

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

CUM STATT CONTRA –
EIN PLÄDOYER FÜR EIN
MEHR AN MITEINANDER

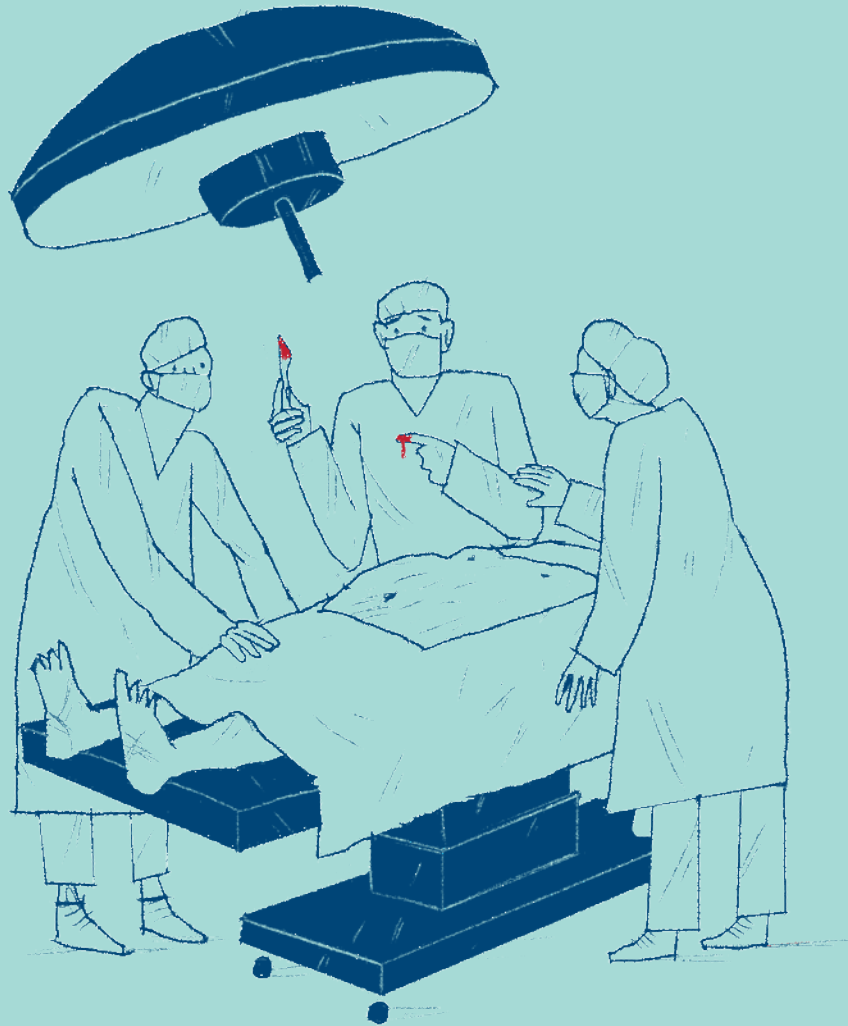
im Fokus

FEHLBILDUNGEN
IN DER KINDER-
CHIRURGIE

05 | 2020

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN





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

Fehlbildungen im Fokus der Kinderchirurgie



Prof. Dr. med. Peter P. Schmittenbecher

Direktor der Kinderchirurgischen Klinik,
Klinikum Karlsruhe
Präsident der Deutschen Gesellschaft für
Kinderchirurgie (2017–2020)
Leiter der Sektion Kindertraumatologie der
Dtsch. Ges. für Unfallchirurgie
Moltkestr. 90
76133 Karlsruhe
peter.schmittenbecher@klinikum-karlsruhe.de

Ein Herzstück der Kinderchirurgie ist die Korrektur von Fehlbildungen an den Organen des Thorax und des Abdomen, am Zwerchfell sowie bei Spaltbildungen an den Bauchdecken oder dem Neuralrohr. Meist sprechen wir von den „angeborenen Fehlbildungen“, einem Pleonasmus ähnlich dem weißen Schimmel, da es erworbene Fehlbildungen nicht gibt. Aus der Beschäftigung mit diesen Fehlbildungen ist die Kinderchirurgie entstanden. Die Entwicklungen der Kinderanästhesie und der Neonatologie haben entscheidend geholfen, Letalität und Mortalität dieser Fehlbildungen zu reduzieren, während die Perinatalmedizin dem frühen Erkennen, der ggf. gewünschten Schwangerschaftsunterbrechung, teilweise einer intrauterinen Behandlung, aber vor allem der guten elterlichen und ärztlichen Vorbereitung auf das Kommende den Weg bereitet hat. In Summe kommen heute etwa 200 Kinder/Jahr in der Bundesrepublik Deutschland mit einer Fehlbildung wie Ösophagusatresie, Bauchwanddefekt, Zwerchfellhernie oder Morbus Hirschsprung auf die Welt.

Schmedding und Rolle erläutern in ihrer Arbeit sehr deutlich, wie die angestiegene Zahl der Perinatalzentren Level 1 und der kinderchirurgischen Abteilungen zwangsläufig zu einer Diversifikation der ärztlichen und pflegerischen Expertise in der Betreuung dieser Kinder führt. Die Zahlen pro Abteilung sind häufig zu klein, um relevante Erfahrung zu sammeln, diese im Rahmen der Weiterbildung an die nächste Generation zu transferieren und neue Techniken wie die minimal-invasive Chirurgie zu etablieren. Die wissenschaftliche Fachgesellschaft hat sich deshalb vor einigen Jahren in einem Zukunftspapier klar auf eine Zentralisierung im Rahmen kooperativer lokaler Strukturen festgelegt. Ein Kern der Zukunftsgestaltung soll ein Register für ausgesuchte Fehlbildungen sein, dessen Realisierung von den o. g. Autoren

entscheidend vorangetrieben wird. Dabei sind die Einbindung von Selbsthilfeorganisationen und die Abstimmung mit europäischen Initiativen (ERN = European Reference Networks) von großer Wichtigkeit.

Der Fallbericht von Schuster demonstriert exemplarisch das gute Management einer sehr seltenen und komplexen Fehlbildung durch die kooperative Summation der operativen Erfahrung. Er macht aber auch deutlich, wie wichtig es ist, dass in einem Perinatalzentrum Level 1 Neonatologie, Kinderchirurgie, Kinderradiologie und Kinderanästhesie reell vor Ort sind und fundiert auf langjährigem Erfahrungsschatz einen zielführenden Behandlungspfad entwickeln können.

Kinderchirurgie ist ein unentbehrlicher Anteil einer adäquaten und kindgerechten Daseinsfürsorge für die Jüngsten unserer Gesellschaft. Kindermedizin besteht aus mehr als klinisch-konservativer Kinder- und Jugendmedizin und kinderärztlich-hausärztlicher Betreuung. Die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie favorisiert für die Zukunft das „Zentrum für konservative und operative Kinder- und Jugendheilkunde“ in echtem und gelebtem Schulterschluss von Pädiatrie und Kinderchirurgie. Die chirurgischen Kollegen können das nachhaltig unterstützen, indem sie den Kinderchirurgen in der operativen Community die Luft zum Atmen, den Raum zum Entwickeln und das ausreichende Spektrum zum Dasein und Überleben überlassen. Und wir Kinderchirurgen müssen bei der Breite unseres Faches immer wieder erkennen, dass wir an bestimmten Stellen die kooperative Unterstützung anderer operativer Fachbereiche benötigen. Kooperation in alle Richtungen zum Wohle der uns anvertrauten Kinder! ○

Schmittenbecher PP: Editorial Fehlbildungen im Fokus der Kinderchirurgie. *Passion Chirurgie*. 2020 Mai; 10(05): Artikel 01.



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

IMPRESSUM

CHIRURGIE

HERAUSGEBER

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

DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Matthias Anthuber,
Prof. Dr. med. 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)

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

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.

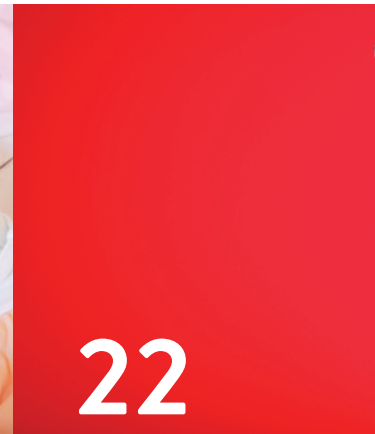
EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

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

eISSN 2194-5578

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

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



INHALT

3 EDITORIAL

3 Fehlbildungen im Fokus der Kinderchirurgie
P. P. Schmittenbecher

6 SCHAUFENSTER

8 CHIRURGIE

im Fokus

8

QUALITÄTSMESSUNG BEI SELTENEN ERKRANKUNGEN – KINDERREGISTER FÜR ANGEBORENE FEHLBILDUNGEN

A. Schmedding, U. Rolle

14

GELEBTE ZENTRALISIERUNG – CAUDAL DUPLICATION SYNDROME

T. Schuster



21 CHIRURGIE⁺

- 21 Webinar-Termin im Juni 2020:
Europäische Leitlinie „Chronische Pankreatitis“
- 23 **Safety-Tipp:** Wärmemanagement im OP
D. Schulz, A. Krause
- 26 **Hygiene-Tipp:** Hygiene – darauf achtet der Patient!
W. Popp, L. Jatzwauk, R. Schmithausen, W. Kohnen
- 29 Personalia
- 30 **RECHT**
- 30 F+A: Haftung bei Zusammenarbeit von Chirurgie
und Pathologie *J. Heberer*
- 31 F+A: Wird das Coronavirus als Berufskrankheit
anerkannt? *J. Heberer*

32 GESUNDHEITSPOLITIK

- 32 Traumberuf Chirurg? Wie tickt der Nachwuchs?
R. Jacob, J. Kopp
- 37 Aktuelle Meldungen

38 INTERN

38 DCGH

- 38 Rekrutierende multizentrische chirurgische
Studien in Deutschland *S. Tenckhoff*
- 42 Spendenaufruf und Bausteine
Langenbeck-Virchow-Haus
- 47 DGCH-Präsidium ab 1. Mai 2020
- 49 Meine Daten haben sich geändert

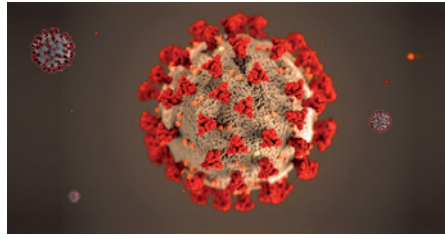
50 BDC

- 50 BDC | News
- 52 BDC | Landesverbände
- 54 BDC | Pressespiegel
- 55 Termine BDC | Akademie
- 59 Lifestyle-Angebote im Mai 2020

60 PANORAMA

- 60 Cum statt contra – ein Plädoyer für ein mehr an
Miteinander *C. J. Krones*

Aktuelle und relevante Informationen zur Corona-Krise für BDC-Mitglieder



Die Corona-Krise und ihre Auswirkungen werden die Menschen weltweit noch lange in Atem halten. Der Informationsbedarf insbesondere auch für Chirurgen in der Klinik wie in der

Niederlassung ist immens. Der BDC hat darauf rasch reagiert und für seine Mitglieder ein Informationsangebot auf der BDC-Website eingerichtet, das fortlaufend aktualisiert wird.

BDC-Fachartikel, Verlinkungen zu vertiefenden Inhalten, E-Learning-Tools, Musterverträge und vieles mehr finden sich zu medizinischen, wirtschaftlichen und rechtlichen Themenfeldern und sollen helfen, Überblick zu behalten in Zeiten, die unübersichtlich sind wie selten zuvor.

[Mehr lesen...](#)

SARS-COV-19

Medizinstudierende protestieren gegen sogenanntes Hammerexamen



Das Coronavirus wirbelt auch die Prüfungstermine der Medizinstudierenden kräftig durcheinander. Aufgrund der festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite hat das Bundesgesundheitsministerium nun eine Verordnung erlassen, wonach der zweite Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (M2) verschoben wird. De facto werden die Bundesländer in die Lage versetzt, die Durchführung der M2 festzusetzen – und diese haben höchst unterschiedliche Vorstellungen davon, wann die Prüfungstermine stattfinden sollen.

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) protestiert jetzt gegen die Empfehlung des

Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) und des Medizinischen Fakultätentags (MFT), das für April geplante große schriftliche Staatsexamen (M2) auf das Jahr 2021 zu verschieben. Damit sich die Studienzeit für die Medizinstudierenden nicht unnötig verlängert, sollen für das M2 bereits zugelassene Studierende direkt ins PJ entlassen werden. Für die Studierenden heißt das, nach dem PJ zwei große Prüfungen ablegen zu müssen: das M2 und die praktische M3-Prüfung. Darüber hinaus kritisiert der bvmd den entstandenen föderalen Flickenteppich: „Den aktuellen Aussagen vieler Landesprüfungsämter sowie Fakultäten zufolge, können PJ-Tertiale lediglich in Bundesländern absolviert werden, die die gleiche Entscheidung bezüglich Verschiebung oder Durchführung des M2 getroffen haben, wie das Bundesland der Heimatuniversität. Dies bedeutet, dass unzählige Studierende bereits geplante PJ-Tertiale an ihrem potenziellen Wunscharbeitsort absagen und teilweise hohe Kosten von bereits gemieteten oder sogar gekauften Wohnungen tragen müssen.“

[Mehr lesen...](#)

Aktuelle Umfrage

Subjektive Belastung durch die COVID-19- Pandemie – eine Umfrage an Kliniken in Deutschland

Um die Auswirkungen der Corona-Krise unter anderem auch auf Chirurgen und Chirurgen in Deutschland zu untersuchen, wird vom Lehrstuhl für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München sowie vom Lehrstuhl für Psychiatrie und Psychotherapie sowie dem Lehrstuhl für Medizinische Psychologie und Soziologie der Medizinischen Fakultät der Universität Augsburg diese Umfrage durchgeführt. Zielgruppe: Klinikärztinnen und Ärzte in der Chirurgie

[Zur Umfrage...](#)



EU-Kommission verschiebt umstrittene Medizinprodukte-Verordnung

Die Medizintechnikbranche hat lange gegen die Medical Device Regulation (MDR) gekämpft. Zum 26. Mai dieses Jahres sollte die umstrittene Verordnung in Kraft treten: Sie sieht insbesondere deutlich strengere Zulassungsanforderungen für Medizinprodukte innerhalb der EU vor. Jetzt wurde sie wieder außer Kraft gesetzt – für ein Jahr wird der Start der novellierten EU-Medizinprodukteverordnung aufgrund der Coronavirus-Pandemie verschoben.

Branchenverbände haben sich insbesondere im Hinblick auf kleine und mittlere Unternehmen immer wieder für einen späteren Start der MDR eingesetzt, damit diese mehr Zeit gewinnen, sich auf die strengeren Auflagen wie beispielsweise Dokumentationspflichten und Studienanforderungen einzustellen. Auch die Anzahl der sogenannten Benannten Stellen, die die Zulassung der Produkte, durchführen war bislang zu gering, um zügig die Verfahrensabwicklung zu gewährleisten. In der Corona-Krise befürchtet die EU-Kommission bei einem gleichzeitigen Geltungsbeginn der MDR weitere Versorgungs- und Lieferengpässe von Medizinprodukten.

[Mehr lesen...](#)



Anzahl der Linkshänder geklärt

Linkshänder gibt es weniger als Rechtshänder – nach dem Grundschulbesuch weiß das ein jeder. Ein Forscherteam an der Fakultät Psychologie der Ruhr-Universität Bochum kann jetzt genau die Anzahl der Linkshänder beziffern: Die Linkshänder-Quote beträgt 10,6 Prozent.

Als Linkshänder werden oft die Menschen bezeichnet, die mit der linken Hand schreiben. Die Studie um Privatdozent Dr. Sebastian Ocklenburg berücksichtigte aber die Tatsache, dass etwa neun Prozent der Menschen verschiedene Hände für verschiedene Arbeiten nutzen. Das sorgte für genauere Ergebnisse. In die Studie wurden Daten von fünf Meta-Analysen von insgesamt 2.396.170 Personen einbezogen.

[Mehr Infos zur Studie...](#)

IM FOKUS

Kinder- chirurgie

Qualitätsmessung bei seltenen Erkrankungen – KinderRegister für angeborene Fehlbildungen

SELTENE ERKRANKUNGEN IN DER KINDERCHIRURGIE

Angeborene Fehlbildungen des Magen-Darm-Traktes, Zwerchfells und des Rumpfes sind seltene Erkrankungen. In Deutschland werden pro Jahr zwischen 20 und 280 Kinder mit diesen Fehlbildungen geboren. Dies sind nach Abschätzung mit den Inzidenzen bei Orpha-Net ca. 20 Kinder mit Kolonatre-

35 Kinder mit Duodenalatresie, 160 Kinder mit Spina bifida, jeweils 200 Kinder mit Ösophagusatresie, Dünndarmatresie, Gastroschisis, Omphalozele, Zwerchfellhernie und M. Hirschsprung, sowie 280 Kinder mit einer anorektalen Malformation [1, 2]. Teilweise liegen bei den Kindern mehrere dieser Fehlbildungen kombiniert vor, die sich auch in anderen Organsystemen manifestieren können.





