

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

GEIST DER CHIRURGIE IM
ZEITALTER DER
INDUSTRIALISIERUNG

CME
ARTIKEL
2 CME PUNKTE

im Fokus

VISZERAL-
CHIRURGIE

12 | IV | 2019

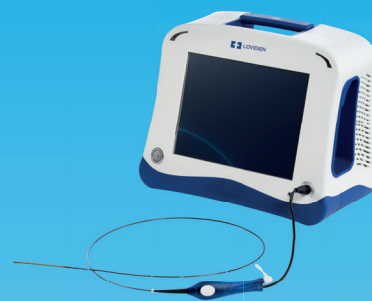
MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



GUT LEBEN
AUF
GESUNDEN
BEINEN



VenaSeal™
Closure System



ClosureFast™
Endovenöses Radiofrequenz
Ablations-System

Mehr als 20 Millionen
Menschen leben in Deutsch-
land mit Krampfadern

1%
wird nur
behandelt

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

28./29.01.2020

24./25.03.2020

05./06.05.2020

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

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

Medtronic
Further, Together

Des einen Lust – des anderen Frust?



Dr. med. Friederike Burgdorf, M. Sc.
Geschäftsführerin
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
burgdorf@bdc.de

Es funktioniert tatsächlich: Allein 2019 hat uns Jens Spahn an die dreißig neue und laufende Gesetzgebungsverfahren beschert – Ende nicht in Sicht! Und in der Tat werden Sie einander dieser Tage nicht nur einen besinnlichen Jahresausklang wünschen, Glück, Erfolg und Freude, nach Möglichkeit im Kreise der Familie, sondern immer wieder auch Gesundheit. Denn, auch wenn sich Vieles ändert und die politischen Einstellungen in unserem Lande in diesen Zeiten wieder besonders heterogen sind, besteht seit jeher ein weltweiter Konsens, nämlich, dass ohne Gesundheit alles nichts ist.

Doch was bringt nun diese sintflutartige Gesetzeslust? Hilft sie dem Patienten weiter? Versetzt sie Ärzte in die Lage, Gesundheitsversorgung ganz neu zu denken und noch viel besser zu praktizieren, im OP Berge zu versetzen? Wenn Sie dies wissen möchten und noch viel mehr, dann begleiten Sie mich doch gerne auf diesem Parforceritt: Passion Gesetz!

Das Themenspektrum war breit – angefangen mit dem Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes, pünktlich zum Jahresbeginn 2019, über die 2./3. Lesung des Terminservice- und Versorgungsgesetzes im März und eine weitere Änderung des Transplantationsgesetzes hin zum Gesetz zur Errichtung eines Implantatregisters, zur Ausbildung von Anästhesie- und Operationstechnischen Assistentinnen (ATA/OTA), zum MDK-Reformgesetz und schließlich hin zur Verabschiedung des Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation, um nur einige zu nennen.

Der BDC hat gegenüber dem Gesetzgeber in Stellungnahmen Flagge gezeigt. Zum Beispiel zum Thema Delegation im Gesetzgebungsverfahren zur Ausbildung von ATA/OTA und

auch im Bereich der Notfallsanitäter; denn einen entsprechenden Entwurf hatten die Länder auf der Endstrecke in das Verfahren zu ATA/OTA eingebracht. Eine Vereinheitlichung der Ausbildungsbedingungen für ATA/OTA wird befürwortet, eine Substitutionsdebatte hingegen – auch im Hinblick auf Rettungsanitäter und Physician Assistants – abgelehnt. Und auch im Bereich Delegation schlagen womöglich bei vielen von Ihnen zwei Herzen in einer Brust; das Gesetz jedenfalls lässt reichlich Spielraum, zumal die Kompetenz für eigenverantwortliche Tätigkeiten im Bereich Diagnostik und Therapie auch außerhalb der Operations- und Überwachungsentitäten innerhalb des Ausbildungsgangs erworben werden soll.

Und wollen wir denn wirklich weiter am EU-Spitzenplatz als Superleistungsträger festhalten, mit einem schier unendlichen Repertoire an Verantwortlichkeiten – von der Braunüle bis zum Polytrauma? Weil wir weltweit einen Ruf zu verteidigen haben, nicht zuletzt als eines der Länder mit vergleichsweise hohen Arztzahlen pro Einwohner – wohingegen die Arztzahlen pro Patient deutlich niedriger liegen? Oder lassen wir es zu, dass die Ausübung von Teilbereichen ärztlicher Heilkunde zunehmend delegiert wird, unter Inkaufnahme dessen, dass wir damit die Tür möglicherweise einen Spalt breit öffnen. Dies sind Fragen, die uns auch weiterhin beschäftigen werden. Denn klar ist, dass wir uns bei einer Dysbalance zwischen Angebot und Nachfrage diesen Themen nicht vollständig verwehren können. Begreifen wir es als Chance – lassen Sie uns gemeinsam gestalten!

Farbe bekannt hat der BDC ebenfalls in seiner Stellungnahme zum MDK-Reformgesetz. Obergrenzen für Prüfquoten wurden

Burgdorf F: Des einen Lust – des anderen Frust?
Passion Chirurgie. 2019 Dezember; 9(12):
Artikel 01.



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

selbstverständlich begrüßt. Positiv bewertet hat der BDC zudem die neue Besetzung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste mit immerhin einem Viertel aus Ärzteschaft und Pflege, so wie es der Entwurf aus dem Bundesministerium für Gesundheit zunächst vorsah – obwohl wir Sorge hatten, dass es sich um eines der berühmten Feigenblätter handle, zumal maßgebliche Strukturen innerhalb des Medizinischen Dienstes unverändert bleiben sollen. Mittlerweile liegt der Regierungsentwurf vor. Krankenkassen stellen danach 70 Prozent der Vertreter. Für Landespflege- und -ärztekammern bleiben gerade mal 8,7 Prozent der Sitze (in Zahlen 2 von 23). Aber Vorsicht, die Vertreter der Pflege und Ärzteschaft werden von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes benannt – da könnte ja noch sonst wer kommen! Soweit zur angestrebten Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste.

Blicken wir auf einen ganz anderen Aspekt des MDK-Reformgesetzes, nämlich die Änderung des § 115b SGB V zum ambulanten Operieren. Der Regierungsentwurf sieht eine Neuordnung des Kataloges für Ambulantes Operieren vor. Der BDC hat sich dafür eingesetzt, dass dies keine Einbahnstraße für Krankenhäuser sein dürfe, sondern im Sinne einer echten sektorenübergreifenden Versorgung auch Praxiskliniken, bzw. sektorenübergreifende Strukturen für die Behandlung zugelassen werden müssen. Zudem fehlt eine Klarstellung, dass auch Behandlungen mit kurzen Liegedauern in den Bereich des (erweiterten) ambulanten Operierens fallen können. Schließlich sollte Grundlage für die Vergütung nicht der Einheitliche Bewertungsmaßstab, sondern das DRG-System sein. Denn so wie das Gesetz derzeit konzipiert ist, ist absehbar, dass Krankenhäuser die fraglichen Leistungen schwerlich kostendeckend erbringen können, während ambulante Player zulassungsbedingt nur eingeschränkt teilnehmen können. Grundlage für die Neuordnung soll ein durch die Selbstverwaltung in Auftrag zu gebendes Gutachten sein. Auch hier dürfen wir also weiterhin gespannt sein – und erkennen Handlungsfelder für den BDC!

Was mich zum nächsten Thema bringt – der digitalen Transformation. Und dann hätte ich auch die „Big Three“ des Gesundheitsdschungels: Delegation, Intersektoral und Digital – Nashorn, Elefant und Löwe. Das „Digitale Versorgung Gesetz“ (ja, wer wagt schon noch, nach deutscher Grammatik zu fragen, wenn es um Transformation, wenn nicht gar Disruption geht!) bietet einen umfangreichen Maßnahmenkatalog und zielt darauf ab, die Chancen der Digitalisierung für eine bessere Versorgung der PatientInnen nutzbar zu machen. Zukünftig sollen IT-Innovationen schneller Eingang in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen finden, beispielsweise sollen Gesundheits-Apps zu Lasten gesetzlicher Kassen verordnungsfähig sein. Schwierig dabei ist, dass ÄrztInnen verpflichtet werden sollen, auch Apps in die Behandlung einzubeziehen, die sie selbst nicht verordnet haben. Zur Verbesserung des fachlichen Austauschs, sollen elektronische Kommunikation, der eArztbrief und das Telekonsil gefördert werden, ebenso wie die Umsetzung der elektronischen Patientenakte, um nur einige Aspekte zu nennen.

Unterm Strich: Viele alte und neue Ansätze, die endlich umgesetzt werden sollen – und das ist grundsätzlich begrüßenswert. Denn dem Streit der Parteien und der Selbstverwaltung, im Übrigen auch der unterschiedlichen Fachgesellschaften und Verbände und jeweils heterogenen Mitgliederstrukturen innerhalb derselben, ist schon so manch eine gute Idee zum Opfer gefallen. Hoffen wir also, dass die neuen Ansätze am Ende nicht nur durch schiere Masse bestechen – mit vielen beeindruckend kostspieligen Gesundheits-Apps, ÄrztInnen, die sich für ein gewisses Salär (cave: Opportunitätskosten und zusätzliche Verknappung der Ressource Arzt) mit ihren PatientInnen durch elektronische Patientenakten mühen und AU-Bescheinigungen, die elektronisch an die Kassen geschickt werden und parallel – wie seit jeher – dem Patienten ausgedruckt für den Arbeitgeber mitgegeben werden.

Auch an diesen Themen werden wir in 2020 weiterarbeiten, zum Beispiel innerhalb des Themenreferats Chirurgie, Ökonomie und

Zukunftsfragen. Interessant ist sicherlich in diesem Zusammenhang auch das Telekonsil zum Nutzen von ÄrztInnen und PatientInnen. Für Ihre Anregungen sind wir natürlich offen und wie immer auch sehr dankbar!

Und damit wären wir beim BDC, der Geschäftsstelle mit ihren MitarbeiterInnen, dem Vorstand und den MandatsträgerInnen: Ihnen allen gilt mein persönlicher Dank für

Ihr unermüdliches Engagement, für Ihre tolle Arbeit und zahlreiche gute Tipps und Ratschläge innerhalb meiner ersten Zeit im und für den BDC. Auch für das nächste Jahr haben wir uns eine Menge vorgenommen. Auf neue Beine gestellt wird die eAkademie. Im dritten Quartal werden Sie diese hoffentlich in gänzlich neuem Gewand nutzen können. 2020 wird es erstmalig ein Webinar zur Nachlese des Deutschen Chirurgenkongresses (DCK)

geben. Zudem bietet die Akademie neue Seminare an zum Thema „Update Robotische Chirurgie“ und den „Ökonomischen Notfallkoffer für Chirurgen“. Hier setzen wir auf Ihre Teilnahme und auf Ihre Publicity! Ganz oben an stehen wird schließlich ein politisches Agenda-Setting für den BDC, damit einmal mehr deutlich wird, was 17.000 ChirurgenInnen in Deutschland leisten und wohin sie wollen!



60 JAHRE BDC

Machen Sie mit und bezahlen Sie 2020 nur 60 % des Mitgliedsbeitrags!

2020 feiert der BDC sein 60-jähriges Jubiläum! Schreiben Sie uns, warum Sie BDC-Mitglied geworden sind und was Sie an unserem Verband am meisten schätzen. Unter allen Einsendungen werden 60 Mitglieder ausgelost, die im nächsten Jahr nur 60 Prozent des Mitgliedsbeitrags bezahlen. Viel Glück! Einsendeschluss ist der 20.01.2020.



Schreiben Sie per E-Mail an passion_chirurgie@bdc.de, per Fax an 030 / 28004 - 108 oder per Post an BDC e.V., Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin.

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. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld,
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. med. Friederike Burgdorf
Katrín Kammerer (Tel: +49 (0) 30 28004-202 |
passion_chirurgie@bdc.de)
Julia Weibach

VERLAG

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

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

Sabine Bugla
PassionChirurgie@t-online.de
Tel: +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).
Quartalsweise erscheint sie als gedruckte Zeitschriftenausgabe
(IVW-Mitgliedschaft).



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

EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

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

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

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

ISSN 2194-5586



10



24

INHALT

1 EDITORIAL

1 Des einen Lust – des anderen Frust? F. Burgdorf

6 SCHAUFENSTER

10 CHIRURGIE

10

im Fokus

**CME-ARTIKEL: AKUT ENTZÜNDLICHE
KRANKHEITSBILDER IN DER
ABDOMINALCHIRURGIE –
LEITLINIENGERECHTE THERAPIE**

A. Straßmüller, T. Kügler

16

**EIN JAHR FASCIOTENS –
DAS BERICHTEN ANWENDER**

21 CHIRURGIE⁺

21 Das Jahresprogramm 2020 der BDC|Akademie
W. Schröder, H.-J. Meyer

24 Gemeinsame Assistentenumfrage des BDC
und des Perspektivforums Junge Chirurgie
der DGCH 2018/2019 B. Braun

31 Webinar-Termin im Januar 2020: S2k-Leitlinie
„Typ B Aortendissektion“

33 Bundeskongress Chirurgie 2020: Freiberuflichkeit
und Kollegialität im chirurgischen Alltag S. Dittrich



- 36 **Safety Clip:** Tatort Krankenhaus – wenn Patientenwohl nicht mehr im Vordergrund steht *S. Kraft, T. Engelhardt*
- 41 **Hygiene-Tipp:** Ultraschall – Wenn es mal wieder schnell gehen muss *K.-D. Zastrow, H. Adler*
- 44 Strategischer Umgang mit den extrabudgetären Fallkonstellationen nach dem TSVG *P. Kalbe*
- 48 **Rezension:** Septische Gefäßmedizin *I. Töpel*
- 49 Personalia
- 51 Akademie aktuell: Dr. Hierholzer verabschiedet sich aus der BDC|Akademie *W. Schröder, H.-J. Meyer*
- 53 F+A: Mindestsprechstunden nun auch für Belegärzte *J. Heberer*
- 54 F+A: Organisation der offenen Sprechstunden *J. Heberer*

56 GESUNDHEITSPOLITIK

- 56 AWMF-Forderung zum Implantateregister
- 59 Aktuelle Meldungen

60 INTERN

- 60 **DCGH**
- 60 Kommentar des Generalsekretärs *H.-J. Meyer*
- 64 Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung 2020
- 65 Einladung zum 137. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie *T. Schmitz-Rixen*
- 67 Reisebericht „Zwischen chirurgischem Osten und Westen“ *S. Litkevych*
- 73 Forschungsreisen nach Frankreich und Japan 2019 *M. Schmelzer*

- 76 Nachruf zum Tod von Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Siegfried Weller
- 78 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland *S. Tenckhoff*
- 82 Spendenauf Ruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 86 DGCH-Präsidium ab 1. November 2019
- 88 Meine Daten haben sich geändert

91 BDC

- 91 BDC|News
- 92 Impressionen vom Nachwuchs-Kongress „Staatsexamen & Karriere“ in Berlin
- 94 Jahrestreffen des Landesverbands BDC|Baden-Württemberg
- 96 BDC|Landesverbände
- 98 BDC|Pressespiegel
- 99 Termine BDC|Akademie
- 103 Veranstaltungshinweise
- 104 Lifestyle-Angebote im Dezember 2019

106 PANORAMA

- 106 Zum Geist der Chirurgie im Zeitalter der Industrialisierung der Medizin *G. Maio*
- 112 Bilderrätsel-Auflösung

G-BA weitet Befugnisse des MDK aus und beschließt weitere Regelungen zu Qualitätskontrollen in Krankenhäusern

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Oktober weitere Regelungen zu Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in Krankenhäusern getroffen, dessen Bezeichnung ab dem 1. Januar 2020, vorbehaltlich des Inkrafttretens des MDK-Reformgesetzes, Medizinischer Dienst (MD) lautet. In dem Ergänzungsbeschluss zur MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie, die im Dezember 2018 in Kraft trat, geht es um die Kontrolle der Einhaltung von Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die von Krankenhäusern gemäß der G-BA-Richtlinien zur Qualitätssicherung zu erfüllen sind.

Zu den Stellen und Institutionen, die den MDK mit der Qualitätskontrolle in einem

Krankenhaus beauftragen können, gehören Qualitätssicherungsgremien auf Bundes- und Landesebene und die gesetzlichen Krankenkassen. Die Kontrolle erfolgt standortbezogen.

Voraussetzung für die Beauftragung einer MDK-Qualitätskontrolle ist das Vorliegen konkreter und belastbarer Anhaltspunkte dafür, dass Qualitätsanforderungen gemäß bestimmter Richtlinien des G-BA nicht eingehalten werden. Solche Anhaltspunkte können sich beispielsweise aus implausiblen Angaben in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser ergeben oder aus mehrfachen Meldungen von Versicherten oder weiterer Personen zu bestimmten, einer Kontrolle unterliegenden Sachverhalten.

Mehr lesen: bit.ly/GBA-MDK-neu

Medizinklimaindex 2019

Stimmung der Ärzte in Deutschland weiterhin verhalten

Die Ärzte in Deutschland beurteilen ihre aktuelle und künftige wirtschaftliche Lage weiterhin zurückhaltend. Der aktuelle Medizinklimaindex (MKI) für Herbst 2019 liegt mit -0,5 Punkten leicht unterhalb des Durchschnitts. Damit liegt die Grundstimmung nun bereits seit zwei Jahren knapp im negativen Bereich.



Mehr lesen: www.stiftung-gesundheit.de/medizinklimaindex-herbst-2019

Aktuelle BDC|Umfrage

Personalbemessung in der Chirurgie

Diese kurze Umfrage dient einer Erhebung des „IST-Zustands“ in Deutschland. Getriggert von den aktuellen Diskussionen um die Personaluntergrenzen in der Pflege machen wir uns für eine vergleichbare Transparenz im ärztlichen Dienst stark!

Zur Umfrage: <http://bit.ly/Personalabmessung>

Bewerbung als leitender Chirurg: Konflikt zwischen Ökonomie und Chirurgie

Der Konflikt zwischen ökonomischem Druck und ärztlichen Zielsetzungen in der Chirurgie wird zunehmend in den Fach- und Laienmedien thematisiert. Der BDC führt deshalb eine wissenschaftliche Untersuchung durch, mit der Handlungsspielräume für ÄrztInnen in Führungsfunktionen aufgezeigt werden sollen. Grundlage ist eine (streng anonyme) Befragung leitender ÄrztInnen.

Zur Umfrage: bit.ly/UmfrageFührung



BDC bei der Anhörung zum OTA-Reformgesetz

In dieser Woche fand die Anhörung zum Gesetzesentwurf über die Ausbildung für Anästhesietechnische Assistenten (ATA) und Operationstechnische Assistenten (OTA) vor dem Gesundheitsausschuss statt. Der BDC wurde von Geschäftsführerin Dr. med. Friederike Burgdorf vertreten. Insgesamt begrüßten

die Gesundheitsexperten den aktuellen Entwurf, allerdings fehle noch die detaillierte Ausarbeitung zur Ausbildungsordnung, wodurch abschließend keine Bewertung der Ausbildungsziele erfolgen könne. Der BDC begrüßt die Ausbildungsreform ebenfalls (Stellungnahme zum Gesetzesentwurf), betonte aber erneut, dass die Delegation von Aufgaben an OTAs keine Substitution ärztlicher Leistung bedeuten dürfe.

Zur Stellungnahme des BDC: www.bdc.de/?p=55916

KLINIK ODER PRAXIS?

Ambulante Medizin wird für Studierende immer interessanter

Immer mehr Medizinstudierende interessieren sich für eine Tätigkeit in der ambulanten Versorgung. Das ist ein Ergebnis des Berufsmonitorings der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, in dem rund 14.000 Nachwuchsmediziner zu ihren Erwartungen an ihre berufliche Zukunft befragt wurden.



Immerhin können sich 75 Prozent der Befragten eine ambulante Tätigkeit vorstellen. Allerdings fühlen sich mehr als 60 Prozent über die ambulante Praxis schlecht informiert. Das eingeschätzte Informationslevel über Anforderungen und Arbeitsbedingungen der ambulanten Versorgung ist der Studie zufolge im Vergleich zu 2014 noch einmal gesunken.

Mehr Informationen: bit.ly/Klinik-oder-Praxis

**BDC
Umfrage**

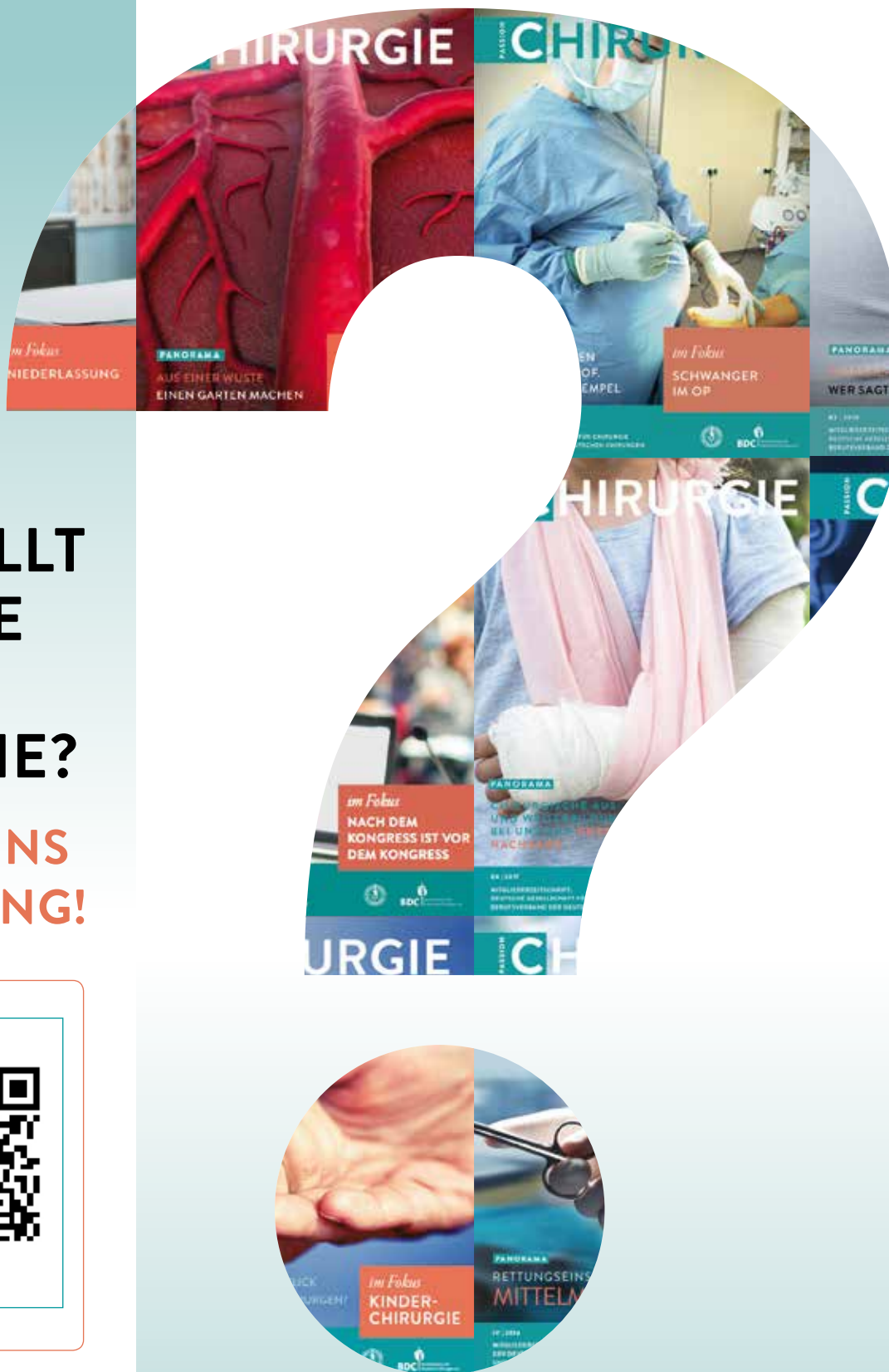
**WIE GEFÄLLT
IHNEN DIE
PASSION
CHIRURGIE?**

**SAGEN SIE UNS
IHRE MEINUNG!**

zur
Umfrage



LINK:
www.surveymonkey.de/r/PassionChirurgie





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



GETINGE 

IM FOKUS

Viszeral- chirurgie

A laparoscopic view of the abdominal cavity, showing the liver, stomach, and intestines. The image is framed by a circular laparoscopic lens. The background is a blue-tinted photograph of the surgical field.

CME
ARTIKEL
2 CME PUNKTE

CME-Artikel: Akut entzündliche Krankheitsbilder in der Abdominalchirurgie – leitliniengerechte Therapie

AKUTE APPENDIZITIS

Die akute Appendizitis ist eines der häufigsten akut entzündlichen Krankheitsbilder des Abdomens. Das lebenslange Appendektomie-Risiko beträgt ca. 8 %. In Deutschland werden jährlich mehr als 100.000 Appendektomien durchgeführt, der Eingriff zählt damit zu den häufigsten abdominalchirurgischen Notfalloperationen. In ca. 20 % der Fälle besteht eine komplizierte Form der Appendizitis mit

Perforation. Zur Therapie der Appendizitis existiert gegenwärtig keine Leitlinie aus Deutschland. International gibt es die „Guidelines for Laparoscopic Appendectomy“ von der Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES). Aktuellere Leitlinien wurden von der European Association of Endoscopic Surgery im Rahmen einer Konsensuskonferenz (EAES) sowie von der World Society of Emergency Surgery (WSES) publiziert [1, 2, 3].



Korrespondierender Autor:
Dr. med. Andreas Straßmüller
 Universitätsklinikum Augsburg
 Allgemein-, Viszeral- und
 Transplantationschirurgie
 Stenglinstr. 2
 86156 Augsburg
 andreas.strassmueller@uk-augsburg.de



Dr. med. Tobias Kügler
 Assistenzarzt
 Universitätsklinikum Augsburg
 Allgemein-, Viszeral- und
 Transplantationschirurgie
 tobias.kuegler@uk-augsburg.de

Straßmüller A, Kügler T: CME-Artikel:
 Akut entzündliche Krankheitsbilder in der
 Abdominalchirurgie – leitliniengerechte Therapie.
 Passion Chirurgie. 2019 Dezember, 9(12):
 Artikel 03_01.



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

ANTIBIOTISCHE THERAPIE VS. APPENDEKTOMIE

Als Alternative zur operativen Therapie wurde in mehreren randomisiert-kontrollierten Studien und daraus resultierenden Metaanalysen eine konservative Therapie der unkomplizierten Appendizitis untersucht. Es gab keine Hinweise auf eine erhöhte Morbidität oder Letalität, sodass ein konservativer Therapieversuch als sicheres Therapieverfahren eingestuft werden kann. In der Frühphase zeigte die antibiotische Therapie im Vergleich zur Operation geringere Komplikationsraten mit schnellerer Rekonvaleszenz [4]. Demgegenüber stehen hohe Rezidivraten mit 27,3 % im Ein-Jahres-Follow-up und bis zu 40 % im Fünf-Jahres-Follow-up der antibiotisch behandelten Patienten [5]. Bezüglich des langfristigen Verlaufs oder des Perforationsrisikos bei Rezidiv nach konservativer Therapie ist die aktuelle Datenlage unzureichend. Insgesamt ist die operative Therapie der konservativen hinsichtlich des komplikationsfreien Behandlungserfolgs signifikant überlegen [6]. Laut WSES kann ein konservativer Therapieversuch im Falle einer unkomplizierten Appendizitis bei selektierten Patienten, die eine Operation ablehnen und das hohe Rezidivrisiko akzeptieren, erfolgreich sein [3]. Bei einer komplizierten abszedierenden Appendizitis bzw. Vorliegen eines perityphlitischen Abszesses ist eine primär konservative Therapie mit Antibiose und perkutaner Drainage indiziert. Eine Intervall-Appendektomie wird nicht routinemäßig empfohlen. Bei Patienten mit rezidivierenden Symptomen sollte jedoch eine Appendektomie im Intervall erfolgen [3].

OPERATIONSZEITPUNKT

Bezüglich der Verlaufsform der Appendizitis hat in den letzten Jahren ein Paradigmenwechsel stattgefunden. Die unkomplizierte und die komplizierte Appendizitis werden zunehmend als verschiedene Krankheitsentitäten betrachtet. Ob der Zeitpunkt der Operation mit einem erhöhten Komplikationsrisiko korreliert, ist häufiger Gegenstand medikolegalen Auseinandersetzungen. Eine aktuelle Metaanalyse hat gezeigt, dass eine um bis zu 24 Stunden verzögerte Operation bei der unkomplizierten Appendizitis

nicht mit einer erhöhten Perforations- oder Komplikationsrate einhergeht [7]. Die WSES konstatiert, dass eine Verzögerung des Operationszeitpunktes um 12 bis 24 Stunden bei einer unkomplizierten Appendizitis sicher ist. Eine unnötige Verzögerung sollte jedoch aufgrund der schnelleren Rekonvaleszenz und des Patientenkomforts vermieden werden [3]. Dahingegen empfiehlt die EAES eine möglichst frühzeitige Operation, merkt aber an, dass einige Studien gezeigt haben, dass eine Operation innerhalb von 12 Stunden nach Vorstellung in der Notaufnahme nicht mit einem schlechteren klinischen Outcome assoziiert war [2].

APPENDEKTOMIE: OFFEN, LAPAROSKOPISCH, SINGLE-PORT ODER NOTES?

In der Empfehlung zur laparoskopischen Appendektomie als Therapieverfahren der ersten Wahl stimmen die Leitlinien weitestgehend überein. Auch bei komplizierten Verlaufsformen der Appendizitis wird das laparoskopische Vorgehen übereinstimmend als sicher durchführbar eingestuft. In der Schwangerschaft wird die sichere Durchführbarkeit der laparoskopischen Appendektomie unabhängig vom Trimenon ebenfalls bestätigt. Allerdings wird diese in der WSES-Leitlinie aufgrund der noch unklaren Gefährdungslage für den Fetus nicht als Mittel der Wahl angesehen. Die Single-Port-Appendektomie (SPA) kann nach derzeitiger Datenlage als sichere und machbare Alternative zur laparoskopischen Appendektomie angesehen werden. Es besteht jedoch gegenwärtig keine Evidenz, dass das Verfahren der laparoskopischen Appendektomie überlegen ist [2]. Auch die Sicherheit und Machbarkeit der NOTES-Appendektomie konnte nachgewiesen werden [8]. Dennoch bleibt das Verfahren auf ein hoch selektioniertes überwiegend weibliches Patientengut beschränkt. Beide Verfahren konnten sich im klinischen Alltag bislang nicht durchsetzen. Insgesamt ist die laparoskopische Appendektomie in 3-Trokar-Technik als Standardverfahren anzusehen.

TECHNISCHE ASPEKTE DER LAPAROSKOPISCHEN APPENDEKTOMIE

Hinsichtlich der Technik des Appendixstumpfverschlusses (Endostapler, Clips, Röder-Schlinge,

Naht) konnte auch in aktuellen Metaanalysen kein eindeutiger Vorteil einer Methode nachgewiesen werden [3]. Letztlich spielen bei der Verfahrenswahl Überlegungen zu den intraoperativen Sachkosten eine entscheidende Rolle. Das Invertieren des Appendixstumpfes stellt weder bei der offenen noch bei der laparoskopischen Appendektomie einen signifikanten Vorteil hinsichtlich einer Appendixstumpfsuffizienz dar. Beim Saug-Spül-Manöver wird das Sekret abgesaugt, woraufhin eine meist lokal begrenzte Spülung erfolgt. Diesbezüglich kommt die WSES zu dem Schluss, dass das Saug-Spül-Manöver gegenüber einer alleinigen Absaugung bei komplizierten Appendizitiden keinen evidenten Vorteil aufweist. Dies wird auch in einer aktuellen Metaanalyse bestätigt, in welcher sich kein Einfluss des Manövers auf das Auftreten von Schlingenabszessen zeigte [9]. Die routinemäßige Drainageeinlage reduziert nicht die Inzidenz von intraabdominellen Abszessen, verlängert aber die Krankenhausverweildauer [2, 3].

PERIOPERATIVE ANTIBIOSE

Die präoperative Gabe eines Breitspektrumantibiotikums bei der akuten Appendizitis ist unumstritten und reduziert das Auftreten von Wundinfektionen und Abszessen. Bei einer unkomplizierten Appendizitis ist die postoperative Weiterführung der Antibiose nicht sinnvoll. Im Falle einer komplizierten Appendizitis sollte die Antibiotikagabe unter Berücksichtigung der klinischen und laborchemischen Situation fortgeführt werden, wobei eine drei- bis fünftägige Gabe ausreichend ist [3].

AKUTE DIVERTIKULITIS

Die Prävalenz der Divertikulose steigt mit zunehmendem Lebensalter an. 10 bis 25 % der Divertikelträger entwickeln eine Divertikulitis. Bei ca. 5 % der Divertikelträger kommt es zu einer komplizierten Form der Divertikulitis. In den letzten Jahren hat sich die Therapie der akuten Divertikulitis zunehmend gewandelt. Unkomplizierte Formen werden mitunter ohne antibiotische Therapie ambulant behandelt. Bei den komplizierten Verlaufsformen werden im Akutstadium meist primär konservative und interventionelle Therapieverfahren angewendet.

STADIENADAPTIERTE OPERATIONSINDIKATION

Die 2014 publizierte deutsche S2k-Leitlinie empfiehlt eine stadienadaptierte Indikationsstellung [10]. Bei der akuten unkomplizierten Divertikulitis wird eine primär konservative Therapie empfohlen. Der Nutzen einer antibiotischen Therapie ist hierbei nicht eindeutig belegt. Aufgrund des insgesamt sehr geringen Rezidivrisikos besteht keine Indikation zur elektiven Resektion im Intervall. Eine Ausnahme bildet die Subpopulation der immunsupprimierten Patienten. Bei diesen Patienten sollte die Indikation zur Intervalloperation großzügiger gestellt werden, da das vergleichsweise geringe Risiko der elektiven Operation gegen das erhöhte Perforationsrisiko und die erhöhte Letalität abgewogen werden muss. Bei der akuten komplizierten Divertikulitis differenziert die CDD-Klassifikation zwischen einem Mikroabszess (≤ 1 cm, Stadium 2a), einem Makroabszess (≥ 1 cm, Stadium 2b) und der freien Perforation (Stadium 2c). Im Falle einer freien Perforation besteht die Indikation zur notfallmäßigen Operation. Bei kleineren Abszessen wird primär eine konservative Therapie mit Antibiose empfohlen. Sind die Abszesse größer als vier Zentimeter sollte der intraabdominelle Verhalt durch die Anlage einer interventionellen Drainage entlastet werden. Falls die Patienten unter diesen konservativen Therapiemaßnahmen progrediente Beschwerden entwickeln, ist eine chirurgische Infektsanierung indiziert. Bei Patienten mit Makroabszedierung empfiehlt die S2k-Leitlinie nach erfolgreicher konservativer Therapie die elektive Operation im entzündungsfreien Intervall.

