eingebracht und sollen den postoperativen Verlauf der Heilung begünstigen. Durch das Absaugen von Blut und Wundsekret sowie den Andruck der Wundränder wird die Wundheilung beschleunigt. Die Drainage wird meistens postoperativ nach 48 bis 72 Stunden entfernt.

Die Vakuumflasche muss mehrfach täglich kontrolliert und der Füllungsstand protokolliert werden. Ist die Flasche voll oder zeigt an, dass kein Vakuum mehr vorhanden ist, muss sie gewechselt werden. Der Austausch der Flasche und das Entfernen der Drainage müssen unter aseptischen Bedingungen erfolgen.

Hierfür muss das Ende des Drainageschlauches beim Flaschenwechsel steril gehalten und vor der erneuten Verbindung mit der Drainageflasche nochmals mit einem alkoholischen Desinfektionsmittel desinfiziert werden.

Vor dem Wechsel der Flasche muss eine sorgfältige Händedesinfektion durchgeführt werden. Bevor die neue Flasche mit dem Drainageschlauch verbunden wird, muss überprüft werden, ob die Sogwirkung der Flasche intakt ist. Nach Anschluss der neuen Flasche muss geprüft werden, ob der erforderliche Sog auch aufrechterhalten wird.

Eine „Faustregel“ zum Ziehen von Hochvakuum-saugdrainagen lautet:

- Am 1. Tag kann sie,
- am 2. Tag sollte sie und
- am 3. Tag muss sie
... gezogen werden, es liegt also im Ermessen des behandelnden Arztes.

Da hier an der noch offenen Wunde gearbeitet wird, ist das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes erforderlich.

Vor dem Ziehen muss zuerst der sterile Wundverband abgenommen und die Austrittsstelle der Drainage desinfiziert werden. Nachdem die „Annaht“ entfernt wurde, kann der Arzt den Drainageschlauch umfassen und den Patienten auffordern tief ein- und auszuatmen. Während der Ausatmung kann der Schlauch bei immer noch bestehendem Sog gezogen werden. Der Sog wird dazu genutzt, das noch vorhandene Wundsekret abzusaugen und den „Wundkanal leerzuschlürfen“. Häufig wird angewiesen, den Sog vor dem Ziehen der Drainage zu beseitigen. Dieses Vorgehen begünstigt jedoch das Infektionsrisiko und sollte daher unterlassen werden. Zum Schluss wird die Wunde noch einmal gereinigt und mit sterilem Verbandmaterial verbunden.

Der Hygiene-Tipp gibt die Meinung der Autoren wieder.



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

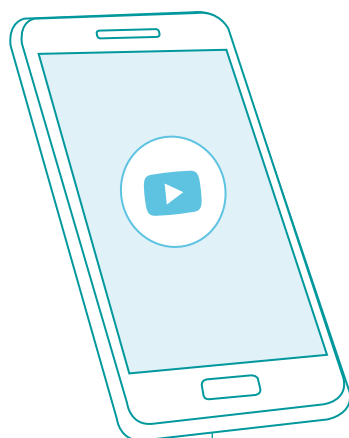


Zastrow KD, Adler H: Hygiene-Tipp:
Ziehen der Hochvakuum-Saugdrainage als
Infektionsrisiko. Passion Chirurgie. 2019
September; 9(09): Artikel 04_04.



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)

Rezension: Orthopädie und Unfallchirurgie essentials – Intensivkurs zur Weiterbildung



Orthopädie und Unfallchirurgie essentials – Intensivkurs zur Weiterbildung

Ruchholtz / Wirtz
3. Auflage 2019, Thieme Verlag
kartoniert, 872 Seiten, 1.231
Abbildungen
ISBN: 9783 1314 84437
129,99 Euro

Beim Verlag bestellen: <http://bit.ly/OUessentials>

Rezensenten:

Dr. med. Peter Kalbe
Vizepräsident des Berufsverbandes der
Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
Leiter des Themen-Referates
„Niedergelassene“ im BDC

Katja Tegtmeier

Praxis am Wall in Rinteln,
Gelenkzentrum Schaumburg
Josua-Stegmann-Wall 7
31737 Rinteln

Kalbe P, Tegtmeier K: Rezension: Orthopädie und Unfallchirurgie essentials – Intensivkurs zur Weiterbildung. *Passion Chirurgie*. 2019 September, 9(09): Artikel 04_05.

„Dieses Buch ist einfach genial.“ Das ist nicht die Beurteilung eines Unfallchirurgen, der schon fast 40 Jahre dabei ist, sondern die spontane Bewertung durch unsere angeestellte Fachärztin, die sich mit der zweiten Auflage dieses didaktisch optimalen Buchs intensiv und sehr erfolgreich auf die Facharztprüfung vorbereitet hat.

Ruchholtz als Unfallchirurg und Wirtz als Orthopäde haben mit Unterstützung durch zahlreiche Fachexperten das schon bisher sehr übersichtliche Werk vollständig überarbeitet und erweitert. Auf 872 Seiten mit zahlreichen Schemata, Röntgen-, CT- und MRT-Bildern und Schwarz-Weiß-Fotos werden die Grundlagen von „O+U“ übersichtlich und auf das Facharztwissen fokussiert dargestellt. Damit ist das Werk ideal sowohl als ständiger Begleiter während der Weiterbildung als auch als Repetitorium zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung. Hilfreich sind dazu vor allem die besonders hervorgehobenen Merktafeln und die Hinweise der Autoren auf bekannte und auch weniger bekannte Fallstricke in der

Diagnostik und Therapie. Das Buch ist aber auch für den Erfahrenen als kompaktes Nachschlagewerk zu den Basics des Fachs geeignet. Dies wird erleichtert durch ein umfangreiches Sachverzeichnis, aktualisierte Literaturangaben zu den einzelnen Kapiteln und den Zugriff auf die Online-Version.

Neu in der dritten Auflage sind die Kapitel „Geriatrische Orthopädie und Unfallchirurgie“ und „Extremitäten-Rekonstruktion“. Hinzugekommen sind auch äußerst hilfreiche Therapie-Algorithmen, z. B. zur Behandlung der Hüftdysplasie und des Klumpfußes im Kapitel „Kinderorthopädie“. Das Kapitel „Neurologische Erkrankungen“ wurde überarbeitet und erweitert. Bei der Begutachtung wurden tabellarische Empfehlungen zur prozentualen Einschätzung ergänzt.

129,99 Euro sind gut angelegt für ein Buch, das vor allem dann nicht in der Bibliothek fehlen sollte, wenn Studierende oder Weiterbildungsassistenten in der Einrichtung tätig sind.



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

Personalia



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

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

JULI 2019

Dr. med. Eduard Aspenleiter ist seit April 2019 Nachfolger von **PD Dr. med. Uwe Specht**, der nach über 25 Jahren seinen Posten als Chefarzt der Kinderchirurgie des Marienhaus-Klinikums Saarlouis niedergelegt hat und sich in den Ruhestand verabschiedete.

PD Dr. med. Nikos Emmanouilidis ist Chefarzt der Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie am St. Elisabeth-Hospital in Gütersloh. Zuvor war Emmanouilidis Oberarzt der Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie an der Medizinischen Hochschule Hannover.

Prof. Dr. med. Jürgen Ordemann, ehemals Oberarzt der Abteilung Adipositas und Metabolische Medizin am HELIOS Klinikum Berlin-Buch, ist seit dem 01.05.2019 Chefarzt des Zentrums für Adipositas und metabolische Chirurgie am Vivantes Klinikum Spandau in Berlin.

Dr. med. Harald Rieger ist seit Mai 2019 Sektionsleiter der Unfallchirurgie der Asklepios Stadtklinik Bad Tölz. Er wechselte von der Kreisklinik Wolftratshausen, wo er zuvor Leiter der Unfall- und orthopädischen Chirurgie war.

Dr. med. Frank Schönenberg ist neuer Chefarzt der Chirurgie am Franziskus-Krankenhaus Berlin und übernimmt damit auch die Leitung des „Deutschen Gefäßzentrums Berlin“. Er wechselte vom Sankt Gertrauden-Krankenhaus, wo **Dr. med. univ. Ioannis Thomas Passaloglou** die Position des Chefarztes der Gefäßchirurgie übernahm.

Dr. med. Franz-Josef Schumacher, ehemals Chefarzt der nun geschlossenen Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Katholischen Klinikum Oberhausen, wechselte an die Katholischen Kliniken Essen-Nord Philippsstift. Dort leitet er seit März 2019 die Allgemein- und Viszeralchirurgie. Sein Ziel ist die Zertifizierung seiner Klinik als

Darmkrebszentrum nach Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft.

Prof. Dr. med. Ulrich Stöckle wechselte zum 01. Mai 2019 als Chefarzt von der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik und Unfallchirurgischen Universitätsklinik an der Eberhard Karls Universität Tübingen nach Berlin an das Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie der Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow.

Prof. Dr. med. Ralf-Bodo Tröbs ist seit Mai 2019 Chefarzt der Kinderchirurgie am HELIOS Klinikum Duisburg. Er war zuvor Direktor der Klinik für Kinderchirurgie am Marienhospital Herne Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum.

Dr. med. Ralf Michael Wilke leitet seit April die Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie und Proktologie der Asklepios Kliniken Weißenfels.

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 1998 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.



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

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.

SEPTEMBER 2019

Jens Andrick ist Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Gefäßchirurgie und leitet seit Anfang Juli 2019 die Gefäßchirurgie des DRK Krankenhauses Neuwied.

PD Dr. med. Sven Eisold, Spezialist für Viszeralchirurgie, wechselte als Chefarzt von Bremen nach Stockach, wo er nun die Chirurgie am Krankenhaus Stockach leitet.

Dr. med. Matthias Evertz ist der neue Chefarzt der Klinik für Plastische und Handchirurgie am Städtischen Krankenhaus Pirmasens. Zu seinen Facharzt-Qualifikationen gehören Plastische und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie sowie Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie und Notfallmedizin.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Norbert P. Haas, Direktor emeritus Charité, bekam im Juni 2019 auf dem Kongress der European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology (EFORT) in Lissabon den EFORT Recognition Award für sein Lebenswerk verliehen.

Dr. med. Manfred Herr leitet seit Juni 2019 den Fachbereich Orthopädie mit Endoprothetik innerhalb der aus zwei Abteilungen neu formierten Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sporttraumatologie am Sana Klinikum Biberach.

Prof. Dr. med. Andreas Imdahl, Chefarzt der Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, hat zum 01. Juli 2019 das Amt des Ärztlichen Direktors der Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH übernommen.

Dr. med. Hendrik Keller ist neuer Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie am Städtischen Krankenhaus Nettetal.

Wolfgang Kockrow, Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie, ist neuer Chefarzt der Chirurgie am Krankenhaus Bad Arolsen und Nachfolger von **Dr. med. Peter Ahrens**, der sich in den Ruhestand verabschiedete.

PD Dr. med. habil. Henning Mothes, ehemals Oberarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie am Universitätsklinikum Jena, wechselte an das Sophien- und Hufeland-Klinikum in Weimar. Als Chefarzt leitet er seit Juli 2019 die dortige Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie.

Dr. med. Jörg Sauer ist seit Juni 2019 Direktor der Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie der Universitätsmedizin Essen im St. Josef Krankenhaus Essen-Werden.

Prof. Dr. med. Ulrich Steger, zuvor Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie am Mathias-Spital in Rheine, hat im Juli 2019 die Leitung der Allgemein- und Viszeralchirurgie des KWM Julius-Spital in Würzburg übernommen.

PD Dr. med. Jens Wallmichrath leitet seit dem 01.07.2019 die Abteilung Plastische und Ästhetische Chirurgie in der Urologischen Klinik München – Planegg. Seine Tätigkeit als Leiter der Dermatochirurgie des Städtisches Klinikum München führt der Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie und Handchirurgie weiter fort. ○



TSVG: Neue Sprechstundenzeiten

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), das am 11.05.2019 in Kraft getreten ist, wurden nicht unerhebliche Änderungen betreffend die vertragsärztliche Verpflichtung zum Angebot von Sprechstundenzeiten eingeführt.

ERHÖHUNG DER MINDESTSPRECHSTUNDENZEITEN

Zum einen wurde mit Neufassung des Wortlauts des § 19a Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV normiert, dass Vertragsärztinnen und -ärzte nunmehr mindestens 25 Stunden pro Woche Sprechstunden für GKV-Patienten bei vollem Versorgungsauftrag anbieten müssen. Sofern nur ein reduzierter Versorgungsauftrag besteht, gelten die neuen Zeiten für die Mindestsprechstunden selbstverständlich anteilig.

Diese Verpflichtung gilt grundsätzlich für alle Vertragsärzte unabhängig vom Fachgebiet. Ausgenommen hiervon sind nach § 17 Abs. 1b BMV-Ä weiterhin lediglich Anästhesisten und Belegärzte.

Damit wurde die Vorhaltung einer Mindestsprechstundenzeit erstmals im Sinne einer gesetzlichen Verpflichtung durch den Gesetzgeber festgelegt. Bisher wurde dies nämlich lediglich auf der Selbstverwaltungsebene durch die Bundesmantelvertragspartner vereinbart.

Das Gesetz sieht gemäß der Neuregelung in § 19a Abs. 1 S. 5 Ärzte-ZV ausdrücklich vor, dass Besuchszeiten für Hausbesuche auf die Mindestsprechstundenzeiten angerechnet werden. Die Einzelheiten zur angemessenen Anrechnung der Besuchszeiten auf die



Dr. jur. Jörg Heberer

Justitiar des BDC

Rechtsanwalt und Fachanwalt für

Medizinrecht

justitiar@bdc.de

neue Mindestsprechstundenzeit müssen bis 31.08.2019 durch die BMV-Ä-Vertragspartner bestimmt werden.

Es stellt sich deshalb die Frage, wie mit den sonstigen, durch einen Vertragsarzt üblicherweise zusätzlich geleisteten Arbeitszeiten, wie beispielsweise Bereitschaftsdienste, belegärztliche Tätigkeiten oder die Durchführung ambulanter Operationen, zu verfahren ist.

Eine gesetzliche Legaldefinition der Sprechstundenzeit gibt es nicht und auch nunmehr hat der Gesetzgeber es versäumt, eine eindeutige Klarstellung zu schaffen. Aus Sicht des Verfassers werden jedoch nach überwiegender Meinung Tätigkeiten wie der Bereitschaftsdienst, für Privat- oder BG-Patienten, die belegärztliche Tätigkeit, fachspezifische Untersuchungen und ambulante Operationen, der Besuch von Fortbildungsveranstaltungen, Dokumentationspflichten, Praxismanagement etc. nicht den Sprechstundenzeiten zugerechnet. Lediglich Tätigkeiten im Rahmen eines Vertrages nach den §§ 73b, 73c oder 140 SGB V dürften hiervon umfasst sein (vgl. *Düring* in: Schallen, Zulassungsverordnung, C.F. Müller, 9. Aufl. 2018, § 19a Rn. 6).

Da dies allerdings bereits auch bei den bisherigen Mindestsprechstundenzeiten galt, ist derzeit aus juristischer Sicht keine erfolversprechende Möglichkeit ersichtlich, insbesondere nachdem der Gesetzgeber lediglich ausdrücklich die Hausbesuche als auf die Sprechstundenzeiten anrechenbar bestimmt hat, die vorgenannten Tätigkeiten in die Berechnung der neuen Sprechstundenzeiten miteinzubeziehen. Vertragsärzte müssen diese Tätigkeiten somit außerhalb der Mindestsprechstundenzeiten erbringen, was aufgrund der Erhöhung der Sprechstundenzeiten zu einer Ausweitung der wöchentlichen Gesamtarbeitszeit führen wird.

ANGEBOT EINER OFFENEN SPRECHSTUNDE

Zum anderen wird mit dem TSVG in § 19a Abs. 1 S. 3 Ärzte-ZV die neue Verpflichtung eingeführt, dass an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärzte, die

insbesondere den Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, mindestens fünf Stunden pro Woche als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten müssen. Auch hier gilt, dass bei einem reduzierten Versorgungsauftrag die Zeiten anteilig zu berechnen sind.

KBV und GKV-Spitzenverband haben nunmehr Mitte Juni 2019 im Bewertungsausschuss festgelegt, für welche Arztgruppen eine Verpflichtung zum Angebot einer offenen Sprechstunde besteht. Dies sind Chirurgen, Augenärzte, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Hautärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Nervenärzte, Neurologen, Orthopäden, Psychiater und Urologen. Die Umsetzung im Bundesmantelvertrag steht allerdings noch aus.

Die Bundesmantelvertragspartner haben in der Sitzung Mitte Juni ferner bestimmt, dass ab 01.09.2019 bis zu fünf offene Sprechstunden je Woche extrabudgetär abgerechnet werden können.

Hinsichtlich der Verteilung der Zeiten für die offenen Sprechstunden gibt das Gesetz den Bundesmantelvertragspartnern lediglich die Möglichkeit, Regelungen im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) zu treffen. Von dieser Möglichkeit muss aber aufgrund der Ausgestaltung der Vorschrift als Kann-Vorschrift kein Gebrauch gemacht werden. Es muss deshalb abgewartet werden, inwieweit hierzu weitere Vorgaben gemacht werden.

STELLUNGNAHME

Ob mit diesen Änderungen die durch das TSVG angestrebten Ziele erreicht werden, den gesetzlich versicherten Patienten einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu verschaffen, insbesondere Wartezeiten auf einen Termin zu verkürzen, muss erheblich bezweifelt werden. Denn Vertragsärzte arbeiten nach Aussage der KBV ohnehin bereits durchschnittlich 52 Stunden pro Woche, sodass deren Wochenarbeitszeit hierdurch ausgedehnt werden wird, wenn nicht sonstige Tätigkeiten, wie beispielsweise das ambulante Operieren oder die belegärztliche Tätigkeit im Gegenzug

Heberer J: TSVG: Neue Sprechstundenzeiten.
Passion Chirurgie. 2019 September, 9(09): Artikel
04_07.



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

eingeschränkt werden. Welche Konsequenzen dies sowohl für die Patientenversorgung als auch für den einzelnen Vertragsarzt, insbesondere wirtschaftlicher Art, haben wird, ist derzeit nicht abschätzbar.

Allein die finanziellen Aufwendungen eines Vertragsarztes für die Ankündigung der neuen Sprechstundenzeiten durch Änderung des Praxisschildes, von Visitenkarten, Terminezetteln oder Ähnlichem, könnten unter Umständen tatsächlich nicht ganz unerheblich sein, auch wenn die Gesetzesbegründung von einem lediglich geringfügigen Erfüllungsaufwand für die Praxisorganisation ausgeht. Eine Entschädigung des Vertragsarztes sieht das Gesetz aus Sicht des Verfassers jedenfalls nicht vor, sodass diese Kosten nach derzeitigem Stand von ihm selbst zu tragen sind.

Die nach Ansicht des Verfassers maßgeblichen Gründe für lange Wartezeiten auf einen Termin im Bereich der GKV, nämlich die Budgetierung sowie der erhebliche Bürokratieaufwand, der vielmehr zur Umsetzung der Neuregelungen vermutlich weiter zunehmen wird, wurden hingegen nicht beseitigt.

Aus juristischer Sicht liegt durch diese Neuregelungen ein maßgeblicher Eingriff in die

Praxisorganisation und Arbeitszeitgestaltung und damit zum einen in die Freiberuflichkeit der Vertragsärzte vor. Zum anderen wird durch die erfolgte Festlegung der Mindestsprechstundenzeit durch den Gesetzgeber nunmehr in der Ärzte-ZV in die gemeinsame Selbstverwaltung eingegriffen, da dies hiermit der Regelungskompetenz der Selbstverwaltungspartner des BMV-Ä entzogen wird.

Grundsätzlich kann gegen die Neuregelungen in § 19a Abs. 1 S. 1, 3 Ärzte-ZV mit der Verfassungsbeschwerde vorgegangen werden, da dieses Bundesrecht und damit ein formelles Gesetz darstellen. Mit einer Verfassungsbeschwerde könnte die Verfassungswidrigkeit und damit die Nichtigkeit dieser Regelungen festgestellt werden. Allerdings bestehen für eine Verfassungsbeschwerde sehr hohe Anforderungen hinsichtlich Zulässigkeit und Begründetheit, die in jedem Einzelfall konkret geprüft werden müssten.

Hinsichtlich der Begründetheit liegt zwar nach Meinung des Verfassers durch die Ausweitung der Mindestsprechstundenzeit und der Einführung einer offenen Sprechstunde ein Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit gemäß Art. 12 GG vor. Allerdings stellt dies rechtlich nach der sogenannten

Dreistufentheorie lediglich einen Eingriff auf der ersten und damit niedrigsten Stufe dar, sodass die Anforderungen für eine Rechtfertigung des Eingriffs nicht allzu hoch sind. Ein Eingriff in die Berufsausübung ist bereits dann gerechtfertigt, wenn er den Schutz eines Gemeinschaftsguts zum Ziel hat, d. h. auf sachgerechten und vernünftigen Erwägungen des Allgemeinwohls beruht. Angesichts des mit dem TSVG verfolgten Ziels, den Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung angemessen und flächendeckend für alle GKV-Versicherten sicherzustellen, insbesondere durch Beseitigung unangemessen langer Wartezeiten auf Behandlungstermine, sodass hierdurch das überragend wichtige Gemeinschaftsgut der Volksgesundheit geschützt werden soll, ist folglich aus juristischer Sicht eine Rechtfertigung derzeit leider nicht auszuschließen.

FAZIT

Zusammenfassend ist deshalb festzustellen, dass nach gegenwärtiger Einschätzung des Verfassers die Erfolgsaussichten, um sich gegen die neuen Sprechstundenregelungen rechtlich zur Wehr zu setzen, bedauerlicherweise als äußerst unsicher eingestuft werden müssen. ○



Umsetzung des TSVG – Konsequenzen für niedergelassene Chirurgen

Am 11.05.2019 ist das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TVSVG) in Kraft getreten. Entgegen der Ablehnung der Ärzteschaft und auch des BDC beinhaltet dieses Spahn'sche Gesetzeswerk auch zahlreiche Eingriffe in die Gestaltung der Sprechstunden und damit in die freiberufliche Gestaltungshoheit. Die Aussichten auf eine Verfassungsbeschwerde beurteilt unser Justiziar allerdings als ungünstig (s. a. Beitrag von Dr. Heberer in dieser Ausgabe der PASSION CHIRURGIE).

Es ist nun die Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung und der Berufsverbände, das Beste aus den Vorgaben zu machen. Der BDC

möchte Sie dazu auf dem Laufenden halten und Ihnen Tipps geben, wie aus dem massiven Eingriff in die Autonomie der Praxen vielleicht wenigstens ein gewisser ökonomischer Nutzen gezogen werden kann.

Die Umsetzung der Gesetzesvorgaben erfordert im Detail zahlreiche Vereinbarungen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband der Krankenkassen. Ein wichtiger Teil davon ist bereits im Bewertungsausschuss zwischen KBV und Kassen vereinbart worden. Einige weitere wichtige Definitionen kommen aber erst Ende August, z. B. was alles unter



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

„Sprechstunden“ (ab sofort 25 Stunden statt 20 Stunden) fällt und was unter „offenen Sprechstunden“ (Pflicht ab 01.09.2019) zu verstehen ist.

Festgelegt wurden bereits die Regelungen zur Budget-Befreiung und zu den Zuschlägen im EBM:

WIRKSAM MIT VERÖFFENTLICHUNG DES GESETZES SEIT 11. MAI 2019: BUDGET-BEFREIUNG FÜR ALLE ÜBER DIE TERMINSERVICE-STELLE (TSS) VERMITTELTEN FÄLLE

Im manchen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) war dies bisher schon der Fall, jetzt gilt es bundesweit: Alle von der TSS vermittelten Fälle werden komplett (also für das gesamte Quartal) extrabudgetär vergütet. Dazu kennzeichnen Sie den Fall in Ihrem Praxis-Verwaltungssystem (PVS) als TSS-Fall.

WIRKSAM ZUM 01.09.2019: ZUSCHLÄGE FÜR RASCHE TERMINVERGABE

Über die Budget-Befreiung hinaus werden Zuschläge für die in der **Tabelle 1** aufgeführten raschen Terminvermittlungen ausgelobt. Dazu muss lediglich eine der hier aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) angesetzt werden. Das PVS wird dann automatisch den je nach Lebensalter gestaffelten Zuschlag zur Grund- bzw. Konsiliar-Pauschale ausrechnen und ansetzen. Auch hier muss der Fall im PVS entsprechend gekennzeichnet werden.

Das praktische Vorgehen soll an **zwei Beispielen** erläutert werden:

1. Ein 40-jähriger Patient erhält über die TSS einen Termin bei einem Chirurgen. Zwischen der Kontaktaufnahme bei der TSS und der Behandlung beim Chirurgen liegen 12 Tage. Der Chirurg rechnet am Behandlungstag die Grundpauschale 07211 in Höhe von 221 Punkten sowie alle weiteren Leistungen extrabudgetär ab. Zusätzlich gibt er für die

Behandlung aufgrund der TSS-Vermittlung die GOP 07228C (Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung) an. Der Buchstabe „C“ steht hier für einen „TSS-Terminfall“ mit einer Vermittlungsfrist von 9 bis 14 Tagen. Das PVS setzt die durch den Arzt abgerechnete GOP 07228C automatisch in die altersspezifische GOP 07911C (Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.–59. Lebensjahr) mit einer Bewertung von 30 Prozent der Grundpauschale (66 Punkte) um und überträgt diese in die Abrechnung mit der KV. Hinweis: Fallkennzeichnung im PVS nicht vergessen.