Dr. med. Andrea Schmedding

Leitende Ärztin der Kinderurologie
Projektleitung in der Stabsstelle
Medizinische Informationssysteme und
Digitalisierung
Universitätsklinikum Frankfurt
Klinik für Kinderchirurgie und
Kinderurologie
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt
andrea.schmedding@kgu.de
www.kgu.de



Prof. Dr. med. Udo Rolle

Chefarzt
Klinik für Kinderchirurgie und
Kinderurologie
Universitätsklinikum Frankfurt
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt
udo.rolle@kgu.de

Schmedding A, Rolle U: Qualitätsmessung
bei seltenen Erkrankungen - KinderRegister
für angeborene Fehlbildungen. Passion
Chirurgie. 2020 Mai, 10(05): Artikel 03_01.



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

Patienten mit diesen Fehlbildungen bedürfen in der Regel einer Operation im Neugeborenenalter. Die folgende Tabelle veranschaulicht das Sterblichkeitsrisiko sowie das Risiko spezifischer Langzeitfolgen der betroffenen Patienten: [3]

VERSORGUNGSSITUATION IN DEUTSCHLAND

Nur wenige Zentren in Deutschland können eine größere Zahl von Patienten mit diesen Fehlbildungen akquirieren. Die Fälle der Neugeborenen mit Fehlbildungen verteilen sich in Deutschland auf eine große Zahl von stationären kinderchirurgischen Einrichtungen (2019: 130), die größtenteils an Kliniken mit

Perinatalzentren Level 1 (2019: 163) angesiedelt sind [8, 9]. Dadurch übersteigt die Anzahl der Kinder mit diesen angeborenen Fehlbildungen, die in diesen Einrichtungen behandelt wird, selten fünf bzw. kaum einmal zehn pro Fehlbildung und Jahr [10]. Eine große Anzahl der kinderchirurgischen Kliniken behandelt nur Einzelfälle und lediglich einzelne Einrichtungen weisen eine größere Fallzahl für bestimmte Erkrankungen auf (z. B. Mannheim für Zwerchfellhernie mit ca. 50 Fällen/Jahr). Auch international werden ähnliche Verteilungen berichtet [11].

Für die Versorgung dieser Fehlbildungen gibt es national und international kein standardisiertes Vorgehen [12–14]. Deutsche Leitlinien für

Tab. 1: Sterblichkeitsrisiko und mögliche Langzeitfolgen bei seltenen Erkrankungen in der Kinderchirurgie

Fehlbildung	Mortalität / Sterblichkeit	Folgeprobleme (Häufigkeit)
Angeborene Zwerchfellhernie	20-40 %	Rezidiv (5,4-50 %) Lungenfunktionsstörungen (40-85 %) Persistierende pulmonale Hypertonie (5-20 %) Gedeihstörungen (> 60 %) Emotionale und Verhaltensstörungen (bis 80 %) Störungen der neurologischen und somatischen Entwicklung
Ösophagusatresie	5-9 %	Postoperative Ösophagusstrikturen (bis 49 %) Erneute ösophagotracheale Fistel (bis 4 %) Motilitätsstörung der Speiseröhre (100 %) Gastroösophagealer Reflux, Barrett-Ösophagus mit Entartungsrisiko (bis 50 %) Lungenfunktionsstörungen (bis 43 %) Emotionale und Verhaltensstörungen (bis 80 %)
Dünndarmatresien	< 5 %	Darmstrikturen (<5 %) Motilitätsstörungen (< 5 %) Kurzdarmsyndrom (bis 15 %) [4]
Bauchwanddefekt (Omphalozele / Gastroschisis)	< 5 % (Gastroschisis) bis 15 % (Omphalozele)	Begleitfehlbildungen (bis 30 %) Kurzdarmsyndrom (bis 15 %) [4]
Anorectale Malformation	< 3 % (bei Geburtsgewicht > 2500g) < 33 % (bei Geburtsgewicht ≤ 2500 g)*	Begleitfehlbildungen (67 %) Stuhlinkontinenz (bis 30 % bei hohen Formen) Erektile Dysfunktion (bis 30 % der männlichen Patienten) [5]
M. Hirschsprung (angeborene Aganglionose)	< 5 %	Begleitfehlbildungen/syndromale Erkrankung (bis 30 %) Persistierende Obstipation (bis 30 %) Stuhlinkontinenz und Kurzdarmsyndrom bei langstreckigem M. Hirschsprung (8 %) [6]
Spina bifida (Meningomyelozele, Meningozele, Myelomeningocele etc.)	5-10 %	Hydrozephalus (70-90 %); Chiari-Malformation; Blasen- und Darmentleerungsstörungen (90-100 %); Lähmungen; Skelettfehlbildungen

* Daten für 10-Jahres-Überlebensrate bei Geburt nach dem Jahr 2000 [7]

die Behandlung der hier untersuchten Fehlbildungen liegen nicht (Duodenal-/Dünndarm-/Colonatresie, langstreckige Ösophagusatresie) oder nur als S1-Leitlinie (Morbus Hirschsprung, Anorectale Fehlbildungen, Bauchwanddefekte, Zwerchfellhernie) vor. Lediglich für die kurzstreckige Ösophagusatresie gibt es eine S2K-Leitlinie [15]. Da heutzutage bei über 90 Prozent der Kinder mit den angegebenen angeborenen Fehlbildungen durch die operative Therapie das Überleben gesichert werden kann, konzentrieren sich die Bemühungen der Kinderchirurgen nun auf die Optimierung der postoperativen Nachsorge, sodass den Patienten eine bestmögliche Entwicklung und Lebensqualität gegeben werden kann.

FORSCHUNG

Forschungen zur Versorgung dieser kinderchirurgisch relevanten Fehlbildungen, insbesondere im Bereich der Wirksamkeit von kinderchirurgischen OP-Methoden, sind durch die dezentrale Versorgung erschwert. In den letzten Jahren wurde in Deutschland und auch international versucht, mit Routinedaten, meist Versicherungsdaten, Aussagen über die Verteilung und die Versorgungsqualität von angeborenen kinderchirurgischen Fehlbildungen zu treffen [16–20]. Routinedaten weisen aber Schwächen bei der Risikoadjustierung auf [21]. Sie erlauben z. B. nur eine eingeschränkte Klassifizierung der Fehlbildungen, da sie auf dem ICD-Code beruhen. Das wird am Beispiel der Gastroschisis insbesondere sichtbar. Es gibt nur einen ICD-Code für die Gastroschisis: Q79.3. Die Größe des Defektes und das Ausmaß der Darmschädigung, die jeweils entscheidende Prognosefaktoren darstellen, werden mit Routinedaten nicht erfasst. Deshalb eignen sich diese Daten nur eingeschränkt für die Beurteilung der Behandlungsqualität.

REGISTER ALS FORSCHUNGSMITTEL

Ein aktueller Forschungsansatz für seltene Fehlbildungen liegt im Aufbau von Registern. So wurden in den letzten Jahren Register mit verschiedenen Zielsetzungen etabliert. Auf europäischer Ebene gibt es das EUROCAT-Register, welches allerdings ausschließlich epidemiologische Daten erhebt, die zwar eine Aussage zur Prävalenz der Fehlbildungen

zulassen, jedoch eine Verlaufsbeurteilung und insbesondere eine Qualitätssicherung der Therapie nicht möglich macht [22].

Für den klinischen Verlauf einzelner Fehlbildungen sind nationale oder internationale Register entstanden. 1995 entstand das Congenital Diaphragmatic Hernia Study Group Registry (CDH-R) [23, 24], in das auch deutsche Zentren Daten eingeben. In diesem Register werden klinische Daten bis zur ersten Entlassung erfasst.

2005 entstand in Kanada im Rahmen des Netzwerkes CAPS-Net ein Register für die Erfassung von Kindern mit Gastroschisis und Zwerchfellhernie. [25], [26] Auch in diesem Register sind lediglich die Daten des Erstaufenthaltes erfasst, allerdings wurden mit Patienten des Registers Folgestudien zum Follow-up durchgeführt.

In Großbritannien und Irland werden seit 2006 über das BAPS-CASS (Congenital Anomalies Surveillance System) [27] die Anzahl der Fehlbildungen je Einrichtung erfasst, die dann in spezifischen Studien retrospektiv nachuntersucht werden können.

Ein Register für die Ösophagusatresie wurde 2008 in Frankreich [28], ein weiteres 2014 durch die European Society of Pediatric Surgery [29] eingerichtet.

In Deutschland sind jeweils Nachuntersuchungsregister für Menschen mit operierter Ösophagusatresie (2009) [30] und ein Nationales Register für angeborene uro-rektale Fehlbildungen (2009) (CURE-Net) [31] entstanden. Zusätzlich entstand 2010 das Register der Gruppe ARM-Net, in das designierte europäische Zentren ihre Daten zu anorektalen Malformationen eingeben können [32].

Insgesamt zeigt sich somit, dass es momentan kein Register gibt, das klinische Parameter aller kinderchirurgisch relevanten angeborenen Fehlbildungen erfasst, weder in Deutschland noch international. Die Problematik der multiplen Fehlbildungen eines Patienten wird somit in keinem Register umfänglich abgebildet. Außerdem erfassen nur wenige Register den Langzeitverlauf der Kinder. Spezifische

Register für die Darmatresien, die Omphalozele und den M. Hirschsprung mit deutscher Beteiligung fehlen gänzlich. Ein individuelles Feedback (Benchmarking), das den beteiligten Einrichtungen Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung gibt, gibt es derzeit für deutsche Einrichtungen nur bei folgenden Registern: CDH-R und ARM-Net.

INITIATIVE DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR KINDERCHIRURGIE

2013 wurde in der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie nach umfangreicher Diskussion über Maßnahmen zur Qualitätssicherung beschlossen, ein Register für wichtige angeborene Fehlbildungen einzurichten. Zur Vorbereitung wurde zunächst für die Jahre 2013 und 2014 eine initiale Datenerhebung zu den Zahlen der operierten Kinder im Neugeborenenalter in den einzelnen Einrichtungen durchgeführt. 28 von 89 möglichen Kliniken nahmen teil. 2014 legte sich die Fachgesellschaft auf die Erfassung der Fehlbildungen des Gastrointestinaltraktes, der Bauchwand und des Zwerchfells fest. Hinzu kam die Nekrotisierende Enterocolitis als wichtige Erkrankung des Neu- und Frühgeborenen. Es erfolgte die Ermittlung der Parameter, die in dem Register erfasst werden sollten. Für das Verfahren wurden in 2015 in offener Ausschreibung unter den Mitgliedern der DGKCH Arbeitsgruppen gebildet, die innerhalb von zwei Jahren unter Berücksichtigung aktueller Literatur und bestehender internationaler Register eine Vorlage für die Parameter erstellten. Diese wurden 2017 bis 2018 von einer gemeinsamen Expertenkommission aus neun Personen in einem Delphi-Verfahren geprüft und für die Initial-Dokumentation konsentiert. 2019 stand im Zeichen der Suche nach passender Finanzierung und einem geeigneten Softwaresystem. Auf einem Workshop in Frankfurt Ende 2019 mit 36 Teilnehmern aus 18 Kliniken und drei Selbsthilfeorganisationen wurden die weiteren Schritte zur Etablierung des Registers festgelegt. In 2020 wird das Register aufgesetzt.

MODULARER AUFBAU UND REGISTER-SOFTWARE

Das Register orientiert sich an den „Kernempfehlungen für Patientenregister für seltene Krankheiten und zur Datenerhebung“ des

EU-Sachverständigenausschuss für seltene Krankheiten (EUCERD). [33] Es wird mit der OpenSource-Software OSSE (Open-Source-Registersystem für Seltene Erkrankungen) umgesetzt. Es folgt den europäischen Prinzipien im Hinblick auf die Etablierung von Minimaldatensätzen, die Einhaltung von Datenqualitätsstandards etc.. OSSE-Register sind von vornherein auf Interoperabilität ausgelegt und können auf nationaler oder internationaler Ebene gefördert werden.

Das Register wird im Aufbau modular umgesetzt. Dies bedeutet, dass die Parameter in allgemeine und spezifische Parameter unterteilt werden. Für jeden Patienten gibt es daher einen übergreifenden Datensatz, sowie spezifische Datensätze, die sich aus den vorhandenen Fehlbildungen ergeben. Weitere spezifische Datensätze für neue aufzunehmende Fehlbildungen können so jederzeit hinzugefügt werden.

KOOPERATION

In der Vorbereitungsphase hat sich die breite Zusammenarbeit über viele kinderchirurgische Kliniken, Selbsthilfegruppen und weitere Experten aus benachbarten Fachgebieten als produktiv erwiesen. Insgesamt waren bislang 46 Personen beteiligt (KiRaFe-Group). Aus der DGKCH haben sich folgende Gruppen am Prozess beteiligt: Arbeitskreis Qualitätssicherung Neugeborenenchirurgie, Arbeitskreis

Aktionsnetzwerk für seltene angeborene Fehlbildungen, Arbeitsgruppe Meningomyelozele und Hydrocephalus. Arbeitsgruppe Fetalchirurgie, Arbeitsgruppe Digitalisierung. Aus der Selbsthilfe: Soma e.V. (Selbsthilfeorganisation für Menschen mit Anorektalfehlbildungen). KEKS e.V. (Patienten- und Selbsthilfeorganisation für Kinder und Erwachsene mit kranker Speiseröhre) und ARQUE e.V. (Arbeitsgemeinschaft für Querschnittgelähmte mit Spina bifida/Rhein-Main-Nahe e.V.). Weiterhin Cure-Net und die Medical Informatics Group Frankfurt.

Für die Dateneingabe haben sich Anfang 2020 83 kinderchirurgische Kliniken aus Deutschland und drei aus dem benachbarten Ausland gemeldet.

Das Register ist im European Directory of Registries angemeldet [34].

ZUSAMMENFASSUNG

Das KinderRegister für angeborene Fehlbildungen stellt ein geeignetes Instrument für die Erfassung des Initial- und Langzeitverlaufes von Kindern mit angeborenen Fehlbildungen dar. Die breite Beteiligung aller Gruppierungen, die mit der Versorgung dieser Kinder zu tun haben trägt, wesentlich zur Akzeptanz eines solchen Projektes bei. Das Register wird gefördert von der Dr. Emil Alexander Huebner und Gemahlin-Stiftung.

Das KinderRegister für angeborene Fehlbildungen entsteht in Zusammenarbeit mit:

KiRaFe-Group (alphabetische Reihenfolge)

Bahr, Micha; Clemen, Christian; Eismann, Daniel; Fuchs, Jörg; Gitter, Heidrun; Gradhand, Elise; Grasshoff-Derr, Sabine; Groß, Kay; Günther, Patrik; Hemminghaus, Michael; Hubertus, Jochen; Jechalke, Stephan; Jenetzki, Ekkehart; Kirschner, Hans Joachim; Klein, Tobias; König, Tatjana; Krause, Monika; Ludwikowski, Barbara; Luithle, Tobias; Märzhäuser, Stefanie; Michel, Armin-Johannes; Moursi, Ahmed Gamal Abdelmalek; Müller, Annette; Pfeiderer, Oliver; Rohleder, Stephan; Rolle, Udo; Rothe, Karin; Schäfer, Mattias; Schaible, Thomas; Schmedding, Andrea; Schmiedeke, Eberhard; Schmitteneber, Peter; Schnekenburger, Franz Georg; Schulze, Annekatrin; Schuster, Tobias; Schwarzer, Nicole; Siebert, Julia; Storf, Holger; Tomuschat, Christian; Vierling, Christian; Weltzien, Alexandra; Wessel, Lucas; Widenmann-Grolig, Anke; Wirmer, Hanno; Zerche, Arnim; Ziegler, Anna-Maria

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

**60
CME-
punkte!**

Hygiene- beauftragter Arzt (HBA)

[illegible]

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.





Gelebte Zentralisierung – Caudal Duplication Syndrome

**Dr. Tobias Schuster**

Pressesprecher der DGKCH
 Direktor der Klinik für Kinderchirurgie
 Kinderklinik Augsburg
 Mutter-Kind-Zentrum-Schwaben
 Universitätsklinikum Augsburg
 Stenglinstrasse 2
 86156 Augsburg
 tobias.schuster@klinikum-augsburg.de

Schuster T: Gelebte Zentralisierung – Caudal Duplication Syndrome. Passion Chirurgie. 2020 Mai, 10(05): Artikel 03_02.



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

FALLVORSTELLUNG

Das sehr seltene Caudal Duplication Syndrome manifestiert sich mit der unterschiedlichsten Kombination intestinaler, genitaler, urologischer, vertebrospinaler und die Extremitäten betreffender Anomalien. Die Kombination mit perinealer „fatty mass“ und „Beckenfinger“ verdeutlicht, dass dem/r KinderchirurgIn selbst bei einer an sich beschriebenen Rarität wiederum neue Aspekte begegnen können. Der Fall war präoperativ im virtuellen Board der Arbeitsgemeinschaft für seltenen angeborenen Fehlbildungen (AsaF) vorgestellt worden.