Früher stellte man die Indikation zur Operation noch nach dem „dritten Schub“ einer chronisch rezidivierenden unkomplizierten Divertikulitis. Heutzutage spielt die Anzahl der Schübe keine Rolle mehr, da mehrere Studien zeigen konnten, dass die Frequenz der Schübe nicht mit einem erhöhten Komplikationsrisiko korreliert und dass insbesondere Perforationen häufiger im Rahmen des Erstereignisses auftreten. Die Indikation zur Operation sollte daher individuell unter strenger Nutzen-Risikoabwägung bei konservativ nicht erfolgreich therapierbaren oder persistierenden Beschwerden gestellt werden [10].

CHIRURGISCHE THERAPIE

Ziel der chirurgischen Fokussanierung ist eine Resektion des entzündlichen Darmabschnitts. Bei der Sigmadivertikulitis soll hierfür das gesamte Colon sigmoideum reseziert und eine Anastomose im oberen Rektum angelegt werden, da die Rezidivrate hierdurch signifikant gesenkt wird. Um eine spannungsfreie, dichte und gut durchblutete Anastomose zu gewährleisten soll die linke Kolonflexur mobilisiert werden, falls dies erforderlich ist. Es müssen nicht alle divertikeltragenden Darmabschnitte des Restkolons entfernt werden. Die Wiederherstellung der Kontinuität mit primärer Anlage einer Anastomose ggf. unter Vorschaltung eines protektiven Ileostomas sollte einer Diskontinuitätsresektion nach Hartmann möglichst vorgezogen werden, da die Hartmann-Wiederanschlussrate niedrig ist und beide Verfahren hinsichtlich der postoperativen Morbidität und Letalität vergleichbar sind. Aufgrund der bekannten Vorteile des minimal-invasiven Verfahrens ist die laparoskopische Operation dem offenen Resektionsverfahren vorzuziehen. In einer Übersichtsarbeit wurde gezeigt, dass die laparoskopische Resektion auch bei Perforation mit fortgeschrittener Peritonitis bei einem selektionierten Patientengut und entsprechender Expertise des Operateurs sicher durchführbar ist [11]. Eine Hartmann-Prozedur kann bei septischen und instabilen Patienten mit erschwerter Mobilisation der linken Kolonflexur erfolgen. Um dem Risiko von Anastomoseninsuffizienzen und sexueller Dysfunktionen durch Nervenverletzungen vorzubeugen sollte die Arteria mesenterica inferior erhalten werden [10].

THERAPIEKONZEPTE BEI PERFORATION UND PERITONITIS

Die laparoskopische Peritoneallavage und Drainage ohne Resektion in der Notfallsituation bei der perforierten Divertikulitis mit putrider Peritonitis wurde in mehreren Studien untersucht [12, 13, 14]. Die S2k-Leitlinie gibt hierzu, aufgrund der unzureichenden Datenlage, keine eindeutige Empfehlung ab. Es wird jedoch konstatiert, dass die bisherigen Daten vielversprechend sind und, dass das Therapieverfahren bei entsprechender

Aufklärung individuell angewendet werden kann. Ein Konzept mit vergleichsweise niedriger Stoma-Rate ist die Damage-Control-Strategie mit primärer Resektion sowie Blindverschluss der Darmenden und dann sekundärer Anastomosierung nach intraabdomineller Vakuumtherapie nach ein bis zwei Tagen [15]. Hierzu gibt es in der derzeit überarbeiteten S2k-Leitlinie keine Empfehlung.

DIE AKUTE CHOLEZYSTITIS – LEITLINIENGERECHTE THERAPIE

Die akute Cholezystitis ist die häufigste Komplikation der Cholezystolithiasis. In Deutschland werden pro Jahr mehr als 64.000 Patienten deshalb stationär behandelt [16]. Ursache der Entzündung ist häufig ein eingeklemmter Stein im Infundibulum der Gallenblase (90 bis 95 Prozent), verbunden mit einer Abflussstörung.

Der Nachweis einer akuten Cholezystitis sowie möglicher Komplikationen sollte primär klinisch (Murphy-Zeichen, lokale Abwehrspannung) ergänzt durch Sonografie [17, 18, 19, 20] (Schichtung und Wandverdickung der Gallenblase) und Nachweis systemischer Entzündungszeichen (Fieber, Leukozytose und CRP-Erhöhung) erfolgen.

Bei akuter Cholezystitis mit Zeichen der Sepsis, Cholangitis, Abszess oder Perforation muss unverzüglich eine geeignete Antibiotikatherapie begonnen werden. Zur präoperativen Antibiotikatherapie bei unkomplizierter Cholezystitis (keine Organdysfunktion, milde lokale Entzündungszeichen, Beschwerdedauer < 72 h, Leukozyten ≤ 18 /nl) liegt keine Evidenz vor [21]. In den Tokyo-Guidelines wird in dieser Situation bei Vorliegen von ASA ≤ 2 keine Antibiose empfohlen [22, 23].

Die akute Cholezystitis sollte innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme unabhängig vom Zeitpunkt des Beschwerdebegins operiert werden. Diese Empfehlung geht vor allem aus den Ergebnissen der deutschen ACDC-Studie (Acute Cholecystitis: Early Versus Delayed Cholecystectomy) [24] sowie aus einer Schweizer Studie von Roulin et al. [25] hervor. Roulin et al. konnte dies für einen Symptombeginn > 72 h zeigen. Die Vergleichsgruppe wurde dabei mindestens sechs Wochen nach der initialen Antibiotikatherapie operiert.

Bei gleichzeitigem Vorliegen einer akuten Cholezystitis und einer Choledocholithiasis empfiehlt die Leitlinie ein therapeutisches Splitting mit einer prä- oder intraoperativen ERCP (endo-

skopische retrograde Cholangiopankreatikographie). Eine ERCP sollte bei sonografisch gestautem DHC > 7 mm und erhöhten Cholestaseparametern erfolgen. Ein sicherer Steinnachweis im Ductus hepatocholedochus (DHC) ist alleine ausreichend zur Indikation einer ERCP. Auch eine Cholangitis rechtfertigt eine primäre ERCP. Andernfalls sollte dem Endosono oder der Magnetresonananz-Cholangiopankreatikographie (MRCP) Vorzug gegeben werden [26, 27, 28, 29].

Nach erfolgreich durchgeführter ERCP bei Cholangitis und/oder milder biliärer Pankreatitis (kein Organversagen nach > 48 h, keine lokalen Komplikationen wie peripankreatische Nekrosen) wird eine zeitnahe Cholezystektomie innerhalb von 72 Stunden empfohlen, wenn Cholangitis und Pankreatitis regredient sind (PONCHO-Studie) [30]. Die Ausnahme wird hier die nach Steinabgang steinfreie Gallenblase bleiben, welche nicht mehr entfernt werden muss.

Bei Patienten mit akuter (auch akalkulöser) Cholezystitis und hohem Operationsrisiko (z. B. ASA ≥ 3) kann eine perkutane Drainage der Gallenblase (Cholezystostomie) erfolgen [31, 32].

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

**JETZT
BUCHEN**



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



Dieser CME-Artikel ist ab jetzt drei Monate kostenlos in Ihrer BDC|Mobile-App oder auf www.ecme-center.org in Ihrem Konto hinterlegt. Für eine spätere kostenfreie Buchung des Kurses im [eCME-Center] nutzen Sie bitte die PIN: **BDC20827**.



Online-Fortbildung für Chirurginnen und Chirurgen

So einfach
geht's:

Am PC:

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

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

Auf einem mobilen Gerät:

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

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



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



Fortbildung unterwegs, im Büro und zuhause

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

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

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

**Wir fangen da an, wo Lehrbücher
und Zeitschriften aufhören.**

Kursformate im Internet und für Tablets und Smartphones

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

Informieren Sie sich ausführlich unter:

www.ecme-center.org



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

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



Ansprechpartner für Rückfragen:
Dr. med. Gereon Lill
 Geschäftsführer
 Fasciotens GmbH
 Aachener Str. 1053-1055
 D-50858 Köln
 lill@fasciotens.de

Dr. med. Frank Beyer
 Geschäftsführer
 Fasciotens GmbH
 beyer@fasciotens.de

Ein Jahr Fasciotens – Das berichten Anwender

Vor einem Jahr haben wir bereits über die zwei Chirurgen Dr. Gereon Lill und Dr. Frank Beyer berichtet, die aus einer Not eine Tugend gemacht haben. Sie haben ein neues Produkt auf den Markt gebracht, um die medizinische Versorgung des offenen Abdomens grundlegend zu verbessern. Ein steiniger Weg, der langsam, aber sicher Früchte trägt. Ein Jahr nach der Markteinführung von Fasciotens Abdomen haben wir Anwender nach ihren Erfahrungen gefragt.

WAS IST FASCIOTENS?

Verschiedene Erkrankungen, wie schwere Infektionen, postoperative Komplikationen oder Verletzungen bedingen die Notwendigkeit, einen Bauch offen belassen zu müssen. Das daraus resultierende Hauptproblem ist das Zurückweichen der Bauchdecke, welches einen späteren Bauchverschluss oft unmöglich macht. Der Ansatz, die Bauchdecke bei eröffnetem Bauchraum anzuspannen und das intraabdominelle Volumen zu vergrößern, ist völlig neu. Fasciotens Abdomen verfolgt diesen neuen Ansatz und wurde aus dem chirurgischen Alltag von Chirurgen entwickelt und in Zusammenarbeit mit Experten für Medizintechnik konzipiert.

informieren und aufklären. Wenn dann die ersten Anwendungen erfolgt sind, überzeugen die Ergebnisse und die damit verbundenen guten Erfahrungen, wie z. B. frühzeitiger Bauchdeckenverschluss. Dies überzeugt letztendlich die Pflegenden und ein wenn auch geringfügig erhöhter pflegerischer Mehraufwand wird dann gerne in Kauf genommen. Die gemachten Erfahrungen werden stets im gesamten Team in positiver Weise an die Angehörigen weitergegeben. Auch hier stellt sich dann letztendlich meist ein hohes Maß an Zufriedenheit ein.

PC: War die Implementierung dieser Technik in Ihrer Klinik schwierig?

Stoffels: Nein, die Anästhesie hatte initial Sorgen bezüglich des Drucks auf den Thorax. Nachdem hier diese Sorge durch eine unveränderte Beatmungssituation unter Therapie und nach Abnahme des Geräts entkräftet wurde, gab es diesbezüglich keine Einwände. Das System ist leicht anwendbar und intuitiv konzipiert, sodass wir chirurgischen Kollegen von Anfang an wenig Berührungsängste hatten. Die Patienten können auch problemlos mit dem System gelagert werden.

PC: Welche Indikationen sehen Sie für eine Anwendung von Fasciotens Abdomen als geeignet an?

Kalff: Alle Patienten mit offenem Abdomen bei entsprechend hohem intraabdominellen Druck, um einen schnelleren Verschluss der Bauchdecken zu erzielen und somit Komplikationen zu vermeiden und ggfs. Kosten zu sparen. Insbesondere geeignet sind Patienten, die in absehbarer Zeit nicht direkt verschlossen werden

PC: Fasciotens Abdomen ist ja bei Betrachtung ein recht großes Medizinprodukt, das auf dem Patienten während der intensivmedizinischen Therapie verbleibt. Wie schwierig ist es, den Angehörigen und der Pflege diese Therapie näherzubringen?

Kalff: Hier kommt es sehr auf die Erfahrungen im Team an. Man muss zur Etablierung der Technik alle Beteiligten gut

BDC. Ein Jahr Fasciotens – Das berichten Anwender. Passion Chirurgie. 2019
 Dezember, 9(12): Artikel 03_02.



Zum Artikel „Fasciotens: Eine Entwicklung von Chirurgen für Chirurgen“: bit.ly/Fasciotens



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

» DIE ANWENDER



Univ.-Prof. Dr. med.

Jörg C. Kalff

Direktor

Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie

Universitätsklinikum Bonn
Venusberg-Campus 1

53127 Bonn

kalff@uni-bonn.de

www.chirurgie-unibonn.de



PD Dr. med. Burkhard

Stoffels

Oberarzt

Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie

burkhard.stoffels@

ukbonn.de

www.chirurgie-unibonn.de



Univ.-Prof. Dr. med.

Wolfram T. Knoefel

Direktor

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie

Universitätsklinikum
Düsseldorf

Moorenstr. 5

40225 Düsseldorf

knoefel@uni-duesseldorf.de

www.uniklinik-duesseldorf.de

können (z. B. aufgrund eines septischen Fokus, Z. n. Herdsanierung bei Peritonitis etc.).

PC: Wie viele Patienten haben Sie bisher in Ihrer Klinik behandelt und was waren die zugrundeliegenden Erkrankungen?

Stoffels: Insgesamt waren es fünf Patienten (abdominelles Kompartmentsyndrom (ACS) nach Laktatazidose, ACS bei nekrotisierender Pankreatitis, ACS nach retroperitonealer Blutung, ACS nach Mesenterialischämie und Duodenalulcus, ACS nach Reanimation).

PC: Gab es Komplikationen bei den Patienten?

Stoffels: Bei einem Patienten gab es eine oberflächliche Blasenbildung und Hautablösung unter einer der beiden Auflageflächen, die im weiteren Verlauf folgenlos abheilte. Ansonsten gab es keinerlei gerätespezifische Probleme. Auch durch die Thoraxkompression gab es keine Beeinträchtigungen der Vital- und Beatmungsparameter.

ANWENDUNG IN DER ALLGEMEINCHIRURGIE

PC: Was war der Grund für Sie, eine derart neuartige Therapie für Ihre Patienten mit offenem Abdomen in Betracht zu ziehen?

Knoefel: Durch die offene Behandlung des Abdomens wird ja in erster Linie das Ziel verfolgt, den intraabdominellen Druck zu senken. Sobald diese Behandlung aber mehrere Tage dauert, retrahieren sich die Faszien und wir haben alle immer wieder Probleme bei diesen Patienten, nach Kontrolle des intraabdominellen septischen Fokus, die Bauchdecke zu verschließen um nicht große Hernien zu verursachen oder gar einen Fistelbauch.

PC: Welche Vorteile hat die neue Therapie gegenüber der herkömmlichen Therapie offener Abdomen?

Knoefel: Durch den Zug der Faszien nach vorne, also ventral, wird zum einen ein Retrahieren der Faszien vermindert oder sogar verhindert, zum anderen entlastet das Verfahren den intraabdominellen

Raum maximal. Nicht einmal die Bauchdecken üben ihren Druck auf das Intestinum, die Leber etc. aus.

PC: Macht eine Fasziendehnung ausschließlich bei Patienten mit einem offenen Abdomen Sinn?

Knoefel: Wie schon gerade ausgeführt, könnte es durchaus auch beim abdominalen Kompartmentsyndrom einen zusätzlichen Benefit bringen. Untersuchungen zur Anwendung bei großen Bauchwandhernien laufen ebenfalls, erste vielversprechende Berichte gibt es bereits.

PC: Eines der Ziele bei der Behandlung offener Abdomen ist der schnellstmögliche Faszienverschluss. Glauben Sie mittels der neuen Technik diesem Ziel näherzukommen?

Knoefel: Da die Retraktion der Faszien zumindest verzögert, wenn nicht sogar verhindert wird, lässt sich, wenn es gelingt den Fokus zu sanieren, in unserer Erfahrung auf jeden Fall ein zügiger Faszienverschluss erreichen. Wieviel Tage damit allerdings gewonnen werden können, ist noch nicht hinreichend wissenschaftlich belegt.

PC: Wie viele Patienten haben Sie bisher in Ihrer Klinik behandelt und was waren die zugrundeliegenden Erkrankungen?

Knoefel: Insgesamt waren es sechs Patienten: dreimal Pankreatitis, zwei Magenperforationen und eine Sigmaperforation. ○



Abb. 1: Offenes Abdomen nach Leriche Syndrom und abdominalen Kompartmentsyndrom bei retroperitonealem Hämatom; initialer Faszienabstand = 16 cm.



Abb. 2: Anlage Fasciotens Abdomen in Kombination mit einer Vakuumtherapie. Kontinuierliche Zugaufbringung von 40-80 Newton (je nach Patientengegebenheiten) während der Zeit des offenen Abdomens.



Abb. 3: Faszien-/Bauchwandverschluss nach 6 Tagen, subkutaner Wundinfekt abgeheilt

A photograph of a surgical team in an operating room. Two surgeons in blue scrubs, masks, and hairnets are focused on a procedure. The foreground shows a sterile blue drape with various surgical instruments like forceps and scissors laid out. A teal circular graphic is in the upper right corner.

AKADEMIE
AKTUELL

BDC|AKADEMIE

Programm 2020

Das Jahresprogramm 2020 der BDC|Akademie



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

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

Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin
praesident@bdc.de, h-jmeyer@dgch.de



Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder, FACS

Leiter der Deutschen Akademie für chirurgische Fort- und Weiterbildung
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.

Leitender Oberarzt
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie
Universitätsklinik Köln
Kerpener Str. 62, 50937 Köln
schroeder@bdc.de

Meyer HJ, Schröder W: Das Jahresprogramm 2020 der BDC|Akademie. Passion Chirurgie. 2019 Dezember, 9(12): Artikel 04_01.



Mehr über die BDC|Akademie und alle Informationen zu BDC|Seminaren finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik BDC|Akademie).

Mit dem Jahresprogramm 2020 heißt die Deutsche Akademie für Chirurgische Fort- und Weiterbildung alle BDC-Mitglieder herzlich willkommen und freut sich, Ihnen wieder aufs Neue ein umfassendes Angebot zur chirurgischen Fort- und Weiterbildung vorstellen zu können.

Auch dieses Jahr bleibt das grundlegende Konzept der BDC|Akademie entsprechend seiner satzungsgemäßen Aufgaben unverändert: Ein auf den chirurgischen Alltag fokussiertes, übersichtlich gegliedertes Programm für alle chirurgischen Fachdisziplinen, welches sich an der chirurgischen Karriereleiter vom Berufseinsteiger über den Facharzt bis zum Chirurgen in Leitungsfunktion orientiert. Das Programm in seinem neuen Format wurde in 2019 von den BDC-Mitgliedern mit erfreulich guter Resonanz angenommen, sodass auch in 2020 das Design mit einem neuen Satz fotorealistischer Darstellungen beibehalten wurde. Erfolgreich fortgesetzt wurde auch

die Strategie, Kooperationen mit anderen Berufsverbänden, Fachgesellschaften, Sponsoren aus der Industrie und Verlagspartnern für verschiedene Projekte einzugehen, um gemeinsam die Qualität des angebotenen Programmes weiterhin hoch zu halten.

NEUE STELLVERTRETENDE LEITER

Prof. Dr. med. Julia Seifert und Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn sind neue stellvertretende wissenschaftliche Leiter der BDC|Akademie.

In diesem Jahr gab es zwei wesentliche Veränderungen in der Personalstruktur der BDC|Akademie. Um das Angebot im Gebiet der Unfallchirurgie und Orthopädie entsprechend der Mitgliederstruktur des BDC zukünftig weiter auszubauen, ist die Leitung der BDC|Akademie hier gezielt erweitert worden. Die



Die BDC|Akademie stellt sich vor, v. l. n. r.: Dr. phil. N. Kandinskaja, Prof. Dr. J. Seifert, Prof. Dr. M. Hahn, Dr. F. Burgdorf, B. Winkler, H. Becker, J. Dreusch, S. Joachimi, Prof. Dr. W. Schröder

beiden Kollegen arbeiten seit vielen Jahren in der Unfallchirurgie in leitender Position und werden über ihr umfassendes Netzwerk das Portfolio der BDC|Akademie strategisch neu ausrichten. Nach dem tragischen Ausscheiden des früheren Geschäftsführers ist diese Position in der BDC-Geschäftsstelle nun neu besetzt worden. Die jetzige Amtsinhaberin bringt durch ihre frühere Tätigkeit ebenfalls viel Expertise in die Arbeit der BDC|Akademie mit ein.

Die Rahmenbedingungen für die Organisation und Durchführung einer chirurgisch zielgerichteten Fort- und Weiterbildung sind auch in diesem Jahr spürbar aufwändiger geworden. Das betrifft zum einen die Unterstützung der Industriepartner, die sich schertun, die regulierenden gesetzlichen Auflagen der Compliance unter strenger Beobachtung der Öffentlichkeit zu erfüllen.

Auch die Landesärztekammern, verantwortlich für die erforderlichen Zertifizierungen, tragen sicherlich ihren Teil zu dieser Entwicklung bei. Zum anderen schränkt der steigende ökonomische Druck in den Krankenhäusern die Möglichkeit ein, Referenten, Tutoren und Seminarleiter für ihre überwiegend freiwillige Tätigkeit freizustellen, obwohl das gesamte Gesundheitssystem und insbesondere viele Krankenhausträger auf eine qualifizierte Fort- und Weiterbildung angewiesen sind und hiervon nur profitieren können. Deshalb ist die BDC|Akademie auch in diesem Jahr allen Chirurginnen und Chirurgen, die an der Gestaltung und Umsetzung des Jahresprogrammes 2020 mitwirken, zu besonderem Dank verpflichtet.

Wir wünschen allen BDC-Mitgliedern viel Freude bei der Lektüre dieses Programms.
Ihre

Prof. Dr. Dr. h.c. H.-J. Meyer
Präsident des BDC

Prof. Dr. W. Schröder
Leiter der BDC|Akademie

Dieser Ausgabe ist das neue Programmheft der BDC|Akademie beigelegt. Sollten Sie das Exemplar vermissen, melden Sie sich bei uns und wir schicken Ihnen eine PDF, oder das Heft per Post, zu: akademie@bdc.de.



eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-CENTER

MEDIATHEK



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

Von Chirurgen für Chirurgen –

praxisnäher lässt sich Fortbildung nicht darstellen.

Es können auch eigene Fortbildungsfilme eingereicht werden!

www.mediathek-dgch.de



**60
CME-
Punkte!**

Hygiene- beauftragter Arzt (HBA)

A word cloud shaped like a hand, with the palm facing forward. The words are related to hygiene, health, and safety. The largest word is 'WASH' in red. Other prominent words include 'SOAP' in green, 'CLEAN' in green, 'GERMS' in red, 'DANGER' in brown, 'HEALTH' in blue, 'CARE' in black, 'WATER' in purple, 'HYGIENE' in blue, 'FOAM' in orange, 'RUB' in blue, 'SNEEZE' in blue, 'TOILET' in blue, 'FINGERS' in brown, 'GELS' in orange, 'WIPES' in black, 'PETS' in purple, 'SOAP' in blue, 'CONTROL' in red, 'HEALTH' in green, 'DIRTY' in black, 'BACTERIA' in red, 'TOWEL' in green, 'FAUCET' in orange, 'INFECTION' in blue, 'HANDWASHING' in red, 'CHEMICAL' in black, 'HYGIENE' in red, 'AIR' in blue, 'DRY' in blue, 'PREVENT' in black, 'PRESERVATION' in red, 'SANITIZERS' in purple, 'VIRUSES' in red, 'SEPTIC' in orange, 'DESTRUCT' in blue, 'INGREDIENTS' in black, 'GARBAGE' in red, 'LATHER' in black, 'WASTE' in black, 'HYGIENE' in black, 'SAVE' in red, 'DRY' in black, 'BATHROOM' in black, 'ILLNESS' in black, 'DANGER' in brown, 'WARNING' in orange, 'HANDWASHING' in black, 'PROTECTION' in blue, 'PROCEDURE' in black, 'PUBLIC HEALTH' in green, 'RUNNING WATER' in black, 'ALCOHOL BASED' in black, 'LATHER' in green, 'FOAM' in orange, 'DANGER' in brown, 'ALCOHOL' in red, 'BASED' in black, 'SICK' in red, 'RUB' in blue, 'PALM' in black, 'FINGERS' in brown, 'CLEANER' in black, 'GELS' in orange, 'WIPES' in black, 'CHEMICAL' in black, 'HANDLING' in blue, 'PREVENTION' in purple, 'BEFORE EATING FOOD' in black, 'PERSONAL' in black, 'NAILS' in orange, 'OCTOBER 15' in black, 'SANITATION' in black, 'DISEASE' in black, 'SAFE' in black, 'PEOPLE' in black, 'MICROBES' in black, 'ANTISEPTIC' in blue, 'DISPENSER' in red, 'HANDSOAP' in black, 'METHODS' in black, 'RINSE' in blue, 'BASIN' in blue, 'DRY' in black, 'HEALTH' in blue, 'TOILET' in blue, 'BACTERIUM' in black, 'INFECTIONS' in black, 'DISEASE' in black, 'DANGER' in brown, 'IMPORTANT' in blue, 'WASHING' in blue, 'SANITIZER' in black, 'ANTIBACTERIAL' in black, 'SODIUM HYDROXIDE' in blue, 'DIRT' in black, 'GERMS' in red, 'CLEAN' in green, 'WASH' in red, 'WATER' in purple, 'HYGIENE' in blue, 'AGENTS' in black, 'BATHROOM' in black, 'ILLNESS' in black.

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.

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

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



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





© Istock/SDI Productions

Gemeinsame Assistentenumfrage des BDC und des Perspektivforums Junge Chirurgie der DGCH 2018/2019

Die Assistentenumfrage des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) hat eine seit 1998 bestehende Tradition. Sie wurde letztmalig in den Jahren 2011 und 2014/15 durchgeführt. Auf ihrer Basis konnten in der Vergangenheit Qualitätskriterien für die chirurgische Weiterbildung erstellt werden, die teilweise auch Einzug in die Musterweiterbildungsordnung gefunden haben. Insgesamt sind die Umfrageergebnisse stets ein wertvoller Spiegel der Weiterbildungssituation in der Chirurgie in Deutschland gewesen.

Dabei ist die Anpassung der Weiterbildungssituation an die aktuellen Bedürfnisse der Assistenten, natürlich immer vor dem Hintergrund chirurgischer, systemimmanenter Notwendigkeiten, ein kritischer Erfolgsfaktor in der Ausbildung der Fachärztinnen und -ärzte von morgen. Zum einen steht die Qualität der Weiterbildung immer auch im direkten Zusammenhang mit der Qualität der Patientenversorgung und ist somit letztlich auch von gesamtgesellschaftlichem Interesse, zum anderen macht eine gute Ausbildung unser Fachgebiet attraktiver für



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

den chirurgischen Nachwuchs, der sich aus den Studierenden rekrutiert. Deren Berufswunsch und auch die Berufswahl festigt sich nach aktuellen Umfragen vornehmlich mit zunehmender klinischer Exposition, insbesondere im Praktischen Jahr, bei dem die Weiterbildungssituation über die Assistenzärzte direkt wahrgenommen werden kann. Bestehende Missstände in der Weiterbildung und den zugehörigen Rahmenbedingungen werden direkt wahrgenommen. So leidet nicht nur unmittelbar die Ausbildungsqualität der ärztlichen Kollegen, sondern es wird auch direkt der potenzielle Nachwuchs abgeschreckt. Darauf deuten auch aktuelle Erhebungen hin, wie unlängst der Berufsmonitor Medizinstudium der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Zusammenarbeit mit dem medizinischen Fakultätentag und der Bundesvertretung der Medizinstudierenden durch die Universität Trier gezeigt hat.

Auch die diesjährige Assistentenumfrage wurde auf Basis der vorangegangenen Umfragen erstellt, die Fragen zusammen mit dem Perspektivforum Junge Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH) aktualisiert, erweitert und als gemeinsame Umfrage gestaltet. Ziel war es, die aktuelle Weiterbildungssituation chirurgischer Assistenzärztinnen und -ärzte adäquat zu erfassen und als Datengrundlage für weitere Verbesserungsbestrebungen zur Verfügung zu stellen.

UMFRAGEDESIGN

Auf Grundlage der vergangenen Umfragen wurde zusammen mit dem Perspektivforum Junge Chirurgie der DGCH eine leicht modifizierte Folgeumfrage entwickelt. Die Zielgruppe dieser Umfrage setzte sich diesmal ausschließlich aus Assistenten in der Weiterbildung zusammen. Auf die Befragung von Fachärztinnen und -ärzten wurde verzichtet. Wie in den Jahren zuvor konnte der Fragebogen anonym online beantwortet werden, wozu das bereits in den Vorumfragen genutzte, angepasste Online-Umfragetool SurveyMonkey eingesetzt wurde. Die Auswertung erfolgte mit den Statistikfunktionen von Microsoft Excel sowie Graphpad Prism.

TEILNEHMERSTRUKTUR

Insgesamt gab es 708 Beantwortungen der Umfrage, die zur Analyse genutzt wurden. Dies ist ein zahlenmäßiger Rückgang zu den Vorerhebungen, die allerdings auch noch Fachärztinnen und -ärzte in die Umfrage mit eingeschlossen haben, was in diesem Jahr als reine Assistentenumfrage ausgeschlossen war.

Das Durchschnittsalter der Teilnehmer betrug 34,08 Jahre, mit einem höheren Anteil weiblicher Teilnehmer mit 52,27 %, wie er sich erstmals auch schon in der vergangenen Umfrage 2014/15 gezeigt hat (**Abb. 1**). Von den

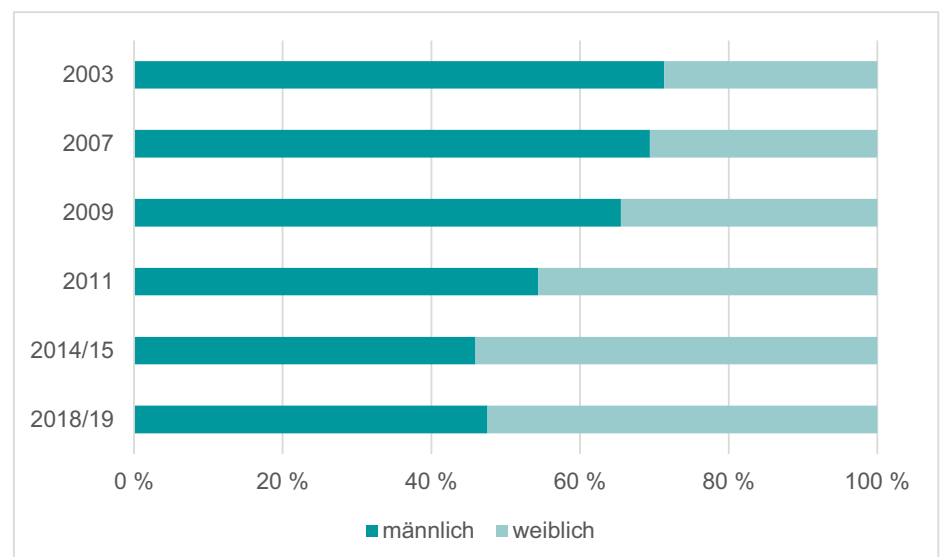


Abb. 1: Geschlechterverteilung an den Umfragen der vergangenen Jahre

Braun BJ: Gemeinsame Assistentenumfrage des BDC und des Perspektivforums Junge Chirurgie der DGCH 2018/2019. *Passion Chirurgie*. 2019 Dezember, 9(12): Artikel 04_02.



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

Teilnehmern waren 84,99 % zum Zeitpunkt der Umfrage in einer Vollzeitbeschäftigung angestellt. Wie auch in den Jahren zuvor befand sich der größte Teil der Umfrageteilnehmer mit 61,53 % in der Weiterbildung Allgemein-/Viszeralchirurgie (2014/15: 55,1 %) sowie in der Weiterbildung Orthopädie/Unfallchirurgie (24,92 %; 2014/15: 23,7 %). Von den Umfrageteilnehmern befanden sich 18,84 % in der Basisweiterbildung Chirurgie (2014/15: 23,7 %), 25,45 % im dritten und vierten Ausbildungsjahr und 55,71 % Prozent in den letzten beiden Ausbildungsjahren (Abb. 2).

GESAMTZUFRIEDENHEIT UND LIMITIERENDE FAKTOREN

Wie schon in den letztmaligen Umfragen liegt die Gesamtzufriedenheit der Umfrageteilnehmer auch in diesem Jahr auf einer Likert-Skala, orientiert an Schulnoten, von 1 sehr zufrieden, bis 6 sehr unzufrieden, mehrheitlich bei 3 mit einem Durchschnitt von 3,55 (Abb. 3).

Als Gründe wählten die Teilnehmer aus einer Liste verschiedener potenzieller Ursachen bei möglicher Mehrfachnennung mehrheitlich den hohen Anteil arztfremder Tätigkeiten im Berufsalltag (62,39 %), den hohen Zeitdruck während der Arbeit (Arbeitsverdichtung) (61,25 %) sowie insgesamt die hohe zeitliche Arbeitsbelastung (60,54 %) aus. Insbesondere auch eine mangelnde Qualität der Ausbildung rangiert an vierter Stelle der Gründe (53,56 %) (Tab. 1).

Bedingt durch diese Unzufriedenheit haben 77,87 % der Befragten angegeben, bereits einmal über einen Wechsel des Arbeitsplatzes nachgedacht zu haben, 51,21 % darüber die Arbeitszeit zu reduzieren, 34,89 % darüber ins Ausland zu wechseln und sogar 38,16 % haben daran gedacht, die praktische ärztliche Tätigkeit ganz aufzugeben. Auch die tatsächliche Bereitschaft aufgrund von Unzufriedenheit, den Arbeitsplatz zu wechseln, scheint zu steigen und so gaben über 30 % der Befragten an, dies auch tatsächlich bereits getan zu haben.

Auch potenzielle Lösungsmöglichkeiten wurden unter den Umfrageteilnehmern abgefragt.