2. Ein vierjähriges Kind wird von der TSS innerhalb von drei Tagen an einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie vermittelt, der im Kapitel 18 des EBM abrechnet. Für die Behandlung wird die Grundpauschale 18210 (175 Punkte) angesetzt. Der Zuschlag heißt in diesem Fall 18228B und beläuft sich auf 50 Prozent der Grundpauschale (87 Punkte). Das PVS setzt die GOP 18228B automatisch in die altersspezifisch zutreffende GOP 18910B um.

Wenn Sie dies alles furchtbar bürokratisch finden, kann ich Ihnen nur zustimmen und betonen, dass Ihr Berufsverband dafür nicht verantwortlich ist, sondern sich im Gegenteil grundsätzlich für die Stärkung der Freiberuflichkeit einsetzt. Immerhin jedoch können die Entwicklungen als Einstieg in die Entbudgetierung gewertet werden. Zudem ergeben sich für Chirurgen neben der Budgetbefreiung Zuschläge bis zu 13,80 €/Fall. Dafür ist in Kauf zu nehmen, dass man bei der TSS-Vermittlung keinen Einfluss auf die vermittelten Fälle hat. Darüber hinaus haben die bisherigen Erfahrungen gezeigt, dass viele TSS-Patienten ihre Termine nicht wahrnehmen, ohne abzusagen.

Als weitaus attraktiver dürfte sich in der Zukunft der sogenannte „Hausarzt-Vermittlungsfall“ entwickeln.

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



Kalbe P: Umsetzung des TSVG – Konsequenzen für niedergelassene Chirurgen. *Passion Chirurgie*. 2019 September, 9(09): Artikel 04_08.

Tab. 1: Übersicht über die Aufschläge für rasche Terminvermittlung (ab 01.09.2019). Die TSS wird in Zukunft bei der Terminvermittlung den Tag der Kontaktaufnahme der Versicherten mitteilen, damit die Frist bis zum Termin berechnet und die korrekte GOP angesetzt werden kann.

TSS Fall	Suffix	Zuschlag zur Grund- bzw. Konsiliar-Pauschale	GOP Kapitel 7	GOP Kapitel 18	Bemerkungen
TSS-Akutfall (Behandlung spätestens am Tag nach der Kontaktaufnahme des Versicherten bei der TSS)	A	50 %	07228A	18228A	Nur nach vorheriger Erst-Einschätzung als „Akutfall“ durch die TSS nach dem SmED*-Verfahren, Start frühestens 01.01.2020
TSS-Terminfall 1.–8. Tag	B	50 %	07228B	18228B	Ab 01.09.2019
TSS-Terminfall 9.–14. Tag	C	30 %	07228C	18228C	Ab 01.09.2019
TSS-Terminfall 15.–35. Tag	D	20 %	07228D	18228D	Ab 01.09.2019

HAUSARZT-VERMITTLUNGSFALL (GILT AB 11. MAI 2019 FÜR DEN AUFNEHMENDEN FACHARZT)

Alle Leistungen im Quartal bei einem vom Hausarzt als dringend bewerteten und an den Facharzt vermittelten Fall werden extrabudgetär vergütet. Diese Regelung ist schon jetzt gültig. Die Fälle müssen im PVS entsprechend gekennzeichnet werden. Ab dem 01.09.2019 erhalten die Hausärzte auch einen Honorarzuschlag von 93 Punkten (10,07€) für die erfolgreiche Vermittlung eines Facharzt-Termins binnen vier Kalendertagen. Durch die Frist von vier Tagen ist die Dringlichkeit definiert. Eine Ausweitung der Fallzahl wird durch eine Plausibilitätsschwelle von 15 Prozent der Fälle (beim Hausarzt) definiert. „Erfolgreich“ ist die Vermittlung, wenn es eine Terminvereinbarung gibt, unabhängig davon, ob der Patient den Termin wahrnimmt. Dann kann der Hausarzt seine Pauschale auf jeden Fall abrechnen, der empfangende Chirurg den Fall aber leider nur dann extrabudgetär stellen, wenn der vermittelte Patient den Termin auch tatsächlich wahrnimmt. Es ist nicht festgelegt, wie die Terminvermittlung erfolgen muss. Zum Beispiel ist eine Delegation an eine Medizinische Fachangestellte (MFA) und auch eine (datenschutzrechtlich einwandfreie) Vermittlung über elektronische Medien möglich.

Die Attraktivität der resultierenden extrabudgetären Vergütung ist natürlich abhängig vom Umfang der aus Budget-Gründen nicht vergüteten Leistungen. Dies ist in den einzelnen Fachgruppen und von KV zu KV sehr unterschiedlich. Je höher die über das

Regelleistungsvolumina (RLV) hinausgehende Honorar-Anforderung und je geringer die ausbezahlte Rest-Quote ist, desto lohnender ist es, extrabudgetäre Fälle zu generieren. Dazu sollten Sie Ihren Honorar-Bescheid prüfen und ggf. die Beratung Ihres BDC-Regionalvertreters suchen, der sich mit Ihrem KV-spezifischen Honorarverteilungsmaßstab gut auskennt.

NEUPATIENTEN (AB 01.09.2019)

Als neue Patienten gelten alle Patienten, die entweder in der Praxis noch nicht behandelt wurden oder zwei Jahre nicht da waren. Ausnahmen gelten für Neupraxen und bei Gesellschafterwechseln sowie beim Kassenwechsel oder Wechsel aus einem Selektiv-Vertrag. Alle Leistungen im Quartal werden bei Neu-Patienten extrabudgetär vergütet.

OFFENE SPRECHSTUNDEN (AB 01.09.2019)

Jeder Chirurg (sei es auf einem chirurgischen oder einen orthopädischen Vertragsarztsitz) muss ab dem 01.09.2019

entsprechend seinem Versorgungsauftrag pro komplettem Sitz und pro Woche fünf offene Sprechstunden anbieten. Details dazu werden noch im Bundesmantelvertrag festgelegt und sind noch nicht bekannt. Es erfolgt eine Begrenzung auf maximal 17,5 Prozent der im entsprechenden Vorjahresquartal abgerechneten Fälle der Arztpraxis. Die Zeiten der



Tab. 2: Übersicht über die Termin-Maßnahmen aus dem TSVG (*SmED = „Strukturiertes medizinisches Ersteinschätzungsverfahren für Deutschland; **Definition s. u.)

Fallkonstellation	Extrabudgetär	Bereinigungs-Zeitraum (in Quartalen)	Inkrafttreten	Bemerkungen
TSS-Terminfall	Ja, plus gestaffelte Zuschläge (s. Tabelle 1)	4/2019 – 3/2020	01.09.2019	
TSS-Akutfall	Ja, Zuschlag 50 % auf die Grund- und Konsiliarpauschale	1/2020 – 4/2020	Mit Einführung des SmED*, vorauss. ab 01.01.2020	*SmED= Strukturiertes medizinisches Ersteinschätzungs-Verfahren für Deutschland)
Hausarzt-Vermittlungsfall	Ja	3/2019 – 2/2020	Mai 2019	im Arztgruppenfall**
Offene Sprechstunde	Ja	4/2019 – 3/2020	01.09.2019	im Arztgruppenfall**
Neupatienten	Ja	4/2019 – 3/2020	01.09.2019	Begrenzt auf zwei Arztgruppen**

offenen Sprechstunden müssen der zuständigen KV mitgeteilt und veröffentlicht werden. Alle Fälle in der offenen Sprechstunde werden extrabudgetär vergütet.

Zur Markierung der extrabudgetären Fälle muss die Vermittlungsart (Terminservice-Fall/Hausarzt-Vermittlungsfall/Neupatient/Offene Sprechstunde) im PVS hinterlegt werden. Dies wird Software-spezifisch unterschiedlich umgesetzt. Bei Fragen dazu wenden Sie sich bitte an Ihre Hotline.

ARZTGRUPPENFALL – EIN NEUER BEGRIFF IM EBM

Wenn Sie dies schon sehr unübersichtlich und bürokratisch finden, muss ich Ihnen eine weitere Neuerung zumuten, wenn Sie in einer fachübergreifenden BAG tätig sind: Es gibt einen neuen Begriff in der Gebührenordnung, nämlich den „Arztgruppenfall“. Die Zuschläge des TSVG sind nämlich nur einmal im Arztgruppenfall abrechenbar. Der Arztgruppenfall umfasst alle Leistungen, die bei einer der möglichen TSVG-Konstellationen von derselben Arztgruppe in derselben Arztpraxis innerhalb desselben Quartals bei einem

Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse durchgeführt wurden.

Erfolgt die Behandlung in der Arztpraxis durch mehrere Arztgruppen, werden grundsätzlich die Leistungen derjenigen Arztgruppe extrabudgetär vergütet, die den ersten Kontakt zum Versicherten hatte. Das dürfte die Attraktivität für größere Praxen deutlich einschränken. Die Regelung für Neupatienten ist darüber hinaus auf zwei Arztgruppen beschränkt. Weitere Erläuterungen zu den Neuerungen des TSVG finden Sie auch auf der Homepage der KBV über folgenden Link: <http://bit.ly/TSVG-KBV>.

WIE GEWONNEN, SO ZERRONNEN: DIE BEREINIGUNG

Darüber hinaus schwebt über der Budgetbefreiung auch noch das Menetekel der Bereinigung. Wie im Gesetz festgelegt werden für ein Jahr die Leistungen gegengerechnet, welche die Krankenkassen auch bisher schon in der begrenzten („morbiditybedingten“) Gesamtvergütung (MGV) bezahlt hatten. Die Bereinigung auf der Arztseite muss gemäß Vorgaben der KBV individuell erfolgen, was

in manchen KVen Änderungen der Honorarverteilungs-Regeln erfordert. Details dazu können Ihnen Ihre BDC-Regionalvertreter und die KV-Bezirksstellen erläutern. Grundsätzlich sollten die Neuregelungen des TSVG mit Bedacht und sukzessive in die Praxis-Organisation eingeführt werden, um das Bereinigungsvolumen im ersten Jahr (unterschiedliche Festlegung der Jahresfrist, s. **Tabelle 2**) nicht zu groß werden zu lassen. Ab 2021 sind alle Steigerungen bei den extrabudgetären Fällen komplett von den Krankenkassen zu finanzieren.

Bei diesen komplizierten Regelungen dürfte sich die Begeisterung der Kolleginnen und Kollegen und der finanzielle Benefit in einem überschaubaren Rahmen halten. Trotzdem eröffnen vor allem die Hausarzt-Vermittlung und die Regelung zu Neu-Patienten Chancen auf zusätzliches Honorar, das man nicht liegen lassen sollte. Wer sich nicht beteiligt wird leider höchstwahrscheinlich zu den Verlierern der Reform gehören, denn das Honorar-Volumen für die Regelleistungsvolumina wird mit Sicherheit schrumpfen. Über die weiteren Entwicklungen werden wir Sie auf dem Laufenden halten. 

**Übergangsfrist
endet am 31.12.2019**

**60
CME-
Punkte!**

Hygiene- beauftragter Arzt (HBA)

Geeignet für alle Ärzte



Mit der Smart-Learning-Methode

Die BDC|Akademie und meduplus haben gemeinsam mit renommierten Krankenhaushygienikern ein kompaktes Angebot zur zertifizierten Qualifikation „Hygienebeauftragter Arzt“ entwickelt. Mithilfe der Erfahrungen aus der erfolgreichen einjährigen Einführungsphase konnte der Blended-Learning-Kurs nun weiterentwickelt und optimiert werden.

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

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

Im Gegensatz zu den üblichen 40-stündigen Präsenzkursen zeichnet sich unser Kurs durch einen kombinierten Ansatz aus E-Learning, Abschlusscolloquium sowie einem kontinuierlichen Wissens-Update aus.

Dieses Konzept kommt dem engen Zeitbudget von Ärztinnen und Ärzten entgegen und lässt sich nahtlos in den Klinik- und Praxisalltag integrieren.



meduplus

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



Frage & Antwort



Eintragungsfähigkeit des akademischen Grads in die Eheurkunde



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

Justitiar BDC

Rechtsanwalt und Fachanwalt für

Medizinrecht

justitiar@bdc.de

Heberer J. F+A: Eintragungsfähigkeit des akademischen Grads in die Eheurkunde. 2019 September; 9(09): Artikel 04_09.



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

FRAGE:

Ein Oberarzt fragt an, ob er einen Anspruch auf Eintragung seines Dokortitels in die Eheurkunde habe, da dies vom zuständigen Standesamt abgelehnt wurde.

ANTWORT:

Gemäß § 15 Abs. 1 Personenstandsgesetz (PStG) sind in der Eheurkunde lediglich Tag und Ort der Eheschließung, die Vornamen und die Familiennamen der Ehegatten, Ort und Tag ihrer Geburt, ihr Geschlecht sowie auf Wunsch eines Ehegatten seine rechtliche Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft, die Körperschaft des öffentlichen Rechts ist sowie die nach der Eheschließung geführten Vornamen und Familiennamen der Ehegatten zu beurkunden.

Wie der BGH in seinem Beschluss vom 04.09.2013 – XII ZB 526/12 zwar feststellt, lässt sich aus dem Wortlaut nicht ausdrücklich entnehmen, dass akademische Grade nicht mehr eintragungsfähig seien. Allerdings führt der BGH sodann aus, dass durch die Personenstandsrechtsreform zum 01.01.2009 eine Reduzierung der

Beurkundungsdaten auf das für die Dokumentation des Personenstandes erforderliche Maß erreicht werden sollte. Nachdem nunmehr seit 2009 in § 1 Abs. 1 Personenstandsgesetz eine Legaldefinition des Personenstandes und derjenigen Daten, die den Personenstand umfassen, enthalten ist, hierzu jedoch weder die Berufsbezeichnung noch die Führung akademischer Grade zählen, vertritt der BGH die Auffassung, dass unter dem Aspekt des § 1 Abs. 1 PStG die Aufzählung in § 15 Abs. 1 PStG zumindest in dem Sinne als abschließend zu verstehen sei, dass nicht personenstandsrelevante Daten, die im Datenkatalog des § 15 Abs. 1 PStG nicht aufgeführt sind, auch nicht mehr eintragungsfähig seien.

Auch ergebe sich aus der Gesetzesbegründung zum Personenstandsrechts-Änderungsgesetz vom 07.05.2013 ein deutlicher Hinweis darauf, dass die Angabe des akademischen Grades nach dem ab 01.01.2009 geltenden Personenstandsrecht nicht mehr vorgesehen sei.

Selbst wenn es vor dieser Gesetzesänderung dem standesamtlichen Gewohnheitsrecht entsprach, akademische Grade einzutragen,

so ergibt sich aus diesem Beschluss des BGH, dass dieses ehemalige Wohnheitsrecht durch ein dem seit 2010 entgegenstehendes Wohnheitsrecht außer Kraft gesetzt wurde. Dies zum einen deshalb, da die seitdem geltenden Allgemeinen Verwaltungsvorschriften zum Personenstandsgesetz (PStG-VwV) keine Bestimmungen über die Eintragung akademischer Grade mehr enthalten, was jedoch bei gewollter Fortgeltung des ehemaligen Wohnheitsrechts aus Sicht des BGH zu erwarten gewesen wäre. Die Standesbeamten

sind an diese Verwaltungsvorschriften jedenfalls gebunden.

Zum anderen nimmt der BGH unter dem Aspekt an, dass Nr. 56.2.1 PStG-VwV die beantragte Übernahme akademischer Grade in Personenstandsurkunden, die auf Einträgen in Altregistern beruhen, ausschließt, dass eine der PStG-VwV entgegenstehende ständige Übung der deutschen Standesämter nicht mehr existiert. Somit liegt hierdurch eine Selbstbindung der Verwaltung vor, dass

akademische Grade in Personenstandsregistern eben gerade nicht mehr auf Antrag eingetragen werden, vgl. zu alledem <http://bit.ly/BGH-Personenstandsgesetz>.

Zusammenfassend ist damit festzustellen, dass nach Auffassung des Verfassers aufgrund dieser eindeutigen höchstrichterlichen Rechtsprechung des BGH bedauerlicherweise seit 01.01.2009 kein rechtlich durchsetzbarer Anspruch auf Eintragung eines Dokortitels in die Eheurkunde besteht. ○



Terminvergabe durch Callcenter

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob rechtliche Bedenken gegen die Übernahme der Terminvergabe seiner Praxis durch ein Callcenter bestehen.

ANTWORT:

Die Organisation der Terminvergabe durch ein auf Arztpraxen spezialisiertes externes Callcenter muss aus juristischer Sicht des Verfassers zwingend die Vorgaben des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht beachten und einhalten, damit dies rechtskonform ist.

Die Beauftragung eines Callcenters zur Terminvergabe stellt juristisch eine Auftragsverarbeitung gemäß Art. 28 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) dar. Folglich muss ein entsprechender schriftlicher Vertrag mit dem hierin geforderten Mindestinhalt abgeschlossen werden sowie die in der DSGVO geforderten Sicherheitsmaßnahmen,

z. B. technisch-organisatorische Maßnahmen, umgesetzt werden. Diese richten sich jeweils nach dem Schutzbedarf der Daten, wobei wenn sensible Daten wie Gesundheitsdaten Gegenstand der Verarbeitung sind, der Schutzbedarf grundsätzlich sehr hoch anzusetzen ist. Sichergestellt werden muss in jedem Fall, dass Datenschutzverletzungen, z. B. durch unberechtigte Zugriffe Dritter auf die Patientendaten, vermieden werden. Ferner müssen die Mitarbeiter des Callcenters, die mit der Datenverarbeitung beschäftigt sind, auf die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen nach der DSGVO verpflichtet werden.

Zudem muss unabhängig hiervon selbstverständlich die ärztliche Schweigepflicht gewahrt werden, um sich keinen berufs- und strafrechtlichen Konsequenzen auszusetzen. Im Falle einer Auftragsverarbeitung ist nach Ansicht des Verfassers der neugefasste § 203 StGB zu berücksichtigen, wonach der Einsatz von „sonstigen mitwirkenden Personen“ unter bestimmten Voraussetzungen straffrei

Heberer J. F+A: Terminvergabe durch Callcenter. 2019 September; 9(09): Artikel 04_10.



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

gestellt wird. Zu diesem Personenkreis zählen insbesondere Mitarbeiter von Dienstleistungsunternehmen oder selbstständig tätige Personen, die Dienstleistungen für Ärzte erbringen. Folglich würden die Callcenter-Mitarbeiter nach Meinung des Verfassers hierunter subsumiert werden können. Ärzte sind diesem Personenkreis gegenüber dann zur Offenbarung von Patientengeheimnissen berechtigt, soweit bestimmte Informationen für die konkrete Tätigkeit der jeweiligen Person erforderlich sind (§ 203 Abs. 3 S. 2 StGB). Hieraus folgt nach Auffassung des Verfassers, dass den Callcenter-Mitarbeitern also nur insoweit unter die Schweigepflicht fallende Informationen übersandt bzw. bekanntgegeben werden dürfen, als diese für die konkrete Tätigkeit der jeweiligen Person erforderlich

sind. Welche Daten bzw. Informationen erforderlich sind, ist anhand der konkreten Umstände der Callcenter-Tätigkeit zu bestimmen. Dies sollte aus Sicht des Verfassers zumindest im Vertrag detailliert festgelegt werden, auch wenn die vertraglichen Bestimmungen unmaßgeblich für die Beurteilung einer etwaigen Strafbarkeit sind, da stets der tatsächlich gelebte Sachverhalt entscheidend ist.

Ebenso sind die Mitarbeiter des Callcenters im Hinblick auf die Strafbarkeit nach § 203 Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 StGB zwingend zur Geheimhaltung zu verpflichten. Hierfür hat der Arzt nach der vorgenannten Vorschrift zu sorgen. Daraus folgt, dass der Arzt entweder selbst die Geheimhaltungsverpflichtung der

Callcenter-Mitarbeiter durchführen muss, oder er das von ihm beauftragte Callcenter-Unternehmen vertraglich zu dieser Durchführung verpflichtet. Die zweite Alternative ist dabei nach Auffassung des Verfassers wohl die praktikabelste, da der Arzt regelmäßig keine Kenntnis über den Personalbestand der Callcenter-Mitarbeiter haben wird.

Bevor die Auslagerung der Terminvergabe an ein externes Callcenter erfolgt, ist aus Gründen der Rechtssicherheit zudem zwingend zu empfehlen, dies vorab mit der zuständigen Landesärztekammer sowie dem Landesdatenschutzbeauftragten abzuklären, um berufs-, straf- und datenschutzrechtliche Verstöße zu vermeiden. ○

eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-CENTER

[eCME-CENTER]



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

www.ecme-center.org

BUNDESKONGRESS CHIRURGIE 2020

BNC · BDC · BAO
GEMEINSAM STARK

07.–08.02.2020, NürnbergConvention Center



Information & Auskunft

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

**Das Programm finden Sie
ab Oktober auf der Homepage**



Pflegepersonaluntergrenzen: Ziel verfehlt



Georg Baum

Hauptgeschäftsführer
Deutsche Krankenhausgesellschaft
(DKG)
Wegelystraße 3
10623 Berlin

Welcher Studie zur Zukunft der Pflegepersonalsituation man auch glauben mag, allen ist eines gemeinsam: Der Fachkräftemangel in der Pflege wird sich weiter und dramatisch verschärfen. Das trifft die Alten- genauso wie die Krankenpflege. Guter Rat ist teuer, denn der Personalmarkt ist so gut wie leergefedt. Die Personalabteilungen der Krankenhäuser erarbeiten ständig neue Konzepte, um potenzielle Mitarbeiter auf sich aufmerksam zu machen. Kliniken bewerben sich bei Pflegekräften. Sie müssen gute Gehälter zahlen und ein attraktives Arbeitsumfeld bieten.

Als vermeintliche Antwort auf das Pflegekräfteproblem hat die Politik Pflegepersonaluntergrenzen eingeführt. Vorerst für die als pflegesensitiv definierten Bereiche Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie gelten seit Beginn des Jahres feste Untergrenzen im Patient-Pflegekraft-Verhältnis. Perspektivisch sollen weitere Bereiche und vor allem Sanktionen bei Verstößen folgen. Postulierte Ziele des Gesetzes sind es, die Pflegequalität zu verbessern und die

Mitarbeiter zu entlasten. Aber schon heute, nach einem guten halben Jahr, lässt sich konstatieren: Die Untergrenzen helfen nicht weiter.

SONDERFALL UNFALLCHIRURGIE

In rund 90 Prozent haben die Krankenhäuser in den ersten drei Monaten seit Inkrafttreten der Regelung die Untergrenzen erfüllt, wie die erste Auswertung zeigt. Besonders hoch ist der Erfüllungsgrad in der sensiblen Intensivmedizin. In der Unfallchirurgie ist er allerdings mit 82,1 Prozent von allen Bereichen am niedrigsten. Das Beispiel Unfallchirurgie zeigt, wie untauglich starre Grenzen für die häufig schwer planbaren Prozesse in Krankenhäusern sind. Denn die Unfallchirurgie hat nicht nur besonders anspruchsvolle Untergrenzen, auch der Arbeitsalltag auf den Stationen ist von einem großen Maß an Unvorhersehbarkeit geprägt. Kaum ein anderer Bereich dürfte so stark von äußeren Faktoren abhängig sein, wie die Unfallchirurgie. Ein größerer Verkehrsunfall, ein plötzlicher Brand oder ein anderes Ereignis, das in großer



Baum G: Pflegepersonaluntergrenzen: Ziel verfehlt. *Passion Chirurgie*. 2019 September, 9(09): Artikel 05_01.



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

Zahl Verletzte ins Krankenhaus bringt, und schnell sind die Untergrenzen nicht mehr haltbar. Es wäre ungerecht und inakzeptabel, wenn ein überlebenswichtiger Akutbereich wie die Unfallchirurgie bei großem Patientenandrang künftig mit Sanktionen rechnen müsste. Die Untergrenzen sanktionsfrei zu reißen, soll nach derzeitigen Plänen nur bei expliziten Großlagen – also bei ausgeprägten Katastrophenfällen oder Terroranschlägen – erlaubt sein. Ein Busunglück, ein Hochhausbrand oder ein größerer Arbeitsunfall in einer Fabrik sollen hingegen nicht zu mehr Toleranz bei den Untergrenzen führen. Die DKG fordert hier entsprechende Änderungen, um Krankenhäuser, die ihrer Hilfspflicht nachkommen, nicht noch zu bestrafen.

Ein weiterer Aspekt, der es der Unfallchirurgie in Sachen Personaluntergrenzen schwer macht, ist die Heterogenität der Patienten. Der Sportunfall eines gesunden 20-jährigen verlangt in der Regel deutlich weniger Pflegeaufwand als der Sturz eines 90-jährigen Altenheimbewohners. Während etwa geriatrische Stationen unabhängig von der jeweiligen individuellen Diagnose einen hohen Mindestpflegeaufwand einplanen können, ist das der Unfallchirurgie nicht möglich.

MODERNE PERSONALBEMESSUNG ERSCHWERT

Der Preis dieser Untergrenzen ist hoch. Die Untergrenzen behindern den ziel- und bedarfsgerechten Personaleinsatz, organisiert von denjenigen, die am besten wissen, wo wie viel Personal gebraucht wird: den Verantwortlichen in den Krankenhäusern vor Ort.

Die starren und bürokratischen Untergrenzen können zudem selbst auf die Häuser

negative Auswirkungen haben, die über eine gute Personaldecke verfügen. Denn die Unbeweglichkeit der Untergrenzen verhindert die Entwicklung moderner flexibler Personaleinsatzkonzepte. Gerade vor diesem Hintergrund plädieren wir für eine bedarfsorientierte Form der Personalbemessung. Die Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (DKG) erarbeitet derzeit gemeinsam mit der Gewerkschaft ver.di und dem Deutschen Pflegerat ein Personalbemessungsinstrument, das den tatsächlichen Bedarf auf den Stationen bestimmen wird.