Tab. 1: Diagnosen

- Pränatal bekannte Omphalocele
- Sectio auswärts in der 36 SSW, 2800g GW
- Große perineale Raumforderung
- Beckenfinger
- ARM (Anorectale Malformation): Rectourethrale Fistel
- Nach rechts verlagertes Gemächt mit rudimentärer linker Scrotalhälfte
- zusätzliches isoliertes Hemiscrotum li Seite mit palpablem Hoden; zusätzliche rudim. Penisanlage
- Blasenduplikatur (akzessor. Blasenrudiment)
- Doppelnieren mit vesikorenalem Reflux (VUR) rechts
- Dehiszenz der Schambeinäste (ventrale Spaltbildung des Beckens)
- Akzessorische knöcherne Beckenanteile
- Kaudale Regression mit
 - Os coccygis Aplasie
 - SWK-4 Hypoplasie, SWK-5 Aplasie
 - WK-Dysplasien SWK 2 und 3
 - Conus medullaris Tiefstand /Tethered Cord

Tab. 2: Operative Korrektur

zweiter Lebensstag

- Bauchdeckenschluss (vollständig) bei Omphalocele
- Anlage Anus Praeter (AP)
- Entfernung des Beckenfingers

mit 6 Monaten (6300g) „Einakter“

- „abdominoperinealer PSARP“ ohne eigentlichen dorsalen Zugang nach Verschluss der rectourethralen Fistel mit Absetzen des Darmes von abdominal her (vergleichbar mit LAP ass. PSARP*)
- Komplette Entfernung der „fatty mass“ inkl. akzess. Becken-Knochen
- Entfernung der akzess. Blase inkl. Fistel zur genuinen Blase
- Ureterystoneostomie links
- Symphysenapproximation (PDS-Kordel)
- Entfernung akzess. Penis, Hodenrudiment li. und Bauchhodenrudiment
- Fusionierung der Scrotalhälften/Entfernung rudim. li Scrotums
- * PSARP = Posteriore sagittale Anorectoplastik

Mit 8 Monaten

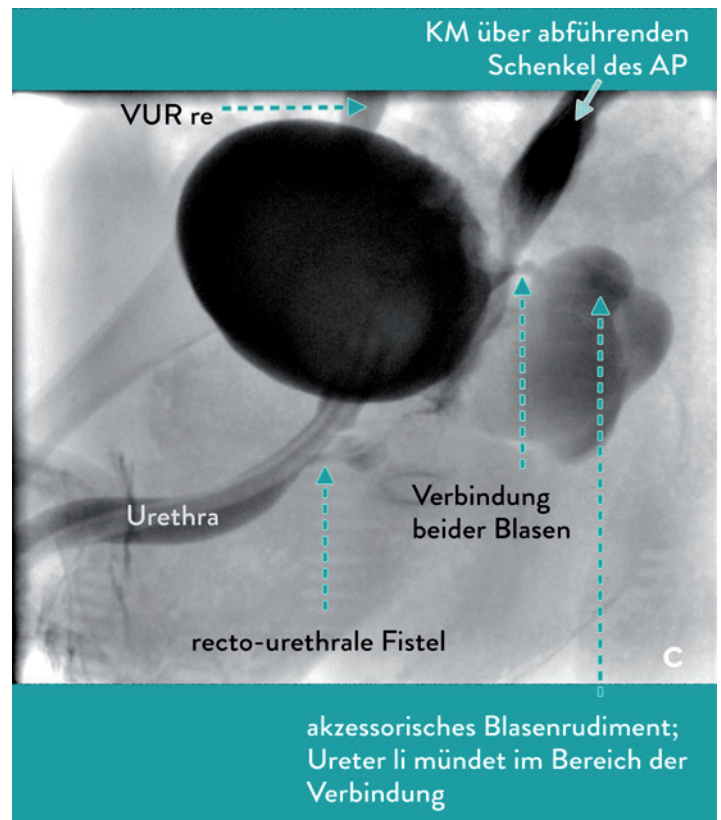
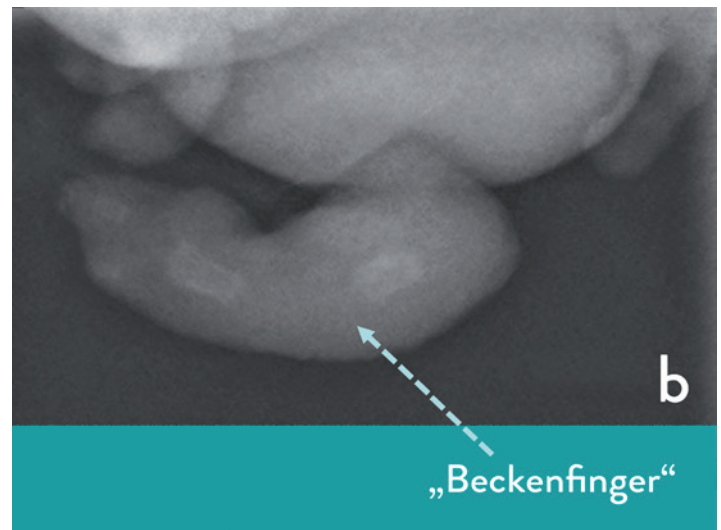
- Rückverlagerung Anus Praeter (AP)
- Bauchdeckenplastik bei verbliebener milder Hernie

Omphalocele mit Darmkonvolut und Leberanteil



Abb. 1 a–c: Zustand bei Geburt, a: Omphalocele mit Darmkonvolut und Leberanteil, b: „Beckenfinger“, c: Darstellung der pathologischen Anatomie mittels MCU und simultaner KM-Gabe über den abführenden Schenkel des AP

Tabelle 1 führt sämtliche Diagnosen auf, verdeutlicht in **Abbildung 1 bis 3**. Entsprechend einem Perinatalzentrum der höchsten Versorgungsebene erfolgte die Bildgebung in Zusammenarbeit mit einer ausgewiesenen Kinderradiologie, um die geschilderten Pathologien definieren zu können: Sonographie, Endoskopie, MCU, MRT, CT, DMSA-Szintigraphie. Das MRT bestätigte die Raumforderung als rein lipomatös. Nach initialem einzeitigem operativen Verschluss der Omphalocele und AP-Anlage bei anorektale Malformation (ARM) mit rectourethraler Fistel war der weitere klinische Verlauf lediglich kompliziert durch wiederholte Harnwegsinfekte bei quasi normaler Blasenentleerung und durch eine Leistenhernie beidseits.



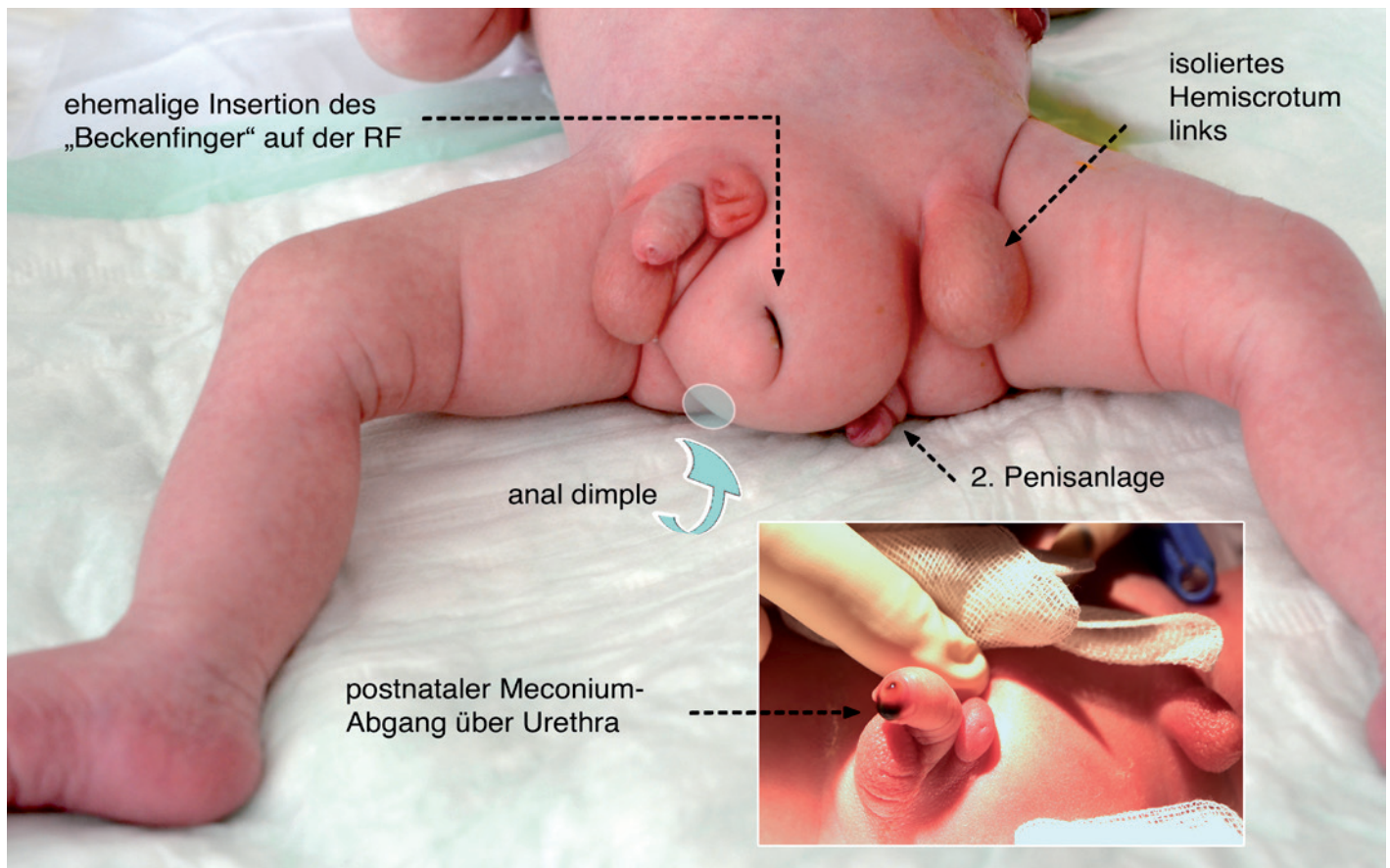


Abb. 2: Caudal Duplikation Syndrome, klinisches Bild, Vorderansicht

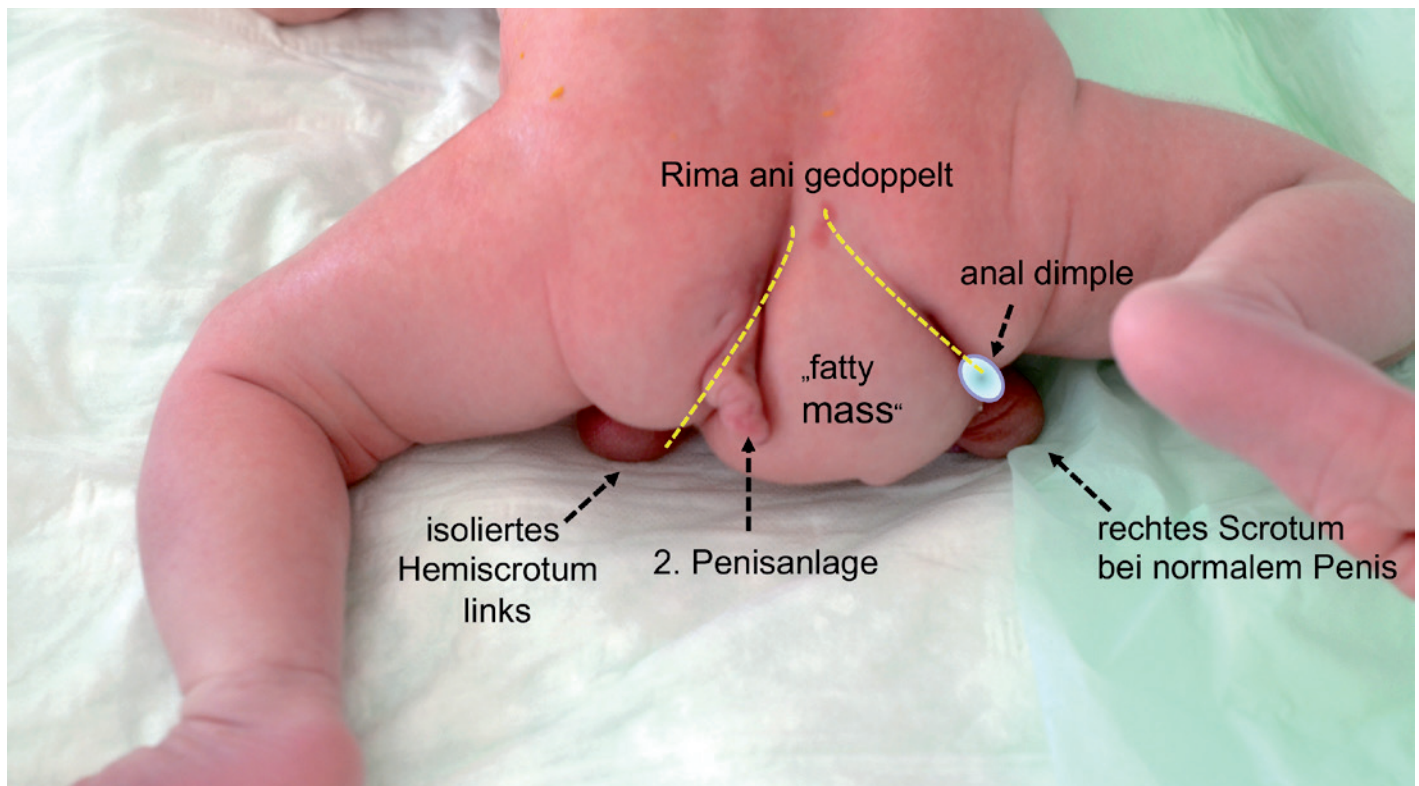


Abb. 3: Caudal Duplikation Syndrome, klinisches Bild, Rückansicht

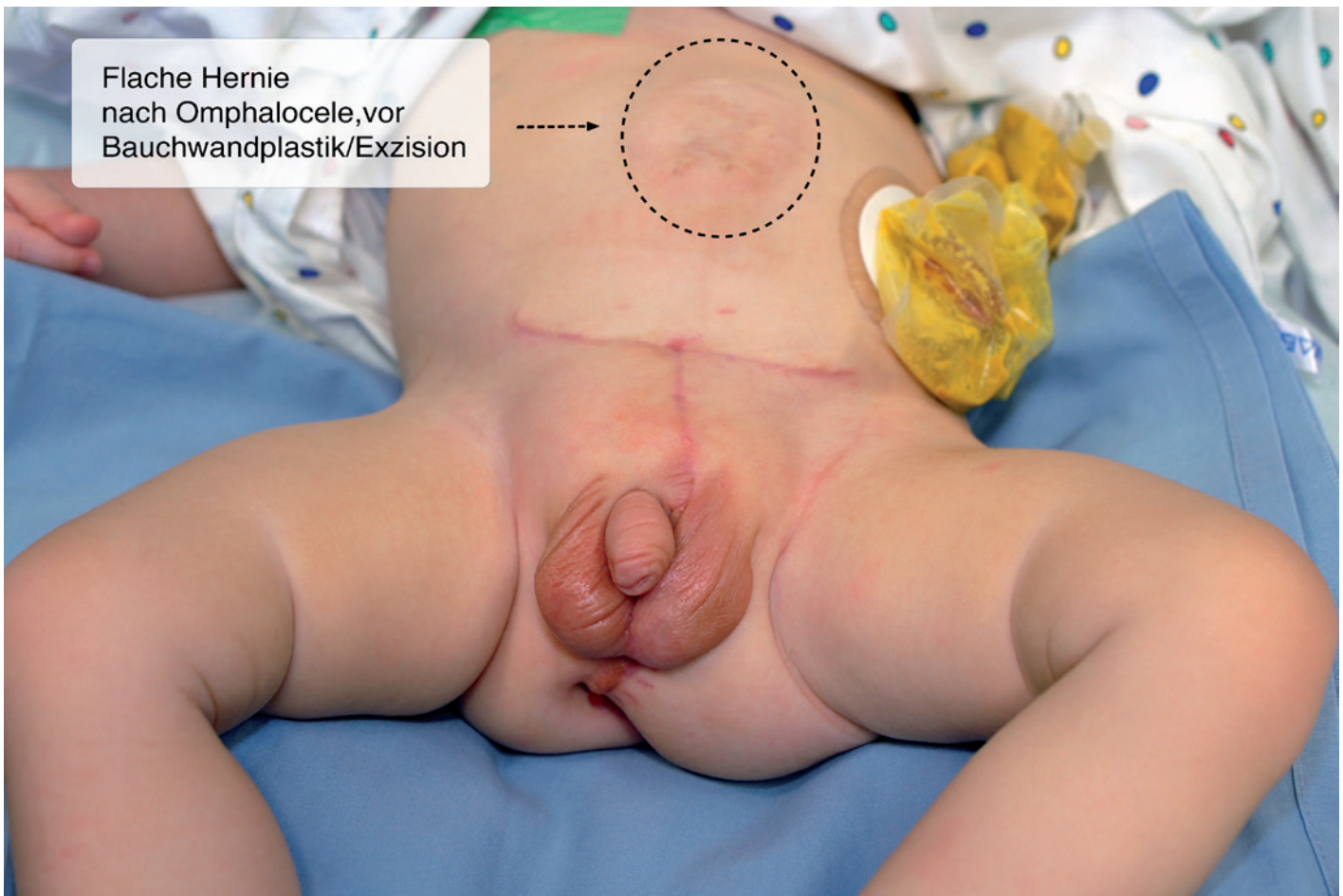


Abb. 4a-c: a) und b): Situation unmittelbar am Ende der Operation („Einakter“ mit 6 Mo.); c) Befund 2 Mo. postop., vor AP-Rückverlagerung

Im Alter von sechs Monaten erfolgte die definitive Korrektur (Operateure: Dr. Tobias Schuster, Universitätsklinikum Augsburg und Prof. M. Stehr, Cnopf'sche Kinderklinik, Nürnberg), wie in **Tabelle 2** detailliert beschrieben. Mittels „angepasstem“ modifizierten abdominoperinealen PSARP (posteriore sagittale anorektale Plastik) ohne eigentlichen dorsalen sagit. Zugang gelang unter Rekonstruktion der pathologischen Levatormuskulatur und mit Korrektur der Symphysendiastase die Fusionierung und Medialisierung der zu erhaltenden Skrotalhälften unter Herstellung einer auch muskulären Mittellinie mit normotopem Anus und jetzt zwei annähernd normal imponierenden

Gesäßbacken beidseits einer Rima ani. Der postoperative Verlauf war komplikationslos, die Kontrollen (MCU, Rö abf. Schenkel, Sonographie, Urodynamik) demonstrierten ein erfreuliches Ergebnis. **Abbildung 4** zeigt den unmittelbaren postoperativen klinischen Befund (a) und die Situation vor Rückverlagerung des Anus praeter (AP) (b).