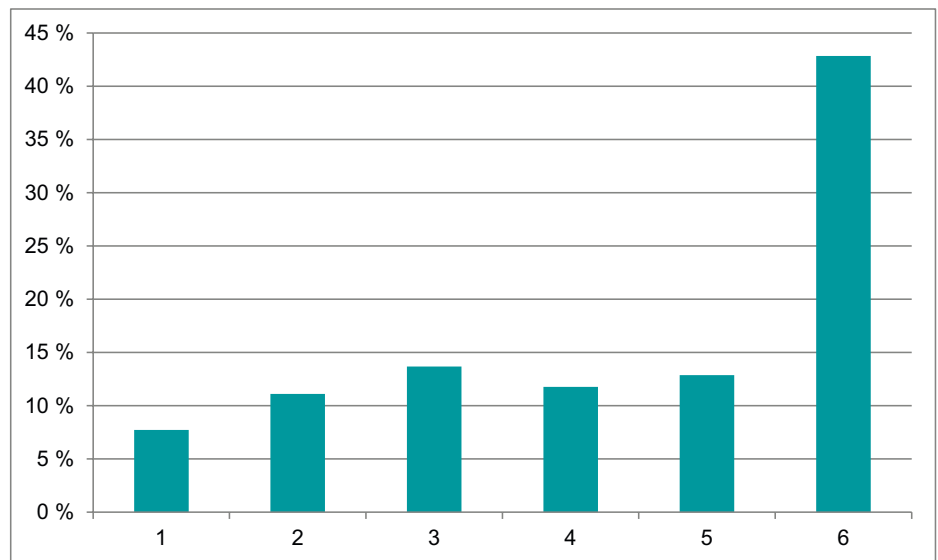


Abb. 2: Anteil der Umfrageteilnehmer pro Weiterbildungsjahr

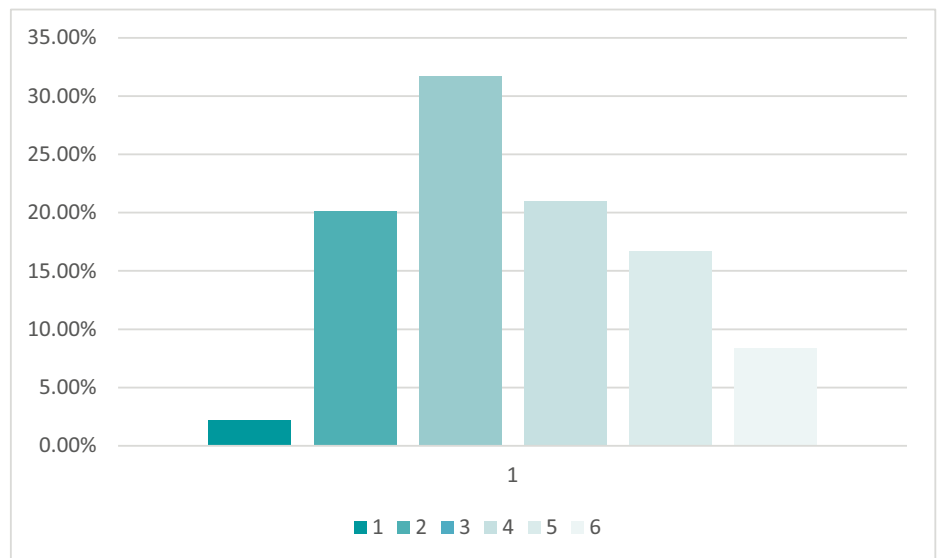


Abb. 3: Angaben zur Zufriedenheit (1 = sehr zufrieden; 6 = unzufrieden)

Dabei waren die Hauptvorschläge zur Steigerung der Zufriedenheit mit der Weiterbildung in Deutschland das Festlegen verbindlicher, transparenter Weiterbildungsziele durch die Kliniken vor Ort (57,83 %), die Analyse von delegierbaren Tätigkeiten mit zielgerichteter Entlastung (39,39 %), die Beschäftigung von mehr ärztlichem Personal (38,51 %) sowie eine engere Betreuung in Form von Mentoring (37,77 %) (Tab. 2).

OPERATIVE TÄTIGKEIT

Die Anzahl an durchgeführten Operationen als Hauptoperateur pro Befragtem und

Woche schwankt in der Umfrage deutlich. So gaben 32,20 % an, im vergangenen Jahr weniger als eine Operation pro Woche durchgeführt zu haben, aber 4,47 % mehr als acht pro Woche. Die Mehrheit der Befragten führte zwischen einer und drei Operationen (43,61 %) pro Woche durch. Dabei sind 74,88 % der Befragten nicht der Meinung, dass an Ihrer Klinik Weiterbildungs Eingriffe transparent und fair zugeteilt werden (2014/15: 63,7 %).

Während damit die gefühlte Intransparenz weiter zugenommen hat, ist die Anzahl der Weiterbildungsassistenten, die wenigstens

Tab. 1: Hauptgründe für die Unzufriedenheit

Hauptgründe für die Unzufriedenheit (Mehrfachnennung möglich):	Anteil der Antworten
Hohe zeitliche Arbeitsbelastung (z. B. Überstunden)	60,54 %
Unregelmäßige Arbeitszeiten mit Schicht-/Wochenenddiensten	49,29 %
Hoher Zeitdruck während der Arbeit (Arbeitsverdichtung)	61,25 %
Schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf	46,72 %
Schlechte Vereinbarkeit mit anderen beruflichen Tätigkeiten (z. B. Forschung)	24,22 %
Schlechte Vereinbarkeit mit anderen privaten Tätigkeiten (z. B. Freizeitaktivitäten)	46,44 %
Merklicher/fühlbarer Einfluss ökonomischer Faktoren auf fachlich-medizinische Entscheidungen	48,58 %
Schlechtes Arbeitsklima im Berufsalltag (zwischen Ärzten, zwischen Ärzten und anderen Berufsgruppen etc.)	30,06 %
Steile Hierarchien	15,10 %
Hoher Anteil arztfremder Tätigkeiten im Berufsalltag	62,39 %
Mangelnde Qualität der ärztlichen Weiterbildung	53,56 %
Fehlende Anleitung und/oder Supervision im Berufsalltag	41,31 %
Geringe Anerkennung für die geleistete Arbeit	51,42 %
Schlecht planbarer Feierabend	35,75 %

Tab. 2: Möglichkeiten die Zufriedenheit zu steigern

Möglichkeiten die Zufriedenheit zu steigern (max. dreifach Nennung möglich):	Anteil der Antworten
Verbindliche Weiterbildungsziele vor Ort, die transparent anhand der Kataloge der ÄK zeigen, wer wie weit ist (für Außenstehende anonymisiert einsehbar)	57,83 %
Klares Fortbildungsbudget	8,64 %
Strukturierte Analyse der delegierbaren Tätigkeiten vor Ort und zielgerichtete Entlastung	39,39 %
Klar definierte und strikt eingehaltene Arbeitszeiten	24,30 %
Täglich in Anspruch nehmbarer und verfügbarer Kinderbetreuung	14,64 %
Weniger Dienste	27,09 %
Mehr Kollegen	38,51 %
Klar benannter Weiterbildungsbeauftragter vor Ort	11,42 %
Mentoringbetreuung (z. B. ein Oberarzt als direkter Mentor eines Assistenten)	37,77 %
Mehr Gehalt für alle	6,30 %
Leistungsgerechte Bezahlung	19,03 %
Sonstiges (bitte angeben)	7,47 %
Verbindliche Weiterbildungsziele vor Ort, die transparent anhand der Kataloge der ÄK zeigen, wer wie weit ist (für Außenstehende anonymisiert einsehbar)	57,83 %
Klares Fortbildungsbudget	8,64 %

Teilschritte von Operationen assistieren konnten, etwas gesunken: So durften nur 20,98 % der Befragten regelmäßig Teilschritte bei operativen Eingriffen übernehmen (2014/15: 26,6 %), 51 % unregelmäßig (2014/15: 51,5 %) und 28,02 % gar nicht (2014/15: 21,8 %) (**Abb. 4**).

ARZTFREMDE TÄTIGKEITEN UND DELEGATION

Hauptgründe für die Unzufriedenheit waren die hohe Arbeitsverdichtung und damit verbunden, der hohe Anteil sogenannter

arztfremder Tätigkeiten während der Kernarbeitszeit. Dabei betrug der geschätzte Anteil arztfremder Tätigkeiten oder prinzipiell delegierbarer Tätigkeiten unter den Umfrageteilnehmern im Durchschnitt 37,60 % an der Gesamttagesarbeit. Dabei ist die am häufigsten genannte Tätigkeit, die den Umfrageteilnehmern nach die meiste Zeit in Anspruch nimmt, prinzipiell delegierbare oder digitalisierbare Schreibtätigkeit. Durch die vielschichtigen Änderungen im ärztlichen Arbeitsumfeld sehen sogar über 80 % der Befragten die Qualität der direkten Patientenversorgung gefährdet. Diese unzureichenden Rahmenbedingungen werden als wesentlicher Grund für die mangelnde Attraktivität der Chirurgie bei den Studierenden identifiziert.

PLANUNG DER WEITERBILDUNG

Insgesamt gaben 70,55 % der Befragten an, dass sie nicht davon ausgehen, dass sie zum Ende ihrer Weiterbildungszeit die geforderten Inhalte der Ärztekammern auch tatsächlich absolviert haben werden. Analog gaben 74,81 % der Befragten darüber hinaus an, dass die klinikinterne Planung weniger nach den Notwendigkeiten der Facharztweiterbildung als zumeist kurzfristig und nach jeweiliger Notwendigkeit erfolgt. So sehen es 52,14 % als hilfreich und sogar 45,72 % als unerlässlich an, externe Fortbildungsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen, um facharztnotwendige Kompetenzen zu erlernen. Gemäß der Umfrage erhalten 53,62 % der Befragten regelmäßige, mindestens einmal wöchentliche Fortbildungen. Deren Qualität wird aber auf einer Skala von 1 sehr hilfreich, bis 6 gar nicht hilfreich, im Durchschnitt nur mit einer 3,75 bewertet. Um die Qualität und Organisation der Weiterbildung vor Ort zu verbessern halten es 78,96 % für wichtig, einen Weiterbildungsleiter zu designieren, der von weiteren Verpflichtungen weitestgehend freigestellt wird, um sich gezielt mit der Weiterbildung zu befassen. Gefragt danach, ob sich die Umfrageteilnehmer durch ihren Klinikträger oder ihre Klinikverwaltung in der Weiterbildung gefördert fühlen, gaben diese auf einer frei einstellbaren Schiebereglerskala (0 gar nicht bis 100 sehr stark) ihren Verwaltungen im Schnitt nur 21,06 Punkte (**Abb. 5**).

Bezüglich der Dokumentation der Weiterbildung scheint der Logbucheinsatz (Fachgesellschaft, Berufsverband oder Ärztekammer) durch die Kliniken direkt mit 39,48 % eher zu stagnieren (**Abb. 6**), der persönliche Einsatz durch die Befragten ist aber leicht gestiegen (81,20 %; 2011: 61 %; 2014/15: 79 %). Eigentlich verpflichtende Weiterbildungsgespräche gaben 21,10 % an, gar nicht zu erhalten, 53,06 % nicht in der geforderten Regelmäßigkeit und nur 25,84 % im geforderten Rahmen. An den Kliniken, die zumindest unregelmäßig Weiterbildungsgespräche führen, waren 74,04 % der Kollegen der Überzeugung, dass diese nicht die Qualität ihrer Weiterbildung verbessern.

DISKUSSION

Die Ergebnisse der Umfrage bestätigen größtenteils die Trends der vergangenen Umfragen, was vor dem Hintergrund des Nachwuchsmangels und eines durch PricewaterhouseCoopers und WifOR prognostizierten Fachärztemangels in der Chirurgie einen Optimierungsbedarf durch Klinikleitungen, ärztliche Abteilungsleitungen, Verwaltungen, Träger, aber auch durch die Politik weiter unterstreicht. Noch immer wird die Gesamtqualität der chirurgischen Weiterbildung durch die Umfrageteilnehmer im Durchschnitt nur mit der Schulnote befriedigend bis ausreichend bewertet, was nahelegt, dass

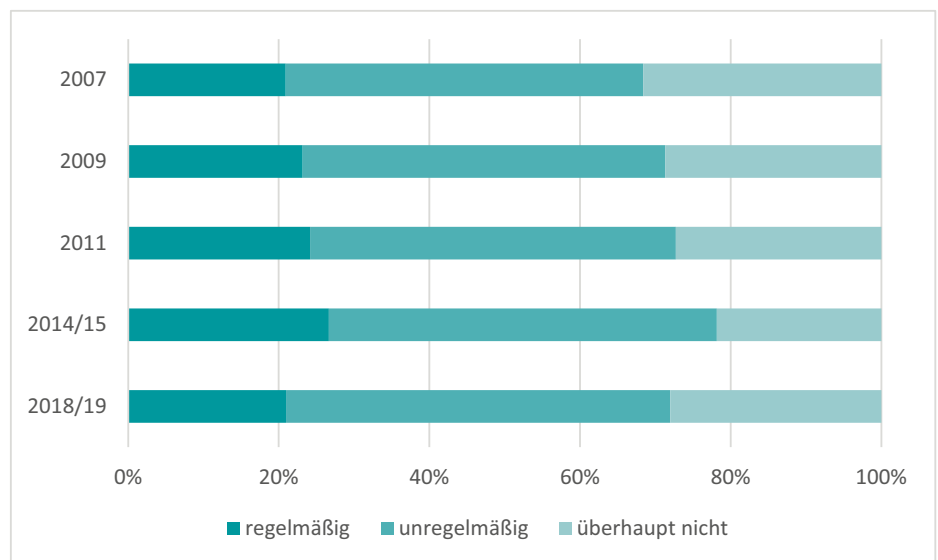


Abb. 4: Angaben zu Teilschritten

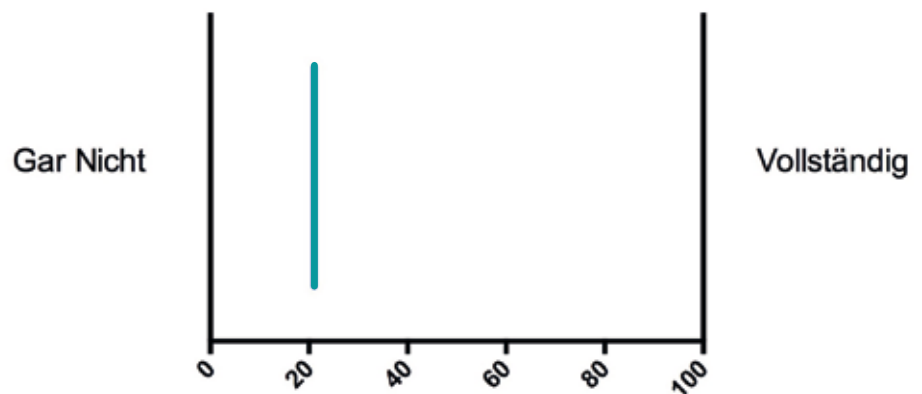


Abb. 5: Wie sehr fühlen Sie sich durch Ihren Klinikträger/Verwaltung in der Weiterbildung gefördert?

Weiterbildung stapelweise?

... oder mit System



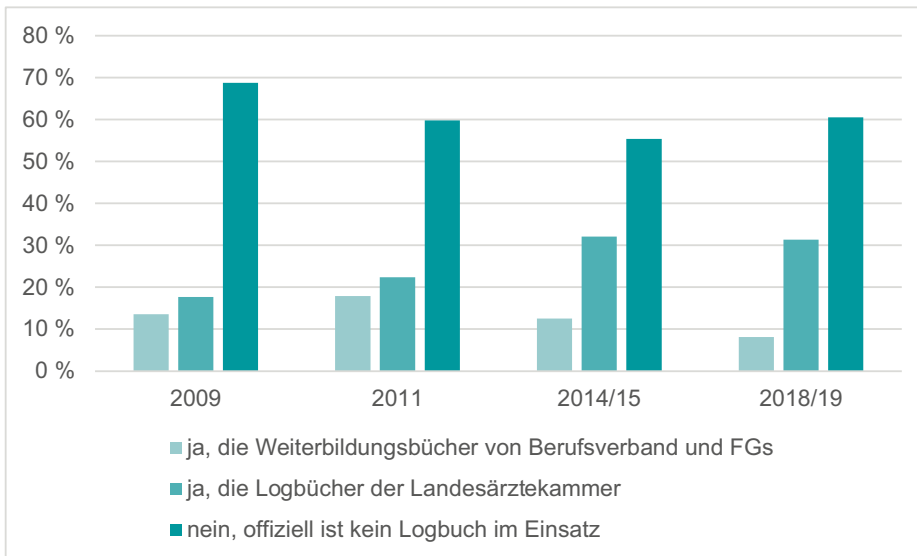


Abb. 6: Setzt Ihr Haus zur Dokumentation der chirurgischen Weiterbildung offiziell Weiterbildungs- bzw. Logbücher ein?

die bisherigen Maßnahmen zur Ausbildungsverbesserungen nicht ausreichend gewesen sind.

Insbesondere ein sehr hoher Anteil an arztfremden Tätigkeiten während des Arbeitsalltags bei bereits bestehender, belastender Arbeitsdichte scheint dabei weiterhin in großem Maße für die Unzufriedenheit der Kolleginnen und Kollegen verantwortlich zu sein. Um diese Spannungen aufzulösen, müssten in erster Linie organisatorische

Gegebenheiten in den Weiterbildungskliniken geschaffen werden, die eine Entlastung von diesen Tätigkeiten ermöglichen, was letztlich auch von betriebswirtschaftlichem Interesse ist. Allerdings ist dies ein altbekanntes Problem, das auch in größeren, alle Fachgebiete betreffenden Umfragen, wie zuletzt der Weiterbildungsumfrage des Hartmannbundes schon aufgezeigt wurde, aber offensichtlich in vielen Leitungsebenen als solches noch nicht adäquat wahrgenommen wird. Dies betrifft die Strukturen des

deutschen Krankenhauswesens mit der verantwortlichen Verwaltung auf der einen Seite und den Chefärztinnen und -ärzten auf der anderen Seite. Lokale Lösungen, die oftmals in enger Kooperation zwischen Verwaltung und ärztlichem Leitungspersonal getroffen wurden, zeigen aber, dass darin auch ein großes Potenzial für mitarbeitergerechte und gleichzeitig betriebswirtschaftlich sinnvolle Lösungen besteht.

Eine schiere Reduktion der Arbeitszeit, wie sie mitunter pauschalisierend in der Generationen-debatte und mit dem abgedroschenen Schlagwort der Work-Life-Balance vielen jüngeren Kollegen unterstellt wird, scheint dabei ein deutlich weniger wichtiger Faktor zu sein und explizit danach gefragt, gaben mehr als 60 % (starke bis sehr starke Zustimmung) der Teilnehmer sogar an, für eine gute Ausbildung auf die konkrete Arbeitszeit keinen direkten Wert zu legen.

Chirurginnen und Chirurgen wollen operieren – und so ist die angegebene, relative Unzufriedenheit nicht verwunderlich, da doch 30 % der Befragten im Durchschnitt weniger als eine Operation pro Woche durchführen und über 70 % aber davon überzeugt sind, dass an ihrer Klinik die Vergabe der Weiterbildungs-eingriffe nicht transparent erfolgt.



Das Weiterbildungsbuch des BDC für alle chirurgischen Fachsäulen



Der stabile Ordner enthält alles, was für die Dokumentation der Weiterbildung wichtig ist:

- Logbuch
- Ergänzungen zum Jahresgespräch
- Detaillierte Informationen zu durchgeführten Operationen
- Dokumentation kleiner Eingriffe, Prozeduren und Diagnostik
- Zertifikate von Seminaren, Kursen und Workshops
- Nachweise Akademischer Tätigkeit (Publikationen, Studien etc.)

Erhältlich im BDC Online-Shop
zum Preis von 30,- € je Ordner:
[bdc-shop.de/produkte/fort-weiterbildung/
weiterbildungsbuch](http://bdc-shop.de/produkte/fort-weiterbildung/weiterbildungsbuch)



Auch das Assistieren von Teilschritten einzelner Operationen scheint sich nach wie vor nicht weiter verbreitet zu haben, trotz der insbesondere durch die chirurgische Arbeitsgemeinschaft junger Chirurgen aufgezeigten positiven Effekte. Hier besteht weiterhin an vielen Kliniken ein deutlicher Optimierungsbedarf, obwohl durch transparente und nachvollziehbare Steuerung sehr gute Erfolge und eine Einhaltung der im Weiterbildungskatalog geforderten Operationszahlen gut möglich ist. Dies konnte die Arbeitsgruppe der Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie der Universität Mainz zuletzt eindrucksvoll zeigen. Es sind letztlich die ChefärztInnen und AbteilungsleiterInnen gefragt, zum einen im Sinne der kataloggerechten Ausbildung ihrer jungen Mitarbeiter zu agieren, und zum anderen auch im Interesse der eigenen Abteilung für ein entsprechend positives Weiterbildungsklima zu sorgen, zeigt doch die Befragung, dass bei entsprechender Unzufriedenheit die Bereitschaft zum Stellenwechsel steigt. Vor diesem Hintergrund ist es auch bedenklich, dass vielerorts, durch die Kammern verpflichtende jährliche Weiterbildungsgespräche nicht in der geforderten Regelmäßigkeit stattfinden und bei gut 20 % der Befragten überhaupt nicht stattzufinden scheinen. Letztlich liegt hier auch eine gewisse Verantwortung bei den Weiterbildungsassistenten, diese Gespräche einzufordern und bei entsprechender Unwilligkeit und unzureichender, nicht-anforderungsgerechter Weiterbildung zu reagieren.

Ein Weg aus der Intransparenz heraus scheint dabei in der Benennung entsprechender Weiterbildungsoberräte zu liegen, die durch

Befreiung von Nebentätigkeiten neben der klinischen Tätigkeit vornehmlich für die Struktur und Planung der Weiterbildung verantwortlich sind. Auch durch die Qualität der klinikinternen Fortbildung, die vielerorts schon regelmäßig angeboten wird, besteht eine gute Möglichkeit, die theoretische Ausbildung der Mitarbeiter zu fördern. Solange aber die Notwendigkeit besteht, zur Erlangung der notwendigen Facharztkenntnisse und Kompetenzen Kurse und Fortbildungen zu besuchen, sollte eine finanzielle oder zumindest zeitliche Unterstützung durch die jeweiligen Ausbildungskliniken erfolgen. Auch hier sind kreative Konzepte mancherorts etabliert, die ein einfaches, beiderseitiges Profitieren ermöglichen (z. B. Unterstützung der Fortbildung eines Einzelnen – anschließende Zusammenfassung durch diesen für die Abteilung).

LIMITATIONEN

Diese Umfrage unterliegt mehreren Limitationen. Wie bei allen Umfragen dieser Art ist nicht auszuschließen, dass ein Bias hinsichtlich der Beantwortung vornehmlich durch unzufriedene Kollegen besteht. Es ist daher möglich, dass die angegebene Zufriedenheit, wie auch daraus resultierende weitere Angaben ein pessimistischeres Bild zeigen, als es möglicherweise vorliegt.

Gleichsam ist auch die Verteilung über den Berufsverband und die Fachgesellschaft eine Limitation, da eine bereits selektierte Zielgruppe angesprochen wird, was sich letztlich auch in der vornehmlichen Beantwortung durch fortgeschrittenere Weiterbildungsassistenten zeigt.

Ungeachtet dessen ist die Umfrage durch die schiere Zahl der beantwortenden Kollegen eine wichtige Quelle für weitere Detailanalysen insbesondere auch bezüglich der weiteren Ausrichtung der Nachwuchsarbeit des Berufsverbandes wie auch der Fachgesellschaft.

FAZIT

Grundsätzlich ist für einen bewussten und selbstkritischen Umgang mit der chirurgischen Weiterbildung und den Rahmenbedingungen weiterhin auf das Stärkste zu plädieren, um durch eine Wahl mit den Füßen, die laut der Ergebnisse der Umfrage für immer mehr junge Kolleginnen und Kollegen denkbar wird, nicht bereits schon bestehende Nachwuchsprobleme weiter eskalieren zu lassen. Die unmittelbare Verantwortung der Umsetzung der in diesem Artikel aufgezeigten Lösungsmöglichkeiten liegt bei den jeweiligen Weiterbildungsträgern. Allerdings ist die chirurgische Versorgung mit einer ausreichenden Anzahl gut ausgebildeter Ärzte letztlich auch für die Krankenhausträger ökonomisch relevant und ist darüber hinaus auch von politischem, gesamtgesellschaftlichem Interesse.

Weitere detaillierte Auswertungen zur Umfrage werden noch veröffentlicht, wir informieren Sie über den Zeitpunkt und das Medium.





Webinar-Termin im Januar 2020: S2k-Leitlinie „Typ B Aortendissektion“

**Webinar S2k-Leitlinie
„Typ B Aortendissektion“
30.01.2020, 18:00 Uhr
www.bdc-webinare.de**

Seit September 2017 gibt es die BDC|Webinare (www.bdc-webinare.de). Bisher wurden auf der Plattform insgesamt 24 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.

www.bdc-webinare.de

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

eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-
CENTER

WEBINARE



Namhafte Experten live direkt in Ihrem Arbeitszimmer.

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

BDC|WEBINAR

www.bdc-webinare.de

MEDIATHEK



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

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

mediathek
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

www.mediathek-dgch.de

[eCME-CENTER]



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

eCME-center.org
continuing medical education

www.ecme-center.org

Bundeskongress Chirurgie 2020: Freiberuflichkeit und Kollegialität im chirurgischen Alltag

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Diskussionen um eine sektorenübergreifende Vernetzung der Gesundheitssysteme reißen nicht ab. Welche Rollen spielen dabei die ambulanten Fachärzte, Praxiskliniken, Integrative Versorgungszentren, MVZ, Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung? Wie können sektorenübergreifende Modelle sinnvoll gestaltet werden? Wie geht es ganz konkret weiter? Ist die Grund- und Regelversorgung in Praxis und Klinik Auslaufmodell oder Zukunft?

Diese Themen werden vom berufspolitischen Teil des Kongresses, der unter dem Motto „Freiberuflichkeit und Kollegialität im chirurgischen Alltag“ steht, aufgegriffen. Bedeutet doch Freiberuflichkeit auch Sektorenunabhängigkeit in der medizinischen Entscheidung im Sinne des Patienten, Qualität ärztlichen Handelns, Kooperationsfähigkeit, Streben nach sinnvoller Innovation und Fortschritt – analog, digital und reflektierend.

Neben Statements der tragenden Berufsverbände und Fachgesellschaften im Rahmen der Kongresseröffnung am Freitag widmet sich insbesondere das Symposium der ambulanten Operateure und Anästhesisten am Sonnabend der Schnittstellenproblematik und bietet eine neue Plattform für das gemeinsame Auftreten der Anästhesisten, Chirurgen und ambulanten Operateure in Praxis und Klinik. Hochkarätige Experten sind zum produktiven Meinungsaustausch geladen. Diverse Workshops zu Praxisabgabe, -übernahme, Abrechnung und aktuellen Rechtsfragen runden das Thema ab.

Die medizinisch-wissenschaftlichen Sitzungen umfassen die breite Palette der Chirurgie mit praxisrelevanten Themen der Unfall-, Fuß-, Hand-, Allgemein- und Viszeral-, Kinder- und Plastischen Chirurgie sowie der Orthopädie, der Phlebologie und der Proktologie. Die einzelnen Sitzungen werden mit hoher fachlicher Kompetenz von den (erstmalig) 19 am Kongress beteiligten Fachgesellschaften und



07.–08.02.2020, NürnbergConvention Center



Dr. med. Stephan Dittrich
Kongressleiter Bundeskongress
Chirurgie
Praxis für medizinische Gutachten und
Beratung
Neue Str. 1
08525 Plauen-Kauschwitz
dr.dittrich@gmx.de

Berufsverbänden gestaltet und sind so strukturiert, dass nach den Übersichtsreferaten genug Zeit zur Diskussion bleibt. Einen festen Platz hat das Herniensymposium am Freitag, ebenso wie Vorträge und Workshops zu Chronischen Wunden, Hygiene, Arzt und Recht sowie zum Praxismanagement. Erstmals beteiligt sich der Berufsverband der Anästhesisten mit einem eigenen Symposium „Ambulante Anästhesie“ am Bundeskongress.

Das Junge Forum wurde komplett neu strukturiert. Konkrete Fallvorstellungen aus dem chirurgischen Alltag werden in drei Sitzungen unter Moderation eines Assistenten und eines erfahrenen Praktikers diskutiert. Zuvor befassen sich zwei Sessions mit den Sorgen und Nöten sowie Perspektiven unserer jungen Kolleginnen und Kollegen. Schon im Vorfeld hat dieses Konzept eine breite Resonanz bei vielen Universitäten und Kliniken gefunden. Mit dem Jungen Forum bietet sich eine Plattform auch für alte Hasen in der Diskussion Wissen weiterzugeben, Kontakte zu knüpfen und sicherlich das eine oder andere interessante Neue zu erfahren. Spezielle Themen werden in den zahlreichen Workshops abgehandelt und unsere Industriepartner nutzen diese Plattform auch, um ihre Innovationen vorzustellen.

Abgerundet wird das wissenschaftliche Programm durch Seminare, auf denen die Ärzte und MFA die Fortbildungsvorgaben der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (Kindertraumatologie, Gutachten, Rehamedizin und Rehamangement), des Strahlenschutzes und der Hygienerichtlinien (z. B. Präsenzseminar „Hygienbeauftragter Arzt“) erfüllen können. Der Reanimationskurs steht ebenso wieder auf dem Programm, wie der

Tag der Medizinischen Fachberufe mit praxisrelevanten Themen.

Der Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg ist in der Kongresslandschaft in seiner Art einmalig. An zwei Tagen gibt es für Fachärzte und Assistenten aus Praxis, BAG, MVZ und Klinik fachliche Updats und alles was für einen ambulant tätigen bzw. ermächtigten Chirurgen, Operateur bzgl. Fortbildung und Praxismanagement wichtig ist – inklusive zahlreicher CME-Punkte. In erster Linie bietet der Kongress die Möglichkeit des interkollegialen Meinungsaustauschs und die Gelegenheit mehr miteinander als übereinander zu reden. Dazu dient auch der Gesellschaftsabend am Freitag – rustikal, deftig, chirurgisch, kommunikationsfähig.

Der Bundeskongress Chirurgie kann aber nur seinem Namen Ehre machen und das Plakat ambulanter und sektorenübergreifender Medizin sein, wenn Sie sich engagieren. Kommen Sie nach Nürnberg! Zeigen Sie Flagge! Lassen Sie uns als Ärzte zusammen mit unseren Partnern Gemeinsam stark die Zukunft gestalten.

Das aktuelle Programm finden Sie auf der Kongresshomepage: www.bundeskongresschirurgie.de. Nutzen Sie die Online-Anmeldung und Frühbucherrabatte.

Ich freue mich auch im Namen aller beteiligten Verbände und Organisatoren Sie auf dem Bundeskongress Chirurgie 2020 in Nürnberg begrüßen zu dürfen!

Dr. med. Stephan Dittrich
Kongressleiter



Dittrich S: Bundeskongress Chirurgie 2020:
Freiberuflichkeit und Kollegialität im chirurgischen
Alltag. *Passion Chirurgie*. 2019 November, 9(11):
Artikel 04_04.



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

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



Safety Clip: Tatort Krankenhaus – wenn Patientenwohl nicht mehr im Vordergrund steht

Der Fall des ehemaligen Krankenpflegers Niels Högel hat Deutschland erschüttert: Der 42-Jährige ist Anfang Juni 2019 wegen 85-fachen Mordes zu lebenslanger Haft verurteilt worden. In Kliniken in Delmenhorst und Oldenburg hat er nach Erkenntnissen des Gerichtes immer wieder Patienten Medikamente gespritzt, um die Menschen in einen lebensgefährlichen Zustand zu versetzen. Bei der anschließenden Reanimation wollte er dann als Retter dastehen. Viele Patienten haben das nicht überlebt, 85 Morde sieht das Gericht als erwiesen an.

Ein weiterer Fall: 2016 hat das Landgericht München I die Hebamme Regina K. wegen siebenfachen Mordversuchs zu 15 Jahren Haft verurteilt. Sie sollte Babys auf die Welt bringen, aber sie versuchte stattdessen, die Mütter umzubringen, indem sie den Frauen kurz vor einem

Kaiserschnitt ein Blutverdünnungsmittel verabreichte. Das Motiv war „Frustration im Job“.

Einige Taten hätten verhindert werden können. Denn es hatte immer wieder Hinweise gegeben, dass mit der Hebamme etwas nicht stimmte. Sie wurde sogar unter Beobachtung genommen – trotzdem stand sie immer wieder im Kreißsaal.

Wenn in einer Klinik, in der Menschen im besten Fall gesund werden sollen, Morde geschehen, ist das Medieninteresse natürlich groß. Management und Kommunikationsabteilung befinden sich dann mitten in einem der herausforderndsten Szenarien in der Krisenkommunikation. Personen- und Imageschäden lassen sich nur vermeiden, wenn Führungskräfte wissen, welche Rechte und Pflichten sie bei der Verhütung und Aufklärung von Straftaten haben.



Sabine Kraft

Risikoberaterin
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
mbH
Ecclesiastr.1 – 4
32758 Detmold
s.kraft@grb.de
www.grb.de



Thorsten Engelhardt

Pressesprecher der Ecclesia Gruppe
(auch zuständig für
Krisenkommunikation)
thorsten.engelhardt@ecclesia-gruppe.de
www.ecclesia.de.

Vor dem Hintergrund, dass kriminelle, vorsätzliche Handlungen nur bedingt vorhersehbar und zu verhindern sind, müssen Maßnahmen zur Identifizierung und Schärfung des klinischen Risikomanagements umgesetzt werden.

DAZU EMPFEHLUNGEN AUS SICHT DES RISIKOMANAGEMENTS

- Die leitenden Mitarbeitenden erstellen einen Verhaltenskodex zur Patientensicherheit und Sicherheitskultur, der als verbindlich verabschiedet und allen Mitarbeitenden erläutert wird. Bei Nichteinhaltung müssen Sanktionen folgen. Künftig wird die Einhaltung des Kodex zur Patientensicherheit und Sicherheitskultur bei allen neuen Mitarbeitenden Thema des Einarbeitungskonzeptes sein.
- Den Mitarbeitenden muss die Möglichkeit eingeräumt werden, sich bei Verdachtsfällen auf Patientengefährdung oder bei einem „unguten Bauchgefühl“ an eine Vertrauensperson zu wenden und dieses unter der Prämisse der absoluten Vertraulichkeit zur Kenntnis zu bringen. Dazu müssen die Mitarbeitenden von ihren Vorgesetzten ermuntert werden.
- Dem Standard der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGA) entsprechend sollten alle Reanimationsereignisse unter Einbezug sämtlicher Beteiligter evaluiert werden, um Kenntnisse zum Einsatz von Personal und Material sowie zu den Kompetenzen zu sammeln und daraus für kommende Ereignisse zu lernen.
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen müssen interprofessionell und in regelmäßigen Abständen abgehalten werden, um den Erkenntnisgewinn zu erhöhen und Strukturen auszubauen. Die Ergebnisse sind nachzuhalten und zu evaluieren.
- Der Einsatz von klinischen Pharmakologen in den Teams der Intensivmedizin kann dazu führen, dass ein nicht plausibler Anstieg von (nicht ärztlich verordneten) Medikamenten rechtzeitig erkannt werden kann.

Sind interne Kontrollmechanismen nicht vorhanden oder versagen sie, braucht es Stichproben und gegebenenfalls zusätzliche externe Kontrollen. Schon lange beklagen Pathologen, dass es an Kliniken zu wenig Obduktionen gibt. Dies soll sich ändern, allerdings müssen die Ärztinnen und Ärzte dann auch die Todesbescheinigung richtig ausfüllen. Zu häufig kreuzen sie als Todesart „natürlich“ an, selbst wenn es „unklar“ heißen müsste. Denn dann muss die Staatsanwaltschaft ermitteln.