VERSORGUNGSVERSCHLECHTERUNGEN DROHEN

Und nicht zuletzt haben die Untergrenzen konkrete Auswirkungen auf die Versorgung. So reagieren einige Krankenhäuser mit der Streichung von Betten, um möglichen Sanktionen zu entgehen. Das Dilemma ist komplett, wenn kurzfristig Notfallpatienten auf der Station aufgenommen werden und die Klinik dadurch die Untergrenze reißt. Kommen Sanktionen zutragen, wird das Krankenhaus für die Versorgung hilfebedürftiger Menschen bestraft. Krankenhäuser dürfen und wollen aber keine hilfebedürftigen Patienten abweisen. In der Konsequenz laufen wir Gefahr, dass sich die Versorgungslage verschärft, Wartezeiten auf Operationen und Betten steigen und vor allem ländliche Regionen das Nachsehen haben. Denn dort gestaltet sich die Personalgewinnung noch einmal komplizierter als in attraktiven Großstädten.

Nicht zuletzt sorgen die Untergrenzen für zusätzliche Bürokratie – in einem Bereich, der ohnehin schon völlig von Dokumentationsflut überfrachtet ist. So wurden allein für die Auswertung des ersten Quartals 2019 rund 700.000 Schichten herangezogen. Dabei ist die Überbürokratisierung des Pflegealltags

selbst eine der Hauptursachen für die missliche Personallage. Bis zu drei, manchmal sogar vier Stunden, müssen Krankenschwestern und -pfleger für die Bürokratie aufbringen – Zeit, die ihnen für ihre eigentliche Arbeit fehlt. Gelänge es, diese Bürokratiezeit wenigstens zu halbieren, hätten wir das Äquivalent von rund 50.000 Vollzeitpflegekräften mehr zur Verfügung.

UNTERGRENZEN SCHAFFEN KEINE NEUEN PFLEGEKRÄFTE

Was bleibt ist das Problem des chronischen Personalmangels in den Krankenhäusern. Nicht weil die Kliniken aus Kostengründen am Personal sparen – spätestens mit der Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRGs gibt es dazu keinerlei ökonomischen Anreiz mehr – sondern weil der Arbeitsmarkt leergefegt ist. Vielmehr suchen die Krankenhausbetreiber händierend nach Personal und überbieten sich mit Angeboten und Marketing-Ideen. Schon heute müssen rund 15.000 Stellen in der Krankenpflege unbesetzt bleiben und trotz verstärkter Ausbildung in den Krankenhäusern wird das Problem mittelfristig durch den demografischen Wandel weiter wachsen. Noch gar nicht kalkuliert sind mögliche Sogeffekte zu Lasten der Krankenhäuser durch Gehaltsanpassungen in der Altenpflege, die dieses Arbeitsfeld für Pflegegeneralisten wieder attraktiver machen könnten.

In der Oktoberausgabe der PASSION CHIRURGIE wird der BDC zu diesem Thema Stellung beziehen. Zu den Ausgaben: <https://www.bdc.de/ausgaben/>



AKTUELLE MELDUNGEN



29.08.2019 Aktionsbündnis Patientensicherheit APS UND MEDIZINSTUDIERENDE FORDERN FESTE EINBINDUNG DES THEMAS PATIENTENSICHERHEIT

Im Jahr 2018 haben sich die Ärztekammern mit rund 11.000 potentiellen Behandlungsfehlern auseinandergesetzt – die Dunkelziffer ist weitaus höher. Um diese Zahl nachhaltig zu senken...



28.08.2019 Presseagentur Gesundheit BDC+ G-BA: GESCHÄFTSBERICHT MIT POLITIKBOTSCHAFT

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) arbeitet zu langsam. Ein Vorwurf, den sich der unparteiische Vorsitzende Prof. Josef Hecken nicht gefallen lassen will, wie er im Geschäftsbericht 2018 des G-BA zum...



26.08.2019 Kassenärztliche Bundesvereinigung KBV: HONORARVERHANDLUNGEN ABGESCHLOSSEN

Die Honorarverhandlungen für das kommende Jahr sind beendet. Die KBV und der GKV-Spitzenverband einigten sich auf eine Erhöhung des Orientierungswertes für alle ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen in Höhe von 1,52 Prozent...



23.08.2019 G. Glaeske BDC+ EFFICACY UND EFFECTIVENESS: NEUZULASSUNGEN VON ARZNEIMITTELN

Unter dem Titel „Efficacy und Effectiveness – Missverständnisse und Interpretationsvielfalt“ hat Professor Gerd Glaeske von der Universität Bremen einen Beitrag für IMPLICONplus geschrieben...



22.08.2019 Krankenkassen direkt SPAHNS MINISTERIUM ERHÄLT RUND 20 MILLIONEN EURO MEHR

Der Gesundheitsetat für 2020 soll den Haushaltsplanungen zufolge ansteigen. Wie aus dem Haushaltsentwurf für das kommende Jahr hervorgeht, sind im Bereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)...



21.08.2019 Ärztenachrichtendienst „DIE AUSBILDUNGSBEDINGUNGEN MÜSSEN SICH IN ALLEN REGIONEN VERBESSERN“

Junge Ärzte haben in der Regel kein großes Interesse an berufspolitischen 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.

Kommentar des Generalsekretärs

AUS DER
DGCH



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

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

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

die meisten von Ihnen haben sicherlich ihren Sommerurlaub in sonnigen Gefilden, sei es in der Heimat oder in südlichen Ländern bereits hinter sich und ich hoffe sehr, dass Sie sich gut erholt haben, um für die neu anstehenden Herausforderungen gewappnet zu sein. Im Zeitalter des Burnout-Phänomens ist es sicherlich nichts Neues, dass gerade in stressbeladenen Berufen Erholungspausen, also die Urlaubszeiten, notwendig sind. Interessant erscheinen dabei nun wissenschaftliche Mitteilungen zur idealen Vorbereitung und Ausgestaltung eines Urlaubs. Aus Sicht der Psychologie muss sich der Körper nach länger andauernden Phasen der Belastung ganz einfach erholen, um u. a. auch die Stresshormone abzubauen. Der Urlaub sollte dabei nicht nur als einfache Unterbrechung der Arbeitszeit angesehen werden, sondern man sollte entspannen, wobei mehrere kürzere Urlaube vorteilhafter sind als ein langer Jahresurlaub. Nach Meinung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin sollte im Urlaub Abstand zur Arbeitswelt gewonnen werden, in dem man nicht mehr über die neuen Kommunikationsmedien jederzeit zur Verfügung steht, vielmehr sollten Erholungseffekte genutzt werden. Diese können allerdings gefährdet sein, wenn im Urlaub zu viele Aktivitäten geplant werden, die letztlich wieder einen Termindruck bewirken können. Nach dem Neurobiologen Hufnagel steigt im Urlaub die Aktivität des Nervus vagus und je aktiver dieser Hirnnerv sei, umso entspannter werde man. Dieser Aspekt war mir persönlich noch nicht bekannt. Außerdem wird empfohlen, die Arbeit in der Wochenmitte wieder aufzunehmen, um durch eine kurze

erste Arbeitswoche die positiven Auswirkungen des Urlaubs länger nutzen zu können. Viele Punkte sind sicherlich nicht ganz unbekannt, aber jetzt kann man sogar auch seinen Urlaub nach wissenschaftlichen Erkenntnissen planen und genießen.

122. DEUTSCHER ÄRZTETAG

Im Mai dieses Jahres fand der 122. Deutsche Ärztetag in Münster statt, insofern ein bedeutendes Ereignis, da die Wahl eines neuen Präsidenten der Bundesärztekammer (BÄK) auf der Tagesordnung stand. Professor Frank Ulrich Montgomery stand nach achtjähriger Amtszeit nicht mehr zur Verfügung. Die Eröffnungsveranstaltung am 28. Mai 2019 war recht turbulent und ein Bericht hierüber wurde im Deutschen Ärzteblatt mit der Titelseite „Zwischen Konsens und Konfrontation“ angekündigt. Nach einleitendem Trommelwirbel fiel bei der Rede des Bundesgesundheitsministers mit lautem Knall der Strom genau in dem Augenblick aus, als der Minister auf die Partnerpartei in der großen Koalition zu sprechen kam. Er ließ sich dadurch in keiner Weise beeindrucken, sondern setzte seine Rede souverän fort, wobei er auch hier seine Bereitschaft zur konstruktiven Debatte wiederholte und u. a. hervorhob, dass die elektronische Gesundheitskarte nicht zum „Berliner Flughafen der Gesundheitspolitik“ werden dürfe. Erstmals seit 41 Jahren wurde dann am 30. Mai ein niedergelassener Arzt, nämlich der Hausarzt Dr. Klaus Reinhardt aus Bielefeld, an die Spitze der deutschen Ärzteschaft gewählt. Als Vizepräsidentinnen wurden dann die Kinderchirurgin Dr. Heidrun Gitter aus Bremen sowie die niedergelassene HNO-Ärztin Dr. Ellen Lundershausen aus Erfurt gewählt. Zusammen mit dem

Präsidenten waren sie als ein Team bei dieser Wahl angetreten. Dr. K. Reinhardt ist im Gesundheitswesen sicherlich kein Unbekannter: Seit vielen Jahren ist er u. a. Vizepräsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe und Mitglied in der Vertreterversammlung der dortigen kassenärztlichen Vereinigung. Zudem steht er seit 2011 an der Spitze des Hartmannbundes und hat sich als Vorsitzender des BÄK-Ausschusses „Gebührenordnung“ bei der Novellierung der GOÄ besonders durch seine pragmatische Vorgehensweise ausgezeichnet. Kontroversen geht der Westfale nicht aus dem Weg und meistert diese eloquent meistens souverän.

Gegenwind erfuhr der neue Präsident der BÄK nach kurzer Amtszeit mit seinem Vorschlag für eine finanzielle Selbstbeteiligung von Patienten mit zu vielen Arztbesuchen bzw. der regelmäßigen Einholung von Zweit- oder Drittmeinungen, denn es müsse verantwortungsvoll mit der „Ressource Arzt“ umgegangen werden. Daraufhin warf die Deutsche Stiftung Patientenschutz dem Präsidenten eine „maximale Patientenverunsicherung“ vor, denn schließlich würde sich niemand aus Langeweile in ein Wartezimmer setzen. In diesem Zusammenhang ist auch die alljährliche Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) von Interesse. Demnach liegt nämlich eine mögliche Überschätzung der Dringlichkeit eines Arztbesuchs durch den Patienten vor. Lediglich 19 Prozent gaben bei dieser Umfrage an, dass der Arztbesuch als sehr dringlich, in weiteren 47 Prozent als dringlich eingeschätzt wurde. Nach Meinung der KBV wird also die gefühlte Dringlichkeit in vielen Fällen höher als die tatsächliche eingestuft. Vielleicht kann hier die geplante telefonische Beratung in der vorgesehenen Reform der Notfallversorgung zu einer objektiveren Beurteilung der vom Patienten empfundenen Beschwerdesymptomatik führen.

GESUNDHEITSPOLITIK

Für den Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hatte die Personalrochade im derzeitigen Kabinett der Bundeskanzlerin offenbar nur positive Auswirkungen, obwohl er bei der Besetzung des Ministerpostens im

Verteidigungsministerium nicht berücksichtigt wurde. In den großen Printmedien wurde der Minister somit als eigentlicher Gewinner dieser Aktion bezeichnet, der an Reputation gewonnen habe und jetzt auch in der Breite der Partei akzeptiert wird. Auch von der Kanzlerin selbst wurde er vollmundig gelobt, dass er auch „sehr heiße Eisen“ anpacke und sie sehr gut mit Minister Spahn zusammenarbeite. Betont wurde vor allem sein Arbeitseinsatz mit 16 Gesetzen in 16 Monaten Amtszeit. Auch sein Koalitionspartner in Person von Prof. Karl Lauterbach zieht eine positive Bilanz, indem er betonte, dass fast 90 Prozent der Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag bereits abgearbeitet sind und dieses in keinem anderen Politikfeld erreicht worden sei. Etwas anders interpretiert dieses Ergebnis allerdings eine Studie der Bertelsmann Stiftung mit dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung mit dem Titel „Besser als ihr Ruf - Halbbilanz der großen Koalition zur Umsetzung des Koalitionsvertrags“. Demnach hat die Regierung Merkel 47 Prozent der Wahlversprechen aus dem Koalitionsvertrag voll oder teilweise erfüllt, wobei sich 14 Prozent noch im Umsetzungsprozess befinden. Erstaunlicherweise steht dann das Verteidigungsministerium mit der vollständigen Erfüllung von zehn der allerdings nur insgesamt 13 Wahlversprechen (77 Prozent) auf Platz eins. Auf den Plätzen zwei und drei folgen das Wirtschafts- und Innenministerium mit einer Erfüllung der Versprechen in 57 bzw. 53 Prozent. Das Gesundheitsministerium liegt überraschenderweise erst auf Platz vier: 32 Wahlversprechen standen auf der Agenda dieses Ministeriums, von denen 14 voll erfüllt worden sind. Sechs weitere Vorhaben befinden sich in der Umsetzung.

Der Arbeitseifer des Gesundheitsministers Jens Spahn wird durch solche Analysen kaum beeinflusst. Noch vor der Sommerpause beschloss das Kabinett am 17. Juli 2019 drei Entwürfe zum MDK-Reform-, Masernschutzgesetz und zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken, die nun zur politischen Abstimmung anstehen, also noch im Bundestag und zum Teil vom Bundesrat beraten und verabschiedet werden müssen. Das geplante MDK-Reformgesetz steht vor allem von Seiten der

gesetzlichen Krankenversicherung bei mutmaßlicher Schwächung der sozialen Selbstverwaltung in der Diskussion, während die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine noch konsequentere Umsetzung der Unabhängigkeit der medizinischen Dienste fordert, vor allem solle die gesetzliche Krankenversicherung keine dominierende Rolle mehr in den Aufsichtsgremien spielen. Auch für die Masern-Impfpflicht, insgesamt als sinnvoller Ansatz anzusehen, muss mit einer entsprechenden Diskussion in der breiten Öffentlichkeit gerechnet werden. Das geplante Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken weist ebenfalls Probleme auf: So das Verbot zum Erhalt von Medikamenten durch Versandhändler, was europarechtliche Konsequenzen nach sich ziehen könnte oder die Grippe-Impf-ermächtigung durch Apotheker, was durch die Ärzteschaft bereits eindeutig abgelehnt worden ist.

Was erwartet uns nun nach der parlamentarischen Sommerpause? Sicherlich ist es der Dauerbrenner „elektronische Patientenakte“ mit Definition von gesonderter Datenschutzverordnung und Darstellung der geplanten Anwendungen. Ferner stehen auf der Agenda der Mindestlohn für Pflegekräfte, Indikationsausweitung der bisherigen Mindestmengenvorgaben und Veränderungen der Qualitätsmessungen sowie die Reform der Notfallversorgung. Die aufgezeichneten Themenkomplexe unterstreichen deutlich, dass es also spannend bleiben wird, zumal Minister Spahn von sich selbst behauptet hat, dass er gern Bundesminister für Gesundheit ist und weitere Reformen mit entsprechenden Gesetzesvorlagen erwartet werden dürfen!

KRANKENHAUS RATING REPORT 2019

Nach einer zwischenzeitlichen wirtschaftlichen Verbesserung der deutschen Krankenhäuser im Jahr 2016 verschlechterte sich die Situation 2017 wieder deutlich. Die Zahl der stationären Behandlungsfälle ist erstmals um 0,5 Prozent gesunken und der Anteil der Krankenhäuser mit erhöhter Insolvenzgefahr stieg von sieben auf 12 Prozent, wobei die Zahl der Häuser mit geringem Insolvenzrisiko von 84 auf 81 % abnahm. Die Jahresverluste

stiegen im Jahr 2017 von 13 auf 28 Prozent an, zunehmend auch bei gemeinnützigen- und privaten Krankenhausträgern. Hauptprobleme traten allerdings bei nicht spezialisierten Kliniken in den alten Bundesländern auf. Insgesamt zeigten 24,3 Prozent der kommunalen Häuser ein erhöhtes Insolvenzrisiko im Vergleich zu 6,5 bzw. 6,1 Prozent bei privaten- bzw. freigemeinnützigen Trägern. Am häufigsten betroffen vom Insolvenzrisiko sind die kommunalen Krankenhäuser in Baden-Württemberg, Hessen und Bayern. Zu berücksichtigen ist dabei auch der erneute Rückgang der Investitionsförderungen durch die Bundesländer. Ferner werden die Fallzahlen der stationären Behandlung weiter abnehmen, bedingt durch eine zunehmende Ambulantisierung in der Medizin und dem bestehenden Fachkräftemangel sowie einen gewissen Sättigungsgrad verschiedener Leistungen in der konservativen und operativen Medizin. Zudem besteht in vielen Regionen Deutschlands eine deutlich zu hohe Standortdichte der Krankenhäuser, besonders in Ballungsgebieten. Nach Meinung der Studienautoren werden die vorhandenen Planungsmöglichkeiten von den Bundesländern zu wenig genutzt. Eine Neuausrichtung der Krankenhäuser sei in den nächsten Jahren dringend notwendig, sei es durch den Ausbau der ambulanten Versorgungsmöglichkeiten oder Krankenhausverbünde mit unterschiedlichen medizinischen Schwerpunktbildungen. In diesem Sinne ist auch eine Fortführung der Strukturfonds durch die Bundesregierung weiter anzustreben.

Auch die Krankenhausstatistik 2019 der Unternehmensberatung Roland Berger bestätigt die wirtschaftlichen Probleme der deutschen Krankenhäuser. Knapp ein Drittel der Kliniken schrieben 2018 rote Zahlen, für 2019 wird sogar ein Anteil bis zu 50 Prozent erwartet. In dieser Analyse wird als Hauptgrund für diese Situation neben dem Rückgang der stationären Erlöse vor allem auch der zunehmende Fachkräftemangel in der Pflege verantwortlich gemacht.

BERTELSMANN STUDIE ZUR NEUORDNUNG DER KRANKENHAUSLANDSCHAFT

Trotz Kenntnis der oben angeführten Studien hat eine Untersuchung des Berliner Instituts für Gesundheit- und Sozialforschung (IGES) im Auftrag der Bertelsmann Stiftung in diesem Sommer zu erheblichen Diskussionen eines eigentlich nicht neuen Problems geführt. Nach Meinung der Autoren dieser Untersuchung wären statt bisher knapp 1.400 Krankenhäuser deutlich weniger als 600 größere und besser ausgestattete Kliniken für die Versorgung in unserem Land ausreichend. Gestützt wird diese Behauptung dabei auch unter dem Aspekt einer verbesserten Behandlungsqualität, denn bei Reduktion der Klinikzahlen wäre eine entsprechende apparative Ausstattung mit diversen Großgeräten sowie eine ausreichende Anzahl von Fachärzten und auch Pflegekräften in den verbleibenden Einrichtungen möglich. Zudem könnte durch eine solche Zentrierung bei Steigerung der Akutfälle wie auch planbaren Eingriffe eine Vielzahl von Komplikationen und Todesfällen durch eine verbesserte Struktur- und Prozessqualität und daraus resultierender Optimierung der klinischen Erfahrung vermieden werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Krankenhausverbände und die Deutsche Stiftung Patientenschutz sehen in einem solchen „Kahlschlag“ die Zerstörung der sozialen Infrastruktur, auch mit dem Argument, dass nicht jeder Patient stets eine Maximalversorgung, sondern eine wohnortnahe Versorgung benötigt. Die BÄK hält einen solchen Vorschlag in Ballungsgebieten für möglich, fordert aber eine flächendeckende Versorgung in ländlichen Regionen. Der Verband der Universitätsklinika Deutschlands wie auch der Medizinische Fakultätentag bewerten die Studie als hilfreich und wichtig, denn eine Strukturreform der Krankenhauslandschaft ist dringend notwendig und ein „Weiter so“ dürfe es nicht geben. Auch die KBV hält eine

Fortführung des jetzigen Zustands nicht für weiterführend, allerdings sei ein Um- statt Abbau sinnvoll. Von politischer Seite hält die SPD die Intention dieser Studie zwar für richtig, allerdings seien die Forderungen überzogen, auch verschiedene Bundesländer äußern sich skeptisch zu einer solch großen Reduktion der verfügbaren Krankenhäuser. Nach eigener Meinung kann man sich am ehesten dem Vorschlag des Bundesgesundheitsministers anschließen, der eine Verknüpfung aus wohnortnaher Versorgung und Spezialisierung fordert. Die Behandlungsergebnisse komplexer medizinischer Maßnahmen lassen sich erfahrungsgemäß in aller Regel durch eine Zentralisierung mit hohen Fallzahlen verbessern. Die Diskussion über dieses „zentrale“ Thema ist sicherlich noch nicht abgeschlossen und es bleibt abzuwarten, ob eine Problemlösung der hohen Standortdichte der kleineren Krankenhäuser wirklich auch politisch von den Bundesländern angegangen werden wird.

Abschließend ein erstaunlicher Beitrag zum so oft zitierten „Landarztmangel“. Es gibt bekanntermaßen viele Ansätze, diesem Problem entgegenzuwirken, so die bevorzugte Vergabe von Studienplätzen, Unterstützung bei der Wohnungssuche, Einkommensgarantie, reizvolle Freizeitangebote vor Ort etc. Jetzt zeigte die schon medienbekannte Rathauschefin Josefa Schmid aus der niederbayerischen Gemeinde Kollnburg auf der Suche nach einem/r HausarztIn einen neuen Weg auf. In der im Deutschen Ärzteblatt geschalteten Anzeige wurde darauf hingewiesen, dass die 45-jährige Bürgermeisterin noch unverheiratet sei. Diese Mitteilung bewirkte nicht nur ein großes Medienecho, sondern befeuerte auch die Anzahl der Bewerbungen, so angeblich auch aus dem Großraum Hannover oder sogar aus arabischen Ländern. Nicht ganz konventionelle Vorgehensweisen können sich unter Umständen auch positiv auswirken, wobei allerdings die Entscheidung über eine Bewerberauswahl noch nicht mitgeteilt worden ist.

CHIRURGENKONGRESS 2020 EINLADUNG ZUM 137. KONGRESS DER DGCH

137.

EINLADUNG ZUM 137. KONGRESS DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

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

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

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

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

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

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



CHIRURGENKONGRESS 2020

EINLADUNG ZUM 137. KONGRESS DER DGCH



Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen

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

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

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

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

Wir sehen uns in Berlin.

Bis dahin seien Sie herzlich begrüßt
Ihre

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

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



DCK2020

Gemeinsam lernen und heilen

137. Deutscher Chirurgen Kongress

21. bis 24. April 2020
CityCube, Berlin



Intelligenz,
Intuition
und Individualität

www.dck2020.de



© C. Liebling

Das Billroth-Haus in Bergen

Im Jahr 2019 jähren sich der 190. Geburtstag und der 125. Todestag von Prof. Dr. Christian Albert Theodor Billroth. Er war einer der hervorragendsten Chirurgen seiner Zeit nicht nur als Wegbereiter der Magen-Darm- und Kehlkopfchirurgie. Indem er sich intensiv mit der pathologischen Anatomie, der Bakteriologie, der experimentellen Medizin und der Krankenhaushygiene beschäftigt hat, um sie der praktischen Chirurgie nutzbar zu machen, ist es ihm gelungen, die Chirurgie auf eine wissenschaftliche Basis zu stellen. Billroth hat darüber hinaus der Kriegschirurgie und dem Krankentransport neue Impulse verliehen und sich für eine qualifizierte Ausbildung von Krankenschwestern eingesetzt. Gewissermaßen als Ausgleich zur intensiven medizinischen Forschung und Praxis nahm er sich Zeit für

die Künste. Er spielte Klavier, Cello und Geige, schrieb Musikkritiken, übte sich im Komponieren und widmete sich der Kunst der Malerei.

Christian Albert Theodor Billroth wurde am 26. April 1829 in Bergen auf Rügen geboren. Sein Geburtshaus befindet sich in der heutigen Billrothstraße 17. Die Umbenennung erfolgte 1896. In früheren Zeiten war die Adresse Kloster- bzw. Joachimbergstraße 9. Übrigens wurde sie im Volksmund „Totenstraße“ genannt, weil auf dem Weg zum Friedhof, am unteren Straßenende, die Särge von der St. Marienkirche, am oberen Straßenende, hier entlanggeführt wurden. Etwa in der Mitte der Straße befindet sich linksseitig in einer leichten Hanglage das Geburtshaus von Theodor Billroth. Es wurde Ende des 18. Jahrhunderts

Dr. med. Gert Liebling
Stralsund

Erst-Veröffentlichung im Rügen-
Jahrbuch 2019, S. 37 ff., mit
freundlicher Genehmigung der
INSULA RUGIA e.V.

als eingeschossiges Traufen-Giebelhaus mit Krüppelwalm-Mansardendach im klassizistischen Stil erbaut¹.