Zwei Monate nach zuletzt AP-Rückverlagerung und Bauchwandplastik entleert der Knabe portionsweise Stuhl und die spontane Blasenentleerung bedarf derzeit keiner zusätzlichen Unterstützung bei anhaltend unauffälligem oberen Harntrakt.

Das Ergebnis ist letztlich das Resultat einer am Kind und der Komplexität orientierten Versorgung in einem realen Perinatalzentrum I gemäß dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) und einem hier zusätzlichen virtuellen, aber gelebten Zentrum für komplexe ano-recto-uro-genitale Fehlbildungen, indem während der Operation zwei erfahrene Kinderchirurgen ihre gemeinsame und somit (noch) größere Erfahrung und Kompetenz gebündelt einbringen können. Indem man sich sozusagen „gegenseitig besucht“, gelingt es dabei, die Expertise des Einzelnen trotz derartiger Seltenheit bestimmter Fehlbildung maßgeblich zu erhöhen. ○



Webinar-Termin im Juni 2020: Europäische Leitlinie „Chronische Pankreatitis“

**Europäische Leitlinie
„Chronische Pankreatitis“
18.06.2020, 18:00 Uhr
PD. Dr. med. Bernhard Renz
www.bdc-webinare.de**

Seit September 2017 gibt es die BDC|Webinare (www.bdc-webinare.de). Bisher wurden auf der Plattform insgesamt 27 Leitlinien von Experten erfolgreich vorgestellt und besprochen. Jeden Monat wird von einem 45-minütigem Webinar eine chirurgisch relevante Leitlinie in ihren Grundzügen vorgestellt. Anschließend kann mit dem Referenten und anderen Teilnehmern via Chat diskutiert werden, selbstverständlich **kostenfrei** für alle BDC-Mitglieder. Und jede Teilnahme wird in der Regel mit **zwei CME-Punkten** zertifiziert.

WEBINARE IM ARCHIV ABRUFEN

Auch wenn einmal ein Termin verpasst wird, ist das kein Problem, denn der aufgezeichnete Vortrag mit Diskussion kann jederzeit aus dem Webinar-Archiv abgerufen werden.

Detaillierte Informationen und Termine zu diesem Lernangebot und allen Webinaren sind unter www.bdc-webinare.de zu finden.

GEPLANTE WEBINAR-TERMINE

- S3-Leitlinie „Sinus pilonidalis“, Dr. med. Andreas Ommer, am 02.07.2020, 18:00 Uhr
- S1-Leitlinie „Verletzungen der oberen Halswirbelsäule“, Dr. med. Matti Scholz, am 03.09.2020, 18.00 Uhr



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

RECHT &
VERSICHERUNG

Versicherungs- angebote des BDC



Diese Leistungen sind in Ihrem BDC-Mitgliedsbeitrag erhalten:

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

Weitere Versicherungsangebote für BDC-Mitglieder über Rahmenverträge

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

NEU Versicherungsschutz für Berufseinsteiger

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

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

BDC-VERSICHERUNGSMAKLER ECCLESIA VERSICHERUNGSDIENST GMBH

BDC-Versicherungsservice

Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold

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

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de



Safety Clip: Wärmemanagement im OP

Spätestens seit der 2014 eingeführten S3-Leitlinie „Vermeidung von perioperativer Hypothermie“, die im Jahr 2019 eine Aktualisierung erfahren hat, können Maßnahmen zur Vermeidung eines Abfalls der Körperkerntemperatur unter 36 Grad Celsius nicht mehr negiert werden. Auch bei den Anwälten der Patienten und den Gutachtern ist das Thema Unterkühlung angekommen und wird in Anspruchsstellungen verwendet. Dass dieses haftungsrelevante Thema in der Praxis dennoch fatalerweise eher stiefmütterlich behandelt wird, zeigt der folgende Schadenfall.

DER SCHADENFALL

Eine ältere Dame litt seit längerer Zeit an Beschwerden im linken Knie. Sie begab sich daher in stationäre Behandlung. Nach einer diagnostischen Spiegelung sollte eine zementierte unikondyläre Schlittenprothese eingesetzt werden. Dem Anästhesieteam waren im Vorfeld folgende Umstände bekannt:

- a) Eine Operationszeit von mehr als zwei Stunden war eingeplant,
- b) Die Patientin war zum Zeitpunkt des Eingriffs über 60 Jahre alt,

**Axel Krause**

Risikoberater
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
mbH
Ecclesiaststraße 1-4
32758 Detmold
axel.krause@grb.de
www.grb.de

**Ass. jur. Dietmar Schulz**

Jurist für Arzthaftungsrecht
Ecclesiaststraße 1-4
32758 Detmold
dietmar.schulz@ecclesia.de
www.ecclesia-gruppe.de

Schulz D, Krause A: Safety Clip:
Wärmemanagement im OP. Passion
Chirurgie. 2020 Mai, 10(05): Artikel
04_02.



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

- c) Die Einordnung in den ASA-Score war höher als Faktor 1,
d) die Frau war untergewichtig.

Nach Durchführung der Operation wurde im Aufwachraum eine Körpertemperatur von 34,7 Grad Celsius gemessen.

Die Patientin litt sehr unter der Unterkühlung. Es stellte sich bei ihr ein permanentes Zittern der linken Hand ein, das sie auf die Hypothermie zurückführte. Aus diesem Grund wandte sie sich an eine Gutachter- und Schlichtungsstelle.

Bei der Recherche des Gutachters stellte sich heraus, dass die Maßnahmen zum Wärmemanagement nicht in der Krankenakte dokumentiert waren. Als Ergebnis der Temperaturmessung wurde in den Behandlungsunterlagen die im Aufwachraum gemessene Körpertemperatur von 34,7 Grad Celsius notiert. Andere Messergebnisse wurden nicht festgehalten.

Der Gutachter stellte entsprechend ausführlich dar, dass elementare Regeln des Wärmemanagements nicht dokumentiert worden waren. In aller Deutlichkeit wies er auf einen Verstoß gegen die S3-Leitlinie zur Vermeidung der perioperativen Hypothermie hin. Mit den oben aufgezählten Punkten a) bis c) bestanden bereits drei von fünf patientenbezogenen Risikofaktoren für eine perioperative Hypothermie. Trotz dieser Risikofaktoren sei entgegen der Leitlinie weder prä- noch intraoperativ die Körpertemperatur gemessen worden, ebenso wurde keine aktive Erwärmung der Patientin im Anästhesieprotokoll eingetragen.

Alles in allem wurde also ein deutlicher Verstoß gegen medizinische Standards festgestellt. Nur weil die Patientin den Nachweis für einen Zusammenhang zwischen der Unterkühlung und dem chronischen Zittern der linken Hand nicht erbringen konnte, blieb dem Versicherer eine Regulierung des Schadens bislang erspart. Im Falle einer Blutung oder einer Infektion wäre eine Entschädigungszahlung wohl nicht zu vermeiden gewesen.

ANFORDERUNGEN AN DIE PRAXIS

Die systematische Nutzung des Wärmemanagements erfordert eine übergreifende Betrachtung und Bewertung der notwendigen Maßnahmen durch das gesamte Behandlungsteam. Insbesondere die Anästhesiologie und der Pflegedienst (Anästhesie und OP) sollen entsprechende Kontrollmaßnahmen vornehmen.

Das grundsätzliche Verständnis für die Notwendigkeit zur Durchführung des Wärmemanagements soll in Schulungen und Workshops vermittelt werden. Ziel ist es, im üblicherweise eng getakteten OP-Prozess die zeitlichen Ressourcen zu berücksichtigen und Akzeptanz für die Festlegung von Kontrollmechanismen und -maßnahmen zu implementieren. Teilweise wird das Wärmemanagement bislang ohne verbindliche Vorgaben angewendet. Eine Evaluation des Prozesses erfolgt daher auch nicht regelhaft auf Grundlage der S3-Leitlinie.

Mit Vorgabe der in diesem Fall sehr praxisorientierten AWMF-S3-Leitlinie zur Vermeidung von perioperativer Hypothermie in ihrer aktualisierten Fassung von 2019 ist nunmehr eine eindeutigere Betrachtung und Durchführung des Wärmemanagements möglich.

Die begünstigenden Faktoren für die Entstehung einer Hypothermie sind bereits durch Forschungsvorgaben und Untersuchungen bestätigt und in der Regel den Mitarbeitenden bekannt. Die Herausforderung besteht darin, systematisch Prozessrisiken zu kontrollieren und Handlungen zu bewerten. Die Risikobewertung setzt daher bereits bei

- der OP-Planung,
- den OP-Planungsgesprächen,
- der Prämedikationsvisite der Anästhesie bzw.
- bei der OP-Vorbereitung auf den Pflegestationen an.

Hierbei geht es um die klinische Beobachtung, Anamneseerhebung, Beurteilung vorhandener Risikoquellen beziehungsweise die Nutzung von Hinweisen aus vorausgegangenen Behandlungen (Anästhesie-Pass).

Die Bewertung der Faktoren Alter, Kachexie, die besondere Situation von Kindern und

Neugeborenen sowie die OP-Dauer soll nach strukturierten Verfahren vorgenommen werden.

So ist es sinnvoll, auf bereits etablierte Sicherheitschecklisten zurückzugreifen und mit deren Hilfe die Durchführung von Kontrollmaßnahmen nachzuweisen. Die systematische Aufklärung und Information der Patienten durch das Pflegepersonal muss nachweislich dokumentiert sein.

In diesem Zusammenhang muss erwähnt werden, dass die Anforderungen an die Patienteneinbindung hochaktuell sind. Die frühzeitige Einbindung des Patienten sowie die Vermittlung von Risiken sollen ihn darin unterstützen, auch selbst eine Verantwortlichkeit wahrzunehmen und den Prozess im Blick zu behalten. Hierzu finden sich Hinweise und Empfehlungen in der Anlage F der S3-Leitlinie. Im Rahmen der Patienteninformation und Aufklärung zum Wärmemanagement sollen systematisch Risiken oder Vorerkrankungen anamnestisch erkannt und eingeschätzt werden (Hypothyreose, Diabetes Mellitus, Querschnittslähmung).

DIE VISUELLE ANALOGSKALA (VAS)

Ziel ist, einen positiven Behandlungsverlauf und das persönliche Wohlbefühl des Patienten gleichermaßen zu berücksichtigen. So ist es sinnvoll, das individuelle Temperaturempfinden des Patienten zu bewerten. Hierzu bietet sich die bereits seit Jahren erprobte visuelle Analogskala (VAS) für die Einschätzung von Schmerzen an.

Nach entsprechender Anpassung kann so das persönliche Kälteempfinden des Patienten bewertet werden. Hierdurch ergibt sich auch mehr Sicherheit in Situationen bei denen beispielsweise das sogenannte „Prewarming“ noch nicht nach Standard angewendet werden müsste, aber aus dem persönlichem Empfinden des Patienten solche Maßnahmen begründet abgeleitet werden. Diese Methode ist zwar nicht validiert, aus Sicht des Patienten jedoch hilfreich, da er eine persönliche, numerische Bewertung seines Kälteempfindens darlegen kann. Auch hier ist der Aspekt der Einbindung

des Patienten in die Vorbereitung des Wärmemanagements hilfreich.

Tab. 1: Visuelle Analogskala (VAS)¹

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
maximal kalt			angenehm				maximal warm			

Prozesssicherheit ergibt sich, wenn Zielsetzung und Kontrollmaßnahmen genau vorgegeben sind. Durch das Messen von Zwischenschritten im Gesamtprozess des Wärmemanagements kann eine effektive Steuerung der zu vermeidenden perioperativen Hypothermie erfolgen. Im Sinne des PDCA-Zyklus (Plan, Do, Check, Act) sollte eine regelmäßige Kontrolle und die Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen unter dem Stichpunkt „Act“ erfolgen.

BESONDERE SITUATIONEN

Für **Neugeborene** müssen geeignete Maßnahmen zur Vermeidung der Auskühlung beim Transport festgelegt werden. Häufig werden Decken genutzt, die zuvor in einem temperaturgesteuerten Wärmeschrank gelagert worden sind. Dies sollte in die Regelung zum Wärmemanagement aufgenommen werden. Bezüglich der Anforderungen an die Mutter-Kind-Bindung sind mit den Hebammen geeignete Maßnahmen zur Vermeidung der Auskühlung (Sectio-Top) zu entwickeln.

ELEMENTARE ANFORDERUNGEN FÜR EINE REGELUNG ZUM WÄRMEMANAGEMENT IN DEN STANDARD OPERATING PROCEDURES (SOP)

Grundlegende Fragen:

- Wann und wie erfolgt die Bewertung der Vorerkrankungen/begünstigenden Faktoren des Patienten?
- Wie erfolgt die systematische Bereitstellung und Nutzung aller relevanten Informationen?

Regelungen für die Kontrolle des Wärmemanagements und der entsprechenden Dokumentation müssen bestehen für:

- Anamnese/Aufklärung/Information (Hand-out),
- Kommunikation der Informationen im Team,
- Bewertung der Indikation zur Durchführung des Wärmemanagements,
- Festlegung des Temperaturmessverfahrens und deren Überwachung (Gerätecheck),
- Rechtzeitige Durchführung des „Prewarmings“. Dies ist ein entscheidender Faktor zur Vermeidung einer Unterkühlung.

FAZIT

Die Vermeidung der perioperativen Hypothermie stellt nicht erst nach Einführung der S3-Leitlinie zur Vermeidung von perioperativer Hypothermie ein besonderes Element im Risikomanagementprozess dar.

Durch die Vorgaben der Leitlinie ist zu erwarten, dass die Akzeptanz und systematische Nutzung des Wärmemanagements verbessert wird. Die sogenannten weichen Qualitätsfaktoren werden durch Verfahren wie Aufklärung und Information unter dem Label der Patienteneinbindung berücksichtigt.

Die stringente Implementierung des Prozesses zum Wärmemanagement stellt aber auch einen nicht zu unterschätzenden ökonomischen Effekt dar. Hierzu liegen in der S3-Leitlinie bereits deutliche Ergebnisse in Form einer Kosten-Nutzen-Analyse vor. Diese werden sicherlich die Verantwortlichen darin unterstützen, entsprechende Ressourcen und Prozessmaßnahmen zur erfolgreichen Vermeidung der perioperativen Hypothermie einzuführen. Eine erneute Sensibilisierung und Strukturierung der Arbeitsweise wird damit erforderlich. Die neue Leitlinie bietet verantwortlichen Ärzten und Pflegenden eine hilfreiche Unterstützung für die anfallende Reorganisation.

LITERATUR

- [1] AMWF online, Das Portal der wissenschaftlichen Medizin. AMWF-Register Nr. 001/018 Klasse: S3. Online: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-018l_S3_Vermeidung_perioperativer_Hypothermie_2019-08.pdf; Abruf 10.03.2020. 

¹ Siehe auch: S3 Leitlinie, S. 51 Abb. 2 Beispiel Visuelle Analogskala (VAS) Thermokomfort (nicht validiert), 2016.



© iStock/johnygreig

Hygiene-Tipp: Hygiene – darauf achtet der Patient!



Korrespondierender Autor:
Prof. Dr. med. Prof. h. c. (MNG)
Walter Popp
 Ärztlicher Leiter
 HyKoMed GmbH
 Vizepräsident der Deutschen
 Gesellschaft für Krankenhaushygiene
 e.V. (DGKH)
 popp@hykomed.de

Die Patienten achten zunehmend auf das hygienische Vorgehen in Krankenhäusern und Arztpraxen. Viele hygienische und medizinische Situationen sind vom Patienten fachlich nicht zu beurteilen bzw. er kann das Risiko nicht einschätzen. Bei anderen Gelegenheiten (z. B. Operation) ist eine Beobachtung des Patienten kaum möglich.

In folgenden Situationen jedoch ist damit zu rechnen, dass kundige Patienten auf korrekte Hygiene achten und gegebenenfalls dies auch dokumentieren:

- Händehygiene: Hierzu zählt beispielsweise die indikationsgerechte Händedesinfektion (z. B. im Rahmen der Visite) und auch die Beachtung, ob Uhren, Ringe, Schmuck an

Händen und Unterarmen (nicht) getragen werden.