Nach einem unerwünschten Ereignis in der medizinischen Behandlung, wie beispielsweise einem (noch) nicht zu erwartenden Todesfall, sind in erster Linie die Angehörigen die Leidtragenden. Aber auch für die Ärztinnen, Ärzte und Pflegenden, die an der „Natürlichkeit“ der Todesursache zweifeln, kann dies eine schwierige Situation darstellen, unter der sie psychisch leiden. Das gilt insbesondere wenn, wie im Fall von Niels Högel, die Anhäufung der Ereignisse zu großen Selbstzweifeln führt, die sich in Fragen ausdrücken wie: Hätte ich mehr tun müssen, um das Geschehen zu verhindern? Bin ich verantwortungsvoll und aufmerksam genug gewesen? Ärztliches und pflegendes Personal werden dann zu „Second Victims“ (siehe auch **Safety Clip in Passion Chirurgie, Ausgabe 9/2019**).

In anderen Hochrisikobereichen wie zum Beispiel der Luftfahrt wurde die Problematik von psychischen Belastungen der Mitarbeitenden nach einem kritischen Ereignis längst erkannt; entsprechende Maßnahmen zum Erhalt der psychischen Gesundheit von Mitarbeitenden sind implementiert worden. Auch bei Feuerwehr, Polizei und in vielen anderen Organisationen sind Systeme, die „Critical Incident Stress Management“ anbieten, als Antwort auf psychologische Krisen etabliert.

Es sollte auch im Gesundheitswesen eine Selbstverständlichkeit sein, Mitarbeitenden, die täglich anderen Menschen helfen und ein hohes Maß an Verantwortung tragen, ein Auffangnetz anzubieten, das den Betroffenen hilft, die belastende Situation nach einem unerwünschten Ereignis erfolgreich zu bewältigen:

Kraft S, Engelhardt T: Safety Clip: Tatort Krankenhaus – wenn Patientenwohl nicht mehr im Vordergrund steht. *Passion Chirurgie*. 2019 Dezember, 9(12): Artikel 04_05.



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

- Mitarbeitende sollten im Falle einer solchen Krise oder eines Zweifels wissen, wen sie anrufen sollen und sich darauf verlassen können, sofort Expertenunterstützung zu erhalten.
- Das Peer-Support-System in der Medizin sollte zur Unterstützung der Mitarbeitenden etabliert werden. Vorrangiges Ziel solcher Peer-Support-Systeme ist die Anregung einer Unternehmenskultur, welche Vertrauen, gegenseitige Wertschätzung und Teamwork stärkt. Dementsprechend ist eine wesentliche Komponente, ärztliches und pflegendes Personal als kollegiale Ansprechpartner (Peers) auf „Augenhöhe“ auszubilden.¹
- Die Stabsstelle „Krisenkommunikator“ sollte etabliert werden, die Krisenkommunikatoren sollten ein intensiveres Training erhalten.

KOMMUNIKATION IM KRIMINALFALL

Wenn ein Krankenhaus zum Schauplatz eines Verbrechens wird, geht damit in der Regel eine große mediale Aufmerksamkeit einher. Denn Menschen begeben sich in einer Situation in die Obhut der Kliniken, in der sie auf Hilfe der dort tätigen Spezialisten angewiesen

sind. Sie müssen darauf vertrauen, dass sie gut und sicher behandelt werden. Wird dieses vorausgesetzte Vertrauensverhältnis in das System Krankenhaus durch eine mutmaßliche oder schon nachgewiesene Tat gestört, ist die Betroffenheit groß. Das Thema ist zudem sehr emotional besetzt, und es trifft auf einen großen Kreis Betroffener, schließlich hat jeder irgendwann einmal als Patient oder Angehöriger Kontakt mit dem Krankenhauswesen. Hohe Betroffenheit, große Zahl von Betroffenen und Emotion sind drei Relevanzfaktoren, die zu einem hohen Medieninteresse führen.

Die Kommunikation eines Krankenhauses sollte in diesen Fällen den Regeln der Krisenkommunikation folgen. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass die verschiedenen Anspruchsgruppen mit Information bedient werden.

Erste Anspruchsgruppe sind die Mitarbeitenden des Unternehmens, denn Mitarbeitende sind letztlich auch Öffentlichkeitsarbeiter für ihr Krankenhaus in ihren persönlichen Umfeldern. Die Mitarbeitenden sollten als erste über das Ereignis aufgeklärt und gleichzeitig dazu angehalten werden, sich selbst gegenüber den Medien nicht zu äußern, sondern auf die zuständige Stelle zu verweisen. Das soll

gewährleisten, dass an dieser Stelle ein Überblick über die herausgegebenen Informationen besteht und die Öffentlichkeit von einer Stelle informiert wird, die außerdem einen Überblick über die Gesamtinformationslage hat.

Zu bedenken ist auch, dass weitere Anspruchsgruppen, zum Beispiel Aufsichts-gremien, Gesellschafter, Inhaber politischer Ämter, Vertreter übergeordneter Verbände oder kirchliche Würdenträger, die mit dem Klinikum in Verbindung stehen, in einem Zuge informiert werden. Denn es muss davon ausgegangen werden, dass auch sie von Medien um Stellungnahmen gebeten werden. Außerdem ist es nicht förderlich, wenn diese Stakeholder selbst erst über die Medien von solchen Ereignissen erfahren. Die Kommunikation sollte – soweit das möglich ist – mit den Behörden abgestimmt werden, um zu vermeiden, dass Diskrepanzen auftreten, die zu Nachfragen und Irritationen führen.

Medien werden in so einer Situation oft als potenzieller „Gegner“ wahrgenommen. Indes ist das Verhältnis in der Realität ein „Geben und Nehmen“. Journalisten sind auf Informationen angewiesen, das Krankenhaus braucht den Resonanzboden Medien, um

SEMINAR BDC|AKADEMIE

Medizinische Krisenkommunikation unter juristischen und medialen Aspekten

Veranstaltungstag/-Ort: 16.05.2020, Berlin
Gebühren: 200,00 € für BDC-Mitglieder
400,00 € für Nicht-Mitglieder

Inhalt: Mehr als 12.000 Behandlungsfehler kommen jährlich vor die Schiedsstellen der Kammern, viele davon landen später vor deutschen Gerichten und in den Schlagzeilen. Mit Abstand am meisten davon betroffen sind Chirurgen. Die Referenten beleuchten deren juristische und mediale Fallstricke und machen Sie fit für den Fall der Fälle.

Referenten: Dr. jur. Jörg Heberer; Holger Münsinger

Informationen & Anmeldung: <http://bit.ly/Krisenkommunikation-BDC>

¹ Quelle: Fachzeitschrift: Anästhesie & Intensivmedizin 2019; 60:95-101 Aktiv Druck & Verlag GmbH.

seine Botschaften transportieren zu können. Es trägt zum Vertrauen bei, wenn man sich den Medien gegenüber freundlich und partnerschaftlich positioniert.

DIE INHALTLICHEN BOTSCHAFTEN

Wird ein Krankenhaus mit der Situation konfrontiert, dass Polizei und Staatsanwaltschaft in der Tür stehen, um Mordermittlungen vorzunehmen, befindet es sich jenseits des Normalzustands. Wer darauf kalt und nüchtern reagiert, verhält sich nicht, wie es erwartet wird, und vermittelt damit die Botschaft fehlender Empathie. Eine Pressemitteilung oder ein Statement darf also ruhig zum Ausdruck bringen, dass die Vorgänge, von denen die Behörden das Krankenhaus in Kenntnis gesetzt haben, große Betroffenheit ausgelöst haben. Es sollte zudem vermitteln, dass man mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten an der Aufklärung des Falles

mitarbeitet und mit den Behörden vollumfänglich kooperiert.

Aber genauso gilt der Satz des italienischen Schriftstellers Alberto Moravia: „Wo Nachrichten fehlen, wachsen Gerüchte.“ Dass Spekulationen jedweder Art ins Kraut schießen, kann nicht im Sinne einer Klinik sein. Entsprechend sollte sie sich im weiteren Verlauf ihrer Verlautbarungen streng an die gesicherten Fakten halten. Es hilft, dabei immer die W-Fragen („Was, Wer, Wann, Wo, Wie, Warum“) im Blick zu behalten. Damit lassen sich die Ereignisse gut rekonstruieren. Um zu zeigen, dass auf das Geschehen auch Reaktionen erfolgen, ist es ferner sinnvoll, dazu einen Ausblick zu geben: „Wir haben mithilfe von Experten eine Überprüfung unseres Risikomanagements eingeleitet ...“

Zu einem späteren Zeitpunkt ist es dann angezeigt, sich erneut an die Medien zu

wenden und zu berichten, welche Konsequenzen aus dem Vorfall gezogen und welche Veränderungen vorgenommen wurden.

Krisensituationen gehören nicht zum Alltagsgeschäft – nicht einmal von Pressesprechern und Öffentlichkeitsarbeitern. Insofern kann es sinnvoll sein, sich entsprechender Profis zu bedienen, wie sie beispielsweise in Krisenkommunikationsagenturen tätig sind.

ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN

- Thomas W. Ullrich, Mathias Brandstädter: Krisenkommunikation – Grundlagen und Praxis, Eine Einführung mit ergänzender Fallstudie am Beispiel Krankenhaus, Stuttgart 2016;
- Peter Höbel, Thorsten Hofmann: Krisenkommunikation, Konstanz, München 2014.



**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: Ultraschall – Wenn es mal wieder schnell gehen muss

Obwohl es sich um eine nicht invasive Untersuchung handelt, sind aus der Literatur Infektionsketten durch Ultraschalluntersuchungen bekannt geworden, deshalb müssen auch hier die Regeln der Hygiene sorgfältige Beachtung finden. Viele Chirurgen führen Ultraschalluntersuchungen selbst durch.

Falls eine ultraschallgesteuerte Punktion nicht auszuschließen ist, sind folgende Schritte durchzuführen:

- vor der Untersuchung ist der Arztmantel abzulegen,
- eine flüssigkeitsdichte Schürze ist anzulegen,

- bei der Untersuchung von Wunden ist zusätzlich auch einen Mund-Nasenschutz anzulegen,
- vor und nach jeder Ultraschalluntersuchung ist vom Untersucher eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen.

Kontaktgel ist aus einer Spenderflasche oder aus einem Kanister mit Pumpe zu verwenden. Der Auslass darf nicht mit der Haut des Patienten in Berührung kommen und keinen Kontakt mit der Hand des Untersuchers haben.

Bei Verwendung von Kontaktgel aus einer Dose ist das Gel mit einem keimarmen Spatel



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



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

Zastrow KD, Adler H: Hygiene-Tipp: Ultraschall – Wenn es mal wieder schnell gehen muss. *Passion Chirurgie*. 2019 Dezember; 9(12): Artikel 04_06.



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

zu entnehmen und vor Kontamination zu schützen. Das Kontaktgel ist mit einem Einmaltuch zu entfernen, anschließend erfolgt eine Wischdesinfektion des Ultraschallkopfs und des Kabels mit einem desinfektionsmittelgetränkten Einmaltuch (spezielle Tücher für die Desinfektion von Ultraschallköpfen). Nach Ablauf der Einwirkzeit ist der Ultraschallkopf mit ausreichend Wasser (Trinkwasserqualität) abzuspuhlen.

Auch bei Verwendung einer Schutzhülle sollte der Ultraschallkopf nach der Untersuchung desinfiziert werden. Das Ultraschallgerät, insbesondere alle Handkontaktflächen, ist täglich – und bei sichtbarer Kontamination sofort – einer Wischdesinfektion zu unterziehen.

Bei ultraschallgesteuerten Punktionen (z. B. Serom, Hämatom) muss eine großflächige Hautdesinfektion bereits vor der Applikation des sterilen Ultraschallgels erfolgen.

Zeigt sich die Indikation zu einer Punktion erst nach bereits begonnener Ultraschalluntersuchung, dann sind die wasserhaltigen Gelreste vollständig zu entfernen, denn

wässriges Ultraschallgel kann die Wirkung des alkoholischen Hautdesinfektionsmittels beeinträchtigen. Anschließend wird das Hautdesinfektionsmittel aufgebracht und die Einwirkzeit ist abzuwarten. Nun kann erneut steriles Ultraschallgel aufgetragen und die Punktion durchgeführt werden.

Nach Beendigung der Untersuchung muss der Ultraschallkopf und das jeweilige Kabel von Gelresten gereinigt und eine Desinfektion mit einem geeigneten, materialkompatiblen Desinfektionsmittel (desinfektionsmittelgetränkte Tücher) durchgeführt werden.

Bei endokavitären Ultraschalluntersuchungen (z. B.: transrektaler Ultraschall im Rahmen des Tumorstaging oder zur Prostatauntersuchung) sind zusätzliche Anforderungen an die Aufbereitung der Ultraschallsonden, gemäß den jeweiligen Herstellerangaben, zu stellen.

Generell müssen Bedien- und Griffflächen des Ultraschallgeräts immer nach Beendigung der Untersuchung wischdesinfiziert werden.

Der Hygiene-Tipp gibt die Meinung der Autoren wieder. 

Lieber Leserinnen und Leser,

nach nunmehr etwa 140 Hygiene-Tipps von 2008 bis 2019, möchte ich mich heute von Ihnen verabschieden. Der Hygiene-Tipp wird nun von einer Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaus Hygiene (DGKH) weitergeführt, sodass Sie weiter über Aktuelles aus der Hygiene informiert werden.

Die Idee der „Hygiene-Tipps“ wurde während einer Pressekonferenz, die anlässlich des 9. Kongresses der DGKH im Jahr 2008 stattfand, vom damaligen Beauftragten für Öffentlichkeitsarbeit, dem Unterzeichner, entwickelt, und zusammen mit dem Vorstand und Geschäftsführer des BDC wurde der Hygiene-TIPP in der Folge ins Leben gerufen. Im ersten Jahr gab es einen Platz von ca. 5x5 cm in der Verbandszeitschrift.

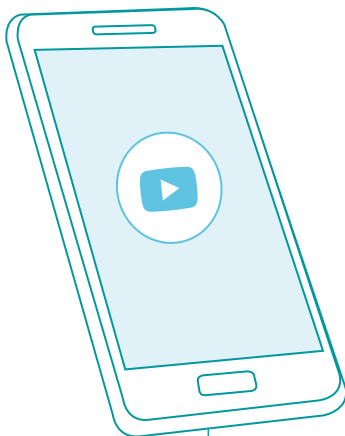
Mit der wachsenden Beliebtheit des Hygiene-Tipps wuchs auch der Raum, der dem Tipp zugemessen wurde. Seit nunmehr zwölf Jahren ist der Hygiene-Tipp fester Bestandteil der PASSION CHIRURGIE und hat sich dank der Redaktion, im Besonderen durch Frau Kammerer, zu einem sehr attraktiven Beitrag entwickelt. Ich bedanke mich für die äußerst angenehme und freundliche Zusammenarbeit mit dem BDC, bei Ihnen als interessierte Leserschaft und bei allen, die mir mit freundlichen und fachlich fundierten Leserbriefen ein angenehmes Feedback gegeben haben.

Ich wünsche Ihnen und Ihren Patienten alles Gute und eine weiterhin erfolgreiche und infektionsfreie Arbeit!

Prof. Dr. med. K.-D. Zastrow
Chefarzt des Hygiene-Instituts der REGIOMED-Kliniken Bayern/Thüringen

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)



Strategischer Umgang mit den extrabudgetären Fallkonstellationen nach dem TSVG

In der **Septemбераusgabe PASSION CHIRURGIE (09/2019)** wurden die Änderungen durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) für die niedergelassenen Chirurgen dargestellt. Die mit dem TSVG für bestimmte Fallkonstellationen eingeführte Budgetbefreiung erfordert einige strategische Überlegungen.

Denn je mehr Fälle extrabudgetär gestellt werden, desto mehr Fälle werden bereinigt. Dies führt zu einem verminderten Finanzvolumen für das Budget der Fachgruppe. Es ist also damit zu rechnen, dass der Mindest-Fallwert der fachärztlichen Fachgruppen ab dem Quartal 4/2019 unter den bisherigen Regelleistungsvolumen-Fallwert sinken wird. Dies

könnte für die folgenden Jahre zu verminderten Honoraren für den budgetierten Bereich der Vergütung führen. Es liegt also im Interesse der Fachgruppe und auch des einzelnen Chirurgen/Orthopäden, jeweils abzuwägen, welche Vorteile die Budgetbefreiung im Einzelnen bringt.

Für die Chirurgen und Orthopäden kann im Durchschnitt der Fachgruppe davon ausgegangen werden, dass ca. 15 Prozent des Honorars aus Budget-Gründen nicht bezahlt wird. Daraus abgeleitet kann man den Honoraranstieg allein durch die Ausbudgetierung (ohne Zuschläge für rasche Termine) für einige typischen Fallkonstellationen (**Tab. 1**) wie folgt überschlägig schätzen:

**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

Tabelle 1: Schätzung der Honorarsteigerung allein durch extrabudgetäre Abrechnung (ohne Zuschläge)

Konstellation	Grund-pauschale/07210-12 ggf. Komplex in €	PFG 07220-07222 in €	Röntgen in €	Wundversorgung in €	Schiene €	Honorarsteigerung durch extrabudgetäre Abrechnung in € (ca. 15 Prozent)
Nur Untersuchung und Beratung	23,92	4,43				4,26
Plus Röntgen Extremitäten	23,92	4,43	11,47			5,97
Plus Wundversorgung 02301	23,92	4,43		13,96		8,07
Plus Schiene ohne Wundversorgung	23,92	4,43			11,47	7,69
Plus 2 x Rö. und Behandlungskomplex	23,92+ 23,49	4,43	22,94		In Komplex	10,55

Wenn in der Zukunft eine über den zeitlichen Verlauf gleichmäßige Fallzahl extrabudgetär angesetzt wird, dürfte es über die Bereinigungseffekte hinaus keine wesentlichen Veränderungen der Fallwerte in den Regelleistungsvolumina (RLV) und Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV) geben.

Allerdings wird nur derjenige von den zusätzlichen Honoraren profitieren, der extrabudgetäre Fälle generiert. Die Chirurgen und Orthopäden haben laut einer Statistik der Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz einen hohen Anteil an „Neu-Patienten“ (54 Prozent bei Chirurgen, 43 Prozent bei Orthopäden). Im Gegensatz zu den Fällen aus der offenen Sprechstunde (maximal 17,5 Prozent der Fälle) ist die Anzahl der „Neu-Patienten“ nicht limitiert. Dies führt dazu, dass Chirurgen durchschnittlich mehr als die Hälfte der Patienten extrabudgetär abrechnen können.

Ein theoretisches Risiko sind allerdings schwankende Fallzahlen in der zukünftigen Entwicklung. Dazu sollen zwei unterschiedliche Szenarien betrachtet werden:

Szenario 1

Die Anzahl der extrabudgetär abrechneten Fälle steigt langsam an und entwickelt erst ein Jahr nach der Einführung eine starke Dynamik.

Dies wäre die für alle Fachärzte günstigste Variante. Dies würde nämlich bedeuten, dass während des Bereinigungsjahres nur eine überschaubare Anzahl von Fällen aus der Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) herausgerechnet wird und das verbleibende Finanzvolumen in der Zukunft ausreichen würde, den RLV- und QZV-Fallwert für die verbleibenden nicht extrabudgetären Fälle einigermaßen stabil zu halten. Eine extrabudgetäre Fallzahldynamik ab dem Jahr 2021 wäre dann komplett von den Krankenkassen zu finanzieren. **Es wird daher von allen fachärztlichen Berufsverbänden dringend angeraten, sich im ersten Jahr und damit bis Ende 2020 mit der Generierung von TSVG-Ausnahmefällen zurückzuhalten.**

Szenario 2

Es könnte sein, dass im Überschwang der ersten Begeisterung zahlreiche extrabudgetäre Fälle generiert werden, z. B. über Meldung freier Termine an die Terminservicestellen und durch (organisierte) dringliche Hausarztüberweisungen.

Für die Chirurgen ergeben sich extrabudgetäre Fälle mehr oder weniger automatisch durch die zahlreichen Neu-Patienten.

Kalbe P: Strategischer Umgang mit den extrabudgetären Fallkonstellationen nach dem TSVG. *Passion Chirurgie*. 2019 Dezember, 9(12): Artikel 04_07.



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

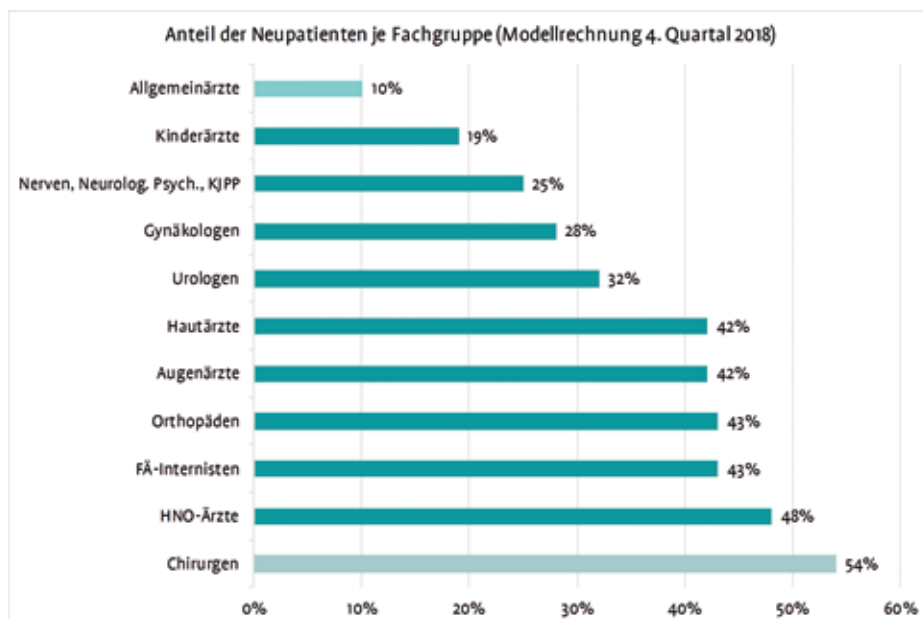


Abb. 1.: Anteil der Neupatienten am Patientenaufkommen (Quelle: Ärztezeitung)

Es könnte allerdings passieren, dass die Begeisterung über die Vorteile der extrabudgetären Honorare wegen vermehrter Bürokratie oder wegen nur geringer Honorarsteigerungen nach einem Jahr deutlich nachlässt. Dies würde dann Honorarverluste erzeugen, denn die wieder vermehrten Fallzahlen innerhalb der Budgets würden unweigerlich zu einem verminderten Fallwert im RLV und in den QZV führen. Darüber hinaus enthalten die meisten Honorarverteilungsmaßstäbe Fallzahlzuwachsbeschränkungen, die es zusätzlich erschweren würden, rasch wieder auf die alte Fallzahl innerhalb der RLV zu steigern.

Man sollte es also mit dem Einstieg in die steuerbaren Anteile der extrabudgetären Abrechnung so halten wie es der damalige Bundeskanzler Ludwig Ehrhardt schon 1965 empfohlen hatte: „Maß halten“.

Darüber hinaus hat der Bewertungsausschuss eine perfide Abstufungsregelung für die über 17,5 Prozent hinausgehenden Fälle in der offenen Sprechstunde beschlossen: Bei Überschreitung dieser Schwelle wird nämlich nicht etwa quotiert, sondern es werden nach dem Zufallsprinzip einzelne Fälle aus der extrabudgetären Vergütung herausgenommen. So

kann es im schlimmsten Falle alle aufwändigen Fälle mit hohem Honoraraufkommen treffen. Die 17,5 Prozent -Grenze sollte daher keinesfalls überschritten werden.

Ansonsten sind die Gestaltungsmöglichkeiten leider begrenzt. Das bedeutet, dass auch extrabudgetär abgerechnet werden muss, was extrabudgetär abgerechnet werden kann. Die Krankenkassen haben gegenüber den Kassenärztliche Vereinigungen (KV) bereits entsprechende Prüfanträge angekündigt. Ob dies auch schon für den Monat September 2019 mit all den Unsicherheiten in der Umstellungsphase gelten kann mag dahingestellt bleiben.

AKTUELLE ÄNDERUNGEN DER BESCHLÜSSE DES BEWERTUNGS-AUSSCHUSSES AUF GRUND VON BEANSTANDUNGEN DES BMG

Aufgrund von Beanstandungen des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) an den im letzten Rundbrief und in der PASSION CHIRURGIE 09/2019 erläuterten Beschlüssen des Bewertungsausschusses (BA) sind allerdings noch Änderungen im Detail zu erwarten. Neben formalen Korrekturen betreffen uns Chirurgen folgende abweichende Regelungen:

1. Bei der **dringlichen Hausarzt-Überweisung** muss der Hausarzt statt der

BSNR jetzt die lebenslange Arztnummer (LANR) des empfangenden Arztes angeben. Dies soll bei einer Überweisung in fachübergreifenden BAGs sicherstellen, dass die Vermittlung auch an die erforderliche Facharzt-Gruppe erfolgt.

2. Weiterhin hat das BMG festgestellt, dass die Beschlüsse des BA, die eine extrabudgetäre Vergütung der Leistungen in den jeweiligen TSVG-Konstellationen lediglich im **Arztgruppenfall** vorsehen, nicht dem gesetzlichen Auftrag entsprechen. Das SGB V würde explizit jeweils auf den Begriff „**Behandlungsfall**“ abheben. Dementsprechend müssten alle ärztlichen Leistungen im Behandlungsfall außerhalb der MGV vergütet werden. Dies bedeutet eine deutliche Verbesserung für Gemeinschaftspraxen und MVZ und macht den Bezug auf den gerade erst neu eingeführten Begriff des Arztgruppenfalls obsolet.

Hier hat das BMG erneut in Beschlüsse der Selbstverwaltung eingegriffen. Unabhängig von der Frage, ob damit eine gesetzeskonforme Umsetzung gewährleistet wird, baut das Ministerium von Jens Spahn damit unser Gesundheitswesen immer weiter in Richtung Staatsmedizin um.

DETAIL-REGELUNGEN IM BUNDESMANTELVERTRAG

In Beitrag zum TSVG in der Passion Chirurgie 09/2019 mussten noch einige Details offenbleiben, die mittlerweile geklärt sind.

Zur Frage, was zu den Sprechstunden zählt, gab es eine Klarstellung im Bundesmantelvertrag zwischen Ärzten und Krankenkassen. Wichtig für die Chirurgen: **Sprechstundenzeiten sind alle Zeiten, in denen der Vertragsarzt für die Versorgung der Versicherten unmittelbar zur Verfügung steht.** Somit können auch spezialisierte Tätigkeiten, also z. B. Operationen, als Sprechstundenzeiten gezählt werden.

Auch zu den verpflichtenden **offenen Sprechstunden** wurden Details vereinbart: Offene Sprechstunden sind demnach grundsätzlich von jedem Arzt anzubieten, jedoch können

Berufsausübungsgemeinschaften sowie Praxen und MVZ mit angestellten Ärzten flexibel handhaben, welcher Arzt der jeweiligen Arztgruppe die Versorgung in der offenen Sprechstunde übernimmt. Entscheidend ist, dass die aus der Anzahl der Ärzte der Arztgruppe folgende Gesamtzahl an offenen

Sprechstunden von der Praxis erfüllt wird. So ist es zum Beispiel zulässig, dass innerhalb einer Praxis mit drei ganztags tätigen Ärzten einer Arztgruppe die Ärzte jeweils fünf offene Sprechstunden gleichzeitig anbieten oder ein Vertragsarzt beziehungsweise ein angestellter Arzt die 15 offenen Sprechstunden für

die Praxis insgesamt übernimmt. Die offenen Sprechstundenzeiten müssen gegenüber der KV angegeben und von dieser veröffentlicht werden, brauchen jedoch nicht auf dem Praxis-Schild ausgewiesen werden. ○

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

Optimale Vorbereitung auf das M3-Examen in Chirurgie und Innerer Medizin mit Vorträgen, Fallbeispielen und Videositzungen.

→ **NEU: Konsequent fallorientiert!**

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. med. Michael Denking, Ulm, BDI e. V.
Dr. med. Andreas Jerrentrup, Marburg, BDI e. V.
PD Dr. med. Andreas Kirschniak, Tübingen, BDC e. V.
Prof. Dr. med. Carsten J. Krones, Aachen, BDC e. V.





Rezension:

Septische Gefäßmedizin



Septische Gefäßmedizin
Helmut Volkmar Zühlke
Georg Thieme Verlag, Stuttgart. 2019.
488 S., 679 Abb., gebunden
ISBN: 978-3-13-200981-3
249,99 Euro

Beim Verlag bestellen:
bit.ly/Gefäßchirurgie

Rezensent:
Prof. Dr. med. Ingolf Töpel
Leitender Oberarzt
Klinik für Gefäßchirurgie
Krankenhaus Barmherzige Brüder
Regensburg
Prüfeninger Straße 86
93049 Regensburg
Ingolf.Toepel@barmherzige-regensburg.de

Septische Komplikationen in der Gefäßmedizin prägen nicht den Alltag, prägen sich aber tief in das berufliche Gedächtnis von Gefäßchirurgen ein. Sie zeigen dramatische, schicksalhafte Verläufe, sind eine große technische Herausforderung und bedürfen einer komplexen Behandlungsstrategie.

Seit seinem Erscheinen 1988 ist der Vorläufer des vorliegenden Buches (H.V. Zühlke und B.M. Harnoss „Septische Gefäßchirurgie“, Überreuter-Verlag Wien) ein Klassiker der deutschen gefäßchirurgischen Literatur; ein Praxisbuch, das vielen Kolleginnen und Kollegen in schwierigen Situationen Hilfe und Anregung war.

Der Nachfolger „Septische Gefäßchirurgie“ macht schon durch den Titel deutlich, dass der Blick und der Anspruch der Autoren sich über die Jahre deutlich erweitert hat. Das Buch hat an Umfang zugenommen und umfasst neue Kapitel zum diabetischen Fuß, zu lymphologischen Aspekten, zu Infektionen bei Drogenabhängigen etc.

Der zentrale Bereich des Buches befasst sich weiterhin mit den Infektionen alloplastischer

Gefäßrekonstruktionen. Hier zeigen sich seine Stärken: Umfassend, detailreich und praxisorientiert wird das aktuelle Wissen dargestellt, diskutiert und in die Literatur eingeordnet. Ergänzt wurden farbige Abbildungen und didaktisch hervorragende Schemata zu sämtlichen operativen Verfahren.

Neu hinzugekommen sind exzellente Kapitel über die Behandlung von Infektionen nach endovaskulären Therapieverfahren und viszeralachirurgische Aspekte der septischen Gefäßchirurgie.

Die umfangreiche, detaillierte und praxisorientierte Darstellungsweise macht das Buch empfehlenswert für angehende Gefäßchirurgen, ergänzt aber auch sinnvoll die Handbibliothek erfahrener Kolleginnen und Kollegen.

Das Buch zeigt, wie wichtig eine tiefergehende Beschäftigung mit der septischen Gefäßmedizin für die Zukunft ist, um unsere Erfahrungen auf eine wissenschaftliche Basis zu stellen. ○

Töpel I: Rezension: Septische Gefäßmedizin.
Passion Chirurgie. 2019 Dezember, 9(12): Artikel
04_08.



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.

OKTOBER 2019

Alwin M. Bulla, Facharzt für Chirurgie, Viszeralchirurgie sowie Unfallchirurgie und Orthopädie, ist seit dem 01.07.2019 Chefarzt am St. Josef-Krankenhaus in Linnich. Er leitet gemeinsam mit dem bisherigen Chefarzt Arjan Mullahi die Chirurgie des Hauses.

PD Dr. med. Mansur Duran übernahm im Juli 2019 die Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie der Asklepios Klinik Altona. Er wechselte vom Helios Klinikum Wuppertal, wo er seit Dezember 2018 als Chefarzt tätig war.

Dr. med. Michael Holch ist seit Juli 2019 Sektionsleiter der Abteilung Unfall- und Handchirurgie am Klinikum Crailsheim. Er war zuvor lange Jahre als Chefarzt am Klinikum Oberlausitzer Bergland gGmbH in Zittau tätig.

Dr. med. Holger Mattusch wurde zum 01.09.2019 Chefarzt der Klinik für Unfall- und Handchirurgie am Klinikum Oberlausitzer Bergland gGmbH in Zittau, die zur Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie wurde. Der langjährige Oberarzt ist Sportmediziner und spezialisierter Schulterchirurg.

Dr. med. Andreas Müller leitet seit Mitte des Jahres neben der Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie am Diakonie Klinikum GmbH Ev. Jung-Stilling-Krankenhaus in Siegen zusätzlich die Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie am Krankenhaus Bethesda in Freudenberg.

PD Dr. med. Markus Paschold, Facharzt für Viszeralchirurgie und Spezielle Viszeralchirurgie und ehemals Oberarzt an der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie der Universitätsmedizin Mainz, ist seit September neuer Chefarzt der Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie am Krankenhaus St. Marienwörth in Bad Kreuznach.

Jörg Retzlaff leitet seit August 2019 neben der Helios Klinik Cuxhaven und dem Helios Seehospital Sahlenburg zusätzlich die Unfallchirurgie und Orthopädie der Helios Klinik Wesermarsch. Operativ wird er vom bisherigen kommissarischen Leiter, **Jens Kathmann-Frerichs**, unterstützt.

Dr. med. Leif Schiffmann ist seit August 2019 Chefarzt der Chirurgischen Klinik am Helios Klinikum Aue. Nach einer beruflichen Zwischenstation als Oberarzt am Universitätsklinikum Marburg setzt sich der Chirurg, Proktologe und Viszeralchirurg nun das Ziel, die Chirurgie am Standort Aue auszubauen.

PD Dr. med. Hodjat Shekarriz ist Facharzt für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie und leitet seit September 2019 die Abteilung Allgemein- und Viszeralchirurgie der Sana Kliniken Ostholstein in Eutin.

Dr. med. Jan Volmerig, Facharzt für Chirurgie und (spezielle) Thoraxchirurgie, leitet seit dem 01.08.2019 die Thoraxchirurgie des Rhein-Maas Klinikum in Würselen.

NOVEMBER 2019

Dr. med. Thomas Haak ist der neue Chefarzt der Klinik für Unfall- und Orthopädie, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am St. Georg-Klinikum in Eisenach. Er wechselte vom Klinikum Main-Spessart Lohr, wo er als Oberarzt tätig war.

PD Dr. med. Hansjörg Heep hat am 1.10.2019 die Stelle als Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie an der Universitätsmedizin Essen St. Josef Krankenhaus Werden angetreten. Zudem ist er erneut in den Vorstand der Ärztekammer Nordrhein gewählt worden und als Vorsitzender des Weiterbildungsausschusses bestätigt worden.



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

Dr. med. Holger Herzing ist Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie mit dem Schwerpunkt Spezielle Unfallchirurgie und seit Mitte September neuer Chefarzt der chirurgischen Hauptabteilung der Sana Klinik Nürnberg.

Dr. med. Dirk Meisel ist neuer Chefarzt der Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie des Kreiskrankenhauses Freiberg gGmbH. Die Gefäßchirurgie wurde als eigenständiger Bereich ausgegliedert und vom bisherigen Chefarzt geleitet.

Ulf Niemann wechselte zum 01.10.2019 als Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie des Regio Klinikums Elmshorn nach Husum an das Klinikum Nordfriesland.