Als typisches Bürgerhaus wurde es in das Standardwerk „Die Kunstdenkmale des Kreises Rügen“ von OHLE und BAIER aufgenommen. Leider konnte der Bauherr bisher nicht ermittelt werden. Denkbar ist, dass es der dem alten rügischen Adelsgeschlecht von Usedom mit Stammsitz in Zirmoisel angehörende

Karl Friedrich Gerhard von Usedom (*1762 in Zirmoisel, † 21.3.1813 in Stralsund) war. Von 1785 bis 1805 fungierte er nämlich als Landvogt von Rügen, danach als Schlosshauptmann zu Wittow der königlich-schwedischen Regierung in Stralsund. Nun war es durchaus nicht ungewöhnlich, dass der jeweilige Landvogt ein Stadthaus in Bergen besaß. Noch etwas weist direkt auf Usedom hin: Im Auszug eines Stadtplanes aus dem Jahre 1853 (Kartensammlung von AMTSBERG²) ist am



Abb. 1: Das Billroth-Haus um 1848. Feder- und Bleistiftzeichnung. Repro: G. Liebig

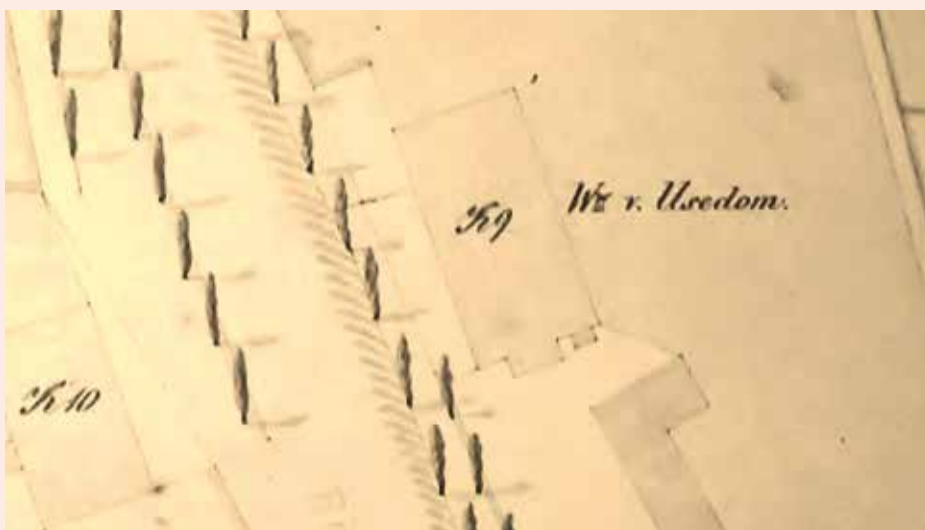


Abb. 2: Auszug aus einem alten Stadtplan von Bergen

Liebling G: Das Billroth-Haus in Bergen. *Passion Chirurgie*. 2019 September, 9(09): Artikel 06_02.

¹ Die Abbildung zeigt eine Feder- und Bleistiftzeichnung aus der Zeit um 1848, freundlicherweise zur Verfügung gestellt vom Ernst-Moritz-Arndt-Museum in Garz

² Freundlicherweise zur Verfügung gestellt vom Kreisarchiv Vorpommern-Rügen



Abb. 3 a,b: Medaillon und Gedenktafeln am Billroth-Haus. Foto: G. Liebling



Abb. 4: Gedenkstein vor dem Billroth-Haus. Foto: G. Liebling

Standort des heutigen Billroth-Hauses der Name von Usedom verzeichnet. Später diente es als Diakonats- und Predigerwitwenhaus von St. Marien. 1827 wurde es auf Beschluss der Kirchenverwaltung geräumt und dem seit 1828 bei der St. Marienkirche angestellten Diaconus Carl Theodor Billroth und seiner Ehefrau Johanna Christine, geb. Nagel, als Wohnung zugewiesen. Wenig später wurde ihr erster Sohn, Christian Albert Theodor,

geboren. Ein weiterer Sohn und eine Tochter sollten folgen, ehe Carl Theodor Billroth 1832 als Pastor auf die Pfarrstelle in Reinberg (an der B 105 zwischen Stralsund und Greifswald gelegen) berufen wurde.

Das Haus wechselte in der Folgezeit mehrfach den Besitzer, wurde nach 1945 enteignet und in Eigentum des Volkes übertragen. Nach 1989 ging es in die Rechtsträgerschaft der Stadt

Bergen über. Mehrfache bauliche Veränderungen im Laufe der Jahre haben die ursprüngliche Bausubstanz verändert. Anbauten an beiden Giebelseiten ermöglichten einen separaten Zugang zu den Räumen im Dachgeschoss. Neben dem Süd-Ost-Giebel entstand eine Stallanlage für eine Umspannstation, in der bis zu zwölf Pferde vorgehalten wurden. Diese wurde Anfang der 1960er Jahre abgerissen, nachdem sie vorher zum Teil als Waschküche gedient hatte. Nähere Angaben waren leider nicht in Erfahrung zu bringen. Um zusätzlichen Wohnraum zu schaffen, wurden im Jahr 1966 trotz Widerspruchs der Unteren Denkmalschutzbehörde bei der Kreisverwaltung an der Rückfront des Hauses befristete Anbauten genehmigt, unter der Auflage, den Schwammbefall des Haupthauses zu beseitigen. In dem ursprünglichen Einfamilienhaus wohnten angesichts der angespannten Wohnungssituation schließlich fünf Familien auf engstem Raum, damals ein nicht nur in Bergen üblicher Zustand.

Erst Ende der 1980er Jahre änderte sich die Situation. Die Bewohner zogen nach und nach aus, und das Haus verwaiste zunehmend. Der 1991 von Bergener Krankenhausärzten und Lehrern der Billroth-Schule gegründete „Billroth-Verein“ hatte zwar in der unteren Etage eine kleine Ausstellung über Theodor Billroth eingerichtet, damit war aber das weitere Schicksal des Hauses nicht geklärt. Immerhin konnte die Erinnerung an den berühmten Bewohner unter seinen Medizinerkollegen lebendig gehalten werden. Noch zu Lebzeiten von Theodor Billroth hatte sein Freund, der damalige Leiter der Chirurgischen Poliklinik in Leipzig, Professor Dr. Benno Schmidt, 1892 eine Gedenktafel und ein Portraitmedaillon an der straßenseitigen Hausfront anbringen lassen. Die Gesellschaft für Chirurgie der DDR und die Österreichische Gesellschaft für Chirurgie gedachten im Jahre 1981 mit einer weiteren Tafel an der Hauswand des 100. Jahrestages der ersten erfolgreichen Magenresektion am 29. Januar 1881 durch Theodor Billroth.

Bereits Mitte 1989 hatte ich Kontakt zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, zu den Gesellschaften für Chirurgie der Deutschen Demokratischen Republik, Österreichs und



Abb. 5: Erhaltene Eingangstür. Foto: G. Liebling

der Schweiz aufgenommen, um die weitere Nutzung des Geburtshauses Theodor Billroths, zum Beispiel als Gedenkstätte, anzuregen. (Übrigens hatte sich etwa zeitgleich in Eigeninitiative die damalige Leiterin des Stadtmuseums Bergen, Frau Ingrid Schmidt, mit demselben Anliegen an die Gesellschaft für Chirurgie der DDR gewandt). Die Generalsekretäre der Deutschen und der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie zeigten sich sehr aufgeschlossen. Mehrere Schriftwechsel und persönliche Begegnungen mit diesen führten zu Verhandlungen mit der Stadt Bergen, die letztlich, nach einer vorübergehenden Unterbrechung und einer fehlgeschlagenen Stiftungsgründung, in den Verkauf des Billroth-Hauses an die inzwischen (gesamt) Deutsche Gesellschaft für Chirurgie mündeten. Am 13. Mai 1998 übernahm diese dann die alleinige Obhut über das Haus mit dem Ziel, es in eine Begegnungs- und Gedenkstätte für medizinische Veranstaltungen und Musikaufführungen und in ein kleines „Billroth-Museum“ umzuwandeln. Hiervon zeugt ein Gedenkstein vor dem Haus.

Das unter Denkmalschutz stehende Haus wurde im ursprünglichen Zustand weitgehend



Abb. 6: Die Cafeteria. Foto: G. Liebling

denkmalgerecht wiederhergestellt bzw. umgewandelt. Dazu wurden alle im Laufe der Jahre erfolgten Anbauten entfernt, die ursprüngliche äußere Fassade unter Verwendung noch vorhandener Bauelemente – Eingangstür, Fensterläden mit ihren schön gestalteten Angeln – und die Eindeckung des Daches mit roten Tonbibern erhalten bzw. erneuert. So lässt die straßenseitige Fassade erahnen, wie sie zur Zeit der Geburt Billroths ausgesehen haben mag. Beeindruckend sind die im Laufe der Jahre zu prächtigen Bäumen herangewachsenen drei Linden vor dem Haus. Dem neuen Nutzungskonzept folgend, konnte bei der Gestaltung des Gebäudeinnern nicht durchgängig eine denkmalgerechte Gestaltung konsequent umgesetzt werden. So wurde der Treppenaufgang von der Mitte in den rechten hinteren Gebäudeteil verlegt, die Raumgliederung wurde angepasst. Rechts und links des Haupteinganges entstanden ein Seminar- und ein Veranstaltungsraum für jeweils etwa 50 bis 60 Personen unter Einbeziehung von Nebenräumen. Dazwischen wurde ein musealer Bereich eingerichtet. Die Innentüren mit ihren Zargen, Klinken und Beschlägen konnten weitgehend für die Neugestaltung erhalten werden.

Im Dachgeschoss entstanden, streng getrennt von den offiziellen Räumen, eine Hausmeisterwohnung und eine abgeschlossene Gästewohnung für Mitglieder und Freunde der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Hier sollten sie sich ungestört wissenschaftlicher Arbeit widmen und gleichzeitig Abstand vom beruflichen Alltag gewinnen können. Das Interesse daran hält sich allerdings in Grenzen.

Eine umfassende Umgestaltung erfuhr der Außenbereich. Unter Ausnutzung der Hanglage zum Nachbargrundstück erfolgte auf der Rückseite des Hauses der Neubau einer eingeschossigen Cafeteria mit Nebenräumen und zwei Garagen. Die Verbindung zum Haupthaus führt über einen teilweisen gläsernen Gang. Den Anspruch der Architekten, mit diesem „modern angelegten Baukörper, mit noch barocken Zügen“³, das Geburtshaus gestalterisch zu betonen, kann man nur bedingt nachvollziehen. Durch den neuen Baukörper wurde die rückwärtige Fassade in zwei Hälften geteilt, nicht unbedingt vorteilhaft. Die Cafeteria ist sicher zweckmäßig, aber stilvoll im Sinne des Gesamtensembles ist sie nicht. Der zwischenzeitlich

³ Siehe bei Hans-Jürgen Peiper und Wilhelm Hartel



Abb 7 a, b, c: Aus dem Museum. Foto: G. Liebling

verwilderte Garten an der Nordwestseite wurde in ein kleines Arboretum der Ostseeflora umgewandelt mit Plätzen zum Verweilen, an der Südostseite wurden Parkplätze und eine kleine Streuobstwiese angelegt. Letztere in Anlehnung an eine frühere Gestaltung.

Die umfangreichen Veränderungen am Haus und des Außenbereiches zwischen 1999 und 2002 kosteten etwa 2 Mio. D-Mark. Schließlich konnte das Billroth-Haus am 13. Juli 2002 mit einem feierlichen Festakt in Anwesenheit zahlreicher Ehrengäste durch den Präsidenten und den Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie eingeweiht und seiner Bestimmung als Gedächtnis- und Veranstaltungsstätte übergeben werden. Damit wurde ein nach der Wiedervereinigung in die Satzung der Gesellschaft aufgenommenes Ziel „Errichtung und Erhaltung eines Bildungs- und Kommunikations- sowie Musikzentrums Billroth-Haus im Geburtshaus des Chirurgen und Musikliebhabers Prof. Dr. Theodor Billroth auf Rügen“⁴ Realität. Das Anwesen sollte neben medizinischen auch kulturellen Veranstaltungen, einschließlich der Stadt Bergen und der Insel Rügen, zur Verfügung stehen. Der museale Bereich will mit einer medizinhistorischen Ausstellung ein Bild von der Chirurgie zu Lebzeiten Billroths vermitteln. In mehreren Vitrinen sind Gerätschaften für Untersuchungen, Narkosen und

operative Eingriffe ausgestellt, aber auch ein Notfallkoffer und Geräte zur Notfallversorgung. Sie mögen uns heute etwas sonderbar vorkommen, stellten aber zur Zeit Billroths höchsten medizinischen Standard dar. Eine Vitrine widmet sich der Krankenpflege, eine andere der Kriegschirurgie. Und wer sich näher informieren will, findet in der kleinen Bibliothek sicher manches Interessante über Theodor Billroths medizinisches und musikalisches Talent. Die Veranstaltungsräume wurden anfangs gut genutzt, besonders auch für musikalische Kostbarkeiten. Unter anderen hatten die Musikfestspiele Mecklenburg-Vorpommern diesen außergewöhnlichen Ort für sich entdeckt.

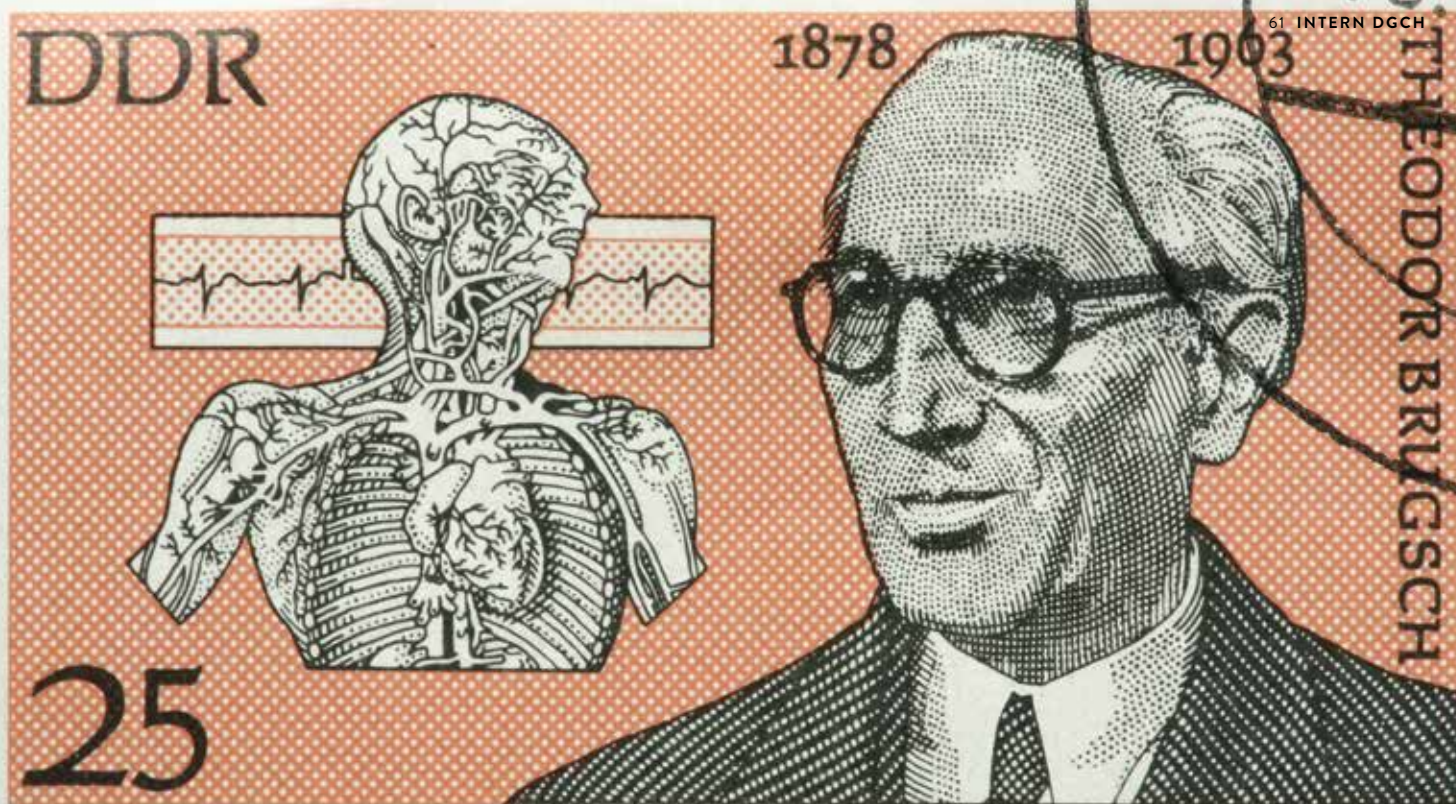
Nachdem das der Stadt Bergen für zehn Jahre gewährte, kostenfreie Nutzungsrecht ausgelaufen ist, wurde es etwas still im und um das Billroth-Haus, sehr zum Bedauern von Musikliebhabern der Insel und darüber hinaus. Eine Besichtigung des kleinen Museums ist nur nach Voranmeldung oder auf gut Glück möglich. Es bleibt zu wünschen, dass der Verein zur kulturellen Belebung Bergens das Billroth-Haus in seine Überlegungen (Aktivitäten) einbezieht, um es als Traditionsstätte zu bewahren. Übrigens befindet sich direkt gegenüber dem Billroth-Haus das Geburtshaus des Musikers und Komponisten Wolfgang Jacobi, dessen 125. Geburtstag sich im Jahre 2019 jährt.

Für wertvolle Informationen danke ich den ehemaligen Bewohnerinnen/Bewohnern des Billroth-Hauses Frau Sieglinde Löhrke (Bergen), den Herren Dr. Rüdiger Kind (Putbus) und Dr. Frank Koepke (Kreuzwerthheim) sowie dem Heimatforscher Karl Zerning (Bergen), Pfarrer Dr. Jörn Kiefer und Küster Norbert Rösler (Evangelische Kirchengemeinde St. Marien Bergen), Dr. Andreas Neumerkel (Stadtarchiv Stralsund) und Frau Bianca Thomas-Jussupow (Kreisarchiv Vorpommern-Rügen).

LITERATUR

- Kern, Ernst (1994): Theodor Billroth (1829–1894). München, Wien, Baltimore
- Kneschke, Ernst-Heinrich (1870): Neues allgemeines Deutsches Adelslexikon. Bd. 9. Leipzig. S. 350. <https://archive.org/stream/neuesallgemeines09knes#>
- Ohle, Walter; Baier, Gerd (1963): Die Kunstdenkmale des Kreises Rügen. Leipzig, S. 95
- Peiper, Hans-Jürgen; Hartel, Wilhelm (2010): Das Theodor-Billroth-Geburtshaus in Bergen auf Rügen. Göttingen. S. 7–30
- Zedlitz-Neukirch, Leopold von (1837): Neues Preußisches Adelslexikon oder genealogische und diplomatische Nachrichten. Bd.4. Leipzig. S. 288. https://de.wikipedia.org/wiki/Neues_Preussisches_Adelslexikon

⁴ Ebenda



Chirurgen aus der DDR in Österreich – persönliche Erinnerungen

Im Vorwort des Buches „Getrennte Wege – ungeteilte Chirurgie“ zitiert Generalsekretär Professor Bauer im Geleitwort Seneca: „Viel bleibt noch am Werk zu tun und viel wird immer bleiben. Keinem sei die Gelegenheit verwehrt, etwas hinzuzufügen.“ Dadurch als Zeitzeuge angesprochen, darf ich im Folgenden persönliche Erinnerungen an Begegnungen mit DDR-Chirurgen anführen.

Die deutschsprachige Chirurgie war nach dem Zweiten Weltkrieg international isoliert. Das Bewusstsein gemeinsamer Interessen über alle geschichtlichen und weltanschaulichen Irrwege hinweg, ermöglichte jedoch eine allmähliche Wiederaufnahme in die internationale chirurgische Gemeinschaft. Dieser Öffnung Richtung Westen stand leider durch

den sich anbahnenden Kalten Krieg, eine allmähliche Abnahme der Kontaktmöglichkeiten im chirurgischen Bereich Richtung Osten entgegen. Die politischen Isolationstendenzen der DDR eskalierten im chirurgischen Bereich in der ultimativen Forderung nach dem Austritt aus der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und zur Gründung der „Gesellschaft für Chirurgie der DDR“. Nur selten wurde von der rigiden DDR-Regierung Kontakte mit westdeutschen Chirurgen gestattet.

Die Situation in Österreich war nach 1945 ähnlich wie in Deutschland: Eine viergeteilte Hauptstadt, isoliert im sowjetischen Sektor, das Land in vier Besatzungszonen aufgeteilt. Der Staatsvertrag ermöglichte die günstige Entwicklung, dass der letzte



Korrespondierender Autor:
Univ. Prof. Dr. med. Wolfgang U.
Wayand

Starhembergstraße 20
A-4020 Linz
wolfgang.wayand@liwest.at

Dr. med. Martin Spazier
Krankenhaus Villach, Kärnten



Abb. 1: E. Wayand, W. U. Wayand (2. Reihe v. re.)



Abb. 2: Pichlmayr (2. v. li.), W. U. Wayand

Besatzungssoldat Oktober 1956 Österreich verließ. (Das Bekenntnis zur „immerwährenden Neutralität“ erfolgte angeblich freiwillig im Anschluss daran.)

Als nun neutrales Land war Österreich somit ein politisch akzeptabler Partner für die DDR. Dadurch ergaben sich Freiräume, die der damalige Generalsekretär der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie, Prof. Dr. E. Wayand (Vater und Großvater der Autoren), nach informellen Gesprächen zu einer Initiative nutzte, die erstmals offiziell im Protokoll der Vorstandssitzung der Österreichischen

Gesellschaft für Chirurgie vom Juni 1969 festgehalten wurde: *Um im Rahmen einer vorerst noch inoffiziellen Verständigungs- und Austausch-Aktion ostdeutschen Kollegen die Teilnahme an dieser Jahrestagung zu ermöglichen und unseren Mitgliedern selbst die vorteilhafte Möglichkeit zu verschaffen, ohne Devisen-Probleme an ostdeutschen Tagungen und Studienreisen teilzunehmen, werden Interessenten gebeten, ihre Bereitschaft bekanntzugeben, für Chirurgen aus der DDR die Aufenthaltskosten (ohne Hin- und Rückspesen) sowie ein tägliches Taschengeld von etwa 150 bis 200 Schilling (entsprechen 10 bis 15 Euro) aufzubringen, wofür*

Wayand WU, Spazier M: Chirurgen aus der DDR in Österreich – persönliche Erinnerungen. *Passion Chirurgie*. 2019 September, 9(09): Artikel 06_03.

eine Gutschrift in gleicher Höhe für denselben Zweck zu einem Aufenthalt in der DDR erfolgt. Eine Teilnahmegebühr für unsere Tagung entfällt für die ostdeutschen Kollegen, sie nehmen auf Einladung unserer Gesellschaft als Gäste ohne Gebühr teil.

Es war für mich als frisch promovierter Mediziner ein besonderes Erlebnis, eine Delegation von vier hoch angesehenen Professoren der Chirurgie, mir namentlich nur aus der Literatur und als Autoren chirurgischer Lehrbüchern bekannt, mit einem alten VW am Wiener Nordbahnhof abzuholen und die per Zug Angereisten mit Reisegeld zu versorgen und zu unserem Kongress zu chauffieren. Im Ausmaß der für die DDR-Delegation aufgewendeten Gelder ergab sich für Österreichische Chirurgen ein Guthaben in der DDR für Kongressbesuche, das anfangs zögerlich, schrittweise von österreichischen Chirurgen in Anspruch genommen wurde. Ich selbst durfte erstmals 1973 in Dresden bei einem Symposium über die ersten drei Lebertransplantationen der Wiener Universitätsklinik berichten. Staunend registrierte ich, wie unter suboptimalen baulichen und finanziellen Voraussetzungen Organisationstalent und chirurgischer Einsatz zur ersten Lebertransplantation im sozialistischen Machtbereich durch Professor Wolff führte. Die fachlichen und berührenden menschlichen Begegnungen waren beeindruckende Erlebnisse für mich, die Ausreise aus der DDR eine Erleichterung! Die anonyme Staatsgewalt spürte auch jeder der ausländischen Gäste, die Schikanen der Grenzbeamten bei Ein- und Ausreise strapazierte die bei Chirurgen ohnehin nicht im Übermaß vorhandene Geduld.

Diese Möglichkeiten des devisenlosen Austausches, anfänglich nur von DDR-Chefärzten genutzt, kam im Laufe der Jahre auch Oberärzten zugute. Damit verstummte allmählich die an der Aktivität meines Vaters geäußerte Kritik, diese Möglichkeit würde



Abb. 3: Pichlmayr (Hannover), Wolff (Dresden), W. U. Wayand (v. li. nach re.)

nur von „Bonzen“ genutzt. Auch von westdeutschen Chirurgen musste sich mein Vater die Frage stellen lassen, warum er sich so sehr für die „Kommunisten“ einsetzte. Durchweg wurde solche Kritik von Kollegen geäußert, die, so wie viele Westdeutsche, nie den Osten besucht hatten.

Im Rahmen der Österreichischen Chirurgenkongresse kam es wiederum auch vermehrt zu innerdeutschen Begegnungen. Familienangehörige, oft jahrzehntelang ohne persönlichen Kontakt, konnten sich auf neutralem Boden treffen. So kam es zum Beispiel zur Begegnung eines DDR-Chirurgen mit einem habituell sehr ähnlichen Cousin, einem Oberst der westdeutschen Grenzpolizei! Mit diesem fuhr er (verbotenerweise natürlich!) über die westdeutsche Grenze zu einem Besuch bei seiner Großmutter, die aus Freude und Dankbarkeit in einem romantischen bayerischen Dörfchen eine Messe lesen ließ. Der jeweilige Leiter der DDR-Delegation, der nach

der Rückkehr politischen Rapport erstellen musste, durfte davon natürlich nichts wissen.

Ein Arrangement mit dem sozialistischen System war unvermeidlich. Bei vielen persönlichen Gesprächen habe ich aber bei keinem DDR-Chirurgen eine ideelle Verbundenheit angetroffen. Die fachlichen und persönlichen Begegnungen mit Chirurgen aus dem Osten Deutschlands, die sich ihr geografisches und politisches Schicksal nicht ausgesucht hatten, waren wertvolle Erfahrungen für mich. Nach jeder Ausreise hatte man auch ein Gefühl der Dankbarkeit, unter einem anderen System leben zu dürfen. Vieles dieser Zeit ist für die nächste Generation nun kaum mehr vorstellbar. Als Zeitzeuge glaube ich festhalten zu dürfen, dass die idealistische Einstellung meines Vaters, einem chirurgischen Zunftgedanken verpflichtet, über politische Grenzen hinweg eine Ebene der Begegnung geschaffen hat. Jeder persönliche Kontakt musste zum Verständnis für das eigene Schicksal im Westen führen.