- Wundversorgung: Wie sauber wird eine Wundversorgung im Zimmer durchgeführt? Wie sauber wird mit Verbandmaterial umgegangen?
- Isolierungen: Wie ist der Umgang mit Patienten, die isoliert werden, z. B. wegen eines multiresistenten Erregers? Wie ordentlich sind z. B. Kittel, Handschuhe usw. vor dem Isolierzimmer angeordnet?
- Reinigung: Wie gut wird die Reinigung durchgeführt? Wie lange ist beispielsweise die Reinigungskraft im Zimmer, welche Oberflächen werden bevorzugt desinfizierend gereinigt, welche überhaupt nicht? Kann trotz Reinigung Schmutz im Zimmer



**Prof. Dr. rer. nat. et rer. medic.
habil. Lutz Jatzwauk**

Leiter
Krankenhaushygiene/Umweltschutz
Universitätsklinikum Carl Gustav
Carus Dresden



Dr. med. Ricarda Schmithausen

Koordination
Universitätsklinikum Bonn (UKB)
Institut für Hygiene und Öffentliche
Gesundheit (IHPH)



Dr. rer. nat. Wolfgang Kohnen

Stellvertretender Abteilungsleiter
im Bereich Krankenhaushygiene,
Krankenhaushygieniker, Beauftragter für
das Qualitätsmanagement
Abteilung für Hygiene und
Infektionsprävention
Universitätsmedizin der Johannes
Gutenberg-Universität Mainz
Vorstand der Deutschen Gesellschaft für
Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)

Popp W, Schmithausen R, Jatzwauk L, Kohnen
W: Hygiene-Tipp: Hygiene – darauf achtet der
Patient! *Passion Chirurgie*. 2020 Mai; 10(5):
Artikel 04_03.



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

- gefunden werden – z. B. Staubknäuel in Ecken? Gibt es jeden Tag eine desinfizierende Reinigung oder erfolgt häufig nur eine „Sichtreinigung“, z. B. am Samstag und Sonntag?
- Kleidung: Wie korrekt wird Berufskleidung von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern getragen? Ist diese sauber?
 - Bettenaufbereitung. Wie erfolgt die Bettenaufbereitung? Wird das Bett bei Aufbereitung im Patientenzimmer auch komplett gereinigt und desinfiziert? Oder erfolgt auf dem Flur nur eine „Expressreinigung“.
 - Wie verhält sich das Personal im OP-Trakt? Gegebenenfalls können auch kleinere Operationen (z. B. in der Dermatologie) beobachtet werden, wenn nur eine Lokal-

anästhesie erforderlich ist. Ist der Mund-Nasen-Schutz angelegt? Bedeckt die OP-Haube alle Haare? Wird in den Räumen gegessen oder getrunken?

- Sind die Zu- und Abluftöffnungen der RLT-Anlage staubig? Der Patient liegt und betrachtet die Umgebung anders als Mitarbeiter.

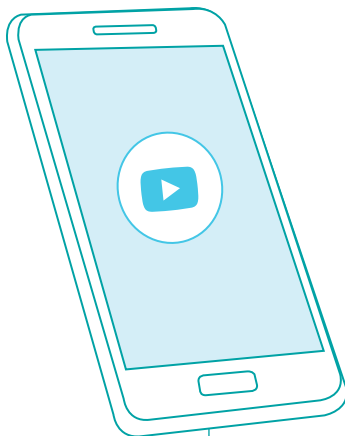
Es empfiehlt sich, gerade für diese Situationen auf Hygienemaßnahmen zu achten. Mängel können nicht selten zu Klagen der Patienten führen, gegebenenfalls auch zu Medienberichten.

Der Hygiene-Tipp im Auftrag der DGKH gibt die Meinung der Autoren wieder.



HYGIENE
CLIPGet Your
Disinfection

Erfolgreiche bundesweite
Kampagne des BDC
in Kooperation
mit DGKH und BDH



Gute Chirurgie kann durch eine Infektion gefährdet werden. Es gibt vermeidbare und unvermeidbare Infektionen. Letztere sind schicksalhaft und kaum zu beeinflussen.

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und die deutschen Hygieniker betreiben seit 2008 eine bundesweite Informationskampagne, die dazu beitragen soll, vermeidbare Infektionen in Klinik und Praxis zu reduzieren. Wir wissen, dass Sie als Chirurgin/Chirurg alles zur Infektprophylaxe und Hygiene wissen. Wir wissen aber auch, dass Hygiene häufig nicht im erforderlichen Umfang stattfindet oder sich durch die tägliche Routine nicht kontinuierlich im Fokus

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

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

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

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



**PATIENTENSCHUTZ DURCH HYGIENE IST EINE
BUNDESWEITE KONZERTIERTE AKTION VON:**

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

Personalia



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

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

MAI 2020

Dr. med. Peter Blöbbaum, Facharzt für Gefäßchirurgie und Allgemeine Chirurgie sowie endovaskulärer Spezialist, ist der neue Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie an den HELIOS Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken in Wiesbaden.

Dr. med. Wolfram Breithaupt ist seit Februar 2020 neuer Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie am St. Elisabethen-Krankenhaus in Frankfurt am Main. Er war zuvor Oberarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie am Agaplesion Markus-Krankenhaus in Frankfurt.

Nasreddin El-Jaam, Allgemein- und Unfallchirurg und zuvor Oberarzt der Sektion Unfallchirurgie und Orthopädie am HELIOS Albert-Schweitzer-Klinikum Northeim, ist seit 01. März 2020 Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie am Kreiskrankenhaus Weißwasser.

Dr. med. Achim Elsen wechselte zum 01. April 2020 vom Klinikum Großburgwedel Region Hannover GmbH, wo er langjähriger Chefarzt der Unfallchirurgie und Orthopädie war, an das Klinikum Robert Koch in Gehrden und leitet nun dort die Orthopädie und Unfallchirurgie.

Dr. med. Ulf Georgi ist der neue Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie des DRK-Krankenhauses Grimmen GmbH in Süderholz. Er wechselte aus Breisach in Baden-Württemberg, wo er die Allgemein- und Viszeralchirurgie der HELIOS Rosmann Klinik leitete.

Prof. Dr. med. Christian Kühne wechselte als Chefarzt von der Hamburger Asklepios Klinik St. Georg an die Schön Klinik Hamburg-Eilbek und leitet dort die Klinik für Unfallchirurgie.

Dr. med. Ingomar Lorenz wechselte zum 01. April 2020 von der Sana Klinik Bethesda Stuttgart an das Karl-Olga-Krankenhaus. Dort leitet der langjährige Chefarzt das Zentrum für Schulter- und Ellbogenchirurgie innerhalb der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie.

Dr. med. Hubert Mayer, Schatzmeister des BDC, wurde zum 1. April 2020 Geschäftsführer der Kliniken an der Paar.

Dr. med. Gunnar Proff ist seit dem 01. April 2020 neuer Chefarzt der Allgemein-, Viszeral- & Gefäßchirurgie des Diakonie-Krankenhauses Bad Kreuznach. Er wechselte vom St. Vincenz-Krankenhaus in Limburg, wo er als Oberarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie Proktologie tätig war.

Dr. med. Claus Schöler, Facharzt für Viszeralchirurgie mit Zusatzbezeichnung spezielle Viszeralchirurgie und Notfallmedizin, ehemals Oberarzt der Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am Universitätsklinikum Augsburg, ist seit dem 01. April 2020 der neue Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie der Wertachklinik Schwabmünchen.

Dr. med. Florian Stockhausen, Facharzt für Allgemeinchirurgie, Viszeralchirurgie und spezielle Viszeralchirurgie und zuvor Oberarzt am Hospital zum heiligen Geist in Frankfurt am Main, leitet seit dem 01.04.2020 als Chefarzt die chirurgische Abteilung des Capio Mathilden-Hospital Bündingen. ○



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

Frage & Antwort



Haftung bei Zusammenarbeit von Chirurgie und Pathologie



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer

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

Heberer J. F+A: Haftung bei Zusammenarbeit von Chirurgie und Pathologie. 2020 Mai; 10(5): Artikel 04_05



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

FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, wie es sich mit der Haftung verhält, wenn ein Chirurg eine Gewebeprobe an einen Pathologen zur Untersuchung und Befundung übermittelt, die sich auf dem Anforderungsschein an den Pathologen befindenden Informationen durch den Chirurgen jedoch lückenhaft sind, sodass hieraus ein fehlerhafter Befund des Pathologen resultiert oder dieser bei richtiger Information bestimmte Untersuchungen bzw. Methoden überhaupt erst durchgeführt hätte.

ANTWORT:

Grundsätzlich gilt auch für Leistungen der Pathologie, dass im Krankenhaus zu jeder Zeit der sogenannte fachärztliche Standard einzuhalten ist. Die Beurteilung der pathologischen Befunde etwa von Gewebeproben auf Zusage/Überweisung anderer Abteilungen wird also im Haftungsfalle ebenfalls anhand des für dieses Fachgebiet geltenden fachärztlichen Standards beurteilt werden. Dies bedeutet, dass der Pathologe die eingesandten Präparate zunächst unter Berücksichtigung des einzuhaltenden Sorgfaltsmaßstabes, der sich aus den fachlichen Vorgaben für das Gebiet der Pathologie ergibt, eigenständig

untersuchen und beurteilen muss und sich hierbei ergebende, sich aufdrängende oder sonstige Erkenntnisse dem einsendenden Chirurgen mitteilen muss.

Sofern seitens des einsendenden Chirurgen die üblichen und für die Beurteilung notwendigen Informationen unterlassen werden, kann sich unter Umständen eine Pflicht des Pathologen zur Rückfrage ergeben. Dies empfiehlt sich insbesondere, wenn Aufgabenstellung oder Vorbefunde, die für die pathologische Befundung von Bedeutung sind, fehlen oder unklar sind. Im Zweifel ist also jeweils eine Rückfrage beim Einsender sinnvoll.

Denn grundsätzlich haftet zunächst der Pathologe selbst für die Richtigkeit und Vollständigkeit seines Befundes. „Hellseherische“ Fähigkeiten verlangt die Rechtsprechung dabei aber nicht: Über die oben genannte Konstellation hinaus trifft den Pathologen nicht die Pflicht zu intensiven Nachforschungen hinsichtlich etwaiger Vorbefunde etc., wenn deren Kenntnis für eine standardgemäße, aber fachlich ordnungsgemäße Befundung der eingesandten Präparate nicht erforderlich ist.

Die Beantwortung der Haftungsfrage hängt im Einzelfall jedoch stets von den jeweils konkreten Umständen ab. Allerdings wird man nach Auffassung des Verfassers den Pathologen nicht dafür haftbar machen können, wenn ihm Informationen vorenthalten werden, deren Kenntnis zu einer anderen oder weitergehenden Untersuchung und damit auch zu anderen Ergebnissen geführt hätten. Hinzuweisen ist aber darauf, dass die Rechtsprechung mittlerweile von jedem an der Behandlung beteiligten Arzt ein hohes Maß an Sorgfalt verlangt, sodass eben tatsächlich in Zweifelsfällen Rückfragen zu empfehlen sind. ○

Frage & Antwort



Wird das Coronavirus als Berufskrankheit anerkannt?



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

Heberer J. F+A: Wird der Coronavirus als Berufskrankheit anerkannt? 2020 Mai; 10(5): Artikel 04_06.



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

FRAGE:

Ein Oberarzt fragt an, ob es als Berufskrankheit anerkannt wird, wenn es im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit nachweislich zu einer Coronainfektion kommt.

ANTWORT:

§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII definiert die Voraussetzungen einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung. Hiernach sind Berufskrankheiten jedenfalls diejenigen Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit erleiden.

Folglich müsste eine Erkrankung mit dem Coronavirus zunächst in der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) aufgeführt sein, um unproblematisch als Berufskrankheit anerkannt zu werden.

Gemäß Ziffer 3101 der Anlage 1 zur BKV stellen Infektionskrankheiten eine Berufskrankheit dar, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war.

Somit kommt hier nach Auffassung des Verfassers die Anerkennung als Berufskrankheit bei einer Infektion mit SARS-CoV-2 im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit durchaus in Betracht.

Die DGUV stellt hierzu auf ihrer Homepage ausdrücklich klar, dass bei positiver Testung, entsprechenden Krankheitsanzeichen sowie der Vermutung eines Infektionsweges über die berufliche Tätigkeit bei einem begründeten Verdacht um Erstattung der ärztlichen Berufskrankheitenanzeige (F6000) gebeten wird (s. hierzu unter:

https://www.dguv.de/landesverbaende/de/medien/faq/aktuelles_corona_dav/index.jsp



Traumberuf Chirurg? Wie tickt der Nachwuchs?

VORWORT

Die Werteentwicklung des ärztlichen Nachwuchses und die daraus abgeleiteten Einstellungen zu Berufsbild, Arbeitslast und Leistungsbereitschaft bestimmen seit fast zwei Jahrzehnten in schöner Regelmäßigkeit chirurgische Gazetten und Kongresse. Aber viele Einschätzungen, Trendforschungen oder Zukunftsvisionen zur neuen Generation kränken an zu kleinen Stichproben („meine Leute sagen mir immer...“), bleiben in persönlichen Empfindungen stecken („ich meine ja, dass...“) oder ersticken in schicksalstreuer Ergebnislosigkeit („wir müssen auf jeden Fall...“). Das reicht eigentlich gerade mal für ein kleines Intermezzo in der Industrieausstellung oder ein Zwischenbiergespräch am Festabend, aber nicht als Diskussionsgrundlage oder Handlungsempfehlung. Denn die wichtigste Gemeinsamkeit jeder Futurologie ist die Schwäche der Vorhersagen – niemand weiß eben ganz genau wie es kommen wird. Es gibt in der Soziologie keinen unausweichlichen Determinismus, es gibt ihn

nicht für die Masse, und es gibt ihn auch nicht für die Jugend. Konstruktive Zukunftsdebatten wollen gestalten. Sie meiden deshalb Auguren-tum und Fatalismus und suchen stattdessen nach Fakten.

Der Berufsmonitor Medizinstudierende, den die Universität Trier seit 2010 erhebt, bietet valide Daten, die eine stabile Basis für eine Diskussion bieten, die sich der Frage stellt, wie die Zukunft in der Chirurgie aussehen soll. Grund genug, sie in unserer neuen Rubrik BDC-PRAXISTEST zu präsentieren. Die Zukunft gestalten müssen wir dann aber noch selbst.

Prof. Dr. med. Carsten J. Krones

Leiter Themen-Referat Leitende KrankenhauschirurgInnen im BDC
Chefarzt

Prof. Dr. med. Daniel Vallböhmer

Stellv. Leiter Themen-Referat Leitende KrankenhauschirurgInnen im BDC



Prof. Dr. Rüdiger Jacob
 Universität Trier
 Soziologie-Empirische Sozialforschung
 Universitätsring 15
 54296 Trier
 jacob@uni-trier.de

Prof. Dr. Johannes Kopp
 Universität Trier
 Soziologie-Empirische Sozialforschung

Prof. Brinkmann, Chefarzt der Schwarzwaldklinik, war selbstverständlich Chirurg und – um auch einen echten Arzt zu nennen, der spätestens durch die ARD-Serie „Charité“ 2017 auch einem breiteren Publikum bekanntgemacht wurde – Prof. Dr. Ferdinand Sauerbruch ebenfalls. Wenn allgemein von Ärzten die Rede ist, assoziieren viele Menschen damit spontan Chirurgen. Deren Prestige ist hoch, auch und gerade beim Nachwuchs.

Im Berufsmonitoring Medizinstudierende, das wir seit 2010 in einem vierjährigen Turnus in Zusammenarbeit mit der KBV als bundesweite Online-Befragung an den medizinischen Fakultäten durchführen, haben wir in der zweiten Welle 2014 solche Prestigezuschreibungen erhoben.¹ Die Chirurgie genießt nach Einschätzung der Befragten in der Bevölkerung insgesamt und bei den Medizinstudenten insbesondere das höchste Ansehen von allen medizinischen Fachrichtungen, bei praktizierenden Ärzten rangiert sie nach Neurologie und Innerer Medizin auf Rang 3 – bei drei Titelskämpfen also sozusagen zweimal Gold und einmal Bronze. Sehr viel besser kann man es eigentlich nicht machen. Doch obwohl die Chirurgie (nicht nur) hier am besten abschneidet, hat das hohe Ansehen des Fachs leider kaum noch einen motivierenden und aktivierenden Effekt auf die Weiterbildungsentscheidungen der künftigen Mediziner.

Wir haben in allen drei Wellen gefragt, welche Gebiete für eine Weiterbildung in Frage kommen. Diese Frage haben wir ab 2014 in zwei Varianten gestellt, nämlich wie schon 2010 als Multiple-Choice-Frage mit maximal drei Optionen, und als Single-Choice-Frage, mit der die zum Zeitpunkt der Befragung aktuelle Präferenz gemessen wurde. Außerdem fragen wir seit 2014 auch danach, welche Fächer definitiv nicht in Frage kommen. Wir sind dabei von der Annahme ausgegangen, dass Studenten häufig eher klare Vorstellungen davon haben, was sie nicht interessiert und auf dieser Basis dann auch künftige Angebote entsprechend wahrnehmen. Personen mit klarer und klar artikulierter Abneigung gegen bestimmte Fächer sind mit an Sicherheit grenzender

Wahrscheinlichkeit für eben solche Fachrichtungen auch nicht zu begeistern und müssen deshalb auch nicht mehr Zielgruppe für die Werbemaßnahmen sein.