Masoud Pahlevansharif, leitet seit dem 01. Oktober 2019 die Allgemein-, Viszeral- und onkologische Chirurgie der Rotkreuzklinik Wertheim. Er war dort zuvor als Oberarzt tätig.

Prof. Dr. med. Wolfgang U. Wayand (Linz) wurde im Rahmen des Jahreskongresses der europäischen Gesellschaft für endoskopische Chirurgie (EAES) in Sevilla am 22.6.2019 der LIFE AWARD für seine Pionierleistungen im Bereich der minimal invasiven Chirurgie überreicht.

DEZEMBER 2019

Dr. med. Erik Allemeyer ist seit Oktober 2019 neuer Leitender Arzt der Sektion Proktologie, Kontinenz- und Beckenbodenchirurgie an den Niels-Stensen-Kliniken im Franziskus Hospital Harderberg in Georgsmarienhütte.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Reinhard Bittner wurde im September 2019 zum ordentlichen Professor des Hospital Surgery Department of Medical Faculty I. an die M. Sechenov First Moscow State Medical University ernannt. Die medizinische Fakultät ist die älteste Russlands, zu ihren bekanntesten Schülern gehörten Sergei Korsakow und Anton Tschechow, der nicht nur Arzt, sondern auch einer der bedeutendsten Schriftsteller Russlands war. Professor Bittners Aufgabe wird es sein, ein Hernienzentrum mit aufzubauen sowie junge Chirurgen im wissenschaftlichen Arbeiten zu unterrichten.

Prof. Dr. med. Thomas Carus wechselte zum 1. November 2019 vom Asklepios Westklinikum Hamburg nach Thuine. Der Facharzt für Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie und spezielle Viszeralchirurgie leitet dort die Allgemein- und Viszeralchirurgie am Elisabeth-Krankenhaus der Niels-Stensen-Kliniken.

Dr. med. Till Hasenberg leitet als Chefarzt neben der Klinik für Adipositas- und Metabolische Chirurgie am HELIOS Klinikum Niederberg in Velbert nun auch die Allgemein-, Viszeralchirurgie und Koloproktologie am HELIOS St. Elisabeth-Klinik Oberhausen.

Dr. med. Matthias Jacob ist seit dem 01. Oktober 2019 der neue Chefarzt der Unfallchirurgie, Orthopädie und Wiederherstellungschirurgie der München Klinik Neuperlach. Er leitete die Abteilung zuvor kommissarisch.

Dr. med. Alexandros Kantas übernahm zum 1. November 2019 die Leitung der Allgemein- und Viszeralchirurgie am Helios Spital

Überlingen. Er war zuvor Oberarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie der Asklepios Klinik Barmbek in Hamburg.

Dr. med. Michael Lipp ist Chefarzt der Klinik für Gastrointestinale und Colorektale Chirurgie, einem Bereich des neu entstandenen Departments für Chirurgie der Asklepios Klinik Barmbek. Der zweite Bereich, Klinik für Leber-, Gallenwegs- und Pankreaschirurgie, wird vom bisherigen Chefarzt **Prof. Dr. med. Karl J. Oldhafer** geführt.

PD Dr. med. Heiko Neuß, ehemals Geschäftsführender Oberarzt im Klinikum Bremerhaven Reinkenheide ist neuer Chefarzt der Chirurgie im DRK-Krankenhaus Mecklenburg-Strelitz in Neustrelitz.

Dr. med. Min-Seop Son, Facharzt für Chirurgie, Viszeralchirurgie und spezielle Viszeralchirurgie und zuvor Oberarzt der Abteilung, leitet nun als Chefarzt die Allgemein-, Viszeral- und Minimal-invasive Chirurgie der WolfartKlinik in Gräfelng.

Bernd Schmitz ist der Chefarzt der neuen Abteilung für Orthopädie, Endoprothetik und Unfallchirurgie am Elisabeth-Krankenhaus in Thuine der Niels-Stensen-Kliniken. ○

Akademie aktuell: Dr. Hierholzer verabschiedet sich aus der BDC|Akademie



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

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



Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder, FACS

Leiter der Deutschen Akademie für chirurgische Fort- und Weiterbildung
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.
Leitender Oberarzt
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie
Universitätsklinik Köln

Meyer HJ, Schröder W: Akademie aktuell:
Dr. Hierholzer verabschiedet sich aus der
BDC|Akademie. *Passion Chirurgie*. 2019
Dezember, 9(12): Artikel 04_010.



Mehr über die BDC|Akademie und alle
Informationen zu BDC|Seminaren finden
Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik
BDC|Akademie)

Seit 2004 leitete Dr. Hierholzer die Gutachterseminare der BDC|Akademie, mit Ende dieses Jahres verabschiedet er sich aus Altersgründen aus dem aktiven Akademie-Leben.

Der gebürtige Berliner ging im Rheinland zur Schule, studierte Medizin an der Kölner Universität und kehrte nach Weiterbildungsjahren an der Universität Göttingen und Essen wieder nach Köln zurück. Nach mehreren klinischen Stationen in leitender Funktion arbeitete Dr. Hierholzer bis 2006 als niedergelassener Chirurg, danach weiter als Gutachter für die Berufsgenossenschaften und Sozialgerichte. Von 1996 bis 2006 war er als Vorsitzender des BDC-Landesverbands Nordrhein tätig. Im Juni 2010 wurde Dr. Hierholzer vom BDC für seine Verdienste als langjähriger Landesvorsitzender und für die Leitung der Gutachtenseminare die Wolfgang Müller-Osten-Medaille verliehen.



Dr. med. Ekkehardt Hierholzer

Seine große Leidenschaft ist die Unfallbegutachtung und so organisierte Dr. Hierholzer seit 2004 für die BDC|Akademie mit großem Fachwissen das Seminar: „Begutachtung von Arbeitsunfällen“ und seit 2010 zusätzlich das

Seminar „Begutachtung von Berufskrankheiten“. Das Markenzeichen der immer ausgebauten Veranstaltungen war, dass sie in den Sitzungssälen der Kölner Sozialgerichte stattfanden, zu denen Dr. Hierholzer einen persönlichen Kontakt pflegte. Er war davon überzeugt, dass die alleinige Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtungen seitens der Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) für die Durchgangsärzte nicht ausreichend ist, um in der gutachterlichen Beurteilung von Arbeitsunfällen fachlich fundiert argumentieren zu können. Eine auf die Praxis bezogene intensive Ausbildung rund um das Thema Gutachten war sein Kernanliegen bei der Planung und Gestaltung der Seminare. Die Organisation der Seminare in der Zusammenarbeit mit der BDC|Akademie war über alle Maßen professionell und angenehm. Die Zahlen sprechen für sich: Insgesamt konnten in den 15 Jahren seiner Tätigkeit in 26 Seminaren über 1.400 Teilnehmer von seiner Erfahrung lernen und profitieren. Kaum ein anderer Seminarleiter hat das bisher geschafft!

Die Leitung der BDC-Gutachterseminare wurde bereits im letzten Jahr an Dr. Boxberg, Vorstand des Bundesverbandes der Durchgangsärzte e.V. (BDD) übergeben. Die letzten Seminare wurden von Dr. Hierholzer dieses Jahr wie gewohnt erfolgreich in Köln und München geleitet.

Der Präsident mit dem erweiterten Vorstand des BDC sowie die Leitung der BDC|Akademie danken Herrn Dr. Hierholzer für sein außergewöhnlich großes und überragendes Engagement in der chirurgischen Fort- und Weiterbildung. ○



Am Ende braucht jeder einen **Verband.**



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

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

Frage & Antwort



Mindestsprechstunden nun auch für Belegärzte



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

FRAGE:

Ein niedergelassener Arzt fragt an, ob auch für Belegärzte die Verpflichtung zum Mindestsprechstundenangebot gilt.

ANTWORT:

Bisher sah die Regelung des § 17 Abs. 1b BMV-Ä vor, dass Belegärzte von der Verpflichtung zum Angebot von Mindestsprechstundenzeiten befreit waren. Die Verpflichtung zum Mindestsprechstundenangebot wurde durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) für alle Vertragsärzte aber nunmehr in § 19a Abs. 1 S. 2 Zulassungsverordnung Ärzte (Ärzte-ZV) eingeführt und auf 25 Stunden/Woche erhöht (s. a. § 17 Abs. 1a BMV-Ä). Aus

der Gesetzesbegründung zum TSVG ergab sich leider nicht, wie sich diese Neuregelung zur bisherigen Regelung in § 17 Abs. 1b BMV-Ä verhalten sollte bzw. dass hierdurch eine Änderung der Rechtslage für Belegärzte gewollt gewesen sei.

Nunmehr ist es aber tatsächlich so, dass die Bundesmantelvertragspartner mit Wirkung zum 31.08.2019 eine Änderung des § 17 Abs. 1b BMV-Ä beschlossen haben, wonach nun auch Anästhesisten und Belegärzte verpflichtet sind, bei einer Vollzulassung mindestens 25 Stunden pro Woche als Sprechstunden anzubieten. Die bisherige Privilegierung der Belegärzte ist damit durch ersatzlose Streichung der Ausnahmenvorschrift entfallen. ○

Heberer J. F+A: Mindestsprechstunden nun auch für Belegärzte. 2019 Dezember; 9(12): Artikel 04_11.



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

Frage & Antwort



Organisation der offenen Sprechstunden



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

Heberer J. F+A: Organisation der offenen Sprechstunden. 2019 Dezember; 9(12): Artikel 04_12.



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

FRAGE:

Ein niedergelassener Arzt fragt an, ob es verbindliche Vorgaben für die Organisation des offenen Sprechstundenangebots gibt.

ANTWORT:

Grundsätzlich liegen der Ablauf und die Organisation der offenen Sprechstunden im Ermessen des Arztes. Dies gilt insbesondere für die Anzahl der zu behandelnden Patienten. Allerdings wird dieses Ermessen natürlich bestimmt bzw. eingeschränkt durch die Praxiskapazitäten, die für die Gewährleistung einer guten Patientenversorgung maßgeblich sind.

Aus juristischer Sicht des Verfassers dürfen jedoch in der offenen Sprechstunde in der Regel Terminpatienten nicht parallel behandelt werden. Zumindest gilt dies für eine Einzelpraxis. Denn Sinn und Zweck der offenen Sprechstunde ist es gerade, dass für diese Zeit keine Termine vergeben werden. Auch der Gesetzeswortlaut ist diesbezüglich nach Meinung des Verfassers klar, wonach eine offene Sprechstunde definiert wird als eine Sprechstunde ohne Terminvereinbarungen.

Um jedoch einen ungewollten Leerlauf in einer Einzelpraxis zu vermeiden, dürfte es nach Auffassung des Verfassers zulässig sein bzw. sind derzeit keine nachvollziehbaren dagegensprechenden Gründe ersichtlich, wenn in der offenen Sprechstunde - zwar nicht ausschließlich, aber eben auch - Bestandspatienten behandelt werden, die zum Beispiel nach einem Hinweis auf dieses neue Sprechstundenangebot eine Behandlung ohne Terminvereinbarung in Anspruch nehmen wollen. Allerdings existiert zu dieser Problematik noch keine Rechtsprechung, sodass ausdrücklich darauf hingewiesen wird, dass dies lediglich die Rechtsmeinung des Verfassers darstellt, die deshalb als noch nicht abschließend gesichert betrachtet werden kann.

Nachdem die Verpflichtung zum Angebot von mindestens fünf offenen Sprechstunden pro Arzt gilt, bedeutet dies beispielsweise für eine fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaft, dass hier jeder Arzt fünf offene Sprechstunden anbieten muss. Dies verpflichtet jedoch nicht zur gleichzeitigen Versorgung in der offenen Sprechstunde durch alle Ärzte. Die organisatorische Gestaltungsfreiheit lässt es nach Meinung des Verfassers beispielsweise zu, dass ein Arzt die offene Sprechstunde durchführt, während zeitgleich die weiteren Ärzte die Terminsprechstunde abhalten. Dies ist jedoch, wie gesagt, bei einer Einzelpraxis nicht möglich. ○

Exklusives Mitglieder-Angebot

e.Med Interdisziplinär für Mitglieder von BDC und DGCH

statt 499 €
399 €

- Zugriff auf alle Fachzeitschrifteninhalte 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/real444

AWMF-Forderung zum Implantateregister

Ende des Jahres wird das Implantateregister-Errichtungsgesetz (EIRD) verabschiedet. Das geplante bundesweite Register ist nach Auffassung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) e.V. sinnvoll, um Patientensicherheit durch mehr Produktqualität zu erhöhen. Einige Fachgesellschaften haben

bereits seit Jahren mit hohem fachlichem und finanziellem Aufwand Register zu Implantaten etabliert. Die AWMF ist in Sorge, wie und inwieweit diese bestehenden Registerdaten fachspezifisch für das Deutsche Implantateregister genutzt werden können. Die AWMF fordert daher von der Politik, ihre Fachgesellschaften und die jeweiligen Patientenorgani-

Pressekontakt AWMF:
Dagmar Arnold
 Luisenstraße 58/59
 10117 Berlin
 Tel: +49-(0)711 8931-380
 arnold@medizin kommunikation.org
 presse@awmf.org
 www.awmf.org

sationen bei der Fortentwicklung des Implantateregisters institutionell zu beteiligen.

Die Sicherheit von Medizinprodukten und die Qualität der Versorgung mit Implantaten wird derzeit durch das Medizinprodukte-Beobachtungs- und Meldesystem (Vigilanzsystem) gewährleistet. Kommt es bei einem Produkt zu einem unerwünschten Ereignis, ist der Hersteller, Betreiber, Anwender und/oder Händler dieses Produktes verpflichtet, dies sofort an die zuständige Bundesoberbehörde, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), zu melden. Da aus Sicht der Bundesregierung diese Qualitätssicherungsinstrumente nicht ausreichen, soll ein verbindliches bundesweites Implantateregister errichtet werden.

AWMF fordert: Medizinische Fachgesellschaften und Patientenorganisationen in die Fortentwicklung des geplanten Implantateregisters stärker einbinden

Mit dem Implantateregister-Errichtungsgesetz (EIRD) des Bundesministeriums für Gesundheit, das Anfang 2020 in Deutschland in Kraft treten soll, ist die Voraussetzung gegeben, um Implantate systematisch und „lebenslang“ zu überprüfen und damit die Patientensicherheit zu erhöhen. Ab Mitte 2021 sollen die ersten Implantate erfasst werden: Hüftgelenk- und Knie-Endoprothesen sowie Brustimplantate. „Die AWMF begrüßt die Etablierung eines Deutschen Implantateregisters im Grundsatz. Die wichtigen Ziele Patientensicherheit, Qualitätssicherung und Versorgungsforschung werden so noch besser unterstützt“, sagt Professor Dr. med. Rolf Kreienberg, Präsident der AWMF. In dem Gesetz wird festgelegt, dass sowohl Hersteller implantierbarer Medizinprodukte als auch die Patientinnen und Patienten zur Teilnahme am Register verpflichtet sind. Datenschutzaspekte widersprechen dem nicht, da es um ein „nationales Interesse“ geht.

Das Implantateregister besteht aus einem Patienten-Kerndatensatz, der Angaben enthält, die bereits im Krankenhausinformationssystem eingegeben werden. Die Ergänzungsdatsätze sind produktspezifisch und basieren auf Registern in der Verantwortung der Fachgesellschaften. Viele medizinische Fachgesellschaften führen bereits seit Jahrzehnten Register für Medizinprodukte, auf die zurückgegriffen werden kann, wie beispielsweise das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD), in dem mittlerweile mehr als eine Million Datensätze vorliegen. Andere Fachgesellschaften müssen neue Register implementieren. In beiden Fällen ist die finanzielle Belastung der Fachgesellschaften enorm und erfordert eine Gegenfinanzierung. Der Zugang zu den in das Implantateregister übertragenen Daten muss den beteiligten Fachgesellschaften und Patientenvertretern möglich sein. „Die Praktikabilität der geplanten Struktur ist abhängig von der Etablierung optimaler Schnittstellen zwischen den beschriebenen Datenbanken und dem Implantateregister, damit Mehrfacheingaben unbedingt verhindert werden“, betont Professor Dr. med. Ernst Klar, Vorsitzender der Ad-hoc-Kommission „Bewertung von Medizinprodukten“ und Seniorprofessor für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie, Universitätsmedizin Rostock. Unverzichtbar sei es, dass die Daten aus klinischen Informationssystemen (KIS) und Praxisverwaltungssystemen sowie idealerweise auch aus OP-Dokumentationssystemen auf elektronischem Weg in die neu zu erstellenden Softwaresysteme/-module des Bundesimplantateregisters automatisch übertragen werden können. Nur so könne der Aufwand für die meldepflichtigen Gesundheitseinrichtungen geringgehalten werden.

Ein Fahrplan zur Einführung des EIRD ist aus Sicht der AWMF jetzt erforderlich, damit die Fachgesellschaften die Erhebung der implantatspezifischen Datensätze vorbereiten können. „Das Profil der Datenbank muss zudem langfristig für die wissenschaftliche Forschung geeignet sein und auch weiterhin den Fachgesellschaften für ihre Arbeit zur Verfügung stehen“, ergänzt Professor Klar. ○

AWMF: Medizinische Fachgesellschaften und Patientenorganisationen in die Fortentwicklung des geplanten Implantateregisters stärker einbinden. *Passion Chirurgie*. 2019 Januar, 9(01): Artikel 05_01.



Stellungnahme der Ad hoc Kommission Nutzenbewertung von Medizinprodukten der (AWMF) zum geplanten Implantateregistergesetz Stand 31.10.2018
 Mehr Lesen: <http://bit.ly/AWMF-Stellungnahme>



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

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 tint.

EINSCHNITT
chirurgIn-werden.de
Wage den Schnitt!

AKTUELLE MELDUNGEN



18.11.2019 Presseagentur Gesundheit

BDC⁺ BUNDESREGIERUNG WILL ÄRZTE BEI NOTFÄLLEN SCHÜTZEN

Ärzte im Notfalleinsatz genießen künftig den gleichen rechtlichen Schutz wie Polizisten. Das ist ein Punkt des von der Bundesregierung beschlossenen „Maßnahmenpakets zur Bekämpfung des Rechtsextremismus...“



13.11.2019 Bundesärztekammer

KEINE EXPERIMENTE: MODERNE VERGÜTUNG STATT EINHEITS-BÜROKRATIE

In einer gemeinsamen Erklärung erläutern die Bundesärztekammer, der Verband der Privaten Krankenversicherung und der Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen, wie dieses Ziel des Koalitionsvertrages...



11.11.2019 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi)
ZI-BROSCHÜRE: „ZAHLEN ZUR AMBULANTEN NOTFALLVERSORGUNG IN DEUTSCHLAND“

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung hat aktuelle Daten zur ambulanten Notfallversorgung sowie zum ärztlichen Bereitschaftsdienst ausgewertet und in einer Informationsbroschüre zusammengefasst...



08.11.2019 BDC

BUNDESTAGSENTSCHEIDUNGEN ZU DEN NEUEN GESETZEN

Am 07.11.2019 hat sich der Bundestag mit drei Gesetzesentwürfen aus dem BMG befasst: Ausbildungsregeln für ATA/OTA, Digitale-Versorgungs-Gesetz und das MDK-Reformgesetz...



08.11.2019 Krankenkassen direkt

KRANKENKASSEN FORDERN EINE ABSPALTUNG VOM MEDIZINISCHEN DIENST

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



07.11.2019 Kassenärztliche Bundesvereinigung

PRAXISBAROMETER DER KBV: DIGITALISIERUNG IN PRAXEN SCHREITET VORAN

Zum zweiten Mal zeigt die vom IGES Institut im Auftrag der KBV durchgeführte repräsentative Studie, wie es in deutschen Praxen um die Digitalisierung bestellt ist. Die Ergebnisse von 2019 verdeutlichen...

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,

das Jahr 2019 nähert sich mit Riesenschritten seinem Ende und erneut hat sich gezeigt, dass weiterhin verschiedene globale Herausforderungen, aber auch aufgrund politischer und gesellschaftlicher Entwicklungen sogar Missstände bestehen. Der Ausgleich unterschiedlicher Interessen und die notwendige Bereitschaft zum Kompromiss, auch im Gesundheitswesen, werden immer schwieriger. Gerade aus diesen Gründen sollen primär einige positive Entwicklungen in unserem Land aufgezeigt werden. Zuerst sei die Lebenserwartung angeführt: Nach Angaben des Statistischen Bundesamts beträgt diese 83,3 Jahre bei neugeborenen Mädchen und 78,5 Jahre bei den Jungen. Die einzelnen Bundesländer weisen dabei Unterschiede auf, wobei bei beiden Geschlechtern Baden-Württemberg die Spitzenposition einnimmt; Frauen haben dort eine Lebenserwartung von 84,1 Jahren, Männer von 79,7 Jahren. Die niedrigsten Lebensjahre weisen bei den Frauen das Saarland und bei den Männern Sachsen-Anhalt auf. Solche Unterschiede hängen vor allem von Diskrepanzen bezüglich des sozialen Status und dem Gesundheitsbewusstsein mit Verbesserung der Lebensqualität ab.

Unabhängig von der Lebenserwartung sind die Deutschen nach dem sogenannten Glücksatlas vom 5. November 2019 mit ihrem Leben seit 1989 noch nie so zufrieden gewesen. Mit einem Indexwert von 7,14 Punkten konnte ein neuer Höchstwert erreicht werden, wobei auch in den neuen Bundesländern bei einem Anstieg von 0,11 Punkten höchste Zufriedenheit seit 30 Jahren mit einem Index

von 7,0 auf einer Skala bis zehn zu verzeichnen ist. Der Abstand zwischen den alten und neuen Bundesländern macht nur noch 0,17 Punkte aus. Die Auswertung dieses zum neunten Mal veröffentlichten „Glücksatlas“ beziehen sich auf Daten des sozioökonomischen Panels (SOEP), ergänzt durch eine Umfrage unter etwa 2.000 Bundesbürgern durch das Institut für Demoskopie Allensbach. Statt Glücksatlas sollte besser von einem „Zufriedenheitsatlas“ gesprochen werden, denn Glück ist bekanntermaßen ein sehr vielseitiger Begriff, der durch subjektive eigene Empfindungen und äußere günstige Zufälle oder positive Schicksalswendungen bestimmt werden kann. Nicht umsonst hat bereits Konfuzius angemerkt: „Wer ständig glücklich sein möchte, muss sich oft verändern!“ In dieser Untersuchung werden nun verschiedenste Kategorien, wie Wohnen, Arbeit, Freizeit, Gesundheit, Einkommen etc. beurteilt. Nach Meinung des wissenschaftlichen Leiters (B. Raffelhüschen, Universität Freiburg) dieser Studie wird dabei die Zufriedenheit der Bürger nicht allein durch die in den letzten Jahren angestiegenen Haushaltsnettoeinkommen, sondern auch durch die insgesamt gute Gesundheitssituation der Bevölkerung entscheidend beeinflusst. Insgesamt bleibt Schleswig-Holstein die zufriedenste Region in Deutschland, nicht zuletzt auch durch die Nähe zu Dänemark, welches laut Angabe des Eurobarometers weiterhin Spitzenreiter mit 8,9 Punkten in Europa ist. Platz zwei in Deutschland nimmt erstmals Hessen vor Hamburg ein. Den letzten Platz unter den 19 deutschen Regionen belegt Brandenburg nach Mecklenburg-Vorpommern, am ehesten bedingt durch die immer noch relativ hohe lokale Arbeitslosigkeit. Insgesamt aber wird der Bevölkerung eine stabile

Robustheit gegenüber medialen Schlechtermeldungen bescheinigt.

Einen positiven Trend weist auch der 19. Bericht von „Wissenschaft weltoffen 2019“ auf, den vor kurzem der Deutsche Akademische Austauschdienst und das Deutsche Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung veröffentlicht haben. Nach diesem Bericht steht Deutschland vor Frankreich als attraktives nicht-englischsprachiges Gastland für Studierende aus dem Ausland und nimmt nun Platz vier nach den USA, Großbritannien und Australien ein. Im Wintersemester 2017/18 waren 375.000 ausländische Studierende in Deutschland immatrikuliert. Bei einer Umfrage unter den internationalen Studierenden spielen bei 79 % der Befragten Karriere- und hochschulbezogene Motive eine wichtige Rolle bei der Entscheidung für Deutschland; in 76 % bzw. 71 % werden die hohe Qualität der Hochschulausbildung in Deutschland bzw. der gute Ruf deutscher Hochschulen angeführt. Sogar 83 % der internationalen Studenten geben an, in ihrem Heimatland Deutschland als Studienort zu empfehlen. Auch die Zahl der ausländischen Forschenden hat sich in den letzten zehn Jahren fast verdoppelt und weltweit steht Deutschland auf der Beliebtheitsskala mittlerweile auf Platz drei. Die vorgelegten Ergebnisse zeigen also deutlich, dass Deutschland als Hochschul- und Wissenschaftsstandort international derzeit immer attraktiver wird und bei internationalen Studierenden also begehrt ist!

KRANKENHAUS-STÄDTE-RANKING

Unter der Voraussetzung, dass jeder Bürger Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung haben soll, ist der digitale Gesundheitsdienstleister Medbelle der Frage nachgegangen, wo es die besten Krankenhaus-Städte weltweit gibt. Als Parameter wurden bei dieser Studie die Infrastruktur, Qualität der Versorgung und genereller Zugang für die Patienten herangezogen. Zur Beurteilung der Infrastruktur wurden u. a. berücksichtigt: Bettenkapazität, Anzahl von beschäftigtem Pflegepersonal, Chirurgen und Spezialisten für psychische Erkrankungen oder hoch eingestufte Universitätskliniken

bzw. Krankenhäuser. Die Qualität der Versorgung wurde eingestuft nach Zufriedenheit der Patienten, Anzahl vermeidbarer „Adverse Effects“ und Behandlungsergebnisse bei malignen Tumoren. Neben dem Zugang für alle lokalen Stadtbewohner wurden auch die Kosten für Medikamente analysiert. Nach Auswertung der aufgeführten Beurteilungskriterien nehmen die Städte Tokio, Boston, London, Paris und Seoul die Plätze eins bis fünf unter den weltbesten Krankenhaus-Städten ein. Auf Platz sechs folgt München; weiter sind unter den TOP 20 Berlin (Platz 10), Hamburg (Platz 14) und Heidelberg (Platz 20) aufgeführt. In den Unterkategorien liegen zwei deutsche Städte auf Platz eins und zwar Hamburg bei der Versorgung mit Chirurgen und Heidelberg bei der Anzahl von Krankenhausbetten pro Einwohner. Insgesamt werden zwölf deutsche Städte unter den 100 besten Krankenhaus-Städten gelistet. Dieses Ergebnis mag zwar auf den ersten Blick als positiv erscheinen, zu berücksichtigen ist aber, dass die aufgeführten deutschen Städte auch im nationalen Ranking sehr gut gelistet sind und die erfassten Parameter bei dieser Untersuchung sicherlich nicht als komplett angesehen werden können.

MLP-GESUNDHEITSREPORT 2019

Dieser Report wurde in Kooperation mit dem Institut für Demoskopie Allensbach durchgeführt, wobei 1.214 Bürger und 531 Ärzte, von denen 209 im stationären Bereich tätig waren, befragt wurden. Auch wenn mit etwa 387 Milliarden Euro nach Angaben des Statistischen Bundesamts für 2018 ein neuer Höchstwert der Gesundheitsausgaben erreicht worden ist, ist die große Mehrheit der Deutschen mit dem derzeitigen Gesundheitssystem zufrieden: 77 % der Bevölkerung und sogar 89 % der Ärzteschaft schätzen es als gut oder sehr gut ein, lediglich 20 % bzw. 11 % sehen die Lage eher skeptisch. Allerdings klagen 62 % der Bürger über lange Wartezeiten auf einen Arzttermin, eine Zunahme im Vergleich zu 2012 von 10 %. Von den befragten Fachärzten gaben 77 % an, innerhalb von vier Wochen einen Termin vergeben zu können; gleichzeitig beklagten sie sich in 63 % der Fälle darüber, dass die Terminvergaben von den Patienten oftmals nicht eingehalten werden,

was aber nur in 19 % von der Bevölkerung bestätigt wird. Unter den Krankenhausärzten klagten 61 % über fehlende Zeit für den Patienten, bei den Assistenzärzten betrug dieser Anteil sogar 67 %. Der Pflegepersonal-mangel in den Krankenhäusern nimmt weiter zu, was von 84 % der Krankenhausärzte angeführt wird. Negativ wird von 75 % der Ärzte die Dominanz wirtschaftlicher Aspekte gegenüber dem medizinisch Gebotenen empfunden. Der zunehmende Ärztemangel wird sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich von der Bevölkerung wahrgenommen, vor allem in den neuen Bundesländern (60 % vs. 40 %). Somit rechnen auch 59 % der Ärzte mit einer Verschlechterung der Gesundheitsversorgung in den nächsten zehn Jahren, in der Bevölkerung erwarten allerdings nur 30 % pauschal eine Verschlechterung, 72 % befürchten hingegen steigende Krankenkassenbeiträge. Auch die teilweise bereits umgesetzten Reformmaßnahmen bewirkten nach Meinung der Bürger und Ärzte nur wenig Verbesserung im Gesundheitssystem, sei es bei schnelleren Terminvergaben (57 %) oder der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen, denn nur 12 % halten eine realistische Umsetzung für möglich. Insgesamt vermissen derzeit 46 % der Bürger und 70 % der Ärzte eine umfassende Reform des Gesundheitswesens, wobei 75 % der befragten Ärzte bezweifeln, dass es zu dieser überhaupt kommen wird. Von der stets geforderten Digitalisierung in der Medizin erhoffen sich die Ärzte vor allem eine Entlastung von dem überbordenden bürokratischen Arbeitsaufwand; diesen sehen 80 % der Befragten als größtes Problem in ihrer derzeitigen Tätigkeit an. Auch wenn etwa 50 % der Ärzte den Einsatz von künstlicher Intelligenz als Chance einstufen, sind 83 % der Meinung, dass natürlich auch zukünftig die entscheidende Rolle in einer „menschlichen Gesundheitsversorgung“ den Ärzten zufallen muss.

GESUNDHEITSPOLITIK

Aus der Vielzahl der Aktivitäten des Bundesministers J. Spahn sollen nur zwei Gesetze, die am 7. November 2019 vom Bundestag verabschiedet worden sind, angeführt werden, nämlich das Digitale-Versorgung-Gesetz und das MDK-Reformgesetz.

DIGITALE-VERSORGUNG-GESETZ

Bei Vorstellung der Gesetzesvorlage zur digitalen Versorgung musste der Minister nicht nur von der Opposition, besonders aber von Daten- und Patientenschützern heftige Kritik einstecken. Nach entsprechenden Veränderungen wurde dieses Gesetz nun im Bundestag beschlossen und soll im Januar 2020 in Kraft treten. Der Gesundheitsminister sprach dabei sogar von einer „Weltneuheit“, wobei „Deutschland auch das erste Land sein wird, dass das Wildwest bei den Apps beendet“. Denn nach diesem Gesetz sollen Patienten bestimmte Apps nach Verschreibung vom Arzt durch die Kassen bezahlt bekommen, so bei digitalen Tagebüchern für Diabetiker oder Kontrollen zur Medikamenteneinnahme. Eine rasche Zulassung dieser Apps als Medizinprodukte durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ist vorgesehen. Fraglich ist allerdings, ob die App-Stores von Apple und Google wirklich umgangen werden können oder nicht doch Informationen an diese Konzerne fließen. Ferner regelt das Gesetz, dass sich neben Arztpraxen auch Apotheken und Kliniken der geplanten „Datenautobahn“ bis Ende September 2020 bzw. Januar 2021 anschließen müssen. Der elektronische Arztbrief soll eingeführt und die Fernbehandlung über digitale Technik als Telemedizin in Form von Online-Sprechstunden geöffnet werden. Besonders in der Diskussion steht weiterhin die Weitergabe von den Kassen vorliegenden Routinedaten an den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen in pseudonymisierter Form, welche dann an ein Forschungsdatenzentrum weitergeleitet werden. Man erhofft sich durch einen solchen Datenpool eine schnellere und umfangreichere Forschung mit entsprechenden Ergebnissen, z. B. bei seltenen oder chronischen Erkrankungen. Wie schnell relevante Verbesserungen durch die digitalen Möglichkeiten nun bei Patienten oder ärztlichen und pflegerischen Personal, vor allem auch hinsichtlich der Reduktion bürokratischer Aufgaben, ankommen, muss abgewartet werden.

MDK-REFORMGESETZ

Dieses Gesetz für bessere und unabhängiger Prüfungen von Krankenhausabrechnungen

durch die Krankenkassen hatte im Vorfeld für heftige Diskussionen gesorgt, wurde dann nach diversen Änderungen, vor allem hinsichtlich der Forderungen der Krankenkassen, ebenfalls durch den Bundestag verabschiedet. Der jetzige Medizinische Dienst der Krankenkassen wird in eine eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts überführt. Der Verwaltungsrat wird auf 23 Personen erweitert, von denen 16 durch die Krankenkassen benannt werden können. Hauptamtlich bei Krankenkassen und deren Verbänden Tätige können allerdings nicht mehr in den Verwaltungsrat gewählt werden. Fünf Vertreter werden von Patienten- und Verbraucherschutzverbänden gestellt, zwei von den Verbänden der Pflegeberufe und den Landesärztekammern. Ab 2021 soll die Überprüfung der Abrechnungen hinsichtlich ihrer Häufigkeit mit der Qualität der Rechnungsstellungen korrelieren. Zudem soll ein neuer Schlichtungsausschuss des GKV-Spitzenverbands und der Deutschen Krankenhausgesellschaft verpflichtet werden, strittige Kodier- und Abrechnungsfragen innerhalb von acht Wochen zu lösen. Überaus scharfe Kritik von Seiten der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Verband der Krankenhausdirektoren haben zwei Veränderungen im Gesetz hervorgerufen. Statt bisher geplanter Strafzahlungen durch die Krankenhäuser nur bei deutlich erhöhten Prüfauffälligkeiten, sollen jetzt bei Kürzung einer Rechnung durch den Medizinischen Dienst, auch bei geringsten Beträgen, die Krankenhäuser mit einer Strafe von 300 Euro belegt werden. Ferner wurde die ursprünglich vorgesehene Prüfquote von 10 % auf 12,5 % erhöht, was voraussichtlich auch die Quote an Strafzahlungen durch die Krankenhäuser ansteigen lässt. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft gibt sich entsetzt über diese Änderungsanträge. Nach Meinung seines Präsidenten G. Gaß wird das Vertrauen der Krankenhäuser in die Gesundheitspolitik mit dieser völlig ungeRechtfertigten Strafaktion verspielt. Ob das ursprüngliche Ziel dieses Reformgesetzes, die Kontroversen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bei der Abrechnung von Leistungen zu reduzieren, erreicht wird, muss derzeit mehr als fraglich angesehen werden.