2019 ACS Traveling Fellow to Germany

REPORT TO THE SCHOLARSHIPS AND INTERNATIONAL RELATIONS COMMITTEES

I am greatly honored to have been chosen to represent the American College of Surgeons as the 2019 Traveling Fellow to Germany. I am an academic Pediatric Surgeon-Scientist. My clinical training in Pediatric Surgery led to my interest in understanding the mechanisms and developing therapies for congenital diseases of the gastrointestinal tract, particularly Hirschsprung disease. I run an NIH- and ACS-funded basic science research laboratory focused on enteric nervous system and gastrointestinal mucosal immune development and function as it relates to congenital and acquired disease in pediatric patients. My interest in applying for this ACS Traveling Fellowship stemmed from my desire to promote the mission of the ACS – improving the care of the surgical patient and to safeguarding

standards of care in an optimal and ethical practice environment.

This spring, over the course of three weeks, I was able to visit three leading centers for Pediatric Surgical care and research and attend the 136th Congress of the Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) in Munich. In addition to my hosts in each city, whom I will mention in the report below, I am tremendously thankful to the American College of Surgeons for the opportunity; Kate Early, MA, International Liaison and Scholarships Sections of the ACS, for all of her assistance in trip planning and arranging connections; Univ-Prof. Dr. med. Dr. h.c. Norbert Senninger, MD, FACS, President of the ACS German Chapter, for meeting with me at the 2018 ACS Clinical Congress and helping arrange my itinerary; Prof. Dr. med. Ernst Klar, MD, FACS,



Ankush Gosain, MD, PhD, FACS, FAAP

Associate Professor of Surgery and Pediatrics
Division of Pediatric Surgery,
Department of Surgery
University of Tennessee Health Science Center
Children's Foundation Research Institute
Le Bonheur Children's Hospital
49 N Dunlap St. RM 266
Memphis TN 38103
agosain@uthsc.edu

ACS Governor for Germany, for his hospitality during the DGCH meeting; and my partners in practice in Memphis for caring for my patients and allowing me the time away to fully immerse in this valuable experience.

BERLIN: KLINIK UND POLIKLINIK FÜR KINDERCHIRURGIE, CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Hosts: Frau Prof. Dr. med. Karin Rothe and PD Dr. med. Marc Reismann

My hosts in Berlin were Frau Prof. Dr. med. Karin Rothe, chief of pediatric surgery and PD Dr. med. Marc Reismann, Director of Pediatric Surgery Research, both at the Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Charité Universitätsmedizin Berlin. After an uneventful flight from the US, I was welcomed at the airport by Dr. Reismann who pointed out many historic landmarks throughout Berlin as he escorted me to my hotel. Once I was settled in, we went on a sightseeing excursion just outside of Berlin, in Potsdam, where we visited Sanssouci, the summer palace of Frederick the Great. Marc filled me in on many facets of German history over the course of the tour. We had a far-ranging conversation on many topics that are universally-challenging in academic surgical practice; mentorship, time and work-life balance, and building a clinical niche.

The next morning, I joined the entire Department for their morning sign-out and rounds, a tradition that was replicated at each center I visited with only minor variations. At this meeting, every member of the team, all students, trainees, and faculty, are present to discuss patients that presented overnight, along with the pertinent imaging, and then bedside rounds are conducted, led by the chief, Prof. Rothe. Following rounds, some of the group breaks off for the operating rooms, while the remainder gather together in a break room for breakfast – breads & rolls along with coffee. This break room serves as a central point for the team over the course of the day.

During my time at the Charité, I was able to join the team in the operating rooms to

observe a complex airway reconstruction in conjunction with ENT, as well as more straightforward cases like appendectomy and hernia repair. We discussed surgical instrumentation and technology such as integrated laparoscopic and imaging, which I found varied widely from center to center as my trip progressed. I also had the opportunity to spend time in clinic, on rounds, and in informal discussions with Dr. Stefanie Märzheuser, an expert in pediatric colorectal conditions. We saw a wide spectrum of patients and debated, mostly with agreement, the optimal approaches for both common and uncommon anomalies and post-operative problems. Dr. Märzheuser is deeply involved in SoMA, a patient/parent-led advocacy group for children with anorectal anomalies, and we discussed the critical role of surgeon involvement in these types of efforts.

Finally, I was able to visit the basic science research labs, which are housed on the adult side of the Charité campus. Here, I saw the animal surgery facilities, advanced imaging, and ex vivo setups for organ conditioning between harvest and transplantation. My time in Berlin also included visits to the Langenbeck Virchow Haus, which houses the headquarters of the German Surgical Society as well as many of the sub-specialty societies, including Pediatric Surgery. I was also able to visit an old hospital that has been purchased by Karl Storz and converted into a conference center and training venue for advanced laparoscopy.

I was able to take some time to see the sights in Berlin as well, walking along Unter den Linden, marveling at the Brandenburg Tor, visiting surviving fragments of the Berlin wall, and of course, Checkpoint Charlie. Following my time in Berlin, I boarded the high-speed train to Mainz to continue my journey.

MAINZ: KLINIK FÜR KINDERCHIRURGIE, UNIVERSITÄTSMEDIZIN MAINZ, JOHANNES GUTENBERG-UNIVERSITÄT

Hosts: Univ.-Prof. Dr. med. Oliver Muensterer, Dr. med. Jan Gödeke and Dr. med. Stephan Rohleder

My host in Mainz was Univ.-Prof. Dr. med. Oliver Muensterer, Chief of Pediatric Surgery. Prof. Muensterer and I had met years previously as he had completed his Pediatric Surgery training in the US and was on faculty in Alabama and New York prior to taking over the Department in Mainz. I was met at the train station by Dr. med. Jan Gödeke, one of the faculty in the Department, and he escorted me on a walk through the city and along the riverfront to my hotel. Later that first evening, Dr. Gödeke and Dr. med. Stephan Rohleder, both of whom had completed portions of their training in the US, took me to a traditional restaurant in the heart of the old city where we sampled the local cuisine and the wines that Mainz is known for.

Over the next few days in the children's hospital, I was able to join the team for rounds and in the operating room. While Mainz was the smallest city and center that I visited, theirs was the only center with a fully-integrated minimally-invasive operating room for children's surgery! Here, the operating rooms are located in the adult hospital, which requires children to travel through a tunnel between buildings. The group in Mainz developed a truly innovative solution to this potentially scary journey for children – a series of specially designed tiles line the hallways and ceilings and an image of a plane flying is projected from the foot of the child's bed as it rolls along, so the child's attention is on the plane rather than the remaining surroundings. This setup won an architectural design prize and is really quite impressive.

Many of our discussions over my time in Mainz centered on academic progression. We discussed the value of fellowship in the College, collaborating locally, nationally and internationally to answer difficult clinical questions, and transitioning into leadership roles over the course of one's career. I was also fortunate to be invited to attend a fundraising concert for the children's hospital. This was a night of listening to French and

German cabaret songs in a venue overlooking the city. I also had a lovely dinner with traditional Schweinshaxe with Prof. Muensterer and his wife.

Mainz is perhaps best known as the birthplace of Johannes Gutenberg and home of the printing press. I visited the Gutenberg Museum, saw a working model of a printing press as it would have existed in Gutenberg's time, and viewed the Gutenberg Bibles that are housed at the museum. I was also able to visit St. Stephen's cathedral, which is one of the few in the world to house stained glass windows by Marc Chagall. The deep blue hues and ethereal glow were truly amazing. Finally, it was time to move on to Munich. Prof. Muensterer and I shared a train and were able to continue our discussions en route.

MUNICH: 136TH CONGRESS OF THE DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE AND HAUNERSCHES KINDERSPITAL, LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT MÜNCHEN

DGCH Hosts: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. Norbert Senninger and Prof. Dr. med. Ernst Klar

Hosts: Prof. Dr. med. Dietrich von Schweinitz and PD Dr. med. Michael Berger

My final stop was in Munich, at the DGCH, where I was hosted by Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. Norbert Senninger and Prof. Dr. med. Ernst Klar. My first day started with the ACS Germany Chapter meeting, where I gave a brief presentation on my trip up to that point, as well as some background on myself, my research and my clinical practice. We then walked around the conference venue and I was astounded to see that there were café areas setup for lunch where they served sausages and alcohol-free beer for all of the attendees. I spent a few hours over the week on the exhibition floor trying out new technology that hasn't yet made it to the US, including new energy devices. Over the week during

the meeting I was able to attend a number of sessions on Pediatric Surgery including sessions with scientific abstracts as well as discussions of wellness and sustainability of one's career.

I also was able to visit the hospital where I was hosted by Prof. Dr. med. Dietrich von Schweinitz and PD Dr. med. Michael Berger. Here, I joined the team for their morning sign-out, which was conducted in a larger room with radiology in attendance, as well as on bedside rounds. I was able to observe Prof. von Schweinitz during a complex hepatobiliary tumor surgery; a real treat as he nears retirement in the next year. Dr. Berger and I discussed liver surgery in neonates; he has developed a nice program that encompasses the spectrum from resections for tumors through transplants for multifocal disease and other indications. Dr. Berger also invited me to attend a social gathering of the Pediatric Surgeons from around the country that coincided with the annual meeting.

Finally, I was able to spend one afternoon sightseeing in Munich. Sitting at a café on Marienplatz was a fantastic vantage point for watching the Neues Rathaus Glockenspiel automatons act out their routines. I browsed the stalls at Viktualienmarkt, an outdoor market, and was amazed the variety of sausages available. And of course, no visit to Munich would be complete without a visit to the BMW Museum; here I was able to see how their manufacturing operations intertwined with and influenced German history.

FINAL THOUGHTS

As stated in the application, the fellowship encourages the international exchange of surgical science, practice, and education, and helps the fellow establish professional and academic collaboration and friendships. I can say with certainty that my trip this spring accomplished all of those goals. Dankeschön to the ACS and all of my hosts!



© iStock/Oleg Albnsky

Reisebericht zum Stipendium als Fortbildungshilfe

Zunächst gilt mein besonderer Dank der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie dafür, dass sie mir ein solches Stipendium gewährt hat. Die damit verbundene Ehre und Auszeichnung weiß ich sehr zu schätzen.

Reiseberichte sind mitunter schwierig zu verfassen. Sie sind eine Notwendigkeit, die meist mit dem Stipendium verbunden ist und daher verfasst werden müssen. Eine reine Darstellung meiner Reise aber wäre, über den Nachweis der sinnvollen Verwendung der Stipendiengelder hinaus, für viele Leser nicht weiter relevant. Dieser Reisebericht ist daher ein Versuch, die Aufzählung möglichst kurzweilig und die gezogenen Erkenntnisse

für den Leser möglichst allgemeingültig und nützlich zu formulieren.

Im Rahmen des Stipendiums durfte ich eine fünfeinhalbwöchige Reise antreten, die vom Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie in Berlin an die Fußchirurgischen Kliniken des New York Presbyterian Hospitals der Cornell University (Dr. A. Sands) und an das Florida Orthopaedic Institute in Tampa (Dr. R. Sanders) führte.

BERLIN

Ein Kongressbesuch ist immer eine erbauliches Unterfangen und bringt auf engem

**Dr. med. Benedikt Braun**

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

Raum konzentriert viele Möglichkeiten der persönlichen Weiterbildung mit sich. Darüber hinaus ist der Jahreskongress eine gute Plattform, um seine eigenen Arbeiten im Kontext der weiteren nationalen Forschungsanstrengungen zu diskutieren. Zum einen konnte ich in diesem Jahr die Ergebnisse meiner Arbeitsgruppe zum Simulationsablauf für die interfragmentäre Frakturbewegung nach Tibiaschaftfrakturen, beruhend auf dem individuellen Gang des Patienten, vorstellen. Im Rahmen der anschließenden Diskussion ergab sich zum anderen die Möglichkeit, neue Anregungen für etwaige Folgeprojekte zu gewinnen, aber auch Kooperationen mit neuen Partnern zu besprechen. Auch der reine Besuch der vielen wissenschaftlichen Sitzungen war dabei, wie in jedem Jahr und während des DCK auch ungemein gewinnbringend. Um mich auf die anstehende Reise vorzubereiten legte ich dieses Jahr den Fokus vor allem auf die fußchirurgischen Spezialsitzungen.

NEW YORK

In New York (Abb. 1) war ich Gast an der Fußchirurgischen Klinik von Dr. Andrew Sands (Abb. 2). Da mir „Andy“ schon aus einem gemeinsamen AO-Projekt bekannt ist, wurde mir der Einstieg hier sehr leicht gemacht. Durch den schon

bestehenden persönlichen Kontakt konnte ich rasch in den gesamten Arbeitsablauf eingliedert werden und hatte so für zwei Wochen ein 1:1 Mentoring durch den Abteilungsleiter. So konnte ich vor allem durch den intensiven Kontakt während der Sprechstundenzeiten profitieren, während derer man von einem erfahrenen Fußchirurgen viele kleine Handgriffe und Arbeitstechniken abschauen konnte, die in der eigenen Arbeitsroutine ansonsten hätten mühsam erarbeitet werden müssen. Darüber hinaus war auch die Kontinuität von Sprechstunde, Indikation und OP gewahrt, die die Indikationsrationale eines altgedienten Kollegen erfahrbar machten. Auch im OP-Saal war der freundschaftliche Kontakt dienlich und ermöglichte den in den USA ansonsten eher unüblichen, direkten Einsatz am Patient. Geprägt war der OP-Plan während meines Aufenthaltes von fußchirurgisch, traumatologischer Notfallversorgung, aber auch posttraumatischen Korrekturen, ein Spektrum, wie es auch an unserer Klinik vorkommt und so einen direkten Vergleich und direkte Übertragbarkeit des Gelernten ermöglichte.

Neben der Arbeit bot New York natürlich beeindruckende kulturelle Möglichkeiten, sodass sich ein Besuch beim New York City Marathon mit dem Metropolitan Museum verbinden



Abb. 1: Skyline von Manhattan von Brooklyn aus gesehen

ließ, oder ausgedehnte Museumsbesuche (**Abb. 3**) an den Wochenenden (MoMA, New Museum usw.) mit musikalischen Highlights (Symphonische Tänze von Rachmaninov in der Geffen Hall; Dvorak Cello Konzert in h-moll an der Juilliard School).

TAMPA

In Tampa war ich Gast an der Klinik von Dr. Roy Sanders (**Abb. 4**), der durch seine Publikationen und nicht zuletzt durch das Etablieren der gebräuchlichen Klassifikation der Calcaneusfraktur einen entsprechenden Welt Ruf erlangt hat. Hier konnte ich ein breites Spektrum an Operationen hin von einfacher, fußchirurgischer „Daysurgery“ bis hin zu Endoprothetik des Fußes und schweren Korrektureingriffen erleben. Das reine Erlebnis, den bekannten Chirurgen bei der Arbeit beobachten zu dürfen, ist dabei schon die gesamte Reise wert gewesen. Besonders eindrucksvoll war auch der OP-Betrieb in den angegliederten Surgical Centern, die sich nur auf ambulante Eingriffe beschränken, da dort der bis ins Detail durchstrukturierte OP-Tag das Erleben einer hohen Zahl an Eingriffen möglich machte. Neben dem reinen OP-Betrieb war es hier möglich, zusätzlich den Arbeitsalltag des „Fellows“ vor Ort zu erleben. Das gab direkte Eindrücke in die Tätigkeiten eines Kollegen auf dem gleichen Weiterbildungsstand. Die eigene Ausbildung rückt dadurch nochmal in ein anderes Licht, wenn der Arbeitsalltag mit einer Visite deutlich vor 6:00 Uhr morgens beginnt, damit man pünktlich um 8:00 Uhr an einem Krankenhaus womöglich am anderen Ende der Stadt Schnitt haben kann. Das feste Ziel vor Augen, eine besondere fußchirurgische Ausbildung zu genießen, werden diese Arbeitszeiten aber hier akzeptiert. Soweit es mir in der kurzen Zeit ersichtlich war, wurde das von den Ausbildern dementsprechend honoriert.

Auch in Tampa ist der Freizeitwert der Region nicht zu leugnen. Was dort vielleicht an kulturellen Möglichkeiten im Vergleich zu New York fehlt, macht die Region durch ihre amerikanische Sportversessenheit und die wunderbaren Strände am Golf von Mexiko wieder wett und so durfte ein Besuch bei den Tampa Bay Lightning ebenso wenig fehlen wie der



Abb. 2: Dr. Sands und ich zum Abschied



Abb. 3: Das „New Museum“ in der Bowery



Abb. 4: Tampa General Hospital

Ausklang der Reise mit einem Sonnenuntergang auf Anna Maria Island (**Abb. 5**).

RESÜMEE

Im Grunde ist eine Reise und dieser Bericht beruhigend, denn auch in den Leistungszentren im Ausland wird, wie man sagt, mit Wasser gekocht. Die Grundzutaten der Medizin sind allerorts gleich: Viele kleine Dinge, modifizierte Techniken, geänderte

Arbeitsabläufe und letztlich die Einstellung zur Arbeit machen eine solche Reise aber zu einem lehrreichen Erlebnis.

Gerade im Nachwuchsbereich existieren in den USA, trotz der mitunter irrsinnig anmutenden Arbeitszeit, Konzepte, die für die chirurgische Ausbildung in Deutschland gewinnbringend sein könnten: Ein klar verbindliches, curriculares Ausbildungskonzept mit übersichtlichen und



Abb. 5: Sonnenuntergang auf Anna Maria Island

transparenten OP-Zahlen wie auch eine für alle faire und quasi zentralisierte Facharztprüfung sind nur einige Beispiele. Durch das Fellowship-System der Spezialisierung ist die berufliche Perspektive nach der

Assistenzarztzeit dort viel klarer zu erkennen und erlaubt einen raschen Umstieg von der generalistischen „Grundausbildung“ hin zur gewünschten Spezialisierung – die amerikanische Leistungsbezogenheit beugt dabei

Verteilungsproblematiken vor. Gleichzeitig liegen an den besuchten Zentren Entlassungssysteme für das ärztliche Personal vor, die eine stärkere Konzentration auf die ärztliche Kerntätigkeit erlauben, was gepaart mit den hochgradig prozessoptimierten Abläufen um den OP-Betrieb herum den strukturierten Ausbildungscharakter weiter unterstreicht. Da ist für die amerikanischen Residents auch die deutlich höhere zeitliche Belastung besser zu ertragen.

Letztlich glaube ich aber, dass auch unser deutsches Ausbildungssystem viele Vorteile bringt und bin, ob der gewonnenen Eindrücke wie auch meiner Ausbildung hier vor Ort, dankbar. Auch wenn der Satz etwas abgedroschen anmutet, war die Stipendienreise eine echte Horizonterweiterung, von der ich für meine persönliche Arbeit schon jetzt profitieren konnte. Ich kann nur jeder Kollegin und jedem Kollegen ans Herz legen, diese und ähnliche Möglichkeiten für sich zu nutzen.





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

KidsClub Chirurgie



Kinderbetreuung auf dem Chirurgenkongress 2020

Wann: an allen Kongresstagen, Dienstag 21.04. bis Freitag 24.04.2020, von 08:00 Uhr bis 18:00 Uhr.
Wer: Kinder im Alter von 12 Monaten bis 10 Jahre. Die Kinderbetreuung ist auf 20 Kinder täglich begrenzt.
Wo: CityCube, Berlin
Wie: Verbindliche Anmeldung* bis zum 14. April 2020 unter mail@bdc.de oder Fax BDC 030/28004-108
Vorort-Anmeldungen am Tagungsschalter je nach Kapazität gegebenenfalls noch möglich.
Nähere Informationen über BDC|Online (www.bdc.de) oder über die Kongressseite unter www.dck2020.de.

Eine Initiative von



Verbindliche Anmeldung*

Bitte bis zum 14. April 2020 an den BDC senden: mail@bdc.de oder Fax 030/28004-108

Name des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Ich wünsche eine Betreuung am

- | | |
|--|-----------------------|
| ☐ Dienstag, 21. April | von..... bisUhr |
| ☐ Mittwoch, 22. April | von..... bisUhr |
| ☐ Donnerstag, 23. April | von..... bisUhr |
| ☐ Freitag, 24. April | von..... bisUhr |

Name des

Sorgeberechtigten _____

Adresse _____

Mobiltelefonnummer

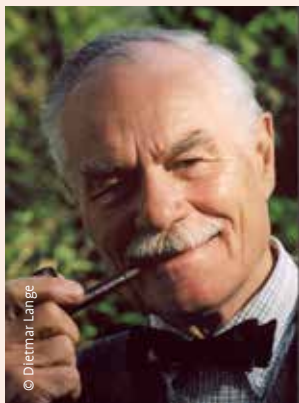
des Sorgeberechtigten _____

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

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

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

Nachruf zum Tod von Prof. Dr. med. Dr. h.c. Michael Trede



© Diemar Lange

in memoriam

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

Michael Trede

(* 10.10.1928 † 11.05.2019)

Am 11. Mai 2019 ist Professor Michael Trede in Mannheim verstorben, ein halbes Jahr nach seinem 90. Geburtstag. Trotz seines hohen Alters ist es schwer vorstellbar, dass er nun gegangen ist. Seine Schüler nannte er die *Söhne und Töchter Mannheims*. Wir trauern mit der Familie, Freunden und Kollegen um den Verlust dieses in jeder Hinsicht großen Mannes.

Geboren am 10. Oktober 1928 in Hamburg, wuchs er dort und auf Gut Marienau (bei Lüneburg) als einziges Kind seiner Eltern Dr. Hilmar (Musikwissenschaftler) und Gertrud Trede auf. 1939 emigrierten die Mutter und der 10-jährige Michael nach England. Dort absolvierte er die Schulzeit und studierte Medizin an den Universitäten Cambridge und London (1947–1954). Nach der Approbation wurde Trede zum Wehrdienst in *Her Majesty's Royal Army Medical Corps* eingezogen und kam so 1955 nach Berlin. Dort heiratete er 1956 die Organistin und Pianistin Ursula Böttcher.

Bei den regelmäßigen Besuchen der thorax- und herzchirurgischen Konferenzen im

Westend Krankenhaus, dem damaligen Klinikum der Freien Universität Berlin, lernte er – inzwischen Captain der Royal Army – Professor Fritz Linder kennen. Die gegenseitige Sympathie führte schließlich zum Angebot einer Stelle in der Chirurgischen Klinik. Obwohl sich Trede eigentlich für die Kardiologie interessierte, beschloss er mit seiner Frau, nach dem Ende der Wehrdienstzeit (1957) in Berlin zu bleiben und die Chance wahrzunehmen, als Assistenzarzt in der Chirurgischen Universitätsklinik in West-Berlin zu beginnen.

Nach der Promotion zum Thema „Das Verhalten der Kreislaufgrößen vor, während und unmittelbar nach Kreislaufunterbrechung bei Herzoperationen in Hypothermie“ (Doktorvater: E. S. Bücherl) wurde Michael Trede von seinem Chef für ein Jahr als Research Fellow (1959–1960) an die UCLA zu William P. Longmire jr. delegiert. Mit James V. Maloney jr. und A. V. Foote arbeitete er an der Kombination von Hypothermie und extrakorporalem Kreislauf. Nach seiner Rückkehr konnte er die gewonnenen Erfahrungen beim Einsatz der Herz-Lungenmaschine in Berlin einbringen.

1962 wurde Professor Linder als Nachfolger von K.H. Bauer auf den Lehrstuhl nach Heidelberg berufen – Michael Trede durfte mit. Schwerpunkt seiner Forschungsarbeiten war zunächst weiterhin die Herzchirurgie. Seine Habilitationsschrift befasste sich mit dem Thema „Tierexperimentelle Untersuchungen über Eigenblutverdünnungsperfusionen mit dem extrakorporalen Kreislauf“. Nach Antrittsvorlesung und Ernennung zum Privatdozenten wurde er im gleichen Jahr Oberarzt (1966). Trede widmete sich weiterhin der Radiochirurgie und zunehmend, unter Anleitung des damaligen Oberarztes der Heidelberger Klinik Jörg Vollmar, auch der Gefäßchirurgie. Im Januar 1971 führte er die letzte Operation am offenen Herzen durch.

1972 folgte Michael Trede dem Ruf auf den chirurgischen Lehrstuhl der 1964 gegründeten

„Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg am Klinikum Mannheim“. Die von Professor Hans Oberdahlhoff übernommene chirurgische Klinik verfügte über 374 Betten und ein weites chirurgisches Spektrum. Zu den ersten Maßnahmen des neuen Chefs gehörte die Verselbstständigung der Spezialgebiete Kinder-, Neuro- und Unfallchirurgie mit eigenen Kliniken, Chefs und Strukturen unter einem Dach (1973). Gemeinsame Morgenkonferenzen einschließlich Indikationsbesprechungen und Berichte über die Operationen des Vortages, klinikinterne Fortbildungen und der regelmäßig erscheinende Jahresbericht wurden eingeführt. Zu den Neuerungen gehörten auch die wöchentlichen Morbiditäts- und Letalitätskonferenzen, damals nicht üblich in deutschen Kliniken.