Mit Blick auf das Rekrutierungspotential für die Chirurgie konnten wir mit diesem Vorgehen vier Gruppen identifizieren, nämlich:

1. Den harten Kern der an dem jeweiligen Gebiet stark interessierten Studenten (Single Choice-Frage), die sich eindeutig für eine Weiterbildung in Chirurgie (6,5 Prozent) entschieden haben (zum Zeitpunkt der Befragung, diese Entscheidung kann bis zum Beginn der Weiterbildung geändert werden).
2. An dem Gebiet Interessierte (Multiple Choice-Frage), für die dieses Fach eine explizite Option neben anderen ist. Dies sind in der Chirurgie 24,3 Prozent.
3. Die nicht grundsätzlich Abgeneigten, die Chirurgie nicht definitiv ausgeschlossen haben und mithin für entsprechende Informations- und Werbekampagnen (verbunden mit entsprechenden Anreizen) zumindest offen sind. Rechnet man hier die Befragten der Gruppen 1 und 2 heraus, dann ergibt sich ein Rekrutierungspotential für die Chirurgie von 35,5 Prozent.
4. Die grundsätzlich nicht an diesen Fächern interessierten Studenten. Dies sind in der Chirurgie 35,2 Prozent.

Das mag auf den ersten Blick nicht gar so dramatisch aussehen, denn das grundsätzliche Potential für Chirurgie ist nicht klein. Leider aber verliert das Fach im Studienverlauf sehr deutlich an Attraktivität.

Bei nunmehr drei Wellen können wir hinsichtlich des Gewinns oder Verlusts Zeitverläufe abbilden, indem wir z. B. die Ergebnisse der Studenten, die im Jahr 2010 in der Vorklinik waren, mit denen im PJ des Jahres 2018 vergleichen. Dabei wird deutlich, dass die Chirurgie bei der Single-Choice-Option von 2014 bis 2018 knapp drei Prozentpunkte verliert und bei der Multiple-Choice-Option vom Beginn des Studiums bis zum PJ knapp 18 Prozentpunkte – der Anteil, der auch an Chirurgie interessiert ist, hat sich im Studienverlauf halbiert. Noch

Jacob R, Kopp J: Traumberuf Chirurg? Wie tickt der Nachwuchs? *Passion Chirurgie*. 2020 Mai, 10(5): Artikel 05_01.



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

¹ Beteiligt haben sich jeweils über 10.000 Personen. Die ausführlichen Ergebnisberichte der Jahre 2010, 2014 und 2018 können als PDF auf der Seite der KBV heruntergeladen werden: <https://www.kbv.de/html/5724.php>

etwas ist im Zeitverlauf auffällig und für das Fach Chirurgie durchaus Anlass zur Sorge: Die Zahl der grundsätzlich an Chirurgie interessierten Studenten ist über die Jahre zum Studienbeginn vergleichsweise hoch – mehr als ein Drittel der Studienanfänger kann sich vorstellen, einen Facharzt in Chirurgie zu machen. Bei allen Wellen hat sich dieser Wert im PJ deutlich reduziert, wobei 2018 ein Tiefstand erreicht wurde. Offenkundig schrecken bereits das Studium und dann noch einmal sehr deutlich und nachhaltig Erfahrungen im PJ von einer Weiterbildung in Chirurgie ab. Und als letzte schlechte Nachricht muss dann leider noch konstatiert werden, dass das Fach im Zeitverlauf auch bei den Männern an Attraktivität verloren hat.

Dem erodierenden Interesse an der Chirurgie korrespondiert ein vergleichsweise geringes Interesse an Chefarztpositionen und einer entsprechenden Karriere. Wir haben die Frage,

Tab. 1: Interesse an Chirurgie im Zeitverlauf
(Angaben in Prozent)

Facharztweiterbildung in Chirurgie	2010	2014	2018
Single Choice			
Alle Befragten	-	8,3	6,5
Frauen	-	7,5	6,3
Männer	-	9,5	6,4
Vorklinik	-	11,4	9,9
Klinik	-	7,0	5,4
PJ	-	5,6	4,5
Multiple Choice			
Alle Befragten	26,8	25,2	24,3
Frauen	23,6	22,7	22,1
Männer	32,6	29,5	27,4
Vorklinik	35,7	31,9	32,5
Klinik	23,5	22,5	21,5
PJ	21,2	18,8	18,1

ob eine Chefarztstelle ein Berufsziel ist, 2018 das erste Mal gestellt. Männer und Frauen unterscheiden sich dabei sehr deutlich, denn 50 Prozent der Männer, aber nur 28 Prozent der Frauen sind an einer solchen Stelle grundsätzlich interessiert. Und wiederum scheinen auch der Studienverlauf und damit einhergehende Praxiserfahrungen einen negativen Effekt zu haben, denn von den Befragten in der Vorklinik können sich noch rund 47 Prozent vorstellen, Chefarzt zu werden, im PJ dagegen nur noch knapp 26 Prozent.

Wie nun tickt der leider nur kleine Anteil der künftigen Ärzte, die ein eindeutiges Interesse an der Chirurgie haben und damit den harten Kern des Rekrutierungspotentials darstellen, hinsichtlich der Erwartungen an die spätere Berufstätigkeit? Wir haben dazu Fragen nach der Relevanz²² der Dimensionen „Familie und Freizeit“, „Beruflicher Erfolg und Karriere“, „Teamarbeit und Abwechslung im Beruf“ und „Wissenschaftsorientierung“ gestellt. Grundsätzlich sind diese Dimensionen den künftigen Ärzten mehrheitlich mindestens wichtig, dennoch sind die Verteilungen aber unterschiedlich – und zwar gerade auch dann, wenn man nach Weiterbildungspräferenzen differenziert, sodass man hier durchaus auch von Fachprofilen sprechen könnte. Für die an Allgemeinmedizin stark interessierten Studenten sind Familie und Freizeit sowie Teamarbeit und Abwechslung im Beruf überdurchschnittlich wichtig, die Wissenschaftsorientierung ist dagegen von stark nachgeordneter Bedeutung. Dieser Aspekt ist dagegen für künftige Chirurgen von relativ deutlich größerer Wichtigkeit, überdurchschnittlich relevant ist auch der berufliche Erfolg. Dagegen sind für die an der Chirurgie interessierten Studenten die Familien- und Freizeitorientierung und die Teamarbeit von unterdurchschnittlicher Wichtigkeit. Eine Chefarztstelle ist für 54 Prozent der an Chirurgie stark interessierten Studenten eine Option, sie rangieren damit zusammen mit den „künftigen Radiologen“ an der Spitze.

Was lässt sich aus diesen Ergebnissen ableiten? Bei aller Vorsicht lässt sich die Klientel der Chirurgie als leistungsbereit,

leistungs- und auch karriereorientiert und überdurchschnittlich stark an Wissenschaft und medizinischem Fortschritt interessiert beschreiben. Für das Fach und die spätere, sehr verantwortungsvolle Tätigkeit, bei der es, wenn auch nicht immer um Leben oder Tod, so doch zumindest sehr oft um die Wiederherstellung von körperlicher Funktionsfähigkeit und die Vermeidung bleibender Schäden geht, ist dies zweifellos eine gute Basis. Warum aber ist das Rekrutierungspotential so überschaubar? Zum einen dürften dabei berufliche Rahmenbedingungen eine Rolle spielen. Zu nennen ist hier einerseits ein zumindest in einigen Häusern immer noch vorherrschendes suboptimales Arbeitsklima, das zu Kommentaren wie den beiden folgenden aus der Befragung 2018 motiviert und sicherlich einer Reform bedarf:

„Bin jetzt gerade fertig geworden mit dem Studium, was ich im Rahmen der Praktika gesehen habe war teils katastrophal, vor allem in der Chirurgie. Möchte auf all die frauenfeindlichen Kommentare in der Frühbesprechung oder beim Hakenhalten gar nicht weiter eingehen.“

Ich würde mir wünschen, dass die Hierarchien in Krankenhäusern und besonders in der Chirurgie abgebaut werden. Mich als Frau schreckt der Ton im OP und die Ellenbogenmentalität der meisten Chirurgen im Krankenhaus ab.“

Das Thema Arbeitszeit, welches ebenfalls sehr häufig im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf kritisch angesprochen wird, bedarf dagegen einer differenzierten Diskussion und Herangehensweise. Auch wenn sich dabei organisatorisch vieles sicher regeln lässt, so muss man doch festhalten (und sollte dies auch offensiv kommunizieren), dass der Beruf des Arztes generell und erst Recht der des Chirurgen kein gewöhnlicher 9-to-5-Job ist. Krankheiten, Not- und Unfälle haben keine Zeit- und Arbeitspläne, Ärzte (und andere Berufe der Nothilfe i. w. S.) müssen 24/7 zur Verfügung stehen. Ihre

²² Verwendet wurde eine vier-polige Ratingskala mit den Ausprägungen „sehr wichtig“, „wichtig“, „weniger wichtig“ und „unwichtig“.

Verantwortung ist groß, deshalb werden nur die Besten zum Studium zugelassen. Seit geraumer Zeit erfolgt diese Auslese der „Besten“ primär über die Abiturdurchschnittsnote. Hier sollte man ansetzen und ab dem ersten Semester sehr viel deutlicher kommunizieren, welche Bedeutung die Medizin für jeden Einzelnen und die Gesellschaft hat, welche Verantwortung mit der Ausbildung und dem Beruf verbunden ist, warum man dafür die Besten braucht (und nur diese zum Studium zulässt)³, und was man von dieser Elite im Studium und danach erwartet. Aktuell haben wir es mit der paradoxen Situation zu tun, dass einerseits Leistungskriterien und Elitenrekrutierung bei der Zulassung zum Medizinstudium die entscheidenden Faktoren sind, danach aber – abgesehen von Klausuren und Prüfungen – Leistungserwartungen und -anforderungen und explizite Maßnahmen zur Elitebildung wenig bis nicht thematisiert werden oder sogar als illegitim gelten.

Bereits vor sieben Jahren ist in der PASSION CHIRURGIE ein **Beitrag von Wolfgang Ulrich** veröffentlicht worden, der sich mit der Frage befasst, wieviel Image die Chirurgie braucht. Wir zitieren daraus nur einen Passus, der als Motto für die Auswahl und Ausbildung künftiger Ärzte im Allgemeinen und Chirurgen im Besonderen als Leitlinie gelten kann:

„Wie aber bekommt man wieder mehr Interessenten für den Beruf – und vor allem wirklich engagierte, begabte, gute Absolventen? Damit das gelingt, muss ein Beruf mehr als nur materielle Sicherheit versprechen. Wichtig ist, dass der Eindruck entsteht, ein Beruf biete Herausforderungen, verlange also besonderen Ehrgeiz, besondere Begabungen – biete

zugleich aber auch die Chance auf besondere Anerkennung, ja auf Ruhm. Gerade überdurchschnittlich Begabte wollen das Gefühl haben, in ihrem Beruf auch etwas Neues entwickeln zu können, ihre Fähigkeiten ausleben zu dürfen, kreativ sein zu können – und damit an einem Fortschritt teilhaben, ja selbst innovativ wirken zu können. Daher ist der Beruf des Künstlers so begehrt, aber auch Felder der Naturwissenschaft ziehen heutzutage viele Begabte an – hier gibt es mutmaßlich am meisten zu entdecken! – das verspricht Spannung, aber auch Potenziale, was Erfolg und Nachruhm anbelangt.“



³ Dabei kann und sollte man über den Auswahlmodus des NC als validem Indikator für die „Besten“ durchaus diskutieren, aber das würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen.

AKTUELLE MELDUNGEN



28.04.2020 BDC

GEMEINSAMES STATEMENT VON DGCH, DGAI, BDC UND BDA ZUR WIEDERAUFNAHME VON ELEKTIVEN OPERATIONEN IN DEUTSCHEN KRANKENHÄUSERN

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) hat gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGA) und dem Berufsverband...



27.04.2020 I. Mühlhölzer

MIT ARROGANZ UND IGNORANZ KANN KEIN NACHWUCHS AKQUIRIERT WERDEN

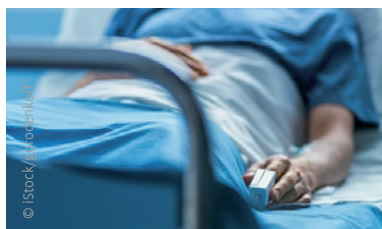
Der BDC feiert in diesem Jahr sein 60-jähriges Bestehen. Präsident Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer im Gespräch über Veränderungen in der Arbeitskultur und ihre Auswirkungen auf das Fach, über...



23.04.2020 BDC

ENTWURF ZUM ZWEITEN GESETZ ZUM SCHUTZ DER BEVÖLKERUNG BEI EINER EPIDEMISCHEN LAGE VON NATIONALER TRAGWEITE

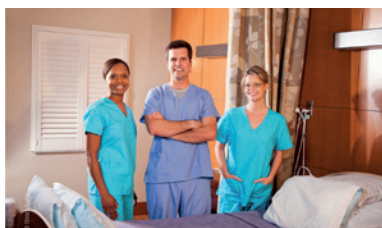
Das Bundesministerium für Gesundheit hat am 20. April 2020 einen Entwurf zum Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite herausgegeben...



20.04.2020 Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)

ÜBERGANGSFRIST VERSTRICHEN: KLINIK-BETTENMELDUNG AN DAS DIVI-INTENSIVREGISTER JETZT PFLICHT

Das DIVI Intensivregister erfasst derzeit tagesaktuell die Versorgungskapazitäten und Fallzahlen zu intensivmedizinisch behandelten COVID-19-Patienten. Ziel des Registers ist, die Verfügbarkeiten von...



16.04.2020 DKG

DKG FÜR VORSICHTIGE WIEDERAUFNAHME DER REGELVERSORGUNG

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat in ihrer aktuellen Pressemitteilung für die „schrittweise Wiederaufnahme der Regelversorgung“ plädiert. Darin heißt es, dass die derzeitige Situation in den...



14.04.2020 Kassenärztliche Bundesvereinigung

KBV: SCHARFE KRITIK AN ZWANGSVERPFLICHTUNG VON VERTRAGSÄRZTEN

Der Vorstand der KBV hat sich entschieden gegen eine Zwangsverpflichtung von Ärzten bei der Bekämpfung des Coronavirus ausgesprochen. Dies sei der völlig falsche Weg...