INTERNA DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Abschließend möchte ich Sie über einige Veränderungen aus den Interna der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie informieren. Der Jahreskongress unserer Gesellschaft wird zukünftig mit dem Akronym **DCK**, also Deutscher Chirurgenkongress, gefolgt von der jeweiligen Jahreszahl, angekündigt werden; mittlerweile ist diese „Marke“ auch beim Deutschen Patent- und Markenamt eingetragen und entsprechend geschützt.

Dank der stetigen Bemühungen des Herausgebers, Herrn Professor Dr. J. Jähne, ist es gelungen, das Open-Access-Journal der DGCH **„Innovative Surgical Sciences“** in PubMed zu listen. Dort können Sie jetzt die Beiträge in unserem Journal aufrufen. Nach diesem ersten entscheidenden Schritt der Listung ist nun die Vergabe von Impact-Punkten abzuwarten, was natürlich auch die Publikation von weiteren Beiträgen aus den verschiedenen Fachgesellschaften erfordert, wozu ich Sie herzlich auffordern möchte.

Auf Antrag des Vorstands der chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Entwicklungsländer (CAEL) ist die Umbenennung dieser Arbeitsgemeinschaft durch ein einstimmiges Votum aller Fachgesellschaften in **chirurgische Arbeitsgemeinschaft Globale Chirurgie (CAGC)** auf der Vorstandssitzung am 15. Oktober 2019 in Frankfurt beschlossen worden.

Die ersten Vorbereitungen für eine feierliche Veranstaltung aus Anlass des **150. Jahrestages der Gründung unserer Gesellschaft** sind eingeleitet worden. Diese Veranstaltung ist für den 1. Juli 2022 im Hörsaal des Langenbeck-Virchow-Hauses vorgesehen. Schon jetzt möchte ich Sie bitten, sich diesen Termin vorzunehmen.

Nun darf ich Ihnen abschließend eine besinnliche und erholsame Weihnachtszeit sowie alles erdenklich Gute für das Jahr 2020 wünschen!



DCK2020

Gemeinsam lernen und heilen

137. Deutscher Chirurgen Kongress

21. bis 24. April 2020
CityCube, Berlin



Intelligenz,
Intuition
und Individualität

www.dck2020.de

Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung 2020



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

Im Auftrag des Präsidenten lade ich hiermit alle Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zur Mitgliederversammlung anlässlich des 137. Kongresses der DGCH 2020 in Berlin sehr herzlich ein.

Die Mitgliederversammlung inkl. Wahlen findet am Donnerstag, den **23.04.2020, 13.15– 14.45 Uhr im Saal A1 (Level 1)** statt.

TAGESORDNUNG

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

ZU TOP 2: WAHLEN

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

1. Dritter Vizepräsident 2020/2021, dann Präsident 2022/2023
2. Leitender Universitätschirurg
3. Leitender Krankenhauschirurg
4. Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik
5. Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung

Nach § 15.1 der Satzung erhält die Mitgliederversammlung für die von ihr zu bestätigenden Kandidaten (hier 1.) zum Präsidium bzw.

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

zu 1: Als Dritter Vizepräsident 2020/2021 und Präsident 2022/2023 wird der Mitgliederversammlung **Herr Prof. Dr. med. Andreas Seekamp aus Kiel**, vorgeschlagen.

Zu 2: Als Vertreter der leitenden Universitätschirurgen ab 2020 wird der Mitgliederversammlung **Herr Prof. Dr. Stefan Fichtner-Feigl aus Freiburg** vorgeschlagen.

Zu 3: Als Vertreter der leitenden Krankenhauschirurgen ab 2020 wird der Mitgliederversammlung **Herr Prof. Dr. Carsten J. Krones aus Aachen** vorgeschlagen.

Zu 4: Als Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik wird der Mitgliederversammlung **Frau Prof. Dr. Tina Histing aus Homburg** vorgeschlagen.

Zu 5: Als Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung wird der Mitgliederversammlung **Frau Dr. Yvette Hillner aus Erfurt** vorgeschlagen.

Berlin, im Dezember 2019

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

BITTE AN ALLE CHEF- UND OBERÄRZTE:

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

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



Reisebericht „Zwischen chirurgischem Osten und Westen“

**STIPENDIUM DER DGCH UND DER
HERBERT-JUNGHANNS-STIFTUNG**

**CENTER FOR ADVANCED TREATMENT OF
HBP DISEASES, AGEO CENTRAL GENERAL
HOSPITAL, TOKIO, JAPAN – 18.03. BIS
02.04.2019**

Ich bin auf einem anderen Planeten gelandet. Um mich herum sind unverständliche Symbole, eklektische Architektur, exotische Pflanzen und Düfte als eine Einfassung hochentwickelter Zivilisation mit Einsprengungen der uralten Geschichte und Tradition auf Schritt und Tritt. Im Hintergrund höre ich „In a sentimental mood“ von Duke & Trane aus einem Straßencafé und beobachte dabei ein Baseball-Spiel auf riesigem Bildschirm an der Wand eines Wolkenkratzers. Sogar die Sonne ist hier eigen. Sie geht sieben Stunden eher auf als meine übliche. Ich bin in Japan.

Seit mehreren Jahren war mein Ziel, die Besonderheiten der einflussreichen japanischen und nordamerikanischen Schulen kennenzulernen. Mich interessierte die v. a. minimalinvasive Technik der Leberchirurgie per se, die Ausbildungsstruktur der HPB-Fellows (HPB = Hepato-Pancreato-Biliary), die Behandlungskonzepte, das Komplikationsmanagement und die Gestaltung der chirurgischen Versorgung generell. Wie es im Nachhinein nachvollziehbar sein wird, habe ich viel mehr Erfahrungen während meiner Reise gesammelt als es zu erwarten war.

Ageo Hospital, wo ich nach freundlicher Einladung von Prof. Go Wakabayashi zur Hospitation war, liegt ca. 45 km von Tokyo entfernt und ist ein privates Krankenhaus mit 700 Betten, entsprechend einem deutschen Maximal-/Schwerpunkt-Versorgungs Krankenhaus. Es ist aber weder ein „High-Volume Center“



Dr. med. Stanislav Litkevych
Med. Versorgungszentrum Paracelsus-
Klinik Zwickau
Werdauer Str. 68
08060 Zwickau



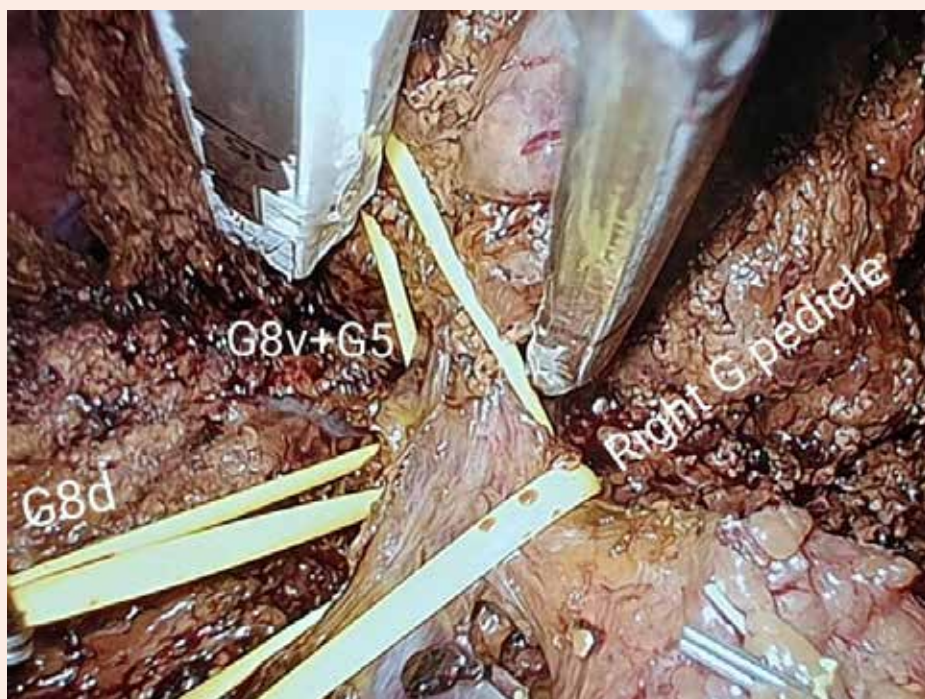
Litkevych S: Reisebericht „Zwischen chirurgischem
Osten und Westen“. Passion Chirurgie. 2019
September, 9(09): Artikel 06_05.

noch eine Uniklinik. Was ist hier dann außergewöhnlich? Das Besondere liegt darin, dass Prof. Wakabayashi einer von den wenigen Chirurgen in der Welt ist, die die laparoskopischen anatomischen Leberresektionen entsprechend dem „perihilar Glissonian approach“ durchführt. 98 Prozent der Leberresektionen in seiner Klinik erfolgen laparoskopisch und in den letzten drei Jahren waren davon 82 Eingriffe mit dem Schwierigkeitsindex von fünf und mehr nach IWATE-Kriterien. Dazu muss man sagen, dass der heutige Leiter der viszeralchirurgischen Klinik in Ageo und Chairman von ILLS die erste robotische Leberteileresektion 2001 und die erste robotische Resektion der linken lateralen Sektion 2003 durchführte. Im Jahre 1994 hospitierte der japanische Professor nach der Verleihung des Stipendiums der DGCH in Berlin und Hannover und konnte sich damals unter anderem von den Professoren Pichlmayr und Neuhaus viel aneignen. Daran erinnerte er sich sehr oft, gerne und mit Dankbarkeit.

Gestärkt mit dem gekochten Chikuzen zum Frühstück war ich täglich um 08.00 Uhr an der Frühbesprechung beteiligt. Da mein Japanisch noch einiges zu wünschen übrigließ, waren diese für mich nur teilweise informativ. Glücklicherweise habe ich unter anderen einen talentierten und engagierten italienischen Fellow aus der Universitätsklinik Rom, Herrn Giammauro Berardi, kennengelernt, der ziemlich viel Licht ins Dunkle in Bezug auf die Abläufe und Konzepte der Klinik brachte.

Der erste Eingriff begann dabei frühestens um 10.00 Uhr. Die spannendsten Operationen waren natürlich die laparoskopischen Leberresektionen bei HCC, wie z. B. die anatomische Resektion von Segmenten V und VIII (Middle segment nach Takasaki-Klassifikation), oder noch zusätzlich mit atypischer Resektion vom Segment VII, die um die acht Stunden dauerten.

Zugrunde des Verfahrens liegt die anatomische Unterteilung der Leber in drei Segmente entsprechend den drei Glisson Pedickeln im Unterschied zur Cuinoud-Klassifikation. Dabei kann das Lig. Hepatoduodenale als Hauptstamm des „Glissonean pedicle tree“ betrachtet werden.



Initial erfolgt nach der Cholezystektomie die Präparation entlang von „Hylar plate“, bzw. des Lig. Hepatoduodenale, wobei die einzelnen Strukturen des Ligaments und weiterer Branchen aus der „Laennec's Kapsel“ nicht herauspräpariert werden. Nach der Darstellung der Äste der zweiten Ordnung werden diese durchtrennt, danach wird das nicht durchblutete Areal mit dem ICG identifiziert, die Resektionsgrenzen werden markiert und die unmittelbare Resektion wird mit

z. B. „Harmonic“ vollbracht. Einen besonderen Wert legt Wakabayashi-Sensei auf die „Soft-Koagulation“.

Die von mir beobachtete offene Whipple-OP war durch eine sorgfältige und ausgedehnte Lymphadenektomie gekennzeichnet, war nicht pyloruserhaltend und wurde mit einer modifizierten Pancreatiko-jejuno-Anastomose nach Kakita mit verllorener Drainage gekrönt. Unter anderem konnte ich folgenden



Eingriffen zusehen: laparoskopischer Splenektomie, offener Resektion eines monströsen aus dem Sigma stammenden neuroendokrinen Tumors, offener distaler Magenresektion beim Magenkarzinom, laparoskopischer Gallengangsrevision mittels Choledochotomie und Choledochoskopie mit Steinentfernung bei Z. n. einer Gastrektomie, einer Portalvenenembolisation. Da das HPB-Team auch für die diagnostischen und interventionellen Endoskopien zuständig ist, war ich der Zeuge von einer Doppelballonenteroskopie bei BDA-Stenose mit ERC nach einer Pankreaskopfresektion.

Zusammenfassend gehören zur chirurgischen Technik und perioperativen Standards folgende Merkmale: der laparoskopische Zugang erfolgt transumbilikal, es werden am Magen und Darm standardmäßig die Stapleranastomosen mit einer zweiten Reihe in Einzelknopftechnik angelegt, bei allen Laparotomien wird zusätzlich zum Rahmen das „Alexis“-System eingesetzt. Bei allen Eingriffen werden entweder die Folien oder die Sprays zur Verwachsungsvorbeugung eingebracht, der Verschluss der Faszie und der Haut erfolgt in Einzelknopftechnik. Die Patienten kommen in den OP-Saal zu Fuß, es gibt keinen Einleitungsraum, jeder Patient bekommt postoperativ ein Röntgen vom Thorax und Abdomen zum Ausschluss der verlassenen

OP-Textilien und Instrumente, sogar bei der regelrechten Zählkontrolle. Die japanischen Chirurgen operieren ausgewogen und gelassen, als ob sie eine extrem schöne und komplexe Hieroglyphe malen würden. Obwohl die genaue OP-Dauer bei der Übergabe erwähnt wird, hat man keinen Eindruck, dass jemand unter Zeitdruck steht. Die größeren Eingriffe werden mindestens zu dritt gemacht und dauern meistens doppelt so lang, wie in Deutschland. Die Lymphknoten werden von den nicht am Tisch beschäftigten Assistenzärzten oder Fellows in einem speziellen Kasten in kleinen Fächern nach Gruppen sortiert, die Präparate werden gleich aufgeschnitten, gewogen, gemessen, fotografiert und skizziert.

Was mich darüber hinaus beeindruckt hat, war das Training junger Chirurgen. Beispielsweise führte ein 29-jähriger Kollege im fünften Ausbildungsjahr eine laparoskopische ileozökalresektion wegen eines T2N0M0 Zölkumkarzinoms bei einem „extrem adipösen“ Patienten mit dem BMI von 32 durch. Ihm assistierten zwei erfahrenere Kollegen und ein Anfänger, wobei er die komplette Operation eigenhändig im Laufe von fünf Stunden 23 Minuten mit einer extrakorporalen maschinellen Anastomose durchgeführt hat. Die Länge des abgesetzten Ileums, sowie auch die Länge der Bergungslaparotomie

wurden mit einem Lineal ausgemessen. Es gab keine Notwendigkeit den Patiententisch intraoperativ zu kippen, weil der Situs von mehreren Assistenten ausreichend übersichtlich dargestellt wurde. Die hier beschriebene Episode ist keine Ausnahme, sondern die Regel. Der Vollständigkeit halber ist anzumerken, dass die Japaner sieben Tage Urlaub im Jahr haben und täglich bis zum späten Abend im Krankenhaus beschäftigt sind.

Unvergesslich war unter anderem das Abendessen mit Prof. Wakabayashi und seinem Team in einem traditionellen japanischen Restaurant in Shinjuku mit anschließendem Spaziergang durch den Park am Flussufer mit beleuchteten „Cherry blossoms“ nach dem Sonnenuntergang.

„Leider“ gab es während meiner lehrreichen Hospitation auch arbeitsfreie Tage, an denen ich die Umgebung erkunden konnte. Der heilige Mount Fuji, die besungene Sakura blühte, die einfach in allen Sinnen grandiose Hauptstadt Japans mit den einerseits äußerst höflichen und zurückhaltenden, andererseits ausgesprochen hilfsbereiten und offenen Bewohnern, die mit hohem Respekt die Umwelt und die anderen behandeln, die unglaubliche und absolute Sauberkeit und Akribie machten mich tiefst nachdenklich. Sie ließen die Antwort auf eine Frage suchen: Welche wichtigsten Charaktereigenschaften, Bedingungen und Ereignisse sind die Voraussetzungen für dieses Wunder?

Sind das die Isolation, Entbehrungen, Mangel an Ressourcen, oder das Meijis Fusion der westlichen Kenntnisse mit japanischem Geist, sind das Shinto mit Buddhismus, oder der Einfluss vom Konfuzianismus, sind das „Ganbaru“ und „Gaman“, oder das eigenartige Verhältnis zur Ehre, zum Leben und Tod?

UNIVERSITY OF PITTSBURGH MEDICAL CENTER (UPMC), LIVER CANCER CENTER AND DIVISION OF SURGICAL ONCOLOGY – 03.06. BIS 19.06.2019

Meine zweite Reise führte mich nach Pittsburgh, wo sich eines der renommiertesten Zentren für Leberchirurgie unter Leitung von Dr. David A. Geller befindet.

Im Unterschied zu mir bekannten Systemen, haben die Kollegen nur drei OP-Tage in der Woche. Die restlichen zwei Tage sind der Sprechstunde gewidmet. Im Laufe dieser werden täglich ca. 40 Patienten gesehen, es beteiligen sich daran alle an der Abteilung aktuell tätigen Chirurgen und Chirurgen sowie mehrere Schwestern und Pfleger. Diesmal waren das außer Dr. Geller ein HPB-Fellow, zwei Residenten und ein Medizinstudent. Die Fälle wurden von den jüngeren Chirurgen präsentiert und von allen beurteilt, danach besuchte der Chef mit dem vorstellenden Kollegen die Patienten. Die letzten wurden von den Schwestern parallel aufgerufen und in drei separaten Räumen vorbereitet. Nach dem Patientengespräch wurden die Ergebnisse und die Taktik erneut im Kreis besprochen und gleichzeitig dokumentiert.

An den operationsfreien Tagen konnte ich außerdem die Morbiditäts-/Mortalitäts- und Leberkonferenzen sowie die der Vorbereitung zur Abschlussprüfung der Residenten gewidmete Vorlesungen besuchen. Sehr spannend war eine Online-Konferenz, an der sich die Spezialisten aus den zehn größten HPB-Zentren, wie z. B. MSK, Stanford, Toronto, beteiligten. Das Thema war die neoadjuvante Therapie der kolorektalen Lebermetastasen versus die primäre Operation sowie die vorteilhafte Anwendung der „Hepatic Artery Infusion (HAI) Chemotherapy“.

Leider gab es während meines Aufenthaltes keine passenden Fälle für eine laparoskopische Leberresektion. Dafür konnte ich neben anderen kleineren Eingriffen folgende offene Resektionen beobachten: eine links laterale bei dem ins Zwerchfell penetrierendem HCC, atypische Resektionen in Segm. II und VI-VII, Segm. IVa und VI sowie die rechte Trisektorektomie bei zentraler kolorektaler Metastase. Diese wurde von dem Leiter der Transplantationsabteilung Dr. A. Humar durchgeführt. Die Parenchymdissektion bei atypischen Resektionen erfolgte initial mit „Ligasure“, Blutstillung mit bipolarem System „Aquamantis“ und die Absetzung zuletzt mit mehreren Gefäßstaplern.

Wie es so im Leben nicht selten passiert, lernte ich per Zufall Herrn Dr. Amer H. Zureikat,



den Leiter der Division of Surgical Oncology, einen der weltweit führenden Spezialisten in der robotischen Pankreaschirurgie, kennen. Zusammen mit seinem Team führte er seit 2008 ca. 650 robotische Whipple-Operationen (mit Gefäßresektionen) durch. Das Appleby-Verfahren war auch keine Ausnahme für die robotische Technik. Die UPMC verfügt dafür aktuell über insgesamt 28 „DaVinci“-Roboter. Ich war von zwei robotischen Whipples mit allen handgenähten Anastomosen einfach fasziniert. Diese dauerten knapp vier (bei einem Papillenzarzinom) und viereinhalb Stunden (bei einem Pankreaskopfkarzinom). Die robotische Pankreaslinksresektion bei einer IPMN wurde nach zwei Stunden und 15 Minuten erfolgreich beendet. An einem anderen Tag konnte ich eine offene Pankreatoduodenektomie (PD) bei einem „Borderline-Tumor“ und eine laparoskopisch assistierte ERCP bei Z. n. Magen-Bypass-OP verfolgen.

Die durch einen Fellow unter Anleitung und Bedside-Assistenz von Dr. David L. Bartlett am OP-Tisch komplett eigenhändig durchgezogene PD dauerte sechseinhalb Stunden. Danach stellte es sich heraus, dass es bereits die 16. robotische PD bei diesem Fellow war, wobei er die offene Technik bei den mehreren Eingriffen noch während der Residentur meisterte. Dazu konnte ich am gleichen Tag die robotische Implantation der Pumpe zur intraarteriellen Chemotherapie der Lebermetastasen durch die A. gastroduodenalis in Ausführung vom selben Fellow beobachten. Die „Surgical Oncology Fellows“ treten ihr Training in der Pankreaschirurgie üblicherweise für drei Monate an.

Die minimalinvasive Linksresektion wird von medial nach lateral mit primärer Absetzung der Gefäße und der Pankreasdurchtrennung durchgeführt. In Bezug auf die Technik der PD



erschien im Mai 2019 ein ausführlicher Artikel. In einer anderen Studie wurde vom selben Autor der finanzielle Gewinn von ca. 4000 US-Dollar pro Patienten bei einer robotisch durchgeführten Whipple-OP im Vergleich zu einer offenen nachgewiesen. Zuletzt wurde eine Arbeit aus mehreren Zentren inklusive UPMC publiziert, die eine wesentlich niedrigere Rate der klinisch relevanten postoperativen pankreatischen Fisteln bei den „Robo-Whipples“, verglichen mit denen in konventioneller Technik, bestätigt.

Nach freundlicher Einladung von Dr. Zureikat durfte ich das „Robotic Training Curriculum“ durchmachen. Das besteht sowohl aus einem virtuellen Training mit dem „Mimic“-System als auch aus den Übungen der Anastomosentechnik am „Biotissue“ unmittelbar am „DaVinci“.

Da ich noch nie an der Konsole saß, wurde ich vom Arbeitsprozess fast abhängig, denn das ist praktisch ein optimiertes laparoskopisches Verfahren mit viel schärferer und stabilerer Sicht sowie feinerer Bewegungskontrolle. Das alles erlaubt, die Bewegungen

in der offenen Chirurgie insbesondere beim Nähen beinahe komplett zu wiederholen. Nicht zu unterschätzen ist die sitzende Position beim mehrstündigen Operieren. Die berüchtigte fehlende haptische Rückmeldung ist nicht wirklich ein Problem, weil man sich ziemlich zügig daran gewöhnt, die Kraft z. B. beim Knoten einzuschätzen und zu steuern. Mit mehreren Instrumenten, die man gleichzeitig bedienen kann, fühlt man sich beinahe wie ein mehrarmiger Shiva.

Aus meiner Sicht war diese Fortbildungsreise ein voller Erfolg und wurde von den o. g. Erfahrungen stärkstens geprägt. Gewiss ist es nur ein „Snapshot“, man darf nicht verallgemeinern und sich Illusionen hingeben. Nichtsdestotrotz werden die Änderungen schicksalhaft und sich in den nächsten Jahren bemerkbar machen.

MEIN FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Es gibt noch Raum zur Entwicklung der laparoskopischen/robotischen Leber- und Pankreaschirurgie in Deutschland.

2. Die robotische Pankreaschirurgie scheint kein ausschließlich experimentelles Feld nur für einzelne ausgewählte Patienten mehr zu sein. Es gibt heutzutage ein bereits fertiges, effektives operatives Konzept sowie eine Evidenz der Kosteneffektivität, Sicherheit und der besseren Patientenerholung.
3. Im Wege der Verbreitung der gesamten robotischen Chirurgie stehen hauptsächlich noch die hohen Anschaffungs- und Wartungskosten des „DaVinci“-Systems. Diese Situation wird in den nächsten Jahren sicherlich einen Wandel erleben.
4. Die minimalinvasiven anatomischen Leberresektionen nach „Glissonian Pedicle Approach“ stellen eine technische Herausforderung dar. Jedoch sind sie bei vorhandener Expertise offensichtlich durchführbar. Diese Art der Operationen gewinnt an Bedeutung hauptsächlich beim HCC, weil sie laut der aktuellen Studienlage mit einem besseren „long-term outcome“ assoziiert ist.

Für die Möglichkeit, mich weiterzubilden und über meinen aktuellen Horizont hinausblicken zu können, bedanke ich mich herzlichst.

Meinem Chef Dr. von Feilitzsch und meinem chirurgischen Team danke ich für die permanente allseitige Unterstützung.

Ich weiß die großzügige Förderung der DGCH und der Herbert-Junghanns-Stiftung auch aus folgendem Grund zu schätzen: Das Stipendium wurde von den Menschen gewährt, die sich Gedanken über die Zukunft der Chirurgie machen und sich um den Erwerb und die Verbreitung des Wissens kümmern.



Forschungsreisen nach Frankreich und Japan 2019

Ziel nachfolgend aufgeführter Fortbildungsreisen war die klinische und wissenschaftlich-akademische Weiterbildung in der komplexen, minimal-invasiven Leberchirurgie. Durch das Stipendium als Fortbildungshilfe der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH) konnte der Besuch führender asiatischer und europäischer Zentren sowie die Teilnahme an einem internationalen Kongress finanziell unterstützt werden.

Die erste Fortbildungsreise führte gemeinsam mit Professor Pratschke im Mai 2019 nach Tokio/Japan und ermöglichte eine durch Vorträge aktive Teilnahme am Kongress der

International Laparoscopic Liver Society (ILLS) sowie eine klinische Hospitation im Anschluss beim Kongresspräsidenten Prof. G. Wakabayashi im Ageo General Hospital. In den knapp zwei Wochen konnten wissenschaftliche Kontakte zu international führenden Kollegen vertieft und gemeinsame Forschungsprojekte angestoßen werden. Ein unmittelbares Resultat war die Entwicklung eines Curriculums zur Ausbildung des chirurgischen Nachwuchses in der laparoskopischen Leberchirurgie. Ein Postgraduierten-Kurs an Schweinen ermöglichte unter der praktischen Anleitung von Professor Wakabayashi das Verstehen und Erlernen des in Deutschland wenig



PD Dr. med. Moritz Schmelzle
 Leitender Oberarzt, Bereichsleitung
 Leberchirurgie
 Charité - Universitätsmedizin Berlin
 Chirurgische Klinik
 Campus Virchow-Klinikum / Campus
 Charité Mitte



Abb. 1: M. Schmelzle (r.) mit Prof. Go Wakabayashi, Ageo Central General Hospital, Ageo, Japan (l.)

verbreiteten *Glissonean Pedicle Approaches*. Dieser erlaubt eine sichere anatomische Präparation entlang intrahepatischer Pedikel bis auf Subsegmentebene, was insbesondere für die Sektorektomie sinnvoll erscheint. Gewonnene Einblicke in die aufwendige Planung und exakte Durchführung komplexer anatomischer Resektionen konnten im Rahmen der einwöchigen klinischen Hospitation bei Prof. Wakabayashi derart vertieft werden, sodass eine Implementierung des *Glissonean Pedicle Approaches* in die klinische Routine in Berlin ermöglicht wurde.

Wie sich auf dem *ILLS* Kongress in Tokio deutlich zeigte, werden robotisch-assistierte Techniken, insbesondere bei hochkomplexen Eingriffen, zunehmend die konventionell-laparoskopische HPB Chirurgie ergänzen. Insofern hatte die nächste Fortbildungsreise zum Ziel eigene Zentrumserfahrungen der Chirurgischen Klinik in der robotisch-assistierten HPB-Chirurgie weiter zu vertiefen. Einer auf der *ILLS* Tagung in Tokio ausgesprochenen Einladung folgend, führte die nächste gemeinsame Reise mit Professor Pratschke nach Hong Kong zu Professor C.N. Tang an das **Pamela Youde** Nethersole Eastern **Hospital**. Professor Tang, der als einer der Wegbereiter der robotisch-assistierten HPB-Chirurgie

gilt, plante für die zweitägige Hospitation drei robotisch-assistierte Eingriffe. Am ersten Hospitationstag führte Professor Tang zwei posterolaterale Leberresektionen und am zweiten Tag eine klassische Kausch-Whipple-Operation durch. Alle Eingriffe erfolgten mit dem auch an der Chirurgischen Klinik der Charité vorgehaltenen *Da Vinci Xi*-System von *Intuitive Surgical Inc.*, sodass alle Aspekte begonnen von der Lagerung, der Ausrichtung der Arme, favorisierter Einstellungen und Instrumente sowie intraoperative Strategien unmittelbare Relevanz für die eigene klinische Praxis hatten.

Es folgten klinische Hospitationen an zwei renommierten Häusern in Frankreich, dem Hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière der Sorbonne Universität und dem Centre Hépatobiliaire Hôpital **Paul-Brousse in Villejuif**. Die Operationen wurden durchgeführt von Professor Olivier Scatton (Hôpital Pitié Salpêtrière) und Professor Daniel Cherqui (Hôpital **Paul-Brousse**), die schon 2006 in einer gemeinsamen Publikation über erste Erfahrungen in der laparoskopischen Leberlebenspende (Soubrane et al. Ann Surg. 2006) berichteten und als Pioniere der laparoskopischen Leberchirurgie gelten. Die Operationen umfassten neben laparoskopischen auch

Schmelzle M: Forschungsreisen nach Frankreich und Japan 2019. *Passion Chirurgie*. 2019 Dezember, 9(12): Artikel 06_04.



Abb. 2: M. Schmelze (l.) mit Prof. Olivier Scatton, Hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière, Paris, Frankreich (r.)

offene Techniken, wobei stets ausreichend Zeit für einen kollegialen Diskurs bestand. Das Verständnis in Bezug auf onkologische Indikationsstellung, Operationsstrategien und -techniken sowie mögliche Limitationen für ein minimalinvasives Vorgehen zeigten sich dem zentrumseigenen Verständnis an der Charité sehr verwandt. Circa 30 bis 40 Prozent der Leberresektionen werden für ein minimalinvasives Vorgehen geplant, wobei das HCC und colorektale Lebermetastasen zu den häufigsten Indikationen zählen. Bevorzugt wird

an beiden Zentren, wie auch in Berlin, die parenchymsparende Resektion mit großzügiger Indikation zur intermittierenden hilären Okklusion während der Parenchymphase. Ob Kontraindikationen für ein minimal-invasives Vorgehen, wie z. B. die Notwendigkeit einer vaskulären oder biliären Rekonstruktionen, in der Zukunft zu überwinden sind, wurde kritisch gesehen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass sich das grundlegende Verständnis asiatischer

und europäischer Zentren seit dem ersten Kongress der *ILLS* 2017 in Paris hinsichtlich Indikationen, Strategien und Techniken in der laparoskopischen Leberchirurgie weitestgehend angeglichen haben. Dies scheint einem intensiven Austausch und einer gemeinsamen Weiterentwicklung laparoskopischer Techniken über Landesgrenzen hinaus geschuldet. Hervorgehoben werden müssen in diesem Zusammenhang auch landestypische Besonderheiten, wie z. B. die hohe Bedeutung der anatomischen Resektion in Japan mit einer außergewöhnlich akribischen präoperativen Planung und Verfeinerung intraoperativer Orientierungsmöglichkeiten.

Die im Rahmen der Forschungsreisen gewonnenen Erfahrungen waren für die klinische und wissenschaftlich-akademische Weiterentwicklung des laparoskopischen und robotischen Leberprogramms an der Chirurgischen Klinik der Charité von großer Bedeutung. Gewonnene Tipps und Tricks werden in Form jährlich ausgerichteter Workshops (**BDC-Seminar: Viszeralchirurgie Kompakt: Hepatobiliäre Chirurgie; DGAV-Seminar: Komplexe laparoskopische Chirurgie – Oberer GI Trakt und HPB; DGAV-Seminar: Komplexe robotische und laparoskopische Leberchirurgie**) an Kollegen deutscher Zentren weitergegeben. Insofern leistete das Stipendium einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der minimalinvasiven Leberchirurgie an unserer Klinik und anderen Zentren in Deutschland.

Nachruf zum Tod von Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Siegfried Weller



In memoriam
Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.
Siegfried Weller
 (* 28.07.1928 † 27.08.2019)

EIN RENOMMIERTER UNFALLCHIRURG UND „SEINE BG“

Am 27. August 2019 verstarb Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Siegfried Weller im Alter von 91 Jahren im Kreise seiner Familie. Siegfried Weller gehörte zum Kreis derjenigen Chirurgen, die, beeinflusst durch die 1958 gegründete Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (AO), ab den 60er-Jahren des letzten Jahrhunderts maßgeblich Einfluss auf die Entwicklung der Unfallchirurgie in Deutschland genommen haben. Bereits während seiner Tätigkeit in Freiburg befasste er sich mit den Prinzipien der operativen Knochenbruchbehandlung und widmete sich der Fort- und Weiterbildung des unfallchirurgischen Nachwuchses. Als Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Tübingen und Lehrstuhlinhaber für Unfallchirurgie an der Eberhard Karls Universität hat er die herausragende Bedeutung der Klinik maßgeblich beeinflusst. Nach seinem Amtsantritt im Jahr 1969 hat sich unter seiner Leitung die „BG“, wie die Klinik in der Region gemeinhin

bezeichnet wird, zu einer Klinik der Maximalversorgung für Unfallchirurgie entwickelt. Lange vor dem Zusammenschluss der Unfallchirurgen mit den Orthopäden hat sich die Klinik auch mit orthopädischen Krankheitsbildern wie der Endoprothetik und der Korrektur angeborener Fehlstellungen befasst.

Prof. Weller hat während seines Berufslebens zahlreiche Ämter mit nationaler wie internationaler Prägung bekleidet. So war er, um nur die bedeutendsten dieser Ämter zu nennen, 1978 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde (DGU), 1982 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und 1994/95 Präsident der AO/ASIF-Foundation. 1986 wurde ihm die Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie verliehen. Prof. Weller erhielt die Ehrendoktorwürde an der Freien Universität Berlin und der Medizinischen Universität in Madras/Indien.

Seine besonderen Beziehungen zu Indien, die er in Gestalt der Leitung zahlreicher wissenschaftlicher Veranstaltungen und Workshops zu praktischen Unterweisungen in der Osteosynthesetechnik wahrgenommen hat, haben sein hohes Ansehen in der dortigen Ärzteschaft und entsprechende Ehrungen bewirkt. Ähnliches gilt für andere fernöstliche Länder.

Prof. Weller wurde u. a. mit der v. Bergmann-Plakette der Deutschen Ärzteschaft und der Diefenbach-Büste der DGU, dem Lexer-Preis der DGCH sowie dem Bundesverdienstkreuz 1. und 2. Klasse ausgezeichnet. Prof. Weller hielt zahlreiche Vorträge auf bedeutenden nationalen und internationalen Kongressen, verantwortete unzählige Publikationen in hochrangigen Journalen und war langjährig Herausgeber renommierter Zeitschriften aus dem Fach.