Die chirurgische Weiterbildung in Mannheim wurde ab 1972 für alle nachvollziehbar strukturiert. Jeder ärztliche Mitarbeiter erhielt ein gebundenes Logbuch, in das alle durchgeführten Eingriffe eingetragen, nach den Vorgaben der Weiterbildungsordnung gelistet und mit eigenen Vorstellungen, Wünschen und Kommentaren ergänzt wurden. Zweimal im Jahr sammelte der Chef die Logbücher ein, die Operationszahlen der Assistenten wurden auf eine in seinem Büro hängende Tafel übertragen und das „Halbjahresergebnis“ von Prof. Trede für den Inhaber des Logbuchs persönlich kommentiert. Damit war die Weiterbildung für alle Beteiligten „transparent“. So erreichten wir in der Regel die Facharztstufe in der geforderten Mindestzeit. Er hat seinen Schülern Verantwortung übertragen – jeweils unter Beachtung des Ausbildungsstandes – ohne zu überfordern. Erwartet wurde allerdings neben Ehrlichkeit und Präzision, dass man der übertragenen Verantwortung gerecht wurde.

Wir wurden angeleitet, wissenschaftliche Arbeiten genau zu lesen, kritisch zu analysieren und selbst wissenschaftliche Fragestellungen zu bearbeiten. Dabei war es ihm

wichtig, die richtigen Fragen zu stellen und nicht nur modernen Trends zu folgen oder „Schnellschüsse“ abzuliefern.

Im Mittelpunkt aller Bestrebungen, einschließlich Forschung, Lehre und Krankenversorgung, stand immer der Patient. Er sollte von einer guten Ausbildung der Studierenden, der Einführung wissenschaftlich fundierter Innovationen und der ärztlichen Behandlung profitieren. Trede hat sich meist früh für wirkliche Innovationen entschieden: Ich nenne nur die Einführung von Sonografie und endovaskulären Interventionen, den ersten totalen Pankreatektomien mit Einsatz der künstlichen Betazelle, der kontinenzerhaltenden Proktokolektomie, komplexer Leberresektionen bei Tumoren und der minimalinvasiven Chirurgie in das therapeutische Spektrum der Mannheimer Klinik.

Trede war ein glänzender Operateur. Immer die anatomischen Strukturen berücksichtigend waren seine Operationen blutarm und daher für seine Schüler und die vielen Gäste bestens demonstrierbar. Er verstand es sehr zeitig, in Kompartimenten unter Berücksichtigung von Blut- und Lymphgefäßen zu resezieren. Die in Mannheim über 26 Jahre vorgelegte Serie von 642 Duodenopankreatektomien war vielleicht auch deshalb so erfolgreich. Darin enthalten war zwischen 1985 und 1990 eine Gruppe von 144 konsekutiv rezezierten Patienten ohne einen Todesfall. Dazu Trede: „Ich beeile mich hinzuzufügen, dass außer dem Chef, der bei (fast) jedem „Whipple“ zugegen war, weitere 14 Oberärzte als Operateure (letztlich die ganze Klinik) beteiligt waren [1].“ Er hatte aber an sich selbst den Anspruch, alles was in seiner Klinik operiert wird, selbst zu beherrschen, und das möglichst am besten. Er konnte es – bis zu seinem Eintritt in den Ruhestand kurz vor seinem 70. Geburtstag. Seine Überzeugung: „Man kann eine Klinik nicht vom Schreibtisch

aus führen. Man muss es an vorderster Front tun, d. h. am Krankenbett und im Operationsaal. Man muss die Fürsorge für die Patienten und für die Mitarbeiter zur Chefsache machen – 24 Stunden lang, wenn's sein muss –, auch an Wochenenden. Die Krankheit kennt keine Sonn- und Feiertage [2].“

Michael Trede war eine bemerkenswerte Persönlichkeit. Seine britische Prägung war nicht zu übersehen. Von vielen wurde er Sir Michael oder Sir Mike genannt. Er genoss national und international eine hohe Reputation, aufgrund seiner chirurgischen Leistungen, seiner Haltung und seiner vielseitigen Begabungen: die Malerei, die Musik, das Vortragen und das Schreiben. Mehr als 450 chirurgische Publikationen, Fachbücher, eine Autobiographie und drei Bände mit diversen Kurzgeschichten stammen aus seiner Feder. Darunter das wegen seines ungewöhnlichen Formats hervorzuhebende „Chirurgische Skizzenbuch“, in dem 100 Fallstudien mit eigenen Zeichnungen und Fotos vorgestellt werden [3].

Trede war Mitglied vieler nationaler und internationaler Fachgesellschaften, der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (1977), der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (1994), der International Surgical Group (ISG 1994) sowie der International Society of Surgery (ISS/SIC 1993–1995). Er erhielt eine Vielzahl von Auszeichnungen und Ehrenmitgliedschaften, u. a. das Bundesverdienstkreuz am Bande, die Ehrendoktorwürde der University of Edinburgh und die Ehrenmitgliedschaften aller vier (darauf war er besonders stolz) Royal Colleges of Surgeons (England, Edinburgh, Ireland und Glasgow).

Michael Trede hat seine Schüler als Mannschaft geformt. Er war ein außergewöhnlicher Trainer und konnte uns zu Höchstleistungen

motivieren. Als Führungspersönlichkeit hat er uns nachhaltig beeindruckt und als Vorbild geprägt. Seine humorvoll-kritische Einstellung zu vielen, scheinbar selbstverständlichen Ansichten regte zum Nachdenken an. Wir haben unglaublich viel von ihm gelernt, natürlich die Chirurgie, aber daneben eben vielmehr. Dafür sind wir ihm extrem dankbar. Zwei Tage vor seinem Tod rief mich M. Trede an und leitete das Gespräch ein mit den Worten: „Ich liege zu Hause in meinem allerletzten Bett. Meine Familie ist bei mir. Ich wollte mich nur noch einmal für die jahrelange, gute Zusammenarbeit mit Euch bedanken. Bitte richte allen den Dank und meine Grüße aus.“

Das alles und noch viel mehr machten sein Charisma aus, mit dem er uns „eingefangen“ hat. In regelmäßigen Abständen trafen sich die „Ehemaligen“ mit ihrem Chef im Schwarzwald, im Kraichgau oder in Mannheim zu Wanderungen und zum Gedankenaustausch – zuletzt im Oktober 2018 anlässlich seines 90. Geburtstags und dann bei der Trauerfeier.

Wir, die Söhne und Töchter Mannheims, werden unseren Chef und Mentor Professor Michael Trede sehr vermissen, ihn immer in Ehren halten und uns trösten mit den Worten von Jean Paul: „Die Erinnerung ist das einzige Paradies, aus dem wir nicht vertrieben werden können.“

Prof. Dr. med. H.D. Saeger, Hon.FRCS (Engl.)

LITERATUR

- [1] Michael Trede, Der Rückkehrer, ecomed Landsberg 2001, S. 364
- [2] Michael Trede, Der Rückkehrer, ecomed Landsberg 2001, S. 356
- [3] Michael Trede, Das chirurgische Skizzenbuch, Thieme Stuttgart • New York 1997

Nachruf zum Tod von Professor Masaki Kitajima



in memoriam
Professor Masaki Kitajima,
MD, FACS, FRCS(hon), ASA(hon)
(† 21.05.2019)

Am 21. Mai 2019 ist Professor Masaki Kitajima – seit 2002 Ehrenmitglied der DGCH – aus scheinbar voller Schaffenskraft im Alter von 77 Jahren unerwartet verstorben.

Professor Masaki Kitajima war einer der renommiertesten Chirurgen Japans. Nach Abschluss seiner Ausbildung an der Keio University (1966) verbrachte er zwei Jahre an der Harvard Medical School in Boston (Massachusetts General Hospital). 1989 wurde er zum Chairman des Department of Surgery der Keio Universität berufen. Von 2001 bis 2007 war er zudem Dean dieser Universität. Nach seiner Emeritierung im Jahre 2007 war er noch weiter als Präsident der International University of Health and Welfare in Tokyo tätig bis ihn das Schicksal abberief.

Professor Masaki Kitajima war im höchsten Maße wissenschaftlich aktiv. Er publizierte weit über 100 wissenschaftliche Arbeiten und Buch-Beiträge. Darin widmete er sich dem Fortschritt der minimalinvasiven Chirurgie

bis hin zur Einführung der Robotik in die Klinik. Das Prinzip des Lymphknoten-Mapping entstammt ebenfalls seiner Schule.

Sein klinischer Schwerpunkt war die gastrointestinale Onkologie. Konsequenterweise erfuhr Masaki Kitajima mannigfaltige Ehrungen. So wurde er Ehrenmitglied vieler nationaler chirurgischer Gesellschaften – so auch der DGCH. Er unterstützte persönlich die Kooperation zwischen der deutschen und japanischen Gesellschaft für Chirurgie mit den seit einigen Jahren durchgeführten gemeinsamen Sitzungen auf den jeweiligen Jahreskongressen. Jeder, der Masaki Kitajima persönlich erlebt hat oder gar mit ihm befreundet war, wird ihn künftig schmerzlich vermissen. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie wird ihm Allzeit ein ehrendes Gedenken bewahren.

Univ.-Prof. em. Dr. Drs. h.c. J. Rüdiger Siewert
c/o Klinikum rechts der Isar
TUM Emeritus of Excellence
jr.siewert@tum.de

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr Dr. med. Arne Wilhelm, Köln
Herr Prof. Dr. med. Dieter Rentsch, Berlin
Herr Dr. med. Heschatollah Sobhan-Sarband, Bielefeld
Herr Prof. Dr. med. Josef Schuster, Dachau
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Michael Trede, Mannheim
Herr Prof. Dr. Masaki Kitajima, Tokyo/Japan, Ehrenmitglied
Herr Prof. Dr. med. Friedrich Götz, Kulmbach
Herr Dr. med. Karl-Heinz Pabst, Dormagen
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Siegfried Weller
Herr Prof. Dr. med. Bernulf Günther, Gräfelfing
Herr Prof. Dr. med. Kurt Jürgen Wonigeit, Hannover

*05.04.1970 †06.12.2018
*22.05.1934 †15.02.2019
*27.06.1934 †16.03.2019
*22.05.1930 †22.04.2019
*10.10.1928 †11.05.2019
*02.08.1941 †21.05.2019
*01.01.1926 †14.06.2019
*27.03.1935 †06.07.2019
*02.05.1941 †16.07.2019
*02.05.1941 †16.07.2019
*21.03.1942 †08.08.2019

Leserbrief

Prof. Stephan Kriwanek

Vorstand der Chirurgischen Abteilung
Donauspital Wien
stephan.kriwanek@wienkav.at

Zu: Haverich A: Theodor Billroth – nicht nur Chirurg. Passion Chirurgie. 2019 März, 9(03): Artikel 06_02.
Zum Artikel: <http://bit.ly/2MQ34yD>

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Darstellung medizinhistorisch bedeutender Persönlichkeiten ist eine wichtige Form der Auseinandersetzung mit der Entwicklung der chirurgischen Wissenschaft. Theodor Billroth ist hier sicherlich einer der herausragenden Figuren, die aus guten Gründen gewürdigt wurde und wird.

Leider war Billroth aber nicht nur ein Mann von „Weitsicht, Güte und Menschlichkeit“

(Zitat A. Haverich) sondern ein prominenter Protagonist des Antisemitismus in der Wiener Medizinischen Schule des späten 19. Jahrhunderts. In seiner Schrift „Über das Lehren und Lernen der medicinischen Wissenschaften an den Universitäten

der deutschen Nation“, beschrieb er, die Voraussetzungen für ein Studium der Medizin, wie folgt: Erziehung in einem „guten Hause“, eine ausgezeichnete Beherrschung der deutschen Sprache und hohe Intelligenz. „Ostjüdische“ Studenten, „das leider nicht ganz auszurottende Unkraut der Wiener Studentenschaft“, erfüllten für ihn aufgrund ihres Herkunftsmilieus diese Voraussetzungen nicht. Selektion sollte die „deutsche“ Elite der Medizin von sozialen Aufsteigern trennen. Die Ausgrenzung rechtfertigte Billroth mit der „Kluft zwischen rein deutschem und rein jüdischem Blut“.



Billroth nahm später vom politischen Antisemitismus Abstand: Er wünsche nicht, dass man ihn „mit den jetzt so beliebten Judenschimpfern zusammenwürfe“, schrieb er. Später trat Billroth sogar dem „Verein zur Abwehr des Antisemitismus“ bei. Nichtsdestotrotz wurde Billroth im Nationalsozialismus als „großer Gelehrter und Antisemit“ gewürdigt (Robert Körber, 1935).

Im Alten Allgemeinen Krankenhaus in Wien wurde dem „Genie deutschen Geistes“ 1944

eine Gedenkstatue anlässlich seines 50. Todestages gewidmet. Die Universität Wien hat vor einigen Jahren im Rahmen der „Achse der Erinnerung“ neben dem Denkmal eine Darstellung der antisemitischen Äußerungen Billroths ausgestellt. Die

Diskussion der antisemitischen Äußerungen Billroths führte dazu, dass die Österreichische Ärztekammer ein Gutachten des Medizinhistorikers Michael Hubenstorf in Auftrag gab, um abzuklären, ob der wissenschaftliche Preis weiterhin seinen Namen tragen sollte. Der Medizinhistoriker kam zur Schlussfolgerung, dass Billroth den damals üblichen Antisemitismus replizierte, später jedoch von seinen Äußerungen Abstand nahm, als er die Folgen des Antisemitismus an den Universitäten sah. Aufgrund dieses Gutachtens traf die Ärztekammer die Entscheidung, den Namen des Preises beizubehalten und verpflichtete sich

Kriwanek S: Leserbrief. Passion Chirurgie. 2019 September, 9(09): Artikel 04_08.

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

zu einer ausgewogenen Darstellung der Person des Theodor Billroth.

Dass im Beitrag der PASSION CHIRURGIE ausgerechnet ein Ausspruch Ferdinand Sauerbruchs zur Würdigung Billroths angeführt wird, stimmt nachdenklich. Bekanntlich war Sauerbruch einer der Unterzeichner des „Bekenntnis der Professoren an den deutschen Universitäten und Hochschulen zu Adolf Hitler und dem nationalsozialistischen Staat“ und wurde von Göring 1934 zum Staatsrat ernannt. 1937 nahm Sauerbruch den von Hitler gestifteten Deutschen Nationalpreis für Kunst und Wissenschaft an und wurde später Generalarzt der Deutschen Wehrmacht.

ANTWORT VON PROF. DR. DR. H.C. AXEL HAVERICH, DIREKTOR

Sehr geehrter Herr Professor Kriwanek,

„More surgeons must start doing basic research“, so titelte „Nature Medicine“ im April 2017. Vor diesem Hintergrund habe ich mir erlaubt, den großen Chirurgen und chirurgischen Lehrer Theodor Billroth mit einer Facette seines Tuns zu zeichnen, die mir bis vor Kurzem unbekannt war.

Wilhelm Hartel stieß mich auf die grundlegenden Arbeiten zur Mikrobiologie von Billroth, die dieser als Buch veröffentlichte und diese Monografie der DGCH widmete. Gerade vor dem Hintergrund der schwindenden Wissenschaftlichkeit der Chirurgie – von „Nature Medicine“ moniert – wurde dieses Werk Anlass meines Berichtes anlässlich des

Eine zeitgemäße Würdigung von Theodor Billroth sollte nicht nur die unbestrittenen Verdienste des großen Chirurgen darstellen, sondern unbedingt auch dessen weniger „schöne“ Seiten beleuchten.

Freundliche Grüße
S. Kriwanek

LITERATUR

[1] „Furor teutonicus und Rassenhass“ Theodor Billroths universitätspolitische Einfluss auf die Nationalisierung der Medizin Universität Wien (geschichte.univie.at/de/print/24795)

Chirurgenkongresses 2018 und der nachfolgenden Publikation.

Nicht Gegenstand meiner Erörterung waren politische Äußerungen von Billroth, die mir auch gänzlich unbekannt waren. Hätte ich sie gekannt und wären sie Gegenstand meines Beitrags gewesen, hätte ich sie wohl ähnlich kommentiert wie die von Ihnen zitierte Österreichische Ärztekammer, insbesondere als Billroth schließlich dem „Verein zur Abwehr des Antisemitismus“ beitrug.

Aber nochmals: Ziel meiner Arbeit war nicht die Darstellung der politischen/gesellschaftlichen Person Billroths, sondern lediglich die Würdigung seiner weitgehend unbekannten grundlagenwissenschaftlichen Arbeiten in Ergänzung seiner klinisch-akademischen Verdienste. Sie kritisieren an meinem Artikel den Gebrauch eines Zitates von Sauerbruch.

[2] Felicitas Seebacher „Der operierte Chirurg“. Die Rekonstruktion der Entstehungsgeschichte von Theodor Billroths Studie „Lehren und Lernen der medizinischen Wissenschaften“ und die Reaktionen auf ihre antisemitischen Inhalte. Nachrichtenblatt der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, Naturwissenschaft und Technik 2005;128

[3] oOliver Rathkolb Der lange Schatten des Antisemitismus. Kritische Auseinandersetzungen mit der Geschichte der Universität Wien im 19. und 20. Jahrhundert. Wien, 2012 V&R Unipress

„Sauerbruch war kein Nazi“, so darf ich meinen hochverehrten Lehrer Hans-Georg Borst zitieren, geboren 1927, in dessen Elternhaus Ferdinand Sauerbruch verkehrte. Bis vor kurzem beruhte meine Einschätzung als Nicht-Historiker weitgehend auf dieser Aussage und der Biografie „Helle Blätter – Dunkle Blätter. Erinnerungen eines Chirurgen“ von Rudolf Nissen. Ein jüngst erschienenen Werk des Historikers Christian Hardinghaus „Ferdinand Sauerbruch und die Charité: Operationen gegen Hitler“ hat mein Bild zu Sauerbruchs Rolle im Dritten Reich erheblich erweitert. Eine Kategorisierung seiner Person und der von Billroth in Bezug auf ihre politische Einstellung traue ich mir bei ausschließlicher Kenntnis von Sekundärliteratur und als Nicht-Historiker dennoch nicht zu.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Axel Haverich

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

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

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

KONTAKT

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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: AWARE₊ Registriernummer: NCT01181206				
PD Dr. J. C. Lauscher Prof. Dr. M. E. Kreis Prof. Dr. J.-P. Ritz Prof. Dr. H. J. Buhr	Oligosymptomatische Narbenhernie (Abwesenheit des hernienbezogenen Schmerzes oder von Beschwerden, die die normalen Aktivitäten beeinträchtigen) Experimentelle Gruppe: Watchful waiting Kontrollgruppe: operative Versorgung (offene Netzverfahren, laparoskopische Netzverfahren, offene Nahtverfahren)	FPI: 14.11.2011 639 von 636 Patienten Rekrutierung beendet	DFG 610 € (zzgl. Umsatzsteuer)/ Patient	PD Dr. J. Lauscher Universitätsmedizin Berlin, Charité Campus Benjamin Franklin Chirurgische Klinik I T: 030/8445-2948 F: 030/450-522 902 E: johannes.lauscher@charite.de
Studientitel: BariSurg₊ Registriernummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. B.P. Müller	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m ² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m ² Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP Kontrollgruppe: Magenbypass-OP	FPI: 27.11.2013 107 von 248 Patienten	– Kein Fallgeld	Prof. Dr. B.P. Müller Universitätsklinikum Heidelberg Chirurgische Klinik Sektion Minimalinvasive Chirurgie T: 06221/56-8641 F: 06221/56-8645 E: beat.mueller@med.uni-heidelberg.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: BIOLAP₃ Registrierungsnummer: DRKS00010178				
Prof. Dr. med. M. Heiss	Primäre bilaterale Leistenhernien Laparoskopische Operation bilateraler Leistenhernien unter Verwendung von synthetischen und biologischen Netzen. Die Studienteilnehmer werden keiner Gruppe zugeordnet; jeder Patient erhält auf einer Seite das biologische und auf der anderen Seite das synthetische Netz. Jeder Patient stellt somit seine eigene Kontrolle dar.	17.08.2017 300 von 496 Patienten	DFG 750 € / Patient	Dr. J. Knievel IFOM – Institut für Forschung in der Operativen Medizin Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin Universität Witten/Herdecke Ostmerheimer Str. 200, Haus 38 51109 Köln 0221 98957-24 0221 98957-30 Judith.Knievel@uni-wh.de
Studientitel: ESOPEC₃ Registrierungsnummer: NCT02509286, DRKS00008008				
Prof. Dr. Jens Höppner	Adenokarzinom des Ösophagus und des gastroösophagealen Übergangs (AEG) Experimentelle Gruppe: Perioperative Chemotherapie (FLOT) und Tumorresektion Kontrollgruppe: Neoadjuvante Radiochemotherapie (CROSS) und Tumorresektion	09.02.2016 355 von 438 Patienten	DFG 1.500 € / Patient	Prof. Dr. med. Jens Höppner Universitätsklinikum Freiburg Department Chirurgie Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie T: 0761/270-26970 F: 0761/270-90711 E: jens.hoepfner@uniklinik-freiburg.de
Studientitel: IOWISI₃ Registrierungsnummer: DRKS00012251 EudraCT 2017-000152-26				
PD Dr. med. Daniel Reim	offene abdominalchirurgische Eingriffe Experimentelle Gruppe: Spülung des subkutanen Gewebes nach Faszienverschluss mit Intervention 1: 0,04%iger Polyhexanidlösung Intervention 2: 0,9%iger NaCl-Lösung Kontrollgruppe keine Wundspülung	20.09.2017 314 von 540 Patienten	DFG 400 € / Patient	PD Dr. med. D. Reim Klinik und Poliklinik für Chirurgie Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München (TUM) Ismaninger Str. 22 81675 München T: 089/4140-5019 E: daniel.reim@tum.de
Studientitel: iPEP₃ Registrierungsnummer: NCT02478996				
Prof. Dr. Ines Gockel, MBA	histologisch gesichertes Adenokarzinom des Ösophagus oder des gastroösophagealen Übergangs Typ I und II nach Siewert-Klassifikation bei männlichen Patienten im Alter von 18–75 Jahren mit geplanter abdomino-thorakaler Ösophagusresektion mit Schlauchmagenhochzug und intrathorakaler oder zervikaler Anastomose Interventionsgruppe: Web-basiertes perioperatives Trainingsprogramm 8–12 Wochen vor und bis 12 Wochen nach der OP Kontrollgruppe: Standardtherapie	07.08.2015 40 von 80 Patienten	Barrett-Initiative e.V. Kein Fallgeld	Prof. Dr. Ines Gockel, MBA Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Leipzig AöR 04103 Leipzig 0341/97-17200 0341/97-17209 chi2@medizin.uni-leipzig.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: PONIV_g Registrierungsnummer: DRKS00006199				
Dr. med. Rebekka Schirren	Elektiver offener kolorektaler Eingriff Experimentelle Gruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels postoperativem Wundinzisions-Unterdrucktherapie System (PIUT) für 5–7 Tage postoperativ. Kontrollgruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels sterilem Verbandsmaterial für 5–7 Tage postoperativ.	23.10.2017 95 von 340 Patienten	KCI USA, Inc. 50 € / Patient	Dr. med. R. Schirren Chirurgische Klinik und Poliklinik Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München T: 089/4140-5138 E: rebekka.schirren@tum.de
Studientitel: RELY_g Registrierungsnummer: NCT01073358				
PD Dr. N. N. Rahbari	Patienten zur geplanten R0-Resektion von kolorektalen Lebermetastasen Experimentelle Gruppe: Resektion der kolorektalen Lebermetastasen mit hilärer Lymphadenektomie Kontrollgruppe: Resektion der kolorektalen Lebermetastasen ohne hiläre Lymphadenektomie	FPI: 09.03.2010 264 von 366 Patienten	– Kein Fallgeld	PD Dr. N. N. Rahbari Chirurgische Klinik Universitätsmedizin Mannheim T: 0621/383-3591 F: 0621/383-3809 E: nuh.rahbari@umm.de
Studientitel: WOPP_g Registrierungsnummer: NCT01855464				
Prof. Dr. T. Walles, FETCS Prof. Dr. J. Neudecker (Stellvertreter-Studienleiter)	Patienten (15–40 Jahre) mit Rezidiv eines primären Spontanpneumothorax (PTX) oder therapierefraktärem PTX Erstereignis Experimentelle Gruppe: Lungenkeilektomie mit parietaler Pleurektomie Kontrollgruppe: Alleinige parietale Pleurektomie	FPI: 19.11.2013 291 von 360 Patienten	DFG 525 €/Patient	Prof. Dr. T. Walles, FETCS Abteilung Thoraxchirurgie Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R T: 0391/67-21905 E: Thorsten.Walles@med.ovgu.de Studienbüro: Esther Meyer T: 0391/67-24903 E: Esther.meyer@med.ovgu.de Stellvertretender Studienleiter: Prof. Dr. J. Neudecker Charité – Universitätsmedizin Berlin Campus Charité Mitte Campus Virchow-Klinikum Chirurgische Klinik Chirurgisches Regionalzentrum Berlin des CHIR-Net T: 030/450-622125 E: Jens.Neudecker@charite.de
[1] Randomisierte, multizentrische Studie mit der primären Hypothese, dass kontrolliertes Warten (watchful waiting) dem chirurgischen Verschluss asymptomatischer sowie oligosymptomatischer Narbenhernien nicht unterlegen ist hinsichtlich Schmerzen und Beschwerden während normaler Aktivitäten [2] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial [3] Biologisches versus synthetisches Netz bei der laparoskopischen Hernienversorgung – eine randomisierte multizentrische, prospektive, selbst-kontrollierte klinische Studie [4] Perioperative Chemotherapie (FLOT) im Vergleich zur neoadjuvanten Radiochemotherapie (CROSS) bei Patienten mit Adenokarzinom des Ösophagus [5] Intraoperative wound irrigation to prevent surgical site infection after laparotomy [6] Internet-based Perioperative Exercise Program in Patients With Barrett's Carcinoma Scheduled for Esophagectomy [7] Postoperative negative pressure incision therapy following open colorectal surgery: a randomized-controlled trial [8] Eine randomisierte, kontrollierte Studie zur Lymphknotenentfernung bei Resektion kolorektaler Lebermetastasen [9] Pulmonary wedge resection plus parietal pleurectomy (WRPP) versus parietal pleurectomy (PP) for the treatment of recurrent primary pneumothorax * Diese Studie wird im Verbund des chirurgischen Studiennetzwerkes Deutschland CHIR-Net durchgeführt. Stand: September 2019				

AUSSCHREIBUNG PREISE UND STIPENDIEN 2020

Ausschreibung Preise und Stipendien 2020

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

Ihre Bewerbungen wird erbeten bis spätestens zum 30.09.2019 an die

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

PREISE

B.-VON-LANGENBECK-PREIS

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

Dotierung: € 10.500

RUDOLF-ZENKER-PREIS, GESTIFTET VON BRAUN MELSUNGEN AG

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

Dotierung: € 6.000

W.-MÜLLER-OSTEN-PREIS

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

ärztlichen, insbesondere des chirurgischen Berufes befassen.

