

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

ENTWICKLUNGSARBEIT IN
KAMBODSCHA

im Fokus

**VISZERAL-
CHIRURGIE**

07/08 | 2020

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



Katharsis nach der (beinahe)-Katastrophe?



Wann sind wir da? Dauert es noch lange?“ Eltern, die mit Kindern unterwegs sind, kennen die Nörgelei und reagieren meist genervt und unwirsch, statt positiv einzuwirken wie: „Schaut mal draußen, was es alles zu sehen gibt!“, oder: „Freut euch auf den schönen Strand am Ziel der Reise!“. Wie überhaupt viele Menschen eher das Haar in der Suppe als die Suppe um das Haar herum sehen.

Ähnlich verhält es sich mit der Corona-Krise, die zwar offenbar abgeschwächt und im Griff zu sein scheint, aber noch nicht zu Ende ist, weil es bis dato weder einen Impfstoff noch

eine evaluiert wirksame Therapie gibt. Dennoch kann man sich so langsam mit einer Bilanz des bisher Geschehenen und der möglichen Konsequenzen befassen.

Wie immer gibt es Licht und Schatten. Ganz ohne Frage sind viele Bürger weniger wegen der Erkrankung selbst, sondern vielmehr wegen der staatlich verfügbaren Sperrmaßnahmen zur Eindämmung der Pandemie in ihrer wirtschaftlichen Existenz trotz Schutzschirmen massiv geschädigt worden. Auch die psychischen Schäden durch soziale Isolation, fehlende Kinderbetreuung, Kurzarbeit und Arbeitslosigkeit sowie plötzlich auswegloser innerfamiliärer



Nähe sind nicht außer Acht zu lassen. Die Zahl der COVID-Opfer ist dagegen eher gering und hat nur sehr kurzfristig zu einer geringen Übersterblichkeit geführt.

Es wird die Frage zu beantworten sein, ob Corona oder die Abwehr gegen Corona die größeren Opfer gefordert hat. Man darf das sicher diskutieren, aber die Debatte bleibt spekulativ, denn wir wissen nicht, wie viele Opfer es ohne die Maßnahmen gegeben hätte. Allenfalls kann man es bei der Betrachtung der Situation in anderen Ländern erahnen. Ganz im Kern geht es um die Abwägung von elementaren Gütern in ihrer

Wertigkeit zueinander: Gesundheit oder Freiheit?

Zu den positiven Erfahrungen aus der Krise gehört die für uns Deutsche bisher eher untypische spontane Solidarität. Dass ein Volk, das Regeln befolgt wie kein zweites, sich sehr vorbildlich an die Abstandswahrungen, Maskenpflicht und Verzicht auf öffentliche Veranstaltungen gehalten hat, ist dennoch in dieser Ausprägung bemerkenswert. Nicht zuletzt hat das Gesundheitssystem – viel gescholten als zu teuer und ineffizient – die Krise exzellent gemeistert und ganz wesentlich zu der im internationalen Vergleich sehr niedrigen

Opferzahl beigetragen und dafür gesorgt, dass es bisher jedenfalls nicht zu einer Katastrophe wie z.B. in den USA gekommen ist.

Sicher wird es im Nachhinein heftige, vermutlich auch gerichtliche, Auseinandersetzungen geben, ob die im Prinzip grundgesetzwidrigen Einschränkungen überzogen und ausreichend gerechtfertigt waren. Viel interessanter ist aber die Frage, ob und wenn ja was wir aus der Krise gelernt haben, die sich für die Gesundheit der Bürger offenbar nicht zu einer Katastrophe ausgeweitet hat, aber das Sozialgefüge an den Rand des Abgrunds gebracht hat.



Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg

Vizepräsident

Berufsverband der Deutschen

Chirurgen e.V. (BDC)

Luisenstraße 58/59

10117 Berlin

dr.rueggeberg@t-online.de

Bedienen wir uns an dieser Stelle einmal der Begrifflichkeiten der antiken Tragödie. Danach ist die Katastrophe die entscheidende Wendung [zum Schlimmen] als Schlusshandlung im [antiken] Drama. Haben wir überhaupt eine Wendung zum Schlimmen gesehen? Individuell für Einzelne ganz sicher, für die Mehrheit aber nicht und schon gar nicht im Gesundheitswesen. Dagegen definiert die Literaturwissenschaft die *Katharsis* in der aristotelischen Poetik als die Reinigung als Effekt der Tragödie. Mithin kann eine Katastrophe oder zumindest eine Tragödie durchaus auch positive Aspekte besitzen, wenn man bereit ist, aus dem Geschehen zu lernen.

Das setzt zunächst eine Analyse voraus, die zweifellos je nach Sichtweise und Interessenslage unterschiedlich ausfallen dürfte. Für uns Ärzte bleibt festzustellen (und das wird auch von niemandem bestritten), dass die Kliniken mit hohem Einsatz die Versorgung schwer Erkrankter bewältigt haben, während der ambulante Bereich in seiner Funktionalität als Schutzwall die Krankenhäuser entlasten konnte, damit diese ihre Kernaufgabe wahrnehmen konnten. Es ist aber zu kurz gesprungen, nur die in Deutschland ziemlich einzigartige Arbeitsteilung zwischen ambulant und stationär als wirkungsvolles Instrument zu thematisieren. Auch in den jeweiligen Sektoren gab und gibt es Corona-induzierte Veränderungen, die offenkundig zu dieser optimalen Versorgung und den geringen Opferzahlen beigetragen haben.