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

AUS DER
DGCH

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

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

KONTAKT

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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: 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 Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP Kontrollgruppe: Magenbypass-OP	FPI: 27.11.2013 120 von 248 Patienten	– Kein Fallgeld	Prof. Dr. B.P. Müller Universitätsklinikum Heidelberg Chirurgische Klinik Sektion Minimalinvasive Chirurgie T: 06221/56-8641 F: 06221/56-8645 E: beat.mueller@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: BIOLAP₂* Registrierungsnummer: DRKS00010178				
Prof. Dr. med. M. Heiss	Primäre bilaterale Leistenhernien Laparoskopische Operation bilateraler Leistenhernien unter Verwendung von synthetischen und biologischen Netzen. Die Studienteilnehmer werden keiner Gruppe zugeordnet; jeder Patient erhält auf einer Seite das biologische und auf der anderen Seite das synthetische Netz. Jeder Patient stellt somit seine eigene Kontrolle dar.	17.08.2017 391 von 496 Patienten	DFG 750 € / Patient	Dr. J. Knievel IFOM – Institut für Forschung in der Operativen Medizin Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin Universität Witten/Herdecke Ostmerheimer Str. 200, Haus 38 51109 Köln 0221 98957-24 0221 98957-30 Judith.Knievel@uni-wh.de

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 412 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 monofilamentären Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen-Netz Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilamentären Faden in Small-Stitches-Technik	08.08.2019 53 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 363 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 48 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: PERCOG₇* 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: PONIY₈* 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 120 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: RELY₉* 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 309 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

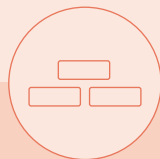
- [1] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial
- [2] Biologisches versus synthetisches Netz bei der laparoskopischen Hernienversorgung – eine randomisierte multizentrische, prospektive, selbst-kontrollierte klinische Studie
- [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: März 2020

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
Herr Prof. Dr. med. Henning Putzki, Hannover
in memoriam
Prof. Dr. Peter-Christian Alnor, Braunschweig
Prof. Dr. Horst Heymann, Hannover

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. Rüeff, München
 Herr Prof. Dr. med. Karl-Joseph Paquet, Bad Kissingen
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Volker Schumpelick, Aachen
 Herr Prof. Dr. med. Yoshiki Hiki, Tokio/Japan
 Herr Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith, Konstanz
 Herr Dr. med. Goswin von Mallinckrodt, München
 Herr Prof. Dr. med. Lothar Kinzl, Ulm
 Frau Ingrid und Herr Dr. med. Robert Raus, Riedlingen
 Frau Dr. med. Ursula Engel, Hamburg
 Enddarm-Zentrum Bietigheim,
 Herr Dr. med. Wolfgang Pfeiffer,
 Herr Dr. med. Markus Piro-Noack,
 Herr Dr. med. Edgar Kraft
 Herr Prof. Dr. med. Thomas Rüedi, Maienfeld/Schweiz
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Chur/Schweiz
 Herr Prof. Dr. med. Gert Specht, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Henning Weidemann, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Otto Scheibe, Stuttgart
 in memoriam Prof. Dr. med. Helmut Remé, Lübeck
 Herr Prof. Dr. med. Stephan Langer, Mönchengladbach
 Herr Dr. med. José Luis Narro, Köln
 Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Ulf Wayand, Linz
 Herr Prof. Dr. med. Werner Grill, Starnberg
 Herr Prof. Dr. med. Fritz Kümmerle, Mainz

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Friedrich Stelzner, Bonn
 Herr Prof. Dr. med. Günther Vetter, Bad Vilbel
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Bernhard Sprung, Dresden
 Frau Dr. med. Eva Böhlau, Bad Soden
 1991–2011 DGT in memoriam
 Prof. Dr. med. Ingolf Vogt-Moykopf zum 80. Geburtstag
 Herr Prof. Dr. med. Gerhard Krönung, Wiesbaden
 in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke,
 Regensburg
 Herr Prof. Dr. med. Alois Fürst
 Herr Dr. med. Arthur Heiligensetzer
 Herr Dr. med. Peter Sauer
 Herr Dr. med. Bernfried Pikal
 Herr Dr. med. Johannes Winfried Pruy
 in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke,
 Regensburg
 Herr Prof. Dr. med. Christian Müller, Hamburg
 Herr Dr. med. Friedrich Klee, Heidelberg
 Herr Prof. Dr. med. Karl Dinstl, Wien
 in memoriam Prof. Dr. med. K. Keminger
 Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim
 Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen
 Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
 Herr Dr. med. Helge Hölzer, Stuttgart
 in memoriam Prof. Dr. med. Gerhard Köveker, Sindelfingen und
 Böblingen
 Herr Dr. med. Friedemann Schreiter, Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Konrad Schwemmle, Linden
 Herr Dr. med. Frank U. Zittel, Frankenthal
 in memoriam Prof. Dr. med. Richard Xaver Zittel
 Herr Prof. Dr. med. Wulf Brands, Karlsruhe
 in memoriam Dr. med. Hartmut Wirth, Mannheim
 Herr Prof. Dr. med. habil. Dieter Bokelmann, Essen
 in memoriam Dr. med. Ottmar Kohler, Idar-Oberstein
 Herr Prof. Dr. med. Hermann Bünthe, Münster
 Frau Dr. Eva Appel, Frankfurt/Main
 in memoriam Prof. Dr. med. Alexander Appel
 Herr Prof. Dr. med. Gerhard Schönbach, Freiburg
 Frau Prof. Dr. med. Dorothea Liebermann-Meffert, Freiburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Basel
 Herr Dr. med. Andreas Dörmer, Frankfurt/Main
 Herr PD Dr. med. habil. Klaus H. Fey, Berlin in memoriam Prof. Dr.
 med. Fritz Linder, Heidelberg, Prof. William P. Longmire Jr.,
 Los Angeles
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Köle, Graz
 in memoriam Prof. Dr. med. Adolf Winkelbauer und
 Prof. Dr. med. Franz Spath

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Helmut Wolff, Berlin
 Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Rehbein
 Herr Prof. Dr. med. E. Ulrich Voss, Karlsruhe
 in memoriam Herr Prof. Dr. med. Jörg F. Vollmar
 Herr Dr. med. Christoph Bubb, Landshut
 Herr Dr. med. Bernhard Arlt, Herne
 Herr Prof. Dr. Axel Laczkovics, Bochum
 in memoriam Prof. Waldemar Kozuschek, Bochum
 Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau, Bochum
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans Hellmuth Hirsch
 Herr Prof. Dr. med. Otto-Andreas Festge, Greifswald, Herr Dr. med.
 Reinhold Festge, Oelde, Frau Dr. med. Brigitte Festge, Greifswald
 in memoriam Dr. med. Otto Festge
 Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
 Herr Prof. Dr. med. Horst Hamelmann, Kiel

BAUSTEIN IN BRONZE

Herr Dr. med. Holger Barenthin, Celle
 Herr Prof. Dr. med. Gernot Feifel, Homburg
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Lamesch, Gotzingen/Luxemburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jakob R. Izbicki, Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Hans Zwipp, Dresden
 Herr Dr. med. Dusan Dragojevic, Isernhagen
 Herr Prof. Dr. med. G. Heinz Engelhardt, Wuppertal
 Proktologische Praxis Kiel,
 Herr Dr. med. Johannes Jongen,
 Herr Dr. med. Hans-Günter Peleikis,
 Herr Dr. med. Volker Kahlke
 Herr Dr. med. Wolfgang Hermes, Bremen
 Herr Dr. med. Wolf-Dieter Hirsch, Grimma
 Herr Dr. med. Holger Herzing, Höchstadt/Aisch
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke, Plettenberg
 Herr Dr. med. Winfried Hölter, Monheim
 Herr Dr. med. Matthias Becker, Possendorf
 Frau Dr. med. Martina Mittag-Bonsch, Crailsheim
 Zur Erinnerung an den Virchow-Schüler Paul Langerhans,
 Berlin und Madeira. Seine Familie
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Riedl, Göppingen
 Herr Dr. med. Gerwin Alexander Bernhardt, Voitsberg/Österreich
 Herr Dr. med. Georgios Adamidis, Pirmasens
 Herr Dr. med. Orhan Özdemir, Herborn
 Herr Dr. med. Marcus Giebelhausen, Paderborn
 Herr Prof. Dr. med. Matthias Richter-Turtur, Münsing
 Herr Dr. med. Michael Eckert, Speyer
 in memoriam Prof. Dr. med. Kurt Spohn
 Herr Prof. Dr. med. Rudolf Bedacht, München
 Herr Dr. med. Hans-Joachim Wigro, Bielefeld
 Herr Dr. med. Ingolf Hoellen, Backnang

Herr 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

Herr Dr. med. Konrad Prenner, Salzburg
 Herr Dr. med. Radovan Stojanovic, Kassel
 Herr Dr. med. Jörg Kluge, Erfurt
 in memoriam Dr. med. habil. Werner Kluge, Dresden
 Herr Dr. med. Roland Kluge, Dresden
 in memoriam Dr. med. habil. Werner Kluge, Dresden
 Frau Dr. med. Ricarda E. Sieben, Braunschweig
 Herr Dr. med. Peter Gilsdorf, Mainz
 Herr PD Dr. med. Friedrich Thielemann, Villingen-Schwenningen
 Herr Dipl.-Ing. H. - F. Bär, Werl
 Herr Dr. med. Albert Schreiber, Neumarkt
 in memoriam Dr. med. Claus Wiedmann
 Frau Dr. med. Waltraud von Kothén, Tegernsee
 Herr Dr. med. Jürgen Friedrich, Essen
 Herr Dr. med. Arnd Siegel, Stade
 in memoriam Prof. Dr. med. Rudolf Nissen
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke, Plettenberg
 in memoriam Prof. Dr. med. E.H. Farthmann
 Saarländische Chirurgenvereinigung e.V., Saarbrücken
 Herr Dr. med. Johannes Zeller, Laufenburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Manfred Schmolke, Düsseldorf
 Herr Prof. Tomislav Stojanovic
 Dr. med. Radovan Stojanovic, Wolfsburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Heinz Becker, Göttingen
 Herr Dr. med. Jürgen Benz
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Joachim Streicher
 Frau Dr. med. Frauke Eleonore Meyer-Wigro, Bielefeld
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Berger, Deutschlandsberg
 Herr Prof. Dr. med. Roland Eisele, Göppingen
 Herr Dr. Joachim Casper, Überlingen

WICHTIGE INFORMATION ZU DEN SPENDENTAFELN

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

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

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

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

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

DGCH-PRÄSIDIUM

ab 1. Mai 2020



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	U. Rolle, Frankfurt
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

AUS DEM
BDC

60 JAHRE BDC

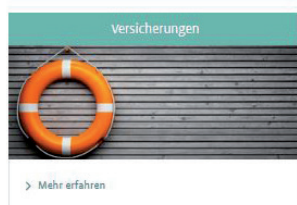
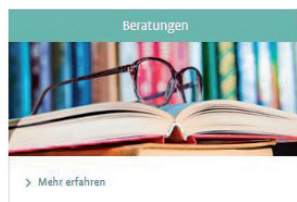


AM 23. APRIL 2020 WURDE DER BDC GEGRÜNDET

Der BDC feiert sein 60-jähriges Jubiläum! In unserer Jubiläumsartikelserie stellen wir Ihnen das ganze Jahr über Vorstandsmitglieder, Mitglieder aus Landesverbänden und Themenreferaten in ausgewählten Texten und Interviews vor. Lassen Sie sich überraschen! Sie finden die Texte auch auf Instagram und Facebook.

Mehr lesen...

BDC-LEISTUNGEN



EXKLUSIV FÜR MITGLIEDER

Auf BDC|Online finden Sie eine Übersicht über alle Leistungen, die wir unseren Mitgliedern anbieten können. Der Angebots-Strauß ist vielfältig:

- Beratungen zu allen Berufsfragen (auch juristisch),
- Praxisbewertungen und -beratungen,
- Vertragsberatung,
- Versicherungsangebote,
- Weiter- und Fortbildungsangebote,
- E-Learning-Plattform,
- vergünstigte Zeitschriften & Bücher,
- ein Stellenmarkt,
- der BDC|Shop,
- unglaublich viele Lifestyle-Angebote,
- unser Mitglieder-Netzwerk und
- Stipendien-Möglichkeiten.

Wenn Sie Fragen haben, es mit dem LogIn nicht klappt und Sie nicht weiter wissen, melden Sie sich gern im BDC-Sekretariat unter Telefon 030 / 28004 – 150 oder schreiben Sie eine E-Mail an mail@bdc.de.

Zu den Leistungen des BDC...



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



Am Ende braucht jeder einen **Verband.**



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

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

BDC | Landesverbände

BDC | Westfalen-Lippe

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Waldemar Uhl, MHSA

Stellv. Vorsitzender und Regionalvertreter NL
Jerzy Wielowiejski

BDC | Bremen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Heiner Wenk

Regionalvertreter NL
Dr. med. Björn Ackermann

BDC | Hamburg

Vorsitzender
Dr. med. Christopher Wenck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Mansfeld

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Kemnitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gerd Fass

BDC | Schleswig-Holstein

Vorsitzender
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Michael Müller

Regionalvertreter NL
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Bertram Wittrin



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

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. Stellvertr. Vorsitzender
Dr. med. Christoph Schüürmann

2. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Alexander Buia

Regionalvertreter NL
Dr. med. Detlev Grapentin

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 | Saarland

Vorsitzender
Dr. med. Peter Bongers

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Daniel Bastian

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



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

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Ingo Menzel

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

28.04.2020

Gemeinsames Statement von DGCH, DGAI, BDC und BDA zur Wiederaufnahme elektiver Operationen

Als Reaktion auf den notwendigen Bettenbedarf für Intensivpflegefälle im Rahmen der Covid-19 Pandemie haben deutschland- und weltweit Krankenhäuser elektive und verschiebbare Eingriffe verschoben und hiermit sowohl personelle als auch räumliche Ressourcen für die Behandlung der an Covid-19 erkrankten Patienten geschaffen...

01.04.2020

Hausärzte wünschen sich in der Coronakrise mehr Unterstützung

Die Hausärzte in Deutschland wünschen sich in der Coronakrise mehr Unterstützung. „Unterstützt die, die euch schützen!“, heißt es in einer gemeinsamen Mitdes Deutschen Hausärzterverbands und der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM)...

17.01.2020

„Für Babyboomer ist 65 doch kein Alter mehr“

Mit 65 in Rente? Die Mehrzahl der Chirurgen würde gerne weiterarbeiten und ist auch offen für Veränderungen – doch nicht zu jedem Preis. Was sich „Silver Worker“ wünschen und welchen Mehrwert sie Kliniken bringen, weiß Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer...

15.11.2019

Grey's Anatomy in Klasse 10

Heute sind Fingerspitzengefühl und eine ruhige Hand gefragt. Zur Abwechslung schwitzt die Klasse 10b des Ottersberger Gymnasiums mal nicht wegen Goethe oder Geometrie. Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg, Unfallchirurg aus Ottersberg, fordert die Jugendlichen in einem ganz anderen Fachbereich: der Chirurgie...

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 unabhängigere 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 Belegsystem

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...

www.bdc.de/presse/

Termine BDC | Akademie

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
24.08.2020	28.08.2020	Berlin	2020-21664	Common Trunk	Prof. Dr. med. Stephan Gretschel; Dr. med. Christian Müller	400,00	600,00
10.09.2020	12.09.2020	Kaiserslautern	2020-21667	Common Trunk	PD Dr. med. habil. Christian Mönch; Dr. med. Martin Veit	350,00	550,00
18.09.2020		Berlin	2020-21525	Workshop: Simulationstraining Notfallmanagement	Dr. med. Jan Baus	450,00	600,00
24.09.2020	26.09.2020	Berlin		Praktisches Seminar – Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00	600,00
25.09.2020	26.09.2020	Leipzig	2020-21521	Seminar: Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Dr. med. Ehrhardt Weiß	100,00	200,00

FACHARTZTVORBEREITUNG							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
04.05.2020	08.05.2020	Hamburg	2020-23820	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großterlinden	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
07.09.2020	11.09.2020	Leipzig	2020-22550	Facharztseminar Allgemeinchirurgie	Dr. med. Ludwig Schütz	350,00	550,00
15.09.2020	18.09.2020	Berlin	2020-23823	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Julia Seifert	350,00	550,00
02.11.2020	05.11.2020	Hamburg	2020-23672	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Prof. h.c. Dr. h.c. Jakob R. Izbicki	350,00	550,00
09.11.2020	13.11.2020	Dortmund	2019-22530	Facharztseminar Allgemeinchirurgie	Dr. med. Jens-Peter Stahl; Prof. Dr. med. Maximilian Sch- meding	350,00	550,00

**Aufgrund der aktuellen
Entwicklung der COVID-19-
Pandemie sind bis zum
30. Juni 2020
alle Seminare abgesagt!**

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
20.07.2020	22.07.2020	Aachen	2020-23680	Spezielle Unfallchirurgie Teil II	Prof. Dr. med. Frank Hildebrand	300,00	500,00
10.09.2020	11.09.2020	Berlin	2020-22401	CAMIC 1: Grundlagen der minimalinvasiven Chirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
25.09.2020	26.09.2020	Aachen	2020-23860	Fußchirurgie I	Dr. med. Thorsten Randt	500,00	650,00
25.09.2020	26.09.2020	Berlin	2020-23685	Viszeralchirurgie Kompakt: Beckenbodenchirurgie	PD Dr. med. Annett Gauruder-Burmester	300,00	500,00
28.09.2020		Berlin	2020-23687	Management von Anastomosensuffizienzen im oberen Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. med. Clemens Schafmayer	250,00	300,00
05.10.2020	06.10.2020	Nordstedt	2020-23618	Orthotrauma: Versorgungskonzepte und Zugangswege obere Extremität	Prof. Dr. med. Burkhard Wippermann	800,00	1000,00
08.10.2020	09.10.2020	Berlin	2020-22403	CAMIC 2: Endoskopische Hernienchirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
08.10.2020	09.10.2020	Tuttlingen	2020-23683	Spezielle Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	300,00	500,00
28.10.2020	29.10.2020	Köln	2020-23864	Seminar Fußchirurgie IV	Prof. Dr. med. Jonas Andermahr	300,00	650,00
05.11.2020	06.11.2020	Berlin	2020-22405	CAMIC 3: Laparoskopische Nahttechniken	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
10.11.2020	11.11.2020	Berlin	2020-23616	Deformitäten Defekte Traumatologie Deformitäten Defekte Traumatologie Grundlagen der Korrektur mittels Ringfixateur und Hexapoden	Prof. Dr. Robert Rödl; Dr. med. Micha Langendörfer	400,00	600,00
12.11.2020	13.11.2020	Köln	2020-23684	Viszeralchirurgie Kompakt: Pankreaschirurgie	Prof. Dr. med. Christiane Bruns; Prof. Dr. med. Dirk Stippel; PD Dr. med. Felix Popp	300,00	500,00
12.11.2020	13.11.2020	München	2020-23676	Viszeralchirurgie Kompakt: Rektum- und Analfistelchirurgie	Dr. med. Reinhard Ruppert	300,00	500,00
20.11.2020		Frankfurt am Main	2020-23674	Viszeralchirurgie kompakt: Adipositaschirurgie	Dr. med. Sylvia Weiner	300,00	400,00
23.11.2020	24.11.2020	Köln	2020-23635	10. Thoraxchirurgischer Kurs Teil 1 Grundkurs	Prof. Dr. med. Erich Stoelben	400,00	500,00
26.11.2020	27.11.2020	Berlin	2020-22409	Masterclass Hernienchirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
27.11.2020	28.11.2020	Dresden	2020-23631	Kindertraumatologie für D-Ärzte	Prof. Dr. med. Guido Fitze	300,00	500,00
03.12.2020	04.12.2020	Berlin	2020-22407	CAMIC 4: Laparoskopische kolorektale Chirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
18.09.2020	19.09.2020	Berlin	2020-26534	Führungsseminare für Chirurginnen: Modul II – Durchsetzungsstrategien im Klinikalltag	Dr. med. Gunda Leschber; Prof. Dr. med. Katja Schlosser; Sabine Schicke	450,00	650,00
19.09.2020		Köln	2020-25820	Begutachtung von Berufskrankheiten	Dr. med. Werner Boxberg	300,00	500,00