Dotierung: € 8.000

F.-STEICHEN-PREIS, GESTIFTET VON MEDTRONIC GMBH

Vergabe für besondere Leistungen auf dem Gebiet der viszeralchirurgischen Operationstechniken.

Dotierung: € 5.000

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

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

Dotierung: € 4.000

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

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

Dotierung: € 3.000

FILMPREIS

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

Dotierung: € 1.500

POSTERPREIS

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

Dotierung: € 1.500

NACHWUCHSFÖRDERPREIS DER SEKTION CHIRURGISCHE FORSCHUNG

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

Dotierung: € 1.000

F.-LINDER-PREIS

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

Dotierung: € 2.500

EINSENDUNGEN FÜR DEN F.-LINDER-PREIS AN:

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

STIPENDIEN

STIPENDIUM ALS FORTBILDUNGSHILFE

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

Dotierung: € 5.000

REISESTIPENDIUM DER H.-JUNGHANNS-STIFTUNG

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

Dotierung: € 5.000

AUSSCHREIBUNG PREISE UND STIPENDIEN 2020

W.-MÜLLER-OSTEN-STIPENDIUM

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

Dotierung: € 5.000

W.-MÜLLER-OSTEN-STIPENDIUM FÜR AUSLÄNDISCHE HOSPITANTEN

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

Dotierung: € 6.000

REISESTIPENDIUM ZUM JAPANISCHEN

CHIRURGENKONGRESS

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

am Japanischen Chirurgenkongress mit anschließender Hospitation in japanischen Zentren unterstützt.

Dotierung: € 5.000

INTERNATIONALES GASTSTIPENDIUM DER DGCH

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

Dotierung: € 5.000

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

www.dgch.de

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

REISESTIPENDIUM ZUM JAHRESKONGRESS DES AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

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

Dotierung: € 5.000

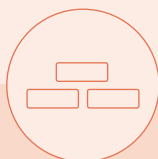
Auf S. 79 der Juni-Ausgabe haben wir leider eine falsche Abbildung eingefügt. Wir bitten um Entschuldigung. Hier ist die Korrektur:



Junior-Fortüne-Programm:
Dr. F. Scheufele

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

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

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

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



Prof. Dr. med. 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
- Herrn Prof. Dr. med. Gerhard Krönung, Wiesbaden
in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke, Regensburg
- Herr Prof. Dr. med. Alois Fürst
- Herr Dr. med. Arthur Heiligensetzer
- Herr Dr. med. Peter Sauer
- Herr Dr. med. Bernfried Pikal
- Herr Dr. med. Johannes Winfried Pruy
in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke, Regensburg
- Herr Prof. Dr. med. Christian Müller, Hamburg
- Herr Dr. med. Friedrich Klee, Heidelberg
- Herr Prof. Dr. med. Karl Dinstl, Wien
in memoriam Prof. Dr. med. K. Keminger
- Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim
- Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen
- Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
- Herr Dr. med. Helge Hölzer, Stuttgart
in memoriam Prof. Dr. med. Gerhard Köveker, Sindelfingen und Böblingen
- Herr Dr. med. Friedemann Schreiter, Hamburg
- Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Hannover
- Herr Prof. Dr. med. Konrad 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. Oktober 2019



KORRESPONDENZADRESSE

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V.
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
Tel.: 030/28876290
info@dgch.de
www.dgch.de

REDAKTION MITTEILUNGEN DER DGCH

Prof.Dr.med.Dr.h.c.H.-J.Meyer (V.i.S.d.P.),
info@dgch.de
Dipl.-Kffr. Canan Kilci,
referentin@dgch.de

VORSTAND

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

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	T. H. K. Schiedeck, Ludwigsburg
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie/Vertreter Allgemeine Chirurgie	K. Ridwelski, Magdeburg
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin	F. Adili, Darmstadt
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	P. Schmittenbecher, Karlsruhe
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	J. Hoffmann, Heidelberg
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	V. Tronnier, Lübeck
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	B. Kladny, Herzogenaurach
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen	R. Giunta, München
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	J. Gummert, Bad Oeynhausen
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	H.-S. Hofmann, Regensburg
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

F. Stelzner, Bonn
H.-J. Peiper, Göttingen
H. Hamelmann, Kiel
W. Hartel, Ulm
G. Hierholzer, Duisburg
H. Bauer, Altötting
D. Rühland, Singen
A. Encke, Frankfurt
K. Schönleben, Ludwigshafen
J. R. Siewert, München
N. P. Haas, Berlin
B. Ulrich, Düsseldorf
M. Rothmund, Marburg
H. D. Saeger, Dresden
H. U. Steinau, Bochum
K. Junghanns, Ludwigsburg
R. Arbogast, Pforzheim
V. Schumpelick, Aachen
R. Gradinger, München
A. Haverich, Hannover
M. Büchler, Heidelberg
K.-W. Jauch, München
J. Jähne, Hannover
P. Vogt, Hannover



MEINE DATEN HABEN SICH GEÄNDERT

Mitgliedsnummer

Titel

Name und Vorname

Klinik/Krankenhaus/Praxis

Abteilung

Klinik-Anschrift

Telefon dienstlich

Fax dienstlich

Privat-Anschrift

Telefon privat

Fax privat

E-Mail-Adresse

Postsendungen bitte an die

☐ Praxis-/Klinikadresse

☐ Privatadresse

Ich bin tätig als:

☐ Ärztlicher Direktor

☐ Chefarzt

☐ Niedergelassener Chirurg

☐ Oberarzt

☐ Assistenzarzt

☐ Belegarzt

☐ Student

☐ Ich lebe im Ruhestand seit _____

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

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

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



BDC|Mobile

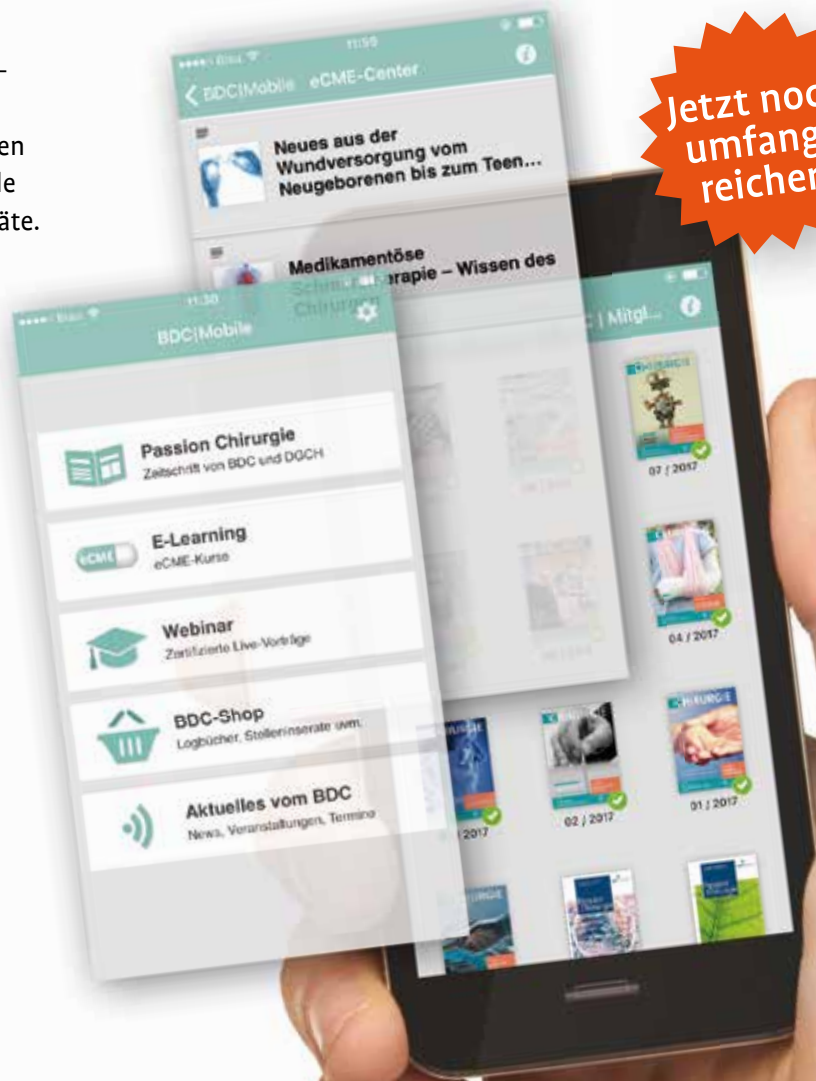
Die schnellsten Infos für
Chirurginnen und Chirurgen

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

**Jetzt noch
umfang-
reicher!**

BDC|Mobile beinhaltet:

- **Passion Chirurgie**
Die Mitgliederzeitschrift
von BDC und DGCH
- **E-Learning Kurse**
des eCME-Centers
- **Neu: Webinare**
Zertifizierte Live-Vorträge
- **Neu: BDC|Shop**
mit Logbüchern, 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.



ZULETZT ERSCHIENEN ALS eMAGAZIN

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

eMagazin
07/2019



INHALTSVERZEICHNIS DER eMAGAZIN AUSGABE JULI 2019

EDITORIAL

Hygiene in der Praxis

SCHAUFENSTER

CHIRURGIE

IM FOKUS

Hygiene – Kernziel des Qualitätsmanagements

CHIRURGIE+

Webinar-Termin im August 2019: S3-Leitlinie „Colitis ulcerosa“

Patientensicherheit in Deutschland: Geschichte und Gegenwart

Hygiene-Tipp: Infektionsquelle Bauchnabel – Piercing im Visier

Personalia

RECHT

Gewinnverteilung in der Berufsausübungsgemeinschaft: Ein heißes Eisen

Sozialversicherungspflicht für Honorärärzte

Wer haftet für den Honorararzt?

F&A: Aufbewahrungsfrist für Sachverständigengutachten

GESUNDHEITSPOLITIK

Stellungnahme des BDC zum MDK-Reformgesetz

Marburger Bund und VKA erzielen Einigung

Aktuelle Meldungen

INTERN DGCH

Prof. Schmitz-Rixen ist neuer Präsident der DGCH

Reisebericht zum Stipendium als Fortbildungshilfe

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

DGCH-Präsidium ab 1. Juli 2019

INTERN BDC

BDC|News

BDC|Landesverbände

BDC|Pressespiegel

Termine BDC|Akademie

Veranstaltungshinweise

Lifestyle-Angebote im Juli 2019

PANORAMA

Zwei Jahrzehnte als Leitender Chirurg – Traum, Alptraum und Realität

eMagazin
08/2019



INHALTSVERZEICHNIS DER eMAGAZIN AUSGABE AUGUST 2019

EDITORIAL

Die Mitte: Gedanken zu einem Phänomen

SCHAUFENSTER

CHIRURGIE

IM FOKUS

Vereinbarung zur Organisation der Schmerztherapie chirurgischer Patienten

Empfehlungen zur perioperativen Anwendung von Metamizol

CHIRURGIE+

„Die Ausbildungsbedingungen müssen sich in allen Regionen verbessern“

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

Deutscher Rhinoplastik-Kongress in Frankfurt

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

Personalia

RECHT

F+A: Nutzung von OP-Videos

F+A: Kontaktaufnahme mit Patienten nach Behandlungsende

GESUNDHEITSPOLITIK

Forschungsaktivitäten in der Weiterbildungszeit anerkennen

Krankenhäuser auf dem Land bekommen mehr Geld

Aktuelle Meldungen

INTERN DGCH

Reisestipendium der Herbert-Jung-Stiftung: Kinderchirurgie in Columbus

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

DGCH-Präsidium ab 1. Juli 2019

INTERN BDC

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

BDC|News

BDC|Landesverbände

BDC|Pressespiegel

Termine BDC|Akademie

Veranstaltungshinweise

Lifestyle-Angebote im August 2019

PANORAMA

Wenn ein Behandlungsfehler alles verändert



Wage den Schnitt!

Update der BDC- Nachwuchskampagne

Anfang 2008 startete der BDC die bundesweit angelegte Nachwuchskampagne „Nur Mut! Kein Durchschnittsjob: ChirurgIn“. Medizinstudierende werden angesprochen und über den Beruf ChirurgIn möglichst realitätsnah informiert. Die faszinierenden Seiten der Chirurgie stehen natürlich im Vordergrund.

In diesem Jahr wurden die Kampagne-Motive für Plakate, Postkarten und die Online-Auftritte wieder erneuert. Die neuen Motive werden durch den Slogan „Wage den Schnitt!“ ergänzt. Ganz bewusst wird mit einem Augenzwinkern Interesse für das Berufsbild der Chirurgie geweckt.



Die gesamte Kampagne ist vom Prinzip getragen, ehrlich und transparent über den chirurgischen Beruf zu informieren. Es wird deshalb nichts beschönigt und verharmlost. Die Chirurgie wird wahrscheinlich nie ein Beruf mit geregelten Arbeitszeiten sein. Aber durch die Initiativen einzelner Krankenhäuser (z. B. durch betriebseigene Kindergärten) werden die Rahmenbedingungen für Chirurginnen und Chirurgen ganz langsam besser. Chirurginnen und Chirurgen mit ganz unterschiedlichen Lebensläufen und Positionen sprechen deshalb im Rahmen der Kampagne mit Studierenden und berichten aus erster Hand von ihren Erfahrungen. Ohne das Engagement der vielen UnterstützerInnen der Kampagne wäre die Umsetzung nicht möglich.

Gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) bieten wir seit Jahren eine besondere Workshopreihe mit Schwerpunkt Thoraxchirurgie an (in diesem Jahr findet der Workshop auf der Dreiländertagung der Österreichischen, der Schweizerischen und der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie statt).

Wir freuen uns sehr, dass in diesem Jahr die Kinderchirurgie als Themenschwerpunkt hinzukommt: Im Oktober findet der erste Workshop in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) statt.

Wir hoffen auf weitere hochklassige Partner, die uns helfen, den chirurgischen Nachwuchs zu begeistern!

Workshops: Chirurgie zum Mitmachen

Das Herzstück der Kampagne „Nur Mut! Kein Durchschnittsjob: ChirurgIn“ sind die Workshops „Chirurgie zum Mitmachen“. Zu Beginn der Kampagne wurden durchschnittlich fünf dieser Workshops in deutschen Städten durchgeführt, mittlerweile sind es schon zehn im Jahr. Bei eintägigen Workshops können Medizinstudenten schon mal Hand anlegen. Beim Nahtkurs, Legen von Thoraxdrainagen und Co. bekommen sie erste Einblicke in die chirurgische Praxis.

Auf der Internetseite der Kampagne unter www.chirurg-werden.de findet man neben den aktuellen Terminen, ausführliche Informationen zu den Facetten chirurgischer Tätigkeit, der chirurgischen Weiterbildung und den acht Säulen im Gebiet Chirurgie.

2019
in
ZAHLN

8.000

Dem Facebook-Profil
@chirurg.werden folgen bereits
mehr als 8.000 Interessierte.

10

In diesem Jahr finden
zehn Workshops „Nur Mut!
Chirurgie zum Mitmachen“
statt.

Bei den bundesweiten Work-
shops haben sich rund 380
Studierende angemeldet.

360



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

KONGRESSE



DER BDC BEIM DKOU

Vom 22. Bis 25. Oktober 2019 findet in Berlin der Deutsche Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie statt. Der BDC ist natürlich auch mit einem Stand vor Ort: Halle 2.2, Stand 65. Wie immer freuen wir uns über Ihren Besuch! Verpassen Sie auch nicht die Sitzungen vom BDC, u. a. das Seminar „Begutachtung & Zusammenhangsgutachten“.

Mehr Informationen: www.dkou.org

POLITIK



BDC-STELLUNGNAHMEN

In den vergangenen Monaten wurden einige Stellungnahmen vom BDC veröffentlicht u. a. zum MDK-Reformgesetz, dem Referentenentwurf zum OTA-Ausbildungsgesetz und dem Referentenentwurf zur Änderung der GOÄ (Todesfeststellung). Auf BDC|Online finden Sie immer die aktuellsten Stellungnahmen.

Zu den Stellungnahmen: www.bdc.de/presse/stellungnahmen/



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

BDC-PRESSESPIEGEL

19.08.2019 Ärzteblatt

Belegärzte: Kampf für das Belegsistem

Das Belegarztwesen in Deutschland befindet sich im Niedergang. Ein Belegarzt und der Geschäftsführer eines Belegkrankenhauses erklären, warum das System aus ihrer Sicht in jedem Fall erhalten werden muss – und wie das möglich ist.

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 geplante bundeseinheitliche 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 Rintelner war bisher als Referatsleiter für niedergelassene Chirurgen und Chirurgeninnen Mitglied des erweiterten Vorstandes und wurde zum Nachfolger von Prof. Dr. med. Julia Seifert gewählt...

BDC | Landesverbände

BDC | Westfalen-Lippe

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Waldemar Uhl, MHSA

Stellv. Vorsitzender und Regionalvertreter NL
Jerzy Wielowiejski

BDC | Bremen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Heiner Wenk

Regionalvertreter NL
Dr. med. Björn Ackermann

BDC | Hamburg

Vorsitzender
Dr. med. Christopher Wenck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Mansfeld

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Kemnitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gerd Fass

BDC | Schleswig-Holstein

Vorsitzender
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Michael Müller

Regionalvertreter NL
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Bertram Wittrin

BDC | Nordrhein

Vorsitzender
Dr. med. Jüßen Klein

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Werner Boxberg

stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Sven Gregor

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Jürgen Klein

BDC | Hessen

Vorsitzender
Frank Forst

1. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph Schüürmann

2. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Alexander Buia

Regionalvertreter NL
Dr. med. Detlev Grapentin

BDC | Saarland

Vorsitzender
Dr. med. Peter Bongers

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Georgios Tosounidis

BDC | Rheinland Pfalz

Vorsitzender/Regionalvertreter Pfalz
Dr. med. Jörg Fischböck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Stefan Studier-Fischer

Regionalvertreter Rheinland
Dr. med. Andreas Herzog

Regionalvertreter Rheinland
Dr. med. Lutz Riedel

Regionalvertreter Pfalz
Dr. med. Michael Wagner

BDC | Baden-Württemberg

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Schäffer

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Jörg Richter

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christoph W. Jaschke



DER BDC IN DEN BUNDESLÄNDERN

Der BDC ist in allen Regionen Deutschlands tätig und bietet Ihnen lokale Ansprechpartner. Suchen Sie sich den Landesverband, der für Ihre Arbeitsadresse zuständig ist, heraus. Auf der nebenstehenden Abbildung finden Sie die Namen der Mandatsträger aus Ihrem BDC|Landesverband. Die Kontaktdaten der Mandatsträger finden Sie auf BDC|Online (s. u.).

Sprecher der Landesvertreter

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

www.bdc.de/bdc-landesverbände



Weitere Informationen finden Sie auf BDC|Online im Bereich DER BDC

BDC | Mecklenburg

Vorsitzender
PD Dr. med. Lutz Wilhelm

Regionalvertreter NL
Dr. med. Andreas Oling

Regionalvertreter NL
Dr. med. Thomas Nowotny

BDC | Berlin

1. Vorsitzender
Dr. med. Ralph Lorenz

2. Vorsitzende
Ira Klink

3. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Stoffels

Regionalvertreter NL
Dr. med. Frank-Joachim Peter

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. Max Freiherr von Seebach

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gunnar Peters

BDC | Brandenburg

Vorsitzender
Prof. Dr. med. habil. F. Marusch

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Martin Kruschewski

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christian Federlein

BDC | Sachsen-Anhalt

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski

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

2. Vorsitzender
Dr. med. Matthias Krüger

Regionalvertreter NL
Dr. med. Dirk Arbter

BDC | Sachsen

Vorsitzender
Dr. med. Ehrhardt Weiß

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Jörg Hammer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Hammer

BDC | Thüringen

Vorsitzender
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Lutz Künanz

Regionalvertreter NL
Dr. med. Arndt Voigtsberger

BDC | Niedersachsen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Guido Schumacher

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Frank Siebert

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Ulf Culemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Frank Siebert

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Ramin Barmaki Pour

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Raymond Young

BDC | Bayern

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Matthias Anthuber

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Hubert Mayer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Axel Neumann

Stellv. Regionalvertreter NL
Dirk Farghal

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Rainer Woischke



BDC-Pressemitteilungen und das Medienecho
finden Sie auf BDC|Online im Bereich Presse.



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

Termine BDC | Akademie

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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; Dr. med. Christian Müller	400,00	600,00
28.02.2020	29.02.2020	Potsdam	2020-21512	Workshop: Intensivmedizin & Reanimation	Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch	500,00 €	700,00 €
19.03.2020	21.03.2020	Bochum	2020-21665	Common Trunk	Dr. med. Jörg Sauer; Prof. Dr. med. Vallböhmer	350,00 €	550,00 €

FACHARTZTVORBEREITUNG							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
04.11.2019	08.11.2019	Dortmund	2019-22530	Facharztseminar Allgemeinchirurgie	PD Dr. med. Maximilian Schmedding; Dr. med. Jens-Peter Stahl	350,00	550,00
04.11.2019	07.11.2019	Hamburg	2019-23672	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Prof.h.c. Dr.h.c. Jakob Izbicki; Dr. med. Philipp Busch	350,00	550,00
04.11.2019	07.11.2019	Erfurt	2019-23822	Facharztseminar Orthopädie/Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Mückley	350,00	550,00
17.02.2020	21.02.2020	Augsburg	2020-22580	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Matthias Anthuber	350,00 €	550,00 €
10.02.2020	14.02.2020	Berlin	2020-23691	Facharztseminar Gefäßchirurgie	Prof. Dr. med. univ. Andreas Greiner	350,00 €	550,00 €
16.03.2020	20.03.2020	Berlin	2020-22570	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller	350,00 €	550,00 €
26.03.2020	28.03.2020	Berlin	2020-23920	Facharztseminar Plastische Chirurgie	Prof. Dr. med. Heinz-Herbert Homann	350,00 €	550,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
10.10.2019	11.10.2019	Tuttlingen	2019-23683	Spezielle Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	300,00	500,00
17.10.2019	18.10.2019	Berlin	2019-22403	CAMIC 2	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
17.10.2019				Webinar: S3-Leitlinie „Gallensteine“	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Carsten Gutt		
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; PD Dr. med. Felix Popp	300,00	500,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
15.11.2019	15.11.2019	Berlin	2019-23687	Management von Anastomosensuffizienzen am oberen Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. med. Clemens Schafmayer	250,00	300,00
18.11.2019	19.11.2019	Köln	2019-23635	9. Thoraxchirurgischer Kurs, Teil 1, Grundkurs	Prof. Dr. med. Erich Stoelben	400,00	500,00
19.11.2019	20.11.2019	Berlin	2019-23616	Deformitätenkorrektur mittels Ringfixateur und Hexapoden	Prof. Dr. med. Robert Rödl	400,00	600,00
21.11.2019	23.11.2019	München	2019-23613	Osteosyntheseverfahren an der unteren Extremität	Prof. Dr. med. Peter Biberthaler	400,00	600,00
21.11.2019	22.11.2019	Berlin	2019-22409	Masterclass Hernienchirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
28.11.2019	29.11.2019	Frankfurt am Main	2019-23674	Viszeralchirurgie Kompakt: Adipositas- und Metabolische Chirurgie	Dr. med. Sylvia Weiner	300,00	400,00
05.12.2019	06.12.2019	Berlin	2019-22407	CAMIC 4	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
22.01.2020	24.01.2020	Augsburg	2020-23610	Spezielle Unfallchirurgie Teil I	Prof. Dr. med. Edgar Mayr	300,00 €	500,00 €

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; 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
07.02.2020	08.02.2020	Nürnberg	2020-24712	Abschlusscolloquium hygienebeauftragte Ärzte (Bundeskongress Chirurgie)	Prof. Dr. med. Axel Kramer		

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
23.10.2019	24.10.2019	Berlin	2019-28104	Zusammenhangsgutachten (DKOU)	Dr. med. Werner Boxberg	80,00	80,00
15.11.2019	16.11.2019	Berlin	2019-24600	Der Chirurg als leitender Arzt	Prof. Dr. med. Heinz-Jochen Gassel	400,00	600,00
21.11.2019	23.11.2019	Köln	2019-25810	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung	Prof. Dr. med. Bertil Boullion; Dr. med. Ekkehard Hierholzer	400,00	600,00
29.11.2019	30.11.2019	Berlin	2019-24705	Innovative Führungs- und Personalpraxis im Gesundheitswesen	Prof. Dr. soz. Margit Geiger	400,00	600,00