Als Ärztlicher Direktor führte Prof. Weller die „BG“ von 1969 bis zu seiner Emeritierung am 01.03.1996 mit der ihm eigenen,

gleichermaßen konsequenten wie väterlichen Strenge. Eine große Zahl der von ihm ausgebildeten und geförderten ärztlichen Mitarbeiter hat später Chefarztpositionen und Lehrstühle an renommierten unfallchirurgischen Einrichtungen im Land besetzen können. Viele von ihnen sind die schwäbisch geprägten Direktiven und Ermahnungen ihres ehemaligen Chefs wie „*hend Sie nix zom schaffa*“ oder „*was des Geld koschd*“ dauerhaft im Gedächtnis geblieben. Nichtärztliche Mitarbeiter, beispielsweise im OP-Bereich, erfuhren ebensolche straffe Anweisungen bei ihrer täglichen Arbeit. Ausdruck der von ihm gelebten typisch schwäbischen Attitude, z. B. bei der Überwachung des Umgangs seiner Mitarbeiter mit der klinikeigenen Ausrüstung, war auch die Bemerkung: „*ganger sie dr'hoim au so mit em Sach om?*“ Eine Heerschar seiner dankbaren Patienten erinnert sich an die äußerst kompetente wie gestrenge Behandlungsführung mit Sprüchen wie „*Beweglichkeit kann mr net hinoperiera, des müsset se selber macha*“.

Für Prof. Weller war der Beruf sowohl Berufung als auch Hobby. Es versteht sich, dass bei einem Arbeitsbeginn spätestens um 5.00 Uhr morgens mit Rückkehr nach Hause nicht vor 19.00 Uhr und Visiten am Wochenende das Familienleben zu seinem Leidwesen oft hintanstellen musste. Gleichwohl waren ihm die wenigen gemeinsamen Stunden mit seiner Ehefrau Karin und den beiden Töchtern ganz besonders wichtig. Seine Liebe galt auch der klassischen Musik, die ihm zum Ausgleich seiner beruflichen Belastung diente.

Prof. Weller wird im Gedächtnis der deutschen Chirurgen, Unfallchirurgen und Orthopäden dauerhaft einen herausragenden Platz einnehmen. Sein Engagement zur Förderung der Bedeutung des Fachs „Unfallchirurgie“ im Verbund mit Weggefährten hat über Jahrzehnte hinweg maßgeblich zum heutigen Stellenwert der Unfallchirurgie im Konzert der chirurgischen Disziplinen beigetragen.

Dies gilt in gleicher Weise für die Reputation des Fachs im internationalen Vergleich, wobei Siegfried Weller enge freundschaftliche Beziehungen zu zahlreichen Kollegen aus dem Ausland pflegte. Mit seinem Tod fehlt einer der maßgeblichen Begründer und einer der Nestoren der deutschen Unfallchirurgie.

Seine Mitstreiter, Kollegen und ehemaligen Mitarbeiter werden ihm stets ein ehrenvolles Andenken bewahren.

Von Seneca, dem Lieblingsphilosophen von Siegfried Weller, stammt nachstehendes Zitat: „Wie lange ich lebe, liegt nicht in meiner

Macht; dass ich aber, so lange ich lebe, wirklich lebe, das hängt von mir ab.“

Prof. Dr. med. Kuno Weise, Tübingen

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr Prof. Dr. med. Josef Schuster, Dachau

***22.05.1930 †20.04.2019**

Herr Prof. Dr. med. Bernulf Günther, Gräfelfing

***02.05.1941 †16.07.2019**

Herr Dr. Peter Kaufmann, Fürstenfeldbruck

***14.07.1936 †02.08.2019**

Herr Prof. Dr. med. Jürgen Wonigeit, Hannover

***21.03.1942 †08.08.2019**

Herr Prof. Dr. med. Dr.h.c. mult. Siegfried Weller, Tübingen

***28.07.1928 †27.08.2019**

Herr Prof. Dr. med. Ernst Wagner, Braunschweig

***09.09.1944 †30.10.2019**

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: BariSurg₁* 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	FPI: 27.11.2013	–	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
	Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP	111 von 248 Patienten	Kein Fallgeld	
	Kontrollgruppe: Magenbypass-OP			
Studientitel: BIOLAP₂* Registrierungsnummer: DRKS00010178				
Prof. Dr. med. M. Heiss	Primäre bilaterale Leistenhernien			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
	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 346 von 496 Patienten	DFG 750 € / Patient	

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
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 384 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: HULC₄* Registrierungsnummer: DRKS00017517				
PD Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen-Netz Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik	08.08.2019 24 von 812 Patienten	DFG 500,00 € / Patient	Dr. Solveig Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) Marsilius-Arkaden Turm-West Im Neuenheimer Feld 130.3 69120 Heidelberg 06221-56-36839 06221-56-33850 solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: IOWISI₅* Registrierungsnummer: DRKS00012251 EudraCT 2017-000152-26				
PD Dr. med. Daniel Reim	offene abdominalchirurgische Eingriffe Experimentelle Gruppe: Spülung des subkutanen Gewebes nach Faszienverschluss mit Intervention 1: 0,04%iger Polyhexanidlösung Intervention 2: 0,9%iger NaCl-Lösung Kontrollgruppe keine Wundspülung	20.09.2017 331 von 540 Patienten	DFG 400 € / Patient	PD Dr. med. D. Reim Klinik und Poliklinik für Chirurgie Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München (TUM) Ismaninger Str. 22 81675 München T: 089/4140-5019 E: daniel.reim@tum.de
Studientitel: IPEP₆* Registrierungsnummer: NCT02478996				
Prof. Dr. Ines Gockel, MBA	histologisch gesichertes Adenokarzinom des Ösophagus oder des gastroösophagealen Übergangs Typ I und II nach Siewert-Klassifikation bei männlichen Patienten im Alter von 18–75 Jahren mit geplanter abdomino-thorakaler Ösophagusresektion mit Schlauchmagenhochzug und intrathorakaler oder zervikaler Anastomose Interventionsgruppe: Web-basiertes perioperatives Trainingsprogramm 8–12 Wochen vor und bis 12 Wochen nach der OP Kontrollgruppe: Standardtherapie	07.08.2015 43 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: PERCOG_{7*} Registrierungsnummer: DRKS00009451; EudraCT: 2015-005219-34				
PD Dr. med. Daniel Reim	Experimentelle Gruppe: Die Patienten der Gruppe 1 erhalten ab Beginn der neoadjuvanten Chemotherapie präoperativ täglich jeweils supportiv (d.h. zusätzlich zur normalen oralen Ernährung) 600kcal parenterale Ernährung verabreicht. Sollte der Patient seinen täglichen Kalorienbedarf nicht durch orale Nahrungsaufnahme gedeckt haben, wird dem Patienten der fehlende Kalorienbedarf zusätzlich zu diesen 600kcal parenteral zugeführt.	24.05.2019	-	PD Dr.med. Daniel Reim Ismaninger Straße 22 81675 München
	Kontrollgruppe: Alleinige neoadjuvante Chemotherapie vor chirurgischer Resektion ohne parenterale Ernährung. Sollte der Patient seinen täglichen Kalorienbedarf nicht durch orale Nahrungsaufnahme decken können nach Abschluss der ersten Hälfte der präoperativen Chemotherapie, wird dem Patienten der fehlende Kalorienbedarf zusätzlich parenteral zugeführt.	3 von 150 Patienten	400 € / Patient	089/4140-5019 089/4140-2184 daniel.reim@tum.de
Studientitel: PONIY_{8*} 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 103 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_{9*} 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 265 von 366 Patienten	- Kein Fallgeld	PD Dr. N. N. Rahbari Chirurgische Klinik Universitätsmedizin Mannheim T: 0621/383-3591 F: 0621/383-3809 E: nuh.rahbari@umm.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: WOPP₁₀* Registrierungsnummer: NCT01855464				
Prof. Dr. T. Walles, FETCS Prof. Dr. J. Neudecker (Stellvertreter Studienleiter)	Patienten (15–40 Jahre) mit Rezidiv eines primären Spontanpneumothorax (PTX) oder therapierefraktärem PTX Erstereignis Experimentelle Gruppe: Lungenkeilektomie mit parietaler Pleurektomie Kontrollgruppe: Alleinige parietale Pleurektomie	FPI: 19.11.2013 300 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

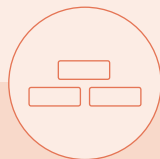
- [1] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial
- [2] Biologisches versus synthetisches Netz bei der laparoskopischen Hernienversorgung – eine randomisierte multizentrische, prospektive, selbst-kontrollierte klinische Studie
- [3] Perioperative Chemotherapie (FLOT) im Vergleich zur neoadjuvanten Radiochemotherapie (CROSS) bei Patienten mit Adenokarzinom des Ösophagus
- [4] Hernia reduction following laparotomy using small stitch abdominal wall closure with and without mesh augmentation - HULC
- [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] Parenterale Ernährung unter neoadjuvanter Chemotherapie beim lokal fortgeschrittenen Magenkarzinom/Karzinom des ösophagogastralen Übergangs zur Reduktion der postoperativen Morbidität
- [8] Postoperative negative pressure incision therapy following open colorectal surgery: a randomized-controlled trial
- [9] Eine randomisierte, kontrollierte Studie zur Lymphknotenentfernung bei Resektion kolorektaler Lebermetastasen
- [10] Pulmonary wedge resection plus parietal pleurectomy (WRPP) versus parietal pleurectomy (PP) for the treatment of recurrent primary pneumothorax

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

Stand: Dezember 2019

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

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

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

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



Prof. Dr. med. T. Schmitz-Rixen

Präsident

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

Generalsekretär

Prof. Dr. med. J. Werner

Schatzmeister

Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

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

BAUSTEIN IN GOLD

Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen
Herr Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Peiper,
Göttingen
in memoriam Prof. Dr. med. Herbert
Peiper, Berlin und Mainz
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karl-Walter Jauch,
München
in memoriam Prof. Dr. med. Georg
Heberer, München
Herr Prof. Dr. med. Reiner Gradinger,
München
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.
in memoriam Prof. Dr. med. Jens Witte
AO Deutschland, Arbeitsgemeinschaft für
Osteosynthesefragen, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Axel Haverich,
Hannover
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Markus Büchler,
Heidelberg
DGTHG – 1971 mit Dank an die
Gründungsmitglieder
Herr Prof. Dr. med. Joachim Jähne, Hannover
in memoriam Manfred und Helmi Jähne,
Essen
Herr Prof. Dr. med. Uwe Klinge, Aachen
Herr Prof. Dr. med. Erhard Kiffner, Karlsruhe
in memoriam Prof. Dr. med. W. Brendel,
Prof. Dr. med. R. Zenker, Dr. med.
R. Kiffner
AIOD Deutschland e. V., Düsseldorf

Familie und Freunde Dr. Schreiter,
Hamburg
in memoriam Dr. med. Friedemann
Schreiter
Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau,
Bochum
Deutsche Gesellschaft der Plastischen,
Rekonstruktiven und Ästhetischen
Chirurgen e.V.
Herr Dr. med. Ernst Derra und Frau Dr. med.
Hildegard Derra-Henneke, Düsseldorf und
München
in memoriam Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.
Ernst Derra, Düsseldorf
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Roland
Hetzer, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Roderich Schwarz, Bristol,
Indiana, USA
in memoriam Prof. Dr. med. Wilhelm
Müller, Rostock und Prof. Dr. med. Egbert
Schwarz, Erfurt
Herr Prof. Dr. med. Jürgen Ennker und
Frau PD Dr. med. Ina Carolin Ennker, Berlin

BAUSTEIN IN SILBER

Herr Prof. Dr. med. Leonhard Schweiberer,
München
Herr Prof. Dr. med. Klaus Junghanns,
Ludwigsburg
Herr Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, Neuötting

Herr Prof. Dr. med. Hendrik Dienemann,
Thoraxklinik Heidelberg
Herr Prof. Dr. med. habil. Dr.-Ing. Dr. med.
h.c. Michael Ungethüm, Tuttlingen
Herr Prof. Dr. med. Hartmut Siebert,
Schwäbisch-Hall
Herr Prof. Dr. med. Karl Herbert Welsch,
München
Herr Prof. Dr. med. Stefan Wysocki,
Heidelberg
Herr Dr. med. Jürgen Meier zu Eissen,
Hannover
Herr Prof. Dr. med. Stefan Post, Mannheim
Herr Prof. Dr. med. Wolf Mutschler, München
Frau Prof. Dr. med. Ursula Schmidt-
Tintemann, Vaterstetten
Herr Prof. Dr. med. Matthias Rothmund,
Marburg
Herr Prof. Dr. med. Christian H. Siebert,
Hannover
Herr Prof. Dr. med. Volker Bühren, Murnau
Herr Dr. med. Abdullah Mury, Heide
Herr Dr. med. Andreas Ungeheuer, München
Herr Prof. Dr. med. Wolf Schellerer, Bamberg
Herr Prof. Dr. med. Tilman Mischkowsky,
Berlin
Herr Prof. Dr. med. Hans-Joachim Wiendl,
Bamberg
Herr Prof. Dr. med. Klaus Roosen, Würzburg
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Gert Carstensen,
Mülheim
Herr Prof. Dr. med. Peter M. Vogt, Hannover
Herr Prof. Dr. med. Fritz L. Ruëff, München

- Herr Prof. Dr. med. Karl-Joseph Paquet, Bad Kissingen
- Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Volker Schumpelick, Aachen
- Herr Prof. Dr. med. Yoshiki Hiki, Tokio/Japan
- Herr Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith, Konstanz
- Herr Dr. med. Goswin von Mallinckrodt, München
- Herr Prof. Dr. med. Lothar Kinzl, Ulm
- Frau Ingrid und Herr Dr. med. Robert Raus, Riedlingen
- Frau Dr. med. Ursula Engel, Hamburg
- Enddarm-Zentrum Bietigheim,
Herr Dr. med. Wolfgang Pfeiffer,
Herr Dr. med. Markus Piro-Noack,
Herr Dr. med. Edgar Kraft
- Herr Prof. Dr. med. Thomas Rüedi, Maienfeld/Schweiz
in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Chur/Schweiz
- Herr Prof. Dr. med. Gert Specht, Berlin
- Herr Prof. Dr. med. Henning Weidemann, Berlin
- Herr Prof. Dr. med. Otto Scheibe, Stuttgart
in memoriam Prof. Dr. med. Helmut Remé, Lübeck
- Herr Prof. Dr. med. Stephan Langer, Mönchengladbach
- Herr Dr. med. José Luis Narro, Köln
- Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Ulf Wayand, Linz
- Herr Prof. Dr. med. Werner Grill, Starnberg
- Herr Prof. Dr. med. Fritz Kümmerle, Mainz
- Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Friedrich Stelzner, Bonn
- Herr Prof. Dr. med. Günther Vetter, Bad Vilbel
in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Bernhard Sprung, Dresden
- Frau Dr. med. Eva Böhlau, Bad Soden
1991–2011 DGT in memoriam
Prof. Dr. med. Ingolf Vogt-Moykopf
zum 80. Geburtstag
- Herr Prof. Dr. med. Gerhard Krönung, Wiesbaden
in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke, Regensburg
- Herr Prof. Dr. med. Alois Fürst
- Herr Dr. med. Arthur Heiligensetzer
- Herr Dr. med. Peter Sauer
- Herr Dr. med. Bernfried Pikal
- Herr Dr. med. Johannes Winfried Pruy
in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke, Regensburg
- Herr Prof. Dr. med. Christian Müller, Hamburg
- Herr Dr. med. Friedrich Klee, Heidelberg
- Herr Prof. Dr. med. Karl Dinstl, Wien
in memoriam Prof. Dr. med. K. Keminger
- Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim
- Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen
- Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
- Herr Dr. med. Helge Hölzer, Stuttgart
in memoriam Prof. Dr. med. Gerhard Köveker, Sindelfingen und Böblingen
- Herr Dr. med. Friedemann Schreiter, Hamburg
- Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Hannover
- Herr Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler, Linden
- Herr Dr. med. Frank U. Zittel, Frankenthal
in memoriam Prof. Dr. med. Richard Xaver Zittel
- Herr Prof. Dr. med. Wulf Brands, Karlsruhe
in memoriam Dr. med. Hartmut Wirth, Mannheim
- Herr Prof. Dr. med. habil. Dieter Bokelmann, Essen
in memoriam Dr. med. Ottmar Kohler, Idar-Oberstein
- Herr Prof. Dr. med. Hermann Bünthe, Münster
- Frau Dr. Eva Appel, Frankfurt/Main
in memoriam Prof. Dr. med. Alexander Appel
- Herr Prof. Dr. med. Gerhard Schönbach, Freiburg
- Frau Prof. Dr. med. Dorothea Liebermann-Meffert, Freiburg
in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Basel
- Herr Dr. med. Andreas Dörmer, Frankfurt/Main
- Herr PD Dr. med. habil. Klaus H. Fey, Berlin
in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Linder, Heidelberg, Prof. William P. Longmire Jr., Los Angeles
- Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Köle, Graz
in memoriam Prof. Dr. med. Adolf Winkelbauer und Prof. Dr. med. Franz Spath
- Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Helmut Wolff, Berlin
- Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.
in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Rehbein
- Herr Prof. Dr. med. E. Ulrich Voss, Karlsruhe
in memoriam Herr Prof. Dr. med. Jörg F. Vollmar
- Herr Dr. med. Christoph Bubb, Landshut
- Herr Dr. med. Bernhard Arlt, Herne
- Herr Prof. Dr. Axel Laczkovics, Bochum
in memoriam Prof. Waldemar Kozuschek, Bochum
- Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau, Bochum
in memoriam Prof. Dr. med. Hans Hellmuth Hirsch
- Herr Prof. Dr. med. Otto-Andreas Festge, Greifswald, Herr Dr. med. Reinhold Festge, Oelde, Frau Dr. med. Brigitte Festge, Greifswald
in memoriam Dr. med. Otto Festge
- Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
- Herr Prof. Dr. med. Horst Hamelmann, Kiel
- Herr Prof. Dr. med. Paul Hahnloser, Zürich
in memoriam Prof. Dr. med. Åke Senning
- Herr Dr. med. Christoph Schüürmann, Bad Homburg
- Dres. med. Hermann und Beate Sons, Kassel
in memoriam Dr. med. Paula Rotter-Pool, Berlin
- Herr Prof. Dr. med. Rolf Schlumpf, Zürich
- Herr Prof. Dr. med. Reinhart T. Grundmann, Burghausen
in memoriam Margarethe Grundmann, Burghausen
- Herr Prof. Dr. med. Helmut Witzigmann
von seinen Mitarbeitern der Chirurgischen Klinik Dresden-Friedrichstadt
- Herr Dr. med. Claus Müller, Dresden
- Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Hartig, Leipzig
- Herr Dr. med. Klaus Schellerer, Bamberg
in memoriam Dr. med. Heinrich Schellerer und Prof. Dr. med. Gerd Hegemann

BAUSTEIN IN BRONZE

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

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. November 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	L. Prantl, Regensburg
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

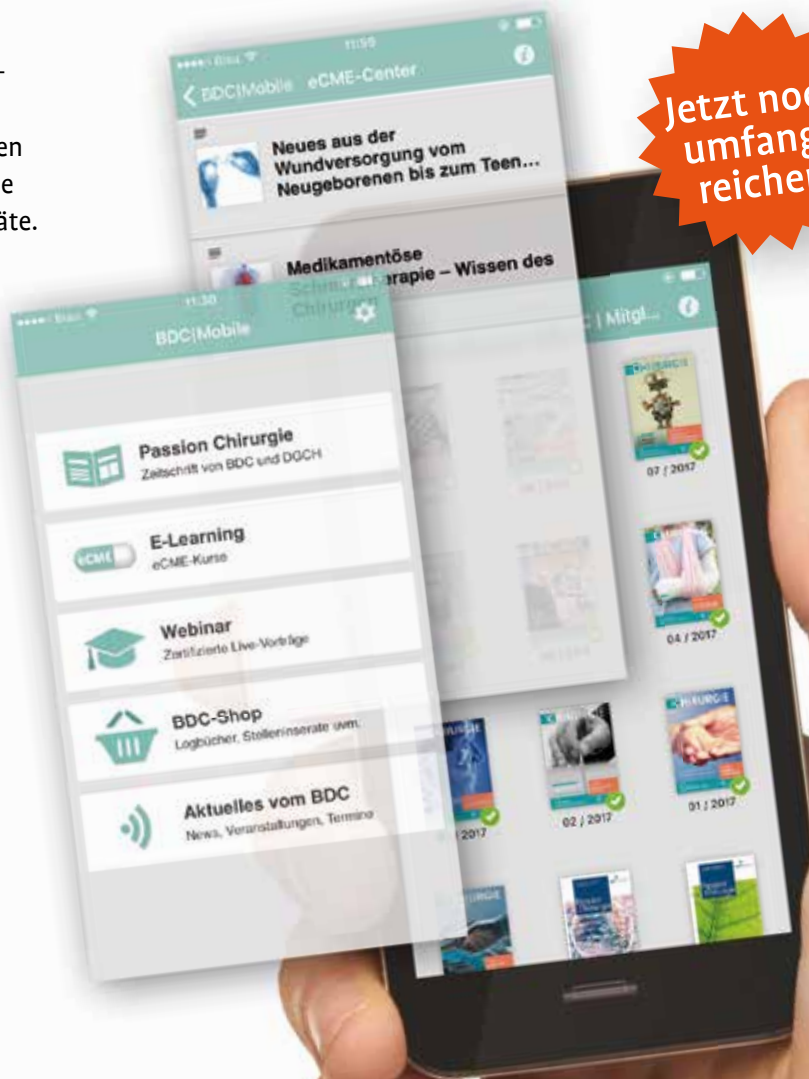
Die schnellsten Infos für
Chirurginnen und Chirurgen

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
10/2019



INHALTSVERZEICHNIS DER eMAGAZIN AUSGABE OKTOBER 2019

EDITORIAL

Nachwuchs in der Chirurgie

SCHAUFENSTER

CHIRURGIE

IM FOKUS

Bausteine der chirurgischen Weiterbildung
Famulatur in der Niederlassung – Studierende in der chirurgischen Praxis
Strukturierte Grundvoraussetzungen für das Praktische Jahr

CHIRURGIE+

Will man nach dem Praktischen Jahr immer noch ChirurgIn werden?

Chirurgische Versorgung für alle – Studentisches Engagement in der Globalen Chirurgie

Webinar-Termin im November 2019: S2e-Leitlinie „Schenkelhalsfrakturen“

Drei Jahre Smart Learning® in der medizinischen Fortbildung – Hygienebeauftragter Arzt

Entscheidungen treffen – mit Erfahrung und Struktur, Mut und Empathie

Safety Clip: Aus Zwei mach Eins – Von der monodisziplinären Notaufnahme hin zur Zentralen Notaufnahme

Hygiene-Tipp: Die Anlage eines transurethralen Harnblasenkatheters im OP oder „Leg mal schnell noch einen DK“
Personalia

RECHT

F+A: Einholung einer betreuungsgerichtlichen Genehmigung bei betreuten Patienten

F+A: Insekten im OP

GESUNDHEITSPOLITIK

Kommentar oder doch eher ein Essay zu „Pflegepersonaluntergrenzen: Ziel verfehlt“
Reaktion auf den Referentenentwurf des „Faire-Kassenwahl-Gesetzes“
Aktuelle Meldungen

INTERN DGCH

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
Spendenaufuf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
DGCH-Präsidium ab 1. Oktober 2019
Meine Daten haben sich geändert

INTERN BDC

BDC|News
BDC|Landesverbände
BDC|Pressespiegel
Termine BDC|Akademie
Veranstaltungshinweise
Lifestyle-Angebote im Oktober 2019

PANORAMA

Als deutscher Chirurg in Dubai – eine ambivalente Betrachtung

eMagazin
11/2019



INHALTSVERZEICHNIS DER eMAGAZIN AUSGABE NOVEMBER 2019

EDITORIAL

Digitalisierung im Gesundheitswesen!

SCHAUFENSTER

CHIRURGIE

IM FOKUS

Digitales Krankenhaus – ständiger Wandel ist zum Normalfall geworden
Die Digitalisierung nicht anderen überlassen!

CHIRURGIE+

Webinar-Termin im Dezember 2019: S2e-Leitlinie „Karpaltunnelsyndrom, Diagnostik und Therapie“

HBA – Ende der Übergangsfrist am 31.12.2019

Bundeskongress Chirurgie 2020: Freiberuflichkeit und Kollegialität im chirurgischen Alltag

IT-Sicherheit ist Chefsache!

Hygiene-Tipp: Handschuhe und Hand-
schuhwechsel im OP: Wie und wann?
Personalia

RECHT

Big Data – wem gehören die Daten?

F+A: Anhebung der Beschäftigtenzahl für
Bestellpflicht eines Datenschutzbeauftragten

F+A: Blutentnahme für HIV-Test nach
Nadelstichverletzung

GESUNDHEITSPOLITIK

Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation

Chirurgen und Orthopäden kritisieren geplante Änderung des Notfallsanitätärgesetzes

Aktuelle Meldungen

INTERN DGCH

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
Spendenaufuf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
DGCH-Präsidium ab 1. November 2019
Meine Daten haben sich geändert

INTERN BDC

BDC|News
BDC|Landesverbände
BDC|Pressespiegel
Termine BDC|Akademie
Veranstaltungshinweise
Lifestyle-Angebote im November 2019

PANORAMA

Schwanger im OP – Erfahrungsbericht der Einführung eines Leitfaden-gestützten Konzeptes



AUS DEM
BDC

WOLFGANG MÜLLER-OSTEN-MEDAILLE



FÜR BESONDERES ENGAGEMENT

Bei der Präsidiumssitzung in Berlin wurden zwei Wolfgang Müller-Osten-Medaillen durch den BDC-Vorstand verliehen. Der BDC verlieh diese Ehrenmedaillen für besonders großes Engagement im BDC an Herrn Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling und Herrn Rainer Kübke.

KOOPERATIONSPARTNER



AESCULAP AKADEMIE

Die Kooperation der BDC|Akademie mit der Aesculap Akademie wird im Jahr 2021 ausgebaut werden. Die Zusammenarbeit wird im Bereich der DRG-Seminare fortgesetzt.

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



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

Impressionen vom Nachwuchs-Kongress „Staatsexamen & Karriere“ in Berlin

Am 20. und 21. September 2019 fand der Nachwuchs-Kongress „Staatsexamen & Karriere“, den der BDC gemeinsam mit dem Berufsverband der Internisten (BDI) veranstaltet, in Berlin statt.

Neben Tipps und Tricks aus dem Klinikalltag steht der praktisch-mündliche Prüfungsteil der beiden Pflichtfächer Chirurgie und Innere Medizin im Zentrum der Veranstaltung.

Informieren Sie Ihren Nachwuchs:

Der nächste Kongress „Staatsexamen und Karriere“ findet am 13. und 14. März 2020 in Frankfurt am Main statt.

Anmeldung und Information unter:

www.staatsexamenundkarriere.de



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



Jahrestreffen des Landesverbands BDC|Baden-Württemberg

Protokoll vom Jahrestreffen des Landesverbands BDC|Baden-Württemberg am 26.09.2019 von 16:00–16:30 Uhr

Die Einladung erfolgte fristgerecht schriftlich an alle eingetragenen Mitglieder des BDC Baden-Württemberg.

Die Veranstaltung erfolgte im Rahmen der 107. Jahrestagung der Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen am Universitätsklinikum Ulm.

Die Anwesenheitsliste ist diesem Protokoll als Anlage beigelegt.

TOP 1. STRUKTUR DES LANDESVERBANDES

TOP 2. TÄTIGKEITSBERICHT DER VERGANGENEN VIER JAHRE

TOP 3. ENTLASTUNG DES BISHERIGEN VORSTANDES

Der bisherige Vorstand wird einstimmig 12/12 entlastet. Herr Dr. med. J. Richter scheidet aus eigenem Wunsch aus dem Vorstand aus.

TOP 4. WAHL DES NEUEN VORSTANDES

Als Wahlleiter stellt sich Herr Prof. Dr. L. Staib (Klinikum Esslingen) zur Verfügung. Von den Mitgliedern bestehen dagegen keine Einwände. Die Wahl erfolgt anhand der vorgeschlagenen Wahlliste. Gegen die Kandidaten werden keine Vorbehalte vorgebracht. Die Wahl erfolgt offen per Handzeichen. Für die Wahlliste stimmen 9/12 mit ja bei 3/12 Enthaltungen und keiner Gegenstimme. Die Kandidaten nehmen die Wahl an.

Die Struktur des Landesverbands Baden-Württemberg besteht demnach bis 2023 wie folgt:

1. Vorsitzender

Prof. Dr. med. Michael Schäffer (Stuttgart)

2. Vorsitzender

Dr. med. Christoph W. Jaschke (Waldkirch)

Regionalvertreter der niedergelassenen Chirurgen:

Dr. med. Matthias Szabo (Tuttlingen)

Dr. med. Christoph W. Jaschke (Waldkirch)

TOP 5. SONSTIGES

Prof. Schäffer regt die Teilnahme an den Fachvorträgen der Jahrestagung 2019 an und ermutigt die Kolleginnen und Kollegen dazu, sich aktiv einzubringen.

Jahrestreffen des Landesverband BDC|Baden-Württemberg. Passion Chirurgie. 2019 Dezember, 9(12): Artikel 07_03.



Hier finden Sie mehr zu Ihrem Landesverband: www.bdc.de, Rubrik Der BDC | BDC|Landesverbände.



App.in.den.OP®!



App.in.den.OP®

Chirurgischer Stellenmarkt als kostenlose App für Smartphones und Tablets

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



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

Erhältlich im App Store



Kostenlos im App Store und auf Google Play erhältlich!

Jetzt installieren!

GET IT ON Google play



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. Daniel Bastian

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. Christoph W. Jaschke

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Szabo

Regionalvertreter NL
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

BDC-PRESSESPIEGEL

17.10.2019

Notfallsanitäter sollen ärztliche Aufgaben übernehmen dürfen

Notfallsanitäter sollen unter bestimmten Bedingungen bei Patienten in lebensbedrohlichen Situationen eigenständig ärztliche Aufgaben übernehmen dürfen. Eine entsprechende Änderung am Notfallsanitätergesetz strebt die Große Koalition mit einer Ergänzung für das Gesetz...

16.10.2019 Ärztezeitung

Koalition will am Arztvorbehalt festhalten

Die Koalitionsfraktionen gehen bei der geplanten Änderung des Notfallsanitätergesetzes auf Gegenkurs zum Bundesrat. Während die Länder den Sanitätern Kompetenzen zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde übertragen wollen, halten Union und SPD im Bundestag das für unangemessen.

16.10.2019 Management&Krankenhaus

Chirurgen befürworten MDK-Reformgesetz

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) begrüßt den „Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen – MDK-Reformgesetz“. Durch den Einbezug von Vertretern u.a. der Patienten, Verbraucher, Pflegeberufe und Ärzteschaft soll die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes...

09.10.2019 ÄrzteZeitung

Immer mehr Ärzte praktizieren im Ruhestand weiter

Deutlich mehr als eine Million Senioren gehen in ihrem Ruhestand noch arbeiten. Auch in vielen Arztpraxen und Kliniken gehören die Silver Worker zum betrieblichen Alltag. Eine Umfrage zeigt Chancen und Herausforderungen...

19.08.2019 Ärzteblatt

Belegärzte: Kampf für das Belegsysteem

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 Präsidenten 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...