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL.
16.10.2020	17.10.2020	Berlin	2020-24708	Abschlusscolloquium Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		
11.12.2020	12.12.2020	Berlin	2020-24620	Update perioperative Medizin	Prof. Dr. med. Alexander Schachtrupp; Prof. Dr. med. Johann Pratschke; Dr. med. Ralf Roland Lorenz	350,00	450,00

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL.
24.10.2020		Berlin	2020-27706	Abrechnungsseminar EBM	Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg	140,00	240,00
24.10.2020		Berlin	2020-27701	Abrechnungsseminar GOÄ und BG	Dr. med. Peter Kalbe	140,00	240,00
06.11.2020	07.11.2020	Berlin	2020-24705	Innovative Führungs- und Personalpraxis im Gesundheitswesen	Prof. Dr. soz. Margit Geiger	400,00	600,00
20.11.2020	21.11.2020	Berlin	2020-24600	Der Chirurg als Leitender Arzt	Prof. Dr. med. Heinz-Jochen Gassel	400,00	600,00
21.11.2020		Berlin	2020-24714	Seminar G-DRG Update 2021	Prof. Dr. med. Thomas Auhuber	200,00	400,00
27.11.2020	28.11.2020	Berlin	2020-26535	Führungsseminare für Chirurginnen: Modul 3 – Erfolgsstrategien in eigener Sache	Dr. med. Gunda Leschber; Prof. Dr. med. Katja Schlosser; Sabine Schicke	450,00	650,00
05.12.2020		Berlin	2020-27707	EBM neu 2021	Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg	120,00	240,00

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

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

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



Kompaktkurs – geeignet für alle Ärzte

Hygienebeauftragter Arzt (HBA)

Mit der Smart-Learning-Methode

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

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



eCME-center.org[®]
continuing medical education

continuing medical education



60 CME-Punkte



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

SPONSOREN DER BDC|AKADEMIE

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

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

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

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

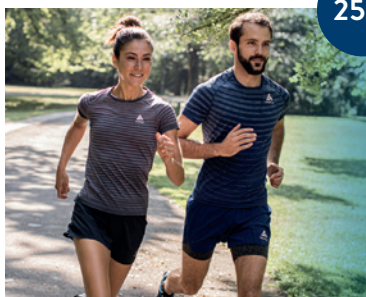


LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Mai 2020

%

25 %



ODLO: 25 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

25 %



JBL: 25 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

20 %



**CHRIST: SPECIAL 20 % RABATT FÜR
BDC-MITGLIEDER**

25 %



AMAPUR: 25 % 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.

PANORAMA

**Gemeinsam
stark!**





Prof. Dr. med. Carsten J. Krones

Leiter Themen-Referat „Leitende
KrankenhauschirurgInnen“ im BDC
Chefarzt
Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Marienhospital Aachen
Zeise 4
52066 Aachen
carsten.krones@marienhospital.de

Cum statt contra – ein Plädoyer für ein Mehr an Miteinander

Die Ärzteschaft ist zerstritten! Es bekämpfen sich aber heute nicht mehr wie so oft unterschiedliche Fachdisziplinen oder Versorgungsstufen in ihren hegemonialen Ansprüchen, sondern ganze Arztgenerationen in tiefgehenden Systemfragen. Jung gegen Alt, Alt gegen Jung: Während die Einen unter dem Schlagwort „aushalten“ Stabilität, Kompetenztraining und Resilienz fordern, schwelgt der Nachwuchs eher in Teilzeitflexibilität, Babypause und der Schonung eigener Gesundheit. Beides wohlgerne für Berufsanfänger im Alter von Mitte bis Ende 20, einer Zeit in der man eigentlich mit Vollgas startet, aber auch mal Fehler macht. Ein tragfähiger Kompromiss erscheint unter solchen Prämissen a prima vista nicht vorstellbar.

Neu ist das nicht. Denn der Generationenstreit in der Ärzteschaft geht mittlerweile in das zweite Jahrzehnt. Zum Startpunkt der fortgesetzten Revolte in der Medizin – dem legendären Ärztestreik aus 2006, der seinen Abdruck sogar auf Wikipedia hinterlassen hat – schlug der jüngeren Generation unter dem Motto „endlich“ noch viel Sympathie aus der ärztlichen Seniorenklasse entgegen. Man kämpfte zu den Zeiten ja auch um Gerechtigkeit in Lohn und Arbeitszeit, und die Zeche dafür sollten ganz andere zahlen. Nur vereinzelt konnte man damals schon die ersten Cassandra-Rufe der Seniorität vernehmen, die in dem Aufstand der Jungen gleichzeitig einen ethisch-moralischen Verfall witterten. Ein kleiner Riss zwischen Jung und Alt tat sich bereits auf, auch wenn wohl niemand erwartet hätte, dass daraus in kurzer Zeit eine Gletscherspalte wird. Doch die vermeintlich unstillbaren Begierden der Generation Y (kann man diesen Begriff noch ertragen?) brachen sich weiter Bahn, während die Bollwerke der alten Babyboomer

und Xer fast trotzig Jahr um Jahr verstärkt wurden. Und so stolpern die jungen und die alten Ärzte mittlerweile munter von einer Eskalation in die nächste, um sich scharend ein Heer aus selbsternannten Experten, Beratern und Moderatoren des Wandels, deren herausstechende Eigenschaft die wahlweise profitgierige oder geltungssüchtige Lust am Streit zu sein scheint. Und in der ersten Reihe um den Boxring mit den belfernden Parteien amüsieren sich Politik und Kostenträger über die Selbstzerfleischung, dabei nicht müde werdend, die Streithähne wechselseitig mit Munition zu befeuern. Übertrieben? Nein.

Doch was macht die Kluft zwischen den Generationen so unüberwindbar, was verhärtet die Fronten so sehr, was spaltet die eigentlich natürliche Solidarität in der Berufsgruppe hier tatsächlich? Vielleicht ist es nur das immer wiederkehrende Phänomen des Generationenwechsels, das ohne Zweifel unvermeidbar, aber nicht unüberwindbar ist. Denn Konflikte zwischen den Jungen und den Alten sind wahrscheinlich so alt wie die Menschheitsgeschichte. Während die einen alles ändern wollen, schützen die anderen den Bestand – und beide Seiten beklagen fehlenden Respekt: vor der Würde des Alters wie vor der Kraft der Jugend, vor dem Wert der Tradition wie vor der Wucht der Zukunft. Seit der Erfindung der Schrift ist dieser Streit dokumentiert. Und auch in unserem heutigen Alltag findet sich der Clash of Generations bis in kleinste Details verlässlich wieder. Der Gebrauch von Smartphones ist ein redundantes Beispiel, aber früher wurden ja auch die Bälle von jungen Fußballern viel besser aufgepumpt. Die Diskussion der Generationen ist also nicht nur alt, sondern auch überall und sicher kein Weltuntergang. Aber wie langweilig erscheint es angesichts

Krones CJ: Cum statt contra – ein Plädoyer für ein Mehr an Miteinander. Passion Chirurgie. 2020 Mai, 10(05): Artikel 09.



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

dieser simplen historischen Betrachtung auch aktuell in diesen Rollenmustern zu verharren? Welche intellektuelle Verschwendung bedeutet das Mantra der ewig gleichen, mittlerweile verhärteten Positionen? Wie können wir so hartnäckig negieren, dass jede Lösung immer im Kompromiss liegt? Machen wir uns doch nicht vor aller Welt lächerlich.

Grundsätzlich sitzen alle Ärzte im gleichen Boot, wir rudern nur alle anders. Diese geschundene Metapher ist so abgeschmackt wie zutreffend. Denn je einfacher die erste gemeinsame Grundannahme gewählt wird, umso leichter fällt der Start. Der nächste Schritt aus diesem Kreiselkurs wäre die gegenseitige Akzeptanz. Es gibt beide – Jung und Alt – und wir können beide ohne den anderen nicht. Das muss man ja nicht gut finden, doch wir müssen ja auch nicht heiraten. Nur scheiden lassen können wir uns auch nicht. Schon die gegenseitige Akzeptanz der puren Existenz führt zu mehr Respekt. Und jede Generation wählt auf der Basis des sich ständig verändernden Lebensumfelds neue Prämissen – nur so ist gesellschaftlicher Wandel möglich. Ist das per se falsch? Nein. Ist das per se richtig? Auch nein. Erstmal ist es nur anders. Danach könnte ein tiefer gehender Blick auf die unterschiedlichen Motive weiterhelfen. Beide Parteien stehen unter hohem gesellschaftlichen Druck, und zwar in ihren sozialen Gruppen oder neudeutsch Peergroups. Die Umgebung der jungen Ärzte erwartet ein hohes Maß an Selbstbestimmung und zwar vor allem im privaten Sektor, während die Peergroup der Älteren Strukturtreue in der Profession zum hohen Maßstab erhebt. Merke: das hat primär auf beiden Seiten zunächst mal nichts mit beruflicher Leistungsbereitschaft zu tun! Und was ist denn daran falsch, sich eng um seine Familie zu kümmern, eine aktive Freizeitgestaltung zu betreiben oder verlässliche Arbeits- und Weiterbildungszeiten zu suchen. Zunächst genau so wenig wie an einer resilienten Haltung zur Arbeitslast, ökonomischem Verantwortungsbewusstsein und gesellschaftlicher Opferbereitschaft. Nur bei verhärteten Diskussionsfronten erscheinen diese Ziele divergent, nämlich genau dann, wenn sie zum Dogma erhoben werden. Denn unter dem Leitspruch „allein so geht’s“ entwickeln

sich nur diskursive Filterblasen (im strengen Sinn eigentlich per se ein Oxymoron), die sich wesenstreu intern bestätigen und den Konflikt so weiter triggern. Die Jungen tagen mit den Jungen, die Alten mit den Alten, und beide verabschieden in schöner Regelmäßigkeit das nächste Pamphlet, welches nach der Übergabe vice versa direkt im gedanklichen Schredder landet. In diesem fortgeschrittenen Stadium erzeugen abweichende Sprachmuster ein fortgesetztes, fundamentales Unverständnis – Leistung ist dann nicht mehr gleich Leistung und Freizeit nicht mehr gleich Freizeit. Und eh man sich versieht verbleibt nur noch eine vorwurfsvolle Emotionalisierung. Leistung und Freizeit mutieren von Werten zu Schimpfwörtern. Das ist das Ende der echten Diskussion. Ehepaare stehen jetzt übrigens kurz vor der Trennung.

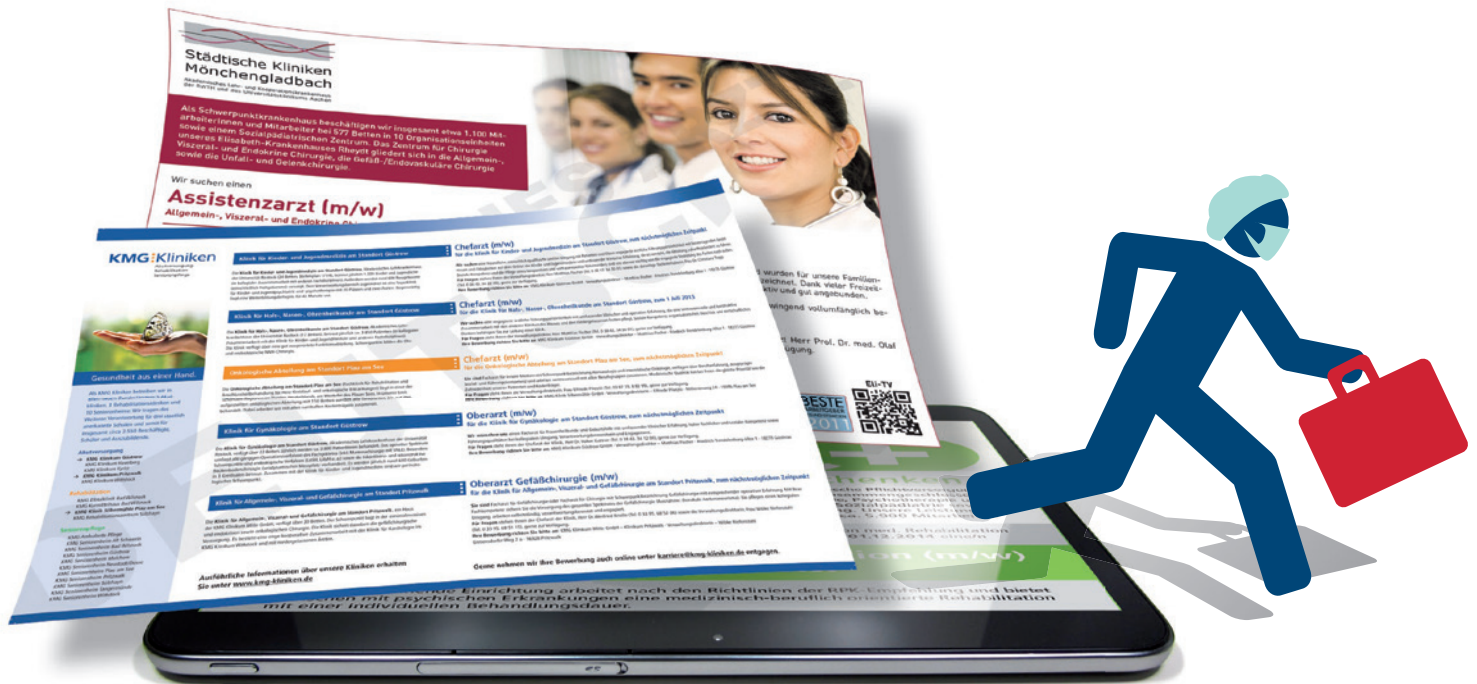
Und genau da stehen wir jetzt auch. Im Kampf der flitternden Revolution mit dem verkniffenen Establishment stellen das Projekt „**KomMedment**“ sowie ein **Aufruf junger Ärzte** solche Kampfschriften dar. Inhaltlich durchaus nicht falsch und akademisch wohl formuliert bieten sie beide keine Grundlage für eine realitätsnahe Diskussion, sondern erheben den eigenen Standpunkt zur dogmatischen These. Verständnis für die andere Position wird so nicht signalisiert, für die eigene aber auch nicht erreicht. Die Leserbriefe im Deutschen Ärzteblatt als Reaktion auf die Erlanger These aber auch die freien Kommentare in einer **BDC-Umfrage unter leitenden Ärzten** zu Neueinstellungen in der Chirurgie sprechen hier Bände. Man mag sich nicht mehr, oder plumper: Man hat die Schnauze voll.

Im Sinne aller ist es Zeit für eine deutliche Kurskorrektur. Fangen wir an, uns gegenseitig wieder zu respektieren. Keine Partei hat Unrecht. Denn die alten Ärzte sind die Stammspieler der Gegenwart, doch die jungen Ärzte stellen die Helden der Zukunft. Die einen lenken das System, und die anderen werden es lenken. Hören wir auf idealistische Positionen zu proklamieren, die vor Realitätsferne nur so strotzen. Die ständig neuen Forderungen des Marburger Bunds sind ohne zusätzliche Finanzierung im Alltag nicht durchsetzbar, sondern erhöhen im

schlechtesten Fall nur den Druck auf die leitenden Krankenhausärzte. Da wird doch wohl der zweite vor dem ersten Schritt gemacht. Das ist genauso falsch, wie der Aufruf zu alter Stärke, der unter dem Motto „früher war alles besser“ die sinnvolle Modernisierung ärztlicher Arbeit boykottiert. So macht man gar keinen Schritt. Gehen wir, aber gehen wir zusammen. Lasst uns Kontroversen führen, aber dabei immer den Kompromiss suchen. Meiden wir auf beiden Seiten die falschen Propheten und Claqueure, die uns Ärzte oft nur für ihren Eigennutz begleiten. Kein Politiker, Krankenhausvorstand, Gewerkschaftler oder Klinikleiter wird neue Bestimmungen oder Vorschriften in heilbringende Arbeit umsetzen. Das können wir nur selbst. Befreien wir uns doch wieder ein kleines Stück von der Fremdbestimmung, die uns eigentlich doch alle quält. Der Arztberuf war mal frei! Lösen wir die Filterblasen auf – wir müssen uns gegenseitig zuhören, und nicht in den eigenen Zirkeln im Lamento versinken.

Jung und Alt gehören zur Reform an den gleichen Tisch. Erinnern wir uns an unsere gemeinsamen Ziele – wir sind alle Ärzte, denn nur so gewinnen wir unsere interne Solidarität zurück. Echte Gegner wie die überbordende Bürokratie, effektheischende Propaganda, patientenferne Sparprogramme, selbstgenügende Pseudo-Innovationen oder unangemessene Erwartungshaltungen gibt es genug, wir müssen uns nicht selbst bekämpfen. Wir sitzen wirklich alle im gleichen Boot, also sollten wir unsere Tempi und Rhythmen aneinander angleichen. Beide! ○

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