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
29.11.2019	30.11.2019	Dresden	2019-23631	Kindertraumatologie für D-Ärzte	Prof. Dr. med. Guido Fitze	300,00	500,00
02.12.2019		Berlin	2019-24714	G-DRG Update 2020	Prof. Dr. med. Thomas Auhuber	200,00	400,00
06.12.2019	07.12.2019	Berlin	2019-26536	Refresherkurs: Chirurginnen auf dem Weg nach oben	Dr. med. Gunda Leschber; Prof. Dr. med. Katja Schlosser; Sabine Schicke	450,00	650,00
07.02.2020	09.02.2020	Nürnberg	2020-28072	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung (Bundeskongress Chirurgie)	Dr. med. Werner Boxberg		
28.02.2020		Bonn	2020-25840	Rehabilitations-medicin / -management	Dr. med. Werner Boxberg	150,00 €	250,00 €
28.02.2020		Bonn	2020-23632	Kindertraumatologie für D-Ärzte	Prof. Dr. med. Christof Burger; Prof. Dr. med. Axel Prokop; PD Dr. med. Hans Goost	150,00 €	250,00 €
29.02.2020		Bonn	2020-25810	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung	Dr. med. Werner Boxberg		
27.03.2020	28.03.2020	Berlin	2020-26531	Führungsseminar für Chirurginnen – Modul 1	Dr. med. Gunda Leschber, Sabine Schicke	450,00 €	650,00 €

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

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

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



Kompaktkurs – geeignet für alle Ärzte

Hygienebeauftragter Arzt (HBA)

Mit der Smart-Learning-Methode

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

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

eCME-center.org®
continuing medical education

meduplus

60
CME-
Punkte!



Jetzt anmelden:

www.ecme-center.org/hba

SPONSOREN DER BDC|AKADEMIE

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

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

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

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



Veranstaltungshinweise

Datum		Ort	Seminartitel	Veranstalter	Preis Mitglied	Preis Nicht-Mitglied
10.10.19	12.10.19	Berlin	Ernährungsexperte – Basismodul Klinische Ernährung	AESCULAP AKADEMIE GMBH	0,00	320,00
10.10.19	11.10.19	Bochum	Basiskurs Chirurgische Nahttechniken Modul I+II	AESCULAP AKADEMIE GMBH	165,00	165,00
11.10.19	11.10.19	Dinslaken	Laparoskopie-Workshop Grundkurs – Trainingskurs Minimal Invasive Chirurgie für Chirurgen	«Dr. med. Klaus Peitgen Chefarzt Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie -Zentrum für Minimal Invasive Chirurgie – St. Vinzenz-Hospital Dinslaken Dr.-Otto-Seidel-Straße 31 – 33 46535 Dinslaken»	120,00	120,00
14.10.19	17.10.19	Tuttlingen	Basiskurs Laparoskopische Chirurgie	AESCULAP AKADEMIE GMBH	585,00	650,00
16.10.19	18.10.19	Berlin	Advanced Laparoscopic Surgery	AESCULAP AKADEMIE GMBH	1.250,00	1.250,00
17.10.19	19.10.19	Tübingen	Grundtechniken der Laparoskopie	«Universitätsklinikum Tübingen Klinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantation- schirurgie AG Chirurgische Technologie und Training»	345,00	345,00
22.10.19	25.10.19	Berlin	DKOU 2019	Intercongress GmbH		
25.10.19	26.10.19	Tuttlingen	Aufbaukurs Minimal Invasive Kinderchirurgie	AESCULAP AKADEMIE GMBH	750,00	790,00
25.10.19	25.10.19	Berlin	Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250,00	250,00
25.10.19	10.11.19	Braun- schweig	Hygienebeauftragter Arzt – Grundkurs	BSG Braunschweiger Studieninstitut für Gesundheits- pflege GmbH	0,00	720,00
28.10.19	28.10.19	Berlin	Ernährungsexperte – Wahlmodul I: Kritisch kranke Patienten, chronische Wunden, Diabetes	AESCULAP AKADEMIE GMBH	110,00	110,00
30.10.19	01.11.19	Berlin	Aufbaukurs Laparoskopische colo-rectale Chirurgie	AESCULAP AKADEMIE GMBH	790,01	840,00
01.11.19	02.11.19	Hamburg	ENDOCLUBNORD 2019	Interplan AG	240,00	240,00
04.11.19	08.11.19	Köln	IHK-Fortbildungsgang: "Praxismanager/in (IHK) – Arztpraxis / MVZ	Frielingsdorf Consult GmbH	2.409,75	2.677,50

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im September 2019

%

10 %



AKAD UNIVERSITY: 10 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

25 %



PHILIPS HUE: 25 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

12 %



GETYOURGUIDE: 12 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

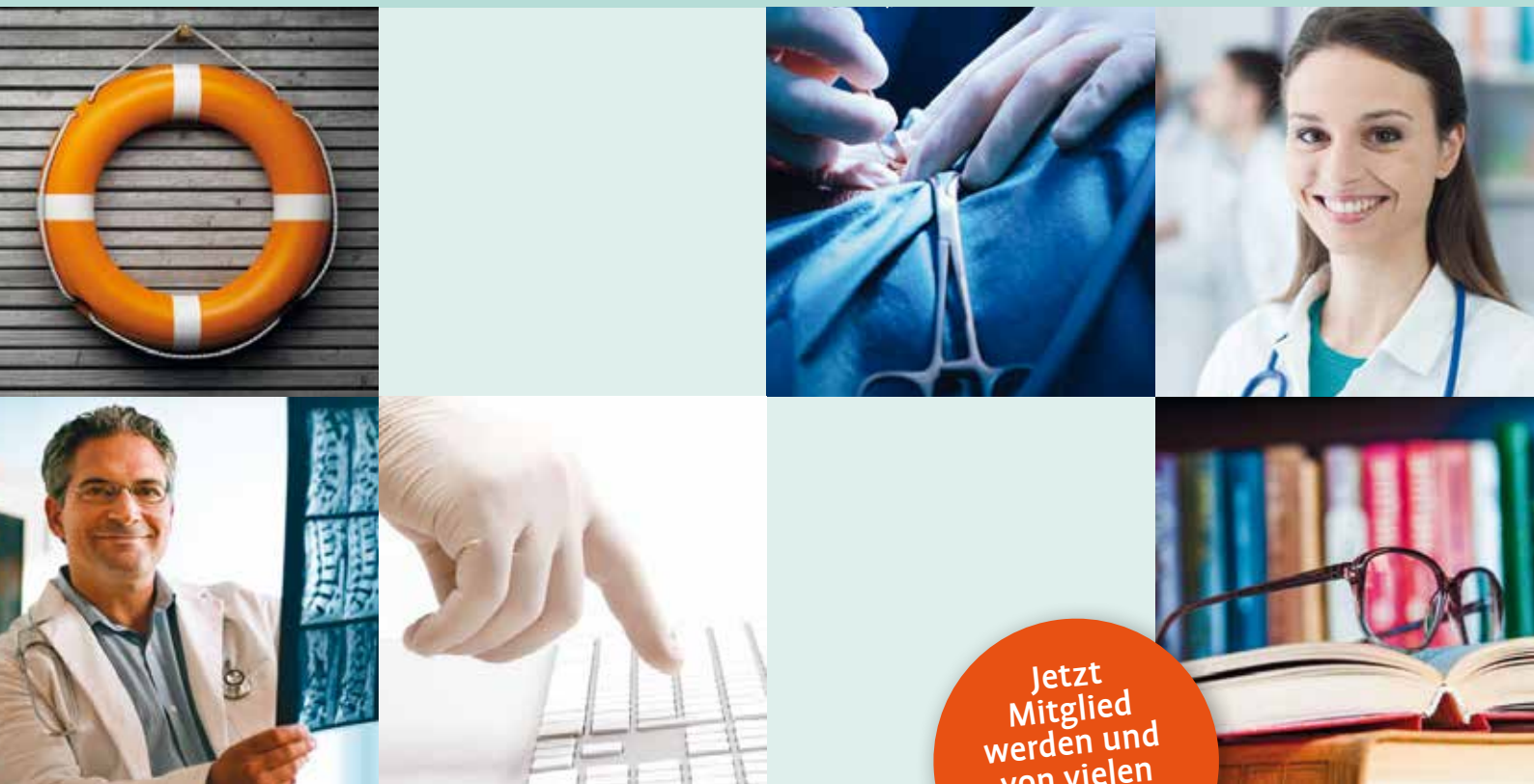
15 %



GERRY WEBER: 15 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

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



Jetzt
Mitglied
werden und
von vielen
Vorteilen
profitieren!

Willkommen in einem starken Netzwerk

Beantragen Sie jetzt Ihre Mitgliedschaft im BDC und werden Sie Teil
des größten chirurgischen Netzwerkes in Deutschland!

- ✓ Berufspolitische Interessenvertretung
- ✓ Umfangreiches Seminar- und Webinarangebot
- ✓ Breites E-Learning-Angebot
- ✓ Starkes Mitglieder-Netzwerk
- ✓ Umfassende Karriereberatung und chirurgischer Stellenmarkt
- ✓ Nachhaltige Förderung des chirurgischen Nachwuchses
- ✓ Kompetente Rechtsberatung
- ✓ Spezielle Versicherung für Chirurgen und Jungmediziner
- ✓ Aktuelle Infos rund um die Chirurgie und kostenlose Zeitschrift
- ✓ Exklusive Angebote für das Berufs- und Privatleben

**Studierende
willkommen!**

A close-up photograph of surgeons in an operating room. The central figure is a woman wearing a blue surgical cap and a white face mask, looking intently. To her left, a man in a blue cap and mask is partially visible. To her right, another person in a blue cap is partially visible. The background is a bright, sterile blue. A large red diagonal band with a white dashed line runs across the bottom right corner.

ANSCHNITT

chirurgIn-werden.de

Wage den Schnitt!



PANORAMA

Chirurgie 2020

© iStock/Jaschke3



Chirurgie 2020 – Hightech oder high social?



Dr. med. Erik Allemeyer
Leitender Arzt
Sektion Proktologie, Kontinenz- und
Beckenbodenchirurgie
Franziskus Hospital Harderberg
Alte Rothenfelder Straße 23
49124 Georgsmarienhütte
erik.allemeyer@niels-stensen-kliniken.de

Allemeyer E: Chirurgie 2020 – Hightech oder high social? Passion Chirurgie. 2019 September, 9(09): Artikel 09_01.



Vortrag von Dr. E. Allemeyer zum Thema „Erfolgreich als Chirurg mit Familie – das geht!“ auf dem 136. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Mehr lesen: <http://bit.ly/Vortrag-Allemeyer>



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

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Medizin wird seit langer Zeit als Problem thematisiert [1] und ist für alle Betroffenen auch emotional besetzt [2]. Die intensiven Debatten in der deutschen Verbandsliteratur [3–6], dem Deutschen Ärzteblatt [7, 8] und qualitativ besonders hochwertige internationale Forschung [9–16] lassen sowohl das hohe Gewicht dieser sozialen Frage erkennen als auch die Tatsache, dass es offenbar keine einfachen Lösungen für den Rollenkonflikt gibt.

Eine Zuspitzung erfuhr das fachübergreifende Ringen nach Orientierung im vergangenen Jahr auf dem Deutschen Ärztetag. Hier wurde sehr pointiert vom Direktor einer großen und besonders leistungsstarken chirurgischen Universitätsklinik eine persönliche Erfahrung und Beobachtung dargestellt mit den Worten „Ein guter Doktor und gleichzeitig eine gute Mutter/Vater zu sein, das lässt sich nicht unter einen Hut bekommen [17].“ Diese Position löste erwartungsgemäß intensive Kontroversen aus.

Aus Anlass des Deutschen Chirurgenkongresses 2019 wurde ein Forum für die Diskussion der Frage nach der Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Chirurgie gestaltet. Hierbei hatte ich Gelegenheit, einer aus meiner Sicht defätistischen Perspektive, kreative Lösungsansätze, insbesondere auch als Ermutigung für den chirurgischen Nachwuchs, entgegenzusetzen [18].

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen hat sich in seiner Verantwortung für die Darstellung des chirurgischen Berufsbildes, insbesondere auch gegenüber dem bereits gewonnenen, aber auch gegenüber dem potenziellen Nachwuchs in unserem Beruf, dieses konfliktreichen Problems intensiv angenommen [4, 5].

WIE BEGEISTERN WIR JUNGE MENSCHEN FÜR DIE CHIRURGIE?

Ich freue mich, dass der BDC mir die Möglichkeit gibt, hier meinen positiven Ausblick für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf

in der Chirurgie in sieben Fokussierungen darzustellen:

1. **Chirurgie 2020 – Hightech oder high social?** Alles deutet darauf hin, dass die Zukunft der Chirurgie in Deutschland und international durch zwei Elemente geprägt sein wird: Erstens die konstante Entwicklung zur Hochtechnologisierung komplexer Operationen – Stichwort roboterunterstützte Chirurgie – und zweitens die brennende Frage nach ausreichend qualifiziertem Nachwuchs. Ein erheblicher Anteil der operativen Leistung wird in Zukunft in Zentren erbracht werden, die den unausweichlichen Trend zur Digitalisierung und Roboterassistenz umsetzen. Roboterunterstützte Operationen haben jedoch eine lange Lernkurve und setzen jeweils eine zeitaufwendige und kostenintensive Organisation voraus [19, 20]. Legt man die Gesamtzahl operativer Eingriffe in Deutschland als mehr oder weniger konstant auch für die Zukunft zu Grunde, wird deutlich, dass für die Versorgung in der Breite neben dem hochspezialisierten Personal v. a. eine große Anzahl qualifizierter Operateurinnen und Operateure benötigt wird. Hochrechnungen lassen hierzu ausnahmslos einen erheblichen Mangel an Nachwuchs schon jetzt und für die Zukunft erkennen [21]. Das Gesundheitssystem wird sich entscheiden müssen, ob es diese Lücke durch Personal mit möglicher Sprachbarriere, medizinischer Qualifikation, die nicht unseren qualitätsorientierten Standards entspricht oder abweichender medizinkultureller Sozialisation [22] füllen oder kreative Lösungen für die Suche nach motiviertem Nachwuchs aus dem deutschsprachigen Bildungssystem erarbeiten will. Letztgenanntes scheint favorisiert zu werden, dies lassen immense Anstrengungen zur Nachwuchsrekrutierung auf allen Ebenen seit 15 Jahren erkennen. Die immer wieder gleiche Frage lautet hierbei: Wie begeistern wir junge Menschen für die Chirurgie? Wir wissen über den erhofften Nachwuchs: Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist das am weitesten verbreitete Berufsziel junger Ärztinnen und Ärzte [8].

2. Die aktuelle Intensivierung der Debatte um die **Vereinbarkeit von Familie und Chirurgie** erscheint wichtig. Eine Fülle hochrangiger Publikationen in Nordamerika beleuchtet in jüngster Zeit immer deutlicher den Handlungsbedarf [9–16]. Im deutschen Sprachraum konnte eindrucksvoll aufgezeigt werden, dass eine Unterbrechung für Erziehungszeit negative Auswirkungen auf die Karriere hat [2]. Mit etwas sprachlichem Spielraum ist die Äußerung von Professor Izbicki auf dem Deutschen Ärztetag 2018 vielleicht eine sehr zutreffende Bilanz: Ein guter Doktor und gleichzeitig eine gute Mutter/Vater zu sein, stellt enorme Anforderungen an die soziale Kompetenz, das persönliche Organisationsgeschick und die physische und psychische Belastbarkeit junger Ärztinnen und Ärzte. Es darf jedoch angenommen werden, dass unter 385.000 Ärztinnen und Ärzten in Deutschland zahlreiche gute Eltern sind. Möchte man Zweifel berücksichtigen, ob diese auch „gute Doktoren“ sind, so genügt ein Blick auf die im Internet veröffentlichten Familienverhältnisse in der Elite der deutschen Chirurgie: die Vereinigung von Mutterschaft/Vaterschaft mit chirurgischer Spitzenleistung ist ganz und gar kein Ausnahmefall. Hier erscheint wichtig, dass die Erfüllung der Elternrolle nach heutigem Verständnis keine überwiegende häusliche Anwesenheit erfordert.

3. Vor dem Hintergrund des Gesagten ist klar: für die **personelle Zukunftsgestaltung in der Chirurgie** wird eine integrative Kultur anstatt einer exklusiven Kultur benötigt. Als sehr kleines und bescheidenes Beispiel hierzu habe ich mich bemüht, meine eigene Erfahrung mit einem – allein empirisch gesehen – progressiven Beitrag zur Familienarbeit als Mann in der Chirurgie bekannt zu machen und diese publiziert [23]. Ich nahm 2002 für unsere Tochter ein Erziehungsjahr, als dieses zumindest an deutschen Universitätskliniken eine extreme Ausnahme für einen Mann war. Über alle Versorgungsbereiche gerechnet, war das Verhältnis von Ärztinnen zu Ärzten in Erziehungszeit damals 96 % vs. 4 % [24] – bei zu einem großen Teil gleicher

beruflicher Qualifikation beider Elternteile [25]. Meine Weiterbildungszeit lag mit 6,25 Jahren im Bereich von Durchschnittsangaben des BDC und der Bundesärztekammer. Während meiner Weiterbildungszeit bekamen wir zwei Kinder, meine Ehefrau wurde Fachärztin für Dermatologie. Im 17-Jahres-Follow-up haben heute Vater und Mutter gleiche Einkommen. Somit bestand durch meine einjährige Unterbrechung für Erziehungszeit kein Unterschied im Ergebnis der Weiterbildung im Vergleich zu Kollegen, die keine Erziehungszeit nahmen und im Langzeitverlauf entstanden keine Karri-

ereinschränkungen für Vater oder Mutter. Ernüchternd ist dagegen, dass sich das numerische Verhältnis von Ärztinnen zu Ärzten in Erziehungszeit über diesen Zeitraum noch weiter ins Extrem entwickelt hat: die aktuellen Zahlen lauten 97,5 % vs. 2,5 % [26]

4. Das **Ungleichgewicht sowohl in der Lastenverteilung als auch in der Chancenzuteilung zu Ungunsten der Frauen in der Medizin/Chirurgie** wurde vielfach demonstriert und wissenschaftlich belegt [9–16]. Zynisch, dass die Vereinbarkeit von



Familie und Chirurgie hochrangigen Forschungsergebnissen zufolge, mutmaßlich aber v. a. durch tägliche Erfahrung betroffener Chirurginnen bestätigt, offenbar für Frauen schwerer gemacht wird als für Männer. Nochmals mit Blick auf die Literatur, sicher aber auch gefühlt, ist absehbar, dass sich die Frauen dieses nicht länger gefallen lassen werden. Letztere bilden aktuell die Mehrheit des ärztlich qualifizierten Personals (65 %) [27]. Klinikdirektorinnen und -direktoren sind gut beraten, wenn sie nach kreativen Lösungen für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf unter Einbeziehung der Männer suchen.

5. Schließlich: Wenn die Beanspruchung für Familienarbeit als Bedrohung für die Qualifikation oder Leistungsfähigkeit gesehen wird [17], warum sorgt die gleichen Bedenkenträger dann nicht der **ineffiziente Einsatz junger Ärztinnen und Ärzte während der Arbeit?** Hakenhalten über viele Stunden an vielen Tagen in der Ausbildung ohne Sicht auf das OP-Feld [28], ausufernde administrative Tätigkeiten [29], sicher delegierbare Verrichtungen wie Blutentnahmen und Legen von Zugängen, nächtelanges Arbeiten in Notaufnahmen

mit 50 % unnötigen Konsultationen [30]? Hier wird sowohl der Patientenversorgung, als auch der Karriere mehr Zeit entzogen als bei der Familie. Eine Antwort auf diese Frage zu finden, könnte hilfreich sein, um auch anderen Innovationsstau in der Chirurgie zu verstehen. Vielleicht ist die Sorge, die Familie könnte mit der Chirurgie rivalisieren, nur unbewusst vorgeschoben und eigentliches Motiv ist hier eine nostalgische Sehnsucht nach den quasi feudalistischen Gesellschaftsstrukturen, die das Arbeiten in chirurgischen Kliniken noch bis vor kurzer Zeit prägten. Ein anderer Erklärungsansatz würde aus psychologischer Perspektive ebenso einleuchten und wurde von K. Schlosser in einem früheren Editorial dieser Zeitschrift formuliert: Wenn es heute möglich erscheint, Familie und Chirurgie zu vereinbaren, könnte für manche/n eine schmerzliche Konfrontation mit der Frage entstehen, ob er/sie selber wirklich für die eigene Karriere auf so viel anderes verzichten musste [4].

6. Eine Würdigung: Die **Bewältigung des genannten Rollenkonflikts** wird mit großem Erfolg bereits heute von einer beeindruckenden Anzahl junger Ärztin-

nen und Ärzte geleistet. Diese Performance ist beispiellos in der Geschichte der Medizin. Wer behauptet, Familie und Chirurgie lasse sich nicht „unter einen Hut bringen“, negiert diese Leistung einer jungen Generation.

7. Eine Anregung: Chirurgen lassen sich gerne die Leidenschaft nach dem „**schneller, höher, weiter ...**“ nachsagen. Wer das für sich beansprucht, kann doch auch in der zukünftigen – historisch vielleicht größten – sozialen Herausforderung der Vereinbarkeit von Familie und Chirurgie seine Befriedigung finden.

MEIN FAZIT

Zahllose gute Ärztinnen und Ärzte sind gute Eltern. Wer kreativ Familie und Beruf vereinbart, ist „high social“ und qualifiziert sich für die Chirurgie mindestens so gut wie Hightech. Für die Zukunft der Chirurgie ist essenziell, Kolleginnen und Kollegen, die Familie und Beruf nach modernem Verständnis vereinbaren, zu integrieren, anstatt sie auszuschließen.

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



mediaThek
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Über 400 chirurgische Lehrfilme

**Kostenloser Zugang für
alle Mitglieder der DGCH und des BDC!**

www.mediathek-dgch.de

BILDERRÄTSEL



WELCHER MEDIZINISCHE FACHBEGRIFF VERSTECKT SICH HINTER DIESEM BILD?
.... HABEN SIE ES ERRATEN?

Schicken Sie Ihre Antwort unter dem Stichwort „Passion Chirurgie QIII/2019“ an bilderraetsel@bdc.de. Einsendeschluss ist der 15. November 2019. Die Auflösung dieses Rätsels finden Sie im Impressum der nächsten gedruckten Ausgabe im Dezember 2019.

Unter allen richtigen Einsendungen der ersten drei Quartalsausgaben (QI, QII, QIII) verlosen wir auch in diesem Jahr wieder ein Android-Tablet. Die Auslosung wird Mitte November stattfinden und der Gewinner in der QIV/2019 bekannt gegeben.

Teilnahmebedingungen: Jedes BDC-Mitglied darf mitmachen, ausgenommen sind BDC-Mitarbeiter und Mitarbeiter von schaefermueller publishing GmbH sowie deren Angehörige. Bei der Gewinnauslosung sind der Rechtsweg und Barauszahlung ausgeschlossen. Der Gewinner wird schriftlich benachrichtigt. Wir danken für die Teilnahme und wünschen viel Glück.

„Diese Hände führen 4 neurochirurgische Operationen am Tag durch. 5 Tage die Woche.“

Chefarzt Dr. med. Yasser Abdalla

Schützen Sie Ihr wertvollstes
Werkzeug – **auch vor Latex!**

70%

aller latexbedingten Reaktionen
entfallen auf Fachkräfte
des Gesundheitswesens¹

1 von 50

Fachkräften im Gesundheits-
wesen entwickelt eine
Latex-Allergie – Jahr für Jahr¹

1 zu 1

Viele Nutzer empfinden in
Bezug auf Tragekomfort und
Sicherheit keinen Unterschied zu
Latex-OP-Handschuhen

1. Mercurio J. Creating a latex-safe perioperative environment. OR Nurse 2011;5(6): 18-25.



Jetzt Muster und weitere Serviceleistungen anfordern
unter www.molnlycke.de/handschuhe

Biogel® OP-Handschuhe


Molnlycke®



TachoSil® – ruhig Blut!

Durch die Kraft der Natur.



TachoSil® Versiegelungsmatrix

Zusammensetzung: 1 cm² enthält: Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,01 E. Sonstige Bestandteile: Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E101), Natriumchlorid, Natriumcitrat, L-Argininhydrochlorid.
Anwendungsgebiete: TachoSil® wird bei Erwachsenen zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebeversiegelung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie angewendet, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie zur unterstützenden Versiegelung der Dura Mater, um postoperative Liquorleckagen nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** Intravaskuläre Anwendung, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen kann es zu Hypersensitivität oder allergischen Reaktionen kommen (inklusive Angioödem, Brennen und Stechen an der Applikationsstelle, Bronchospasmus, Schüttelfrost, Flush, generalisierte Urtikaria, Kopfschmerz, Nesselausschlag, Hypotonie, Lethargie, Übelkeit, Ruhelosigkeit, Tachykardie, Engegefühl in der Brust, Kribbeln, Erbrechen, keuchende Atmung), die in Einzelfällen bis zur schweren Anaphylaxie führen. Derartige Reaktionen können insbesondere bei wiederholter Anwendung oder bei Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegenüber einem der Bestandteile des Präparates auftreten. Antikörper gegen Komponenten von Fibrinkleberprodukten können in seltenen Fällen auftreten. Häufigkeit nicht bekannt: Anaphylaktischer Schock, Überempfindlichkeit, Thrombose, Darmverschluss (in der Bauchchirurgie), Adhäsionen. **Wechselwirkungen sowie weitere Hinweise:** siehe Fachinformation. **Verschreibungspflichtig. Chargendokumentationspflichtig. EU-Zulassungsinhaber:** Takeda Austria GmbH, A-4020 Linz, Österreich **Kontaktadresse d. pharm. Unternehmens in Deutschland:** Takeda GmbH, Byk-Gulden-Str. 2, 78467 Konstanz, Tel.: 0800 8253325, medinfo@takeda.de, Stand: 03/2016