23.05.2019 aerzteblatt.de

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

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

13.05.2019 aerzteblatt.de

Chirurgen dringen auf klare Aufgabenteilung bei Ausbildungsreform von OP-Assistenten

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

www.bdc.de/presse/

Termine BDC | Akademie

CURRICULUM BASISCHIRURGIE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
28.02.2020	29.02.2020	Potsdam	2020-21512	Workshop: Intensivmedizin & Reanimation	Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch	500,00	700,00
06.03.2020	07.03.2020	Leipzig	2020-21520	Seminar Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Dr. med. Ehrhardt Weiß	100,00	200,00
19.03.2020	21.03.2020	Bochum	2020-21665	Common Trunk	Dr. med. Jörg Sauer; Prof. Dr. med. Vallböhmer	350,00	550,00
07.05.2020	09.05.2020	Hamburg	2020-21666	Common Trunk	PD Dr. med. Dr. Uwe Johannes Roblick; Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith	350,00	550,00
11.06.2020	12.06.2020	Berlin	2020-21509	Basischirurgie: Praktisches Seminar - Orthopädie und Unfallchirurgie	Dr. med. Thomas Stoffels	300,00	500,00
22.06.2020	25.06.2020	Tuttlingen	2020-21663	Common Trunk	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	400,00	600,00

FACHARTZTVORBEREITUNG

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
10.02.2020	14.02.2020	Berlin	2020-23691	Facharztseminar Gefäßchirurgie	Prof. Dr. med. univ. Andreas Greiner	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
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
04.05.2020	08.05.2020	Hamburg	2020-23820	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großerlinden	350,00	550,00
04.05.2020	07.05.2020	Solingen	2020-23686	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Wolfgang Schwenk	350,00	550,00
15.06.2020	19.06.2020	Erfurt	2020-23670	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Albrecht Stier	350,00	550,00
17.06.2020	19.06.2020	Erlangen	2020-23711	Facharztseminar Thoraxchirurgie	Prof. Dr. Dr. h.c. Horia Sirbu	350,00	550,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
22.01.2020	24.01.2020	Augsburg	2020-23610	Spezielle Unfallchirurgie Teil I	Prof. Dr. med. Edgar Mayr	300,00	500,00
23.01.2020	24.01.2020	Berlin	2020-22400	CAMIC 1	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
20.02.2020	21.02.2020	Berlin	2020-22402	CAMIC 2	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
28.02.2020		Bonn	2020-23632	Kindertraumatologie für D-Ärzte	PD Dr. med. Hans Goost; Prof. Dr. Christof Burger; Prof. Dr. Axel Prokop	150,00	250,00
28.02.2020		Bonn	2020-25840	Rehabilitationsmedizin / -Management	Dr. med. Werner Boxberg	150,00	250,00
29.02.2020		Bonn	2020-25810	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung	Dr. med. Werner Boxberg	300,00	500,00
12.03.2020	13.03.2020	Berlin	2020-22404	CAMIC 3	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
19.03.2020	20.03.2020	Berlin	2020-24630	Update Robotische Chirurgie	PD Dr. med. Hans Fuchs	300,00	400,00
02.04.2020	03.04.2020	Berlin	2020-22406	CAMIC 4	Prof. Dr. F. Köckerling	400,00	600,00
24.04.2020		Berlin	2020-25850	Rehabilitationsmedizin/-management	Dr. med. Werner Boxberg	150,00	250,00
04.05.2020	05.05.2020	Berlin-Buch	2020-23679	Viszeralchirurgie Kompakt Adipositaschirurgie	Prof. Dr. med. Volker Lange	300,00	500,00
06.05.2020	08.05.2020	Berlin	2020-23681	Viszeralchirurgie Kompakt: Endokrine Chirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller; Dr. Mechthild Hermanns	300,00	500,00
08.05.2020	09.05.2020	Mannheim	2020-23675	Viszeralchirurgie Kompakt: Proktologie	Prof. Dr. med. Dieter Bussen; Prof. Dr. med. Alexander Herold; Dr. med. Andreas K. Joos	300,00	500,00
13.05.2020	15.05.2020	Berlin	2020-23671	Viszeralchirurgie Kompakt: Hepatobiliäre Chirurgie	Prof. Dr. med. Johann Pratschke; PD Dr. med. Moritz Schmelzle; PD Dr. med. Robert Öllinger; PD Dr. med. Wenzel Schöning	300,00	500,00
03.06.2020	05.06.2020	Aachen	2020-23680	Spezielle Unfallchirurgie Teil II	Prof. Dr. med. Frank Hildebrand	300,00	500,00
11.06.2020	12.06.2020	Berlin	2020-23678	Viszeralchirurgie Kompakt: Kolorektale Chirurgie	Dr. med. Oliver Haase; Prof. Dr. med. Martin Kreis; Prof. Dr. med. Johann Pratschke	300,00	500,00
12.06.2020	13.06.2020	Döllnsee	2020-23682	11. Brandenburger Viszeralchirurgisches Update	Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch; Prof. Dr. med. Hubertus J. C. Wenisch	30,00	50,00
18.06.2020	19.06.2020	Köln	2020-23677	Viszeralchirurgie Kompakt: Oberer Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. med. Christiane Bruns; Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder; Prof. Dr. med. Jessica Leers	300,00	500,00

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
07.02.2020	08.02.2020	Nürnberg	2020-24712	Abschlusscolloquium hygienebeauftragte Ärzte (Bundeskongress Chirurgie)	Prof. Dr. med. Axel Kramer		
15.05.2020	16.05.2020	Berlin	2020-24707	Abschlusscolloquium Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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	300,00	500,00
27.03.2020	28.03.2020	Berlin	2020-26531	Führungsseminar für Chirurginnen – Modul 1	Dr. med. Gunda Leschber, Sabine Schicke	450,00	650,00
24.04.2020		Berlin		Kindertraumatologie für D-Ärzte (DCK)	Dr. med. Werner Boxberg	50,00	50,00
23.04.2020		Berlin		Workshop DRG-System: Dokumentation, Kodierung und Abrechnung (DCK)	Prof. Dr. Thomas Auhuber		
24.04.2020	25.04.2020	Berlin	2020-27832	Praxis-Optimierung	Dr. med. Peter Kalbe	350,00	500,00
25.04.2020		Berlin	2020-27708	Abrechnungsseminar EBM mit Änderungen zum 01.04.2020	Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg	140,00	240,00
25.04.2020		Berlin	2020-27841	Auffrischkurs Strahlenschutz für Ärzte und MFA, MTA, MTAA	Dr. med. Dipl.-Phys. Harald R. Krüger	120,00	200,00
15.05.2020	16.05.2020	Berlin	2020-26532	Führungsseminare: Modul 2 - Durchsetzungsstrategien im Klinikalltag	Dr. med. Gunda Leschber; Prof. Dr. med. Katja Schlosser; Sabine Schicke	450,00	650,00
16.05.2020		Berlin	2020-24760	Medizinische Krisenkommunikation unter juristischen und medialen Aspekten	Dr. jur. Jörg Heberer; Holger Münsinger	200,00	400,00
06.06.2020		Berlin	2020-25590	Der Chirurg als Gutachter im Behandlungsfehlerprozess	Prof. Dr. med. Heiner Wenk	250,00	400,00
12.06.2020	13.06.2020	Berlin	2020-26533	Führungsseminare: Modul 3 - Erfolgsstrategien in eigener Sache	Dr. med. Gunda Leschber; Prof. Dr. med. Katja Schlosser; Sabine Schicke	450,00	650,00

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

Tel: 030/28004-120, Fax: 030/28004-108 oder per E-Mail: akademie@bdc.deoder über BDC|Online unter www.bdc.de, Rubrik BDC|Akademie | Alle Veranstaltungen

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
10.02.2020	14.03.2020	Berlin	Methoden der Fallanalyse für Schadenfälle, CIRS, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen	Ärztekammer Berlin Abteilung Fortbildung / Qualitätssicherung	850,00	850,00
21.02.2020	21.02.2020	Hamburg	Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250,00	250,00
09.03.2020	14.03.2020	Köln	MVZ-Geschäftsführer/in (IHK) - Fortbildung mit IHK-Zertifikat	Frielingsdorf Consult GmbH	3.504,55	3.867,50
13.03.2020	13.03.2020	München	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250,00	250,00
27.03.2020	27.03.2020	Essen	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250,00	250,00
04.05.2020	08.05.2020	Köln	Praxismanager/in (IHK) Arztpraxis / MVZ Fortbildung mit IHK-Zertifikat	Frielingsdorf Consult GmbH	2.409,75	2.677,50
22.05.2020	23.05.2020	München	6th Munich Shoulder Fracture 2020	Intercongress GmbH		
11.06.2020	13.06.2020	Bremenhaven	203. NDCH e. V. Tagung «Chirurgie - Jetzt - Gestalten»	Vereinigung Norddeutscher Chirurgen (NDCH) e. V.		
04.09.2020	04.09.2020	Hannover	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250,00	250,00
21.09.2020	26.09.2020	Köln	MVZ-Geschäftsführer/in (IHK) - Fortbildung mit IHK-Zertifikat	Frielingsdorf Consult GmbH	3.504,55	3.867,50
22.09.2020	22.09.2020	Köln	GKV-Abrechnung für Ärzte und MFA: Honorarbescheide lesen und verstehen!	Frielingsdorf Consult GmbH	464,10	583,10
02.10.2020	02.10.2020	Essen	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250,00	250,00
02.11.2020	06.11.2020	Köln	Praxismanager/in (IHK) Arztpraxis / MVZ Fortbildung mit IHK-Zertifikat	Frielingsdorf Consult GmbH	2.409,75	2.677,50

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Dezember 2019

%

25 %



AMAPUR: 25 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

12 %



EXPEDIA: 12 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

15 %



FALKE: 15 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

50 %



**STAGE ENTERTAINMENT: BIS ZU 50 %
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.

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

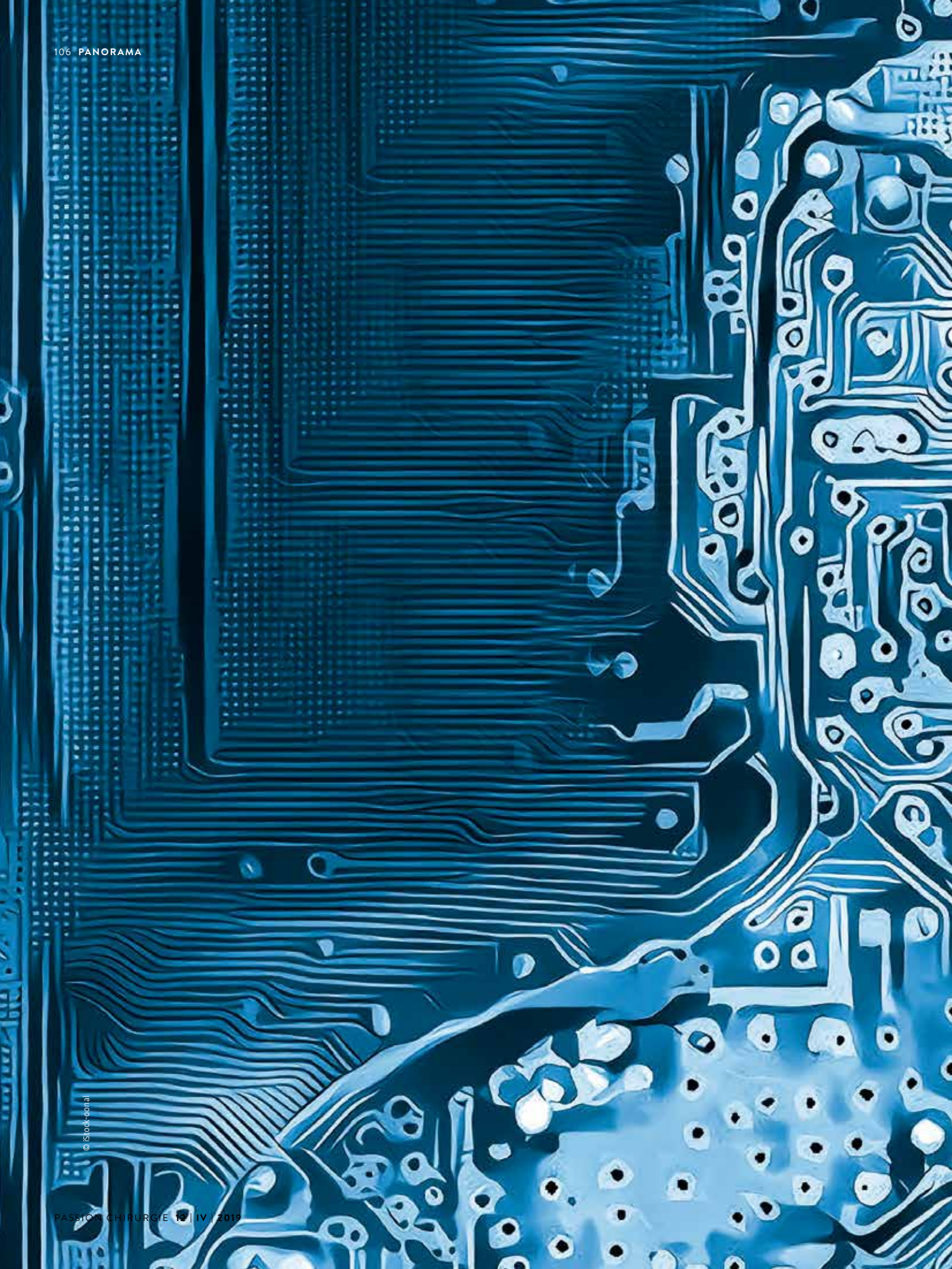
Mobitelefonnummer

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!



PANORAMA

Chirurgie und Industrialisierung der Medizin

Zum Geist der Chirurgie im Zeitalter der Industrialisierung der Medizin

Wir leben in einer Zeit, in der die Identität der Medizin weggespült zu werden droht, denn die moderne Medizin wird heute vollkommen unreflektiert nach dem Modell der industriellen Produktion gesteuert und nach rein ökonomischen Gesichtspunkten bewertet. Dadurch gerät die Medizin in einen Strudel, der ihre eigenen Werte geradezu auf den Kopf stellt, denn in einem ökonomisier-

ten und industrialisierten System wird das Anliegen der Ärzte, weswegen sie sich für einen Helferberuf entschieden haben, immer mehr zur Nebensache. Den Ärzten wird heute nicht mehr erlaubt, nach ärztlich-medizinischen Gesichtspunkten zu entscheiden, sondern ihnen wird durch entsprechende Anreize suggeriert, dass die medizinische Logik korrigiert werden muss. Aber das ist grundlegend falsch.



Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A. phil.

Lehrstuhl für Medizinethik
Direktor des Instituts für Ethik und
Geschichte der Medizin
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Stefan-Meier-Straße 26
D-79104 Freiburg i.Br.
maio@ethik.uni-freiburg.de

HERRSCHAFT BETRIEBLICHER RATIONALITÄT

Das Grundproblem der modernen industrialisierten Medizin besteht darin, dass die Ärzte ihre eigentliche Leistung jeden Tag unter Wert verkaufen und deswegen glauben, sich dem System beugen zu müssen und aktivistisch zu werden. Man darf sich aber den Blick auf den Kern der ärztlichen Leistung, die jeden Tag unsichtbar vollzogen wird, durch die irrationalen Vorgaben nicht versperren lassen.

Die Normen des ökonomisierten Systems stammen aus der industriellen Massenproduktion und, bedingt durch eine solch vereinfachende Vorstellung von ärztlicher Betreuung, wird in den Köpfen der Verantwortlichen die Leistung der Ärzte auf das Anbieten standardisierter Behandlungsschablonen reduziert. Diese Konzeption steht in Zusammenhang mit einer politischen Ideologie, das Handeln der Ärzte über bürokratische Normierung restlos steuerbar zu machen. Dass man überhaupt eine solche Steuerungsfantasie entwickeln konnte, macht deutlich, dass das System die Ärzte insgeheim zu Ingenieuren für den Menschen umdefiniert hat. Das ist einer der vielen eklatanten Denkfehler, die dem Gesamtsystem zugrunde liegen. Gerade weil man irrtümlich davon ausgeht, dass die Behandlung von Patienten einer Technik am Objekt gleichkomme, übernimmt man nicht nur eine gesamte Qualitätssicherung, die ursprünglich für den ingenieurwissenschaftlichen Kontext konzipiert war, sondern viel gravierender noch, man unterwirft die gesamte Medizin einer Checklisten-Rationalität, die zu einer verhängnisvollen Überformalisierung, Überregulierung und Überbürokratisierung führt. Über die Verbürokratisierung erfolgt eine numerische Wirklichkeitskonstruktion, die sukzessiv zu einem radikalen Umbau der Legitimationsstrukturen führt, dergestalt, dass nicht mehr soziale Werte, sondern nackte Zahlen als einzige Legitimation medizinischen Handelns gelten. Nicht die Verwirklichung einer genuin sozialen Praxis gilt als Rechtfertigung des Handelns, sondern die Maximierung der Zahl und was nicht gezählt werden kann, gilt als

wertlos. Es wird so getan, als sei ein System jenseits der betriebswirtschaftlichen Logik ein von Grund auf dysfunktionales System. Vorherrschend ist der implizite Glaube daran, dass nur die betriebswirtschaftliche Logik Funktionierendes hervorbringen kann. Dass die Ärzte ihre eigene Logik haben, wird vollkommen ausgeblendet, ja direkt negiert. Die Hegemonialmacht betriebswirtschaftlichen Denkens führt sukzessive zu einer Delegitimierung aller nicht-instrumentellen Rationalitätsformen. Und so wird alles Verhalten unter ein ökonomisches Tribunal gestellt, durch das der soziale Gehalt der ärztlichen Tätigkeit vollkommen ignoriert wird und somit sukzessive aus dem Bewusstsein der Ärzte verdrängt werden soll.

LEITBILD DIESER VORGABEN IST DIE FLIESSBANDPRODUKTION STANDARDISierter ROUTINEÜBUNGEN.

Im durchbürokratisierten System wird die detaillierte Regulierung an die Stelle der individuellen Lösung gesetzt, das deduktive Ableiten an die Stelle des induktiven Erschließens. Leitbild dieser Vorgaben ist die Fließbandproduktion standardisierter Routineübungen. Dass es zu einer solchen Bürokratisierungsspirale kommen konnte, liegt an einem weiteren folgeschweren Gedankenfehler; so hat man aus der Erkenntnis, dass die Dokumentation des Messbaren etwas Sinnvolles ist, kurzerhand geschlossen, dass alles Sinnvolle auch dokumentierbar sein muss. Dass dies einer mechanistischen Verengung des Denkens entspringt, wird einfach übersehen.

ÜBERREGULIERUNG, ÜBERFORMALISIERUNG, ÜBERBÜROKRATISIERUNG

Mit diesen Überlegungen soll verdeutlicht werden, dass in der gesamten modernen

Maio G: Zum Geist der Chirurgie im Zeitalter der Industrialisierung der Medizin. *Passion Chirurgie*. 2019 Dezember, 9(12): Artikel 09_01.



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

Medizin eine betriebswirtschaftliche Formallogik etabliert wird, mit der nicht nur Abläufe, sondern auch Werte vorgegeben werden. In einem betriebswirtschaftlich abgerichteten sozialen System findet eine Umwertung der Werte statt; hochgeschätzt werden formalisierungsaffine Werte wie Stromlinienförmigkeit und Reibungslosigkeit, unterschätzt und aus dem Wahrnehmungsmuster verbannt werden alle interaktionsbezogenen und reflexiven Werte. Gefördert wird somit nicht die individuelle Anpassung, sondern das Repetitive, nicht das Singuläre, sondern das Standardisierte, nicht das Besondere, sondern das Gewöhnliche. Finale Folge ist die Beförderung eines Trends zur Entdifferenzierung ärztlichen Denkens.

All das sind grundlegende Veränderungen, die die Identität der Chirurgie in ihrem Kern erschüttern. Denn die echte Herausforderung im Alltag der Chirurgie entzieht sich der Enge der Formalisierung. Das Reglement kann das Sich-Kümmern nicht ersetzen, weil ärztliches Handeln von Grund auf etwas anderes ist als technisches Produktionshandeln. Was für den einzelnen Patienten wirklich Hilfe bedeutet, das lässt sich nicht auf dem Reissbrett entwerfen, sondern das lässt sich erst über das Gespräch mit dem Patienten erschließen.

Ziel des gegenwärtigen Systems ist eine panoptische Kontrolle aller Handstriche in der Medizin. Das Vertrauen soll durch den Vertrag ersetzt werden und deswegen soll das individuelle Ermessen des Arztes durch scharf umrissene Handlungsvorgaben ersetzt werden. Ärztliches Handeln wird hier implizit wie ein Vertragsabschluss verstanden, bei dem alle Entscheidungen und Handlungen einen expliziten, schematischen und einklagbaren Charakter haben. Die ärztliche Hilfe wird zur rein formalen Leistungserbringung mit Garantiestempel. Diese Vorstellung aber reduziert die ärztliche Tätigkeit auf einen schematischen Ablauf und sie entwertet die eigentliche Leistung des Arztes, weil diese produktionstechnische Vorstellung von Medizin gar nicht berücksichtigt, was Medizin überhaupt ist und wie Medizin wirklich arbeitet.

DER DREIERSCHRITT DER ÄRZTLICHEN LOGIK

Ärztliches Handeln besteht immer aus drei Schritten [1]; die Diagnostik als ersten Schritt; ein induktiver Prozess, bei der Erfahrungsmomente eine große Rolle spielen, weil man einfach darauf kommen muss, was es sein könnte. Schon die Diagnostik ist nicht restlos schematisierbar, weil man Muster erkennen können und auf Zusammenhänge kommen muss, die nicht restlos in Algorithmen abgebildet werden können. Nach der Diagnostik erfolgt aber der entscheidende zweite ärztliche Schritt, nämlich der Reflexionsschritt; dieser reflektierte Beurteilungsschritt erfordert ein Zusammenbringen der objektiven Diagnose mit der Lebenswelt des Patienten. Das ist die eigentliche ärztliche Leistung, auf der einen Seite die Zahlen, die Evidenz, die Studien im Blick zu haben und zugleich nah an der individuellen Lebenswelt und der subjektiven Befindlichkeit des einzelnen kranken Menschen zu bleiben. Der gute Arzt ist somit immer Experte des formalisierbaren Wissens und gleichzeitig menschlicher Ansprechpartner für die nicht formalen lebensweltlichen Fragen des kranken Menschen. Hier geht es eben nicht primär um die Frage von richtig und falsch, sondern es geht um die Frage, was am besten zu dem einzelnen Patienten passt, was das speziell für ihn Geeignete ist. In diesen entscheidenden zweiten Schritt fällt der Schritt der Indikationsstellung [2]. Genau für die Indikationsstellung ist es notwendig, sich auf den individuellen Patienten einzulassen. Die medizinische Indikation ist ja ein aktiver Entscheidungsvorgang, der eine Abwägung erforderlich macht. In diese Abwägung fließen mehrere Gesichtspunkte hinein. Die Indikation ist unabdingbar gebunden an objektive Parameter, an den Sachstand der Wissenschaft, an den innerfachlichen Standard. Das macht deutlich, dass die Indikation im Grunde verhindern soll, dass Beliebigkeit herrscht in der Medizin. Für die Indikationsstellung ist es aber in gleicher Weise notwendig, die Individualität des Patienten in die ärztliche Beurteilung einzubeziehen. Das heißt, dass der Vorgang der Indikationsstellung unweigerlich eine singuläre Entscheidungsfindung voraussetzt. Die

Indikationsstellung ist deswegen grundsätzlich nicht vollends standardisierbar, sondern sie erfordert unabdingbar eine individuelle Beurteilungskunst, bei der es um das Zusammenführen von standardisiertem Wissen und einzelfallbezogenen Erwägungs- und Ermessensprozessen geht. Zu diesen Erwägungsprozessen gehört die Berücksichtigung der individuellen Situationslage des Patienten, seine lebensgeschichtliche Situation mit all den daran anknüpfenden Annahmen über die möglichen Wirkungen und Nebenwirkungen der Maßnahme.

Erst die Berücksichtigung des konkreten Patienten kann eine Prognoseaussage als Grundlage für die Indiziertheit möglich machen. Einerseits ist die Indikation das Resultat eines Entscheidungsprozesses, der immer rückgebunden wird an Indikationsregeln, die zu einem gewissen Grad formalisiert sind und nicht beliebig kreiert werden können, aber die Indikationsstellung kann andererseits nicht als eine schematische Umsetzung eines Algorithmus verstanden werden, weil sie neben den harten Fakten und Zahlen zwangsläufig auch die lebensweltlichen Aspekte des Patienten berücksichtigen muss und genau diese Berücksichtigung kann nur als Resultat eines ärztlichen individuellen Abwägungsprozesses verstanden werden. Das ist das, was man seit der Antike als ärztliche Kunst umschrieben hat. Eine Kunst, die nichts mit dem Künstlerischen zu tun hat, sondern die übersetzt werden muss als eine praktische Könnerschaft. Die ärztliche Kunst, die darin besteht, die Situation des Patienten verlässlich zu beurteilen, um dann mithilfe einer Problemlösungskompetenz einen guten Rat für den Patienten zu erteilen; die ärztliche Kunst, die in ihrem Kern eine Beurteilungskunst meint. Es geht um das Kennenlernen des Patienten, um das persönliche Sich-Interessieren, es geht um die Übernahme persönlicher Verantwortung im Sinne dessen, dass man sich schlichtweg um den Patienten kümmert. Und wenn man das leistet, dann wird man aus den oft vielfältigen therapeutischen Möglichkeiten diejenigen wählen, die nicht nur richtig, sondern auch und vor allen Dingen passend ist. All dies macht eine reflektierende Urteilskraft notwendig. Der dritte Schritt ist dann der

Eingriff, der kunstgerechte Vollzug der individuell herausgesuchten Therapiemethode.

FÜR OBSOLET ERKLÄRT WERDEN DIE ÄRZTLICHE BEURTEILUNGSKUNST, DIE ÄRZTLICHE ERFAH- RUNG, DAS ÄRZTLICHE GESPRÄCH, DIE ÄRZT- LICHE PROBLEMLÖ- SUNGSKOMPETENZ.

Diesen Dreischritt also, den man auch beschreiben könnte als Induktion – Reflexion – Aktion, macht die ärztliche Logik aus. Anhand dieses Dreischritts kann deutlich werden, wie die Überformalisierung der Medizin nach dem Modus der industriellen Produktion diesen Dreischritt einfach reduziert. Denn die industrielle Denkweise sorgt dafür, dass der so notwendige zweite Reflexionsschritt als Überbrückungskompetenz zwischen Diagnose und Therapie einfach ausgeschaltet wird. An die Stelle der ärztlichen Urteilskraft werden im gegenwärtigen System schlichtweg standardisierte Kategorien und Verfahrensweisen gesetzt; nach einer von Grund auf verbürokratisierten Vorstellung von Medizin hat sich die Therapie eindeutig aus der Diagnose zu ergeben. Das heißt also, dass mit der Industrialisierung der Medizin im Grunde ein Kurzschluss hergestellt wird zwischen Diagnose und Therapie und die ärztliche Urteilskraft damit stillschweigend für obsolet erklärt wird. Für obsolet erklärt wird die ärztliche Beurteilungskunst, die ärztliche Erfahrung, das ärztliche Gespräch, die ärztliche Problemlösungskompetenz. Aus der zentralen Problemlösungskompetenz des Arztes wird die technische Ausführungskompetenz gemacht, aus dem eigentlichen Arzt ein bloßer Leistungserbringer, aus der Komplexität des Patienten ein standardisierter Symptomträger, aus der medizinischen Praxis ein technischer Herstellungsprozess. Das ist der eigentliche gedankliche Hintergrund, vor dem es so selbstverständlich erscheint, die ärztliche

Leistung wie eine technische Produktionsleistung zu bewerten. Kaum jemand erkennt den schwerwiegenden Kurzschluss, den so entscheidenden klinischen Blick und die genuin professionelle Identität als Beurteilungskunst durch eine industrielle Mentalität zu ersetzen. Das System zielt letzten Endes darauf ab, die nicht sichtbar zu machende ärztliche Könnerschaft als Beurteilungskunst zu ersetzen durch eine strikte organisatorische und formalisierbare Handreichungslogik. Am Ende dieses reduzierten Medizinverständnisses steht eine Medizin, die nicht mehr selbst medizinisch agiert, sondern nur noch nicht-medizinisch verwaltet wird. Die sukzessive Deprofessionalisierung der Medizin mit dem Ziel ihrer Totalverwaltung im Sinne der effektiven Steuerung aller medizinischen Maßnahmen, das ist die implizite Vision moderner Gesundheitspolitik in allen westlichen Ländern und das ist der eigentliche Hintergrund für die totale Entwertung ärztlicher Leistung.

DER GEIST DER CHIRURGIE

Die gegenwärtige Tendenz, nur das sichtbare Ergebnis, nicht aber den unsichtbaren ärztlichen Entscheidungsprozess zu berücksichtigen, wertet die eigentliche chirurgische Leistung der Indikationsstellung radikal ab. Das ist fatal, denn die Qualität der Chirurgie hat etwas mit der Qualität des ärztlichen Rates zu tun, den man dem Patienten erteilt und nicht allein mit der Qualität des operativen Eingriffs per se. Heute wird die Chirurgie auf den Eingriff reduziert und damit entwertet man die geistige Leistung des Chirurgen, die sich in der guten Indikationsstellung und damit in der guten Beratung niederschlägt.

WIE WILL MAN NUN DAS WEITSICHTIGE UND PATIENTENGERECHTE NICHTOPERIEREN ALS LEISTUNG MESSEN?

In einer durchindustrialisierten Medizin werden Aktionen gezählt und gemessen, aber der Sinn

der Chirurgie erschöpft sich nicht in der Aktion, sondern in der Reflexion, in der Reflexion darauf, ob diese Aktion oder eine andere sinnvoll ist, ob überhaupt eine Aktion sinnvoll ist oder vielleicht ein Zuwarten oder Seinlassen des Eingriffs sinnvoller erscheint. Wie will man nun das weitsichtige und patientengerechte Nicht-operieren als Leistung messen? Wie will man den erfahrungsgeleiteten Nachdenkenprozess, der zu dieser Einschätzung führte, formalisieren? Und doch muss man anerkennen, dass es viele Situationen gibt, in denen man seinen Patienten am ehesten dadurch helfen kann, dass man ihn beruhigt und ihm rät, von einem Eingriff abzu- sehen, weil der Nichteingriff langfristig besser für sein Leben ist als die kurzfristige Aktion. Deutlich wird: man kann zwar Komplikationen zählen, aber nicht die guten Indikationen. Man kann den Outcome messen, aber ob der Eingriff auch sinnvoll war, das kann man nun mal nicht messen, sondern nur ermessen.

KOMBINATION AUS HANDWERKLICHER FER- TIGKEIT, WISSENSCHAFT- LICHER EXPERTISE UND ZUHÖRBEREITSCHAFT

Die eigentliche Könnerschaft der Chirurgie besteht im gekonnten Umgang mit Komplexität, sie besteht in der Verwirklichung einer Komplexitätsbewältigungskompetenz, die nichts anderes bedeutet als Problemlösungskompetenz. Diese Kompetenz, Komplexität im Sinne des Patienten zu erfassen und in eine gute Lösungsstrategie umzumünzen, diese Kompetenz kann nicht in Zahlen gegossen werden, weil diese Kompetenz mit der unzählbaren Fähigkeit zu tun hat, das Gesamtproblem zu erfassen, die Fähigkeit zum synthetischen Denken, die Fähigkeit zum integrativen Denken. Und für dieses Denken gibt es schlichtweg keine Zahl. Der Chirurg ist kein Handwerker, der ein perfektes Produkt abzuliefern hat, das man im Vorhinein genau bestellen kann, sondern er ist ein Professioneller, der seine Arbeit nur in der Verbindung von Aktion am und Interaktion mit dem Patienten verwirklicht sieht.

SCHLUSSFOLGERUNG

Es gilt zu bedenken, dass das, was für die produzierende Industrie Gültigkeit haben kann, für den ärztlichen Beruf des Chirurgen schlichtweg nicht stimmt. Die Qualität des Chirurgen bemisst sich in der Kombination aus handwerklicher Fertigkeit, wissenschaftlicher Expertise und Zuhörbereitschaft. Die gegenwärtige Industrialisierungsära reduziert die Güte der Chirurgie auf den ersten Pfeiler und ignoriert vollkommen die beiden anderen Pfeiler, obwohl nur die beiden letzten darüber entscheiden, ob man eine gute Indikation gestellt hat. Eine alleinige

Fokussierung auf die handwerkliche Fertigkeit ohne Berücksichtigung der Kunst der Indikationsstellung kommt daher einer Reduktion der Chirurgie auf ein reines Handwerk gleich, und das sollte die Chirurgie nicht mit sich machen lassen. Deswegen sollte die Chirurgie gerade heute im Zeitalter einer ökonomischen Überformung der gesamten Medizin entschieden dafür kämpfen, dass in ihrem Hoheitsgebiet nicht etwa primär produktionstechnische Werte gefördert werden, sondern genuin ärztliche Werte. Zur ärztlichen Logik gehört nicht primär Effizienz, Stromlinienförmigkeit und Beschleunigung, sondern zur ärztlichen Logik gehört Sorgfalt,

Ruhe, Weitblick, Geduld, Reflexivität und Zuwendung – alles Werte, die heute abgebaut werden und die doch neu in den Mittelpunkt gestellt werden müssen, um den Geist der Chirurgie zu bewahren.

LITERATUR

- [1] Maio G (201) Werte für die Medizin. Warum die Heilberufe ihre eigene Identität verteidigen müssen. München: Kösel
- [2] Maio G (2017) Mittelpunkt Mensch. Lehrbuch der Ethik in der Medizin. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer, 2017 

BILDERRÄTSEL



AND THE WINNER IS ...

... Dr. med. E. Rudolf, Fürth

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

AUFLÖSUNGEN

AUSGABE I / 2019

Gelenkmaus



AUSGABE II / 2019

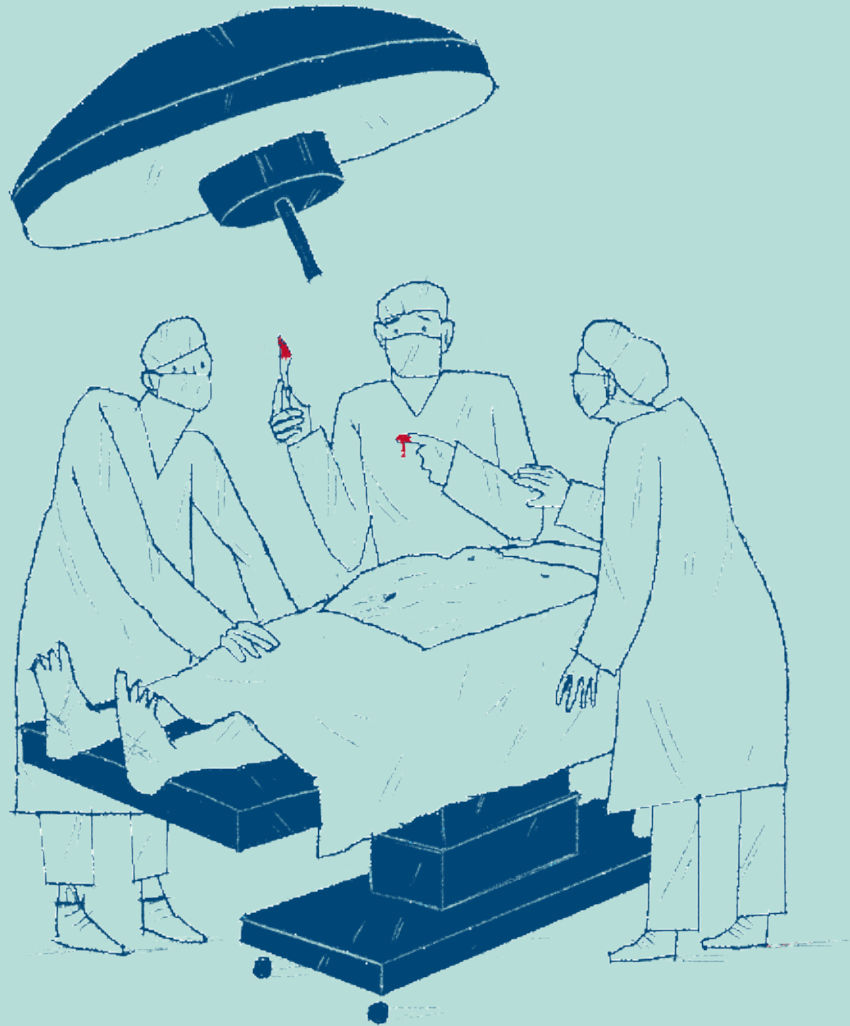
MORBUS HIRSCHSPRUNG



AUSGABE III / 2019

RADIUSFRAKTUR





Am Ende braucht jeder einen Verband.



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

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



TachoSil® – ruhig Blut!

Durch die Kraft der Natur.



TachoSil® Versiegelungsmatrix

Zusammensetzung: 1 cm² enthält: Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,0 I.E. Sonstige Bestandteile: Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E101), Natriumchlorid, Natriumcitrat, L-Argininhydrochlorid.
Anwendungsgebiete: TachoSil® wird bei Erwachsenen zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebeversiegelung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie angewendet, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie zur unterstützenden Versiegelung der Dura Mater, um postoperative Liquorleckagen nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** Intravasculäre Anwendung, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen kann es zu Hypersensitivität oder allergischen Reaktionen kommen (inklusive Angioödem, Brennen und Stechen an der Applikationsstelle, Bronchospasmus, Schüttelfrost, Flush, generalisierte Urtikaria, Kopfschmerz, Nesselausschlag, Hypotonie, Lethargie, Übelkeit, Ruhelosigkeit, Tachykardie, Engegefühl in der Brust, Kribbeln, Erbrechen, keuchende Atmung), die in Einzelfällen bis zur schweren Anaphylaxie führen. Derartige Reaktionen können insbesondere bei wiederholter Anwendung oder bei Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegenüber einem der Bestandteile des Präparates auftreten. Antikörper gegen Komponenten von Fibrinkleberprodukten können in seltenen Fällen auftreten. Häufigkeit nicht bekannt: Anaphylaktischer Schock, Überempfindlichkeit, Thrombose, Darmverschluss (in der Bauchchirurgie), Adhäsionen. **Wechselwirkungen sowie weitere Hinweise:** siehe Fachinformation. **Verschreibungspflichtig. Chargendokumentationspflichtig. EU-Zulassungsinhaber:** Takeda Austria GmbH, A-4020 Linz, Österreich **Kontaktadresse d. pharm. Unternehmens in Deutschland:** Takeda GmbH, Byk-Gulden-Str. 2, 78467 Konstanz, Tel.: 0800 8253325, medinfo@takeda.de, Stand: 03/2016