An erster Stelle ist dabei zu nennen die Abkehr von wirtschaftlich indizierten Prozeduren, der zumindest zeitweise Verzicht auf das Primat der Ökonomie zugunsten einer hochwertigen, am Patienten orientierten Medizin. Auch der reduzierte Aufwand der Ärzte für rein administrative Tätigkeiten hat sicher zu den Spitzenergebnissen beigetragen. Nebenbei ist die Pflege dankbar, dass als Folge von Besuchsverböten wieder mehr Hinwendung zum Patienten möglich war. Letzteres wird man bei Wahrung der Patientenrechte nicht unbedingt vollumfänglich beibehalten können, aber gerade die beiden ersten Punkte müssen im Sinne der *Katharsis*, also einer

positiven Erkenntnis, mit aller Macht in die öffentliche Diskussion um eine Neustrukturierung des Gesundheitssystems eingebracht werden. Ähnliches gilt für die ambulante Versorgungsebene. Auch hier bringt der früh ausgerufene „Rettungsschirm“ Planungssicherheit, um auch bei geringerem Patientenaufkommen trotzdem wirtschaftliche Sicherheit zu haben. Wäre das nicht der Zeitpunkt, darüber nachzudenken, wie dauerhaft mehr Zeit für die Behandlung wirklich Kranker unter Verzicht auf das berühmte Hamster- rad gewonnen werden kann?

Wenn tatsächlich die Krise zu einer *Katharsis* des Gesundheitssystems führen kann oder soll, dann muss der Fokus in Zukunft wieder eindeutig auf die ärztlich indizierte Behandlung, frei von ökonomischen Vorgaben resp. Zwängen, gelegt werden.

Ich fürchte nur, dass viele Beteiligte im System nicht genug Katastrophe (Wendung zum Schlimmen) erlitten haben, um die Vorteile einer *Katharsis* zu sehen. Es gibt leider wie in jeder Krise eine Menge von Gewinnern, wie die privaten Krankenkassen und manche Berufsgenossenschaften, die sich aus verschiedenen Gründen nur unzureichend am Rettungsschirm beteiligen, dafür aber deutlich geringere Ausgaben bei stabilen Einnahmen hatten. Aber auch Krankenhausverwaltungen haben erkannt, dass die Ausgleichszahlungen für leerstehende Betten teilweise bessere Erlöse bringen als unrentable DRGs. Niedergelassene konnten ihre Ausgaben reduzieren bei garantiert gleichbleibenden Honorarzah- lungen. Grund zur Klage gibt es bis auf Einzelfälle eher nicht.

Auch wenn ich niemandem eine existenzbedrohende Situation wünsche, bleibt ein Restzweifel, ob es uns gelingen wird, trotzdem nicht einfach so weiter zu machen, als sei nichts gewesen. Wir müssen die Pandemie und deren Folgen als Chance begreifen, neue Strukturen zu fordern. Das haben wir schon immer gemacht. Jetzt aber ist ein Zeitpunkt gekommen, an dem wir mit Verweis auf unsere Erfolge in der Krise vielleicht etwas mehr Gehör finden. Insofern hat für mich die Pandemie mehr Licht als Schatten an den Tag gebracht. ○

Rüggeberg J: Editorial Katharsis nach der (beinahe) Katastrophe? Passion Chirurgie. 2020, 10(7/8): Artikel 01.



Aktuelle Informationen zur

Corona-Virus-Krise finden Sie auf

BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Corona).

A close-up photograph of surgeons in an operating room. The central figure is a woman wearing a blue surgical cap and a white face mask, looking intently at the camera. To her left, another surgeon's face is partially visible, also wearing a mask. The background is a bright, sterile blue. The overall tone is professional and focused.

ANSCHNITT

chirurgIn-werden.de

Wage den Schnitt!

IMPRESSUM

CHIRURGIE

HERAUSGEBER

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

DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen,
Prof. Dr. med. Hauke Lang, Prof. Dr. med. Andreas Seekamp
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
Katrin Kammerer (Tel: +49 (0) 30 28004-202 |
passion_chirurgie@bdc.de)

VERLAG

schafermueller publishing GmbH
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
info@schafermueller.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

2 EDITORIAL

2 Katharsis nach der (beinahe)-Katastrophe?
J.-A. Rüggeberg

8 SCHAUFENSTER

10 CHIRURGIE

im Fokus

10

DER BESONDERE FALL

F. Hübner

16 CHIRURGIE⁺

16 Webinar-Termin im September 2020:
S1-Leitlinie „Verletzungen der oberen
Halswirbelsäule“
17 HERNIE kontakt – das neue vierte Modul der
Hernienschule in kontaktbeschränkten Zeiten
R. Lorenz, B. Stechemesser, H. Niebuhr, W. Reinpold



- 20 Chefärztinnen in der Chirurgie – Rollenvorbilder für Medizinstudentinnen und junge Chirurginnen
A. Bühnen
- 29 Herausforderung Mitarbeiterführung – der Chirurg (m/w/d) als erfolgreiche Führungskraft
N. van Uelft
- 33 **Hygiene-Tipp:** Tablett für die Blutabnahme – Wer trägt die Verantwortung?
W. Popp, N. Parohl, L. Jatzwauk, R. Schmithausen, W. Kohnen
- 36 **Rezension:** Perioperative Medizin *W. Schröder*
- 37 Zweitmeinung vor elektiver Schulterarthroskopie
P. Kalbe
- 41 Betriebliche Altersvorsorge – was jetzt zu beachten ist
- 45 Personalia
- 46 RECHT**
- 46 F+A: OP-Bericht ohne Unterschrift des Operateurs
J. Heberer

48 GESUNDHEITSPOLITIK

- 48 Professional Distancing

51 INTERN

51 DGCH

- 51 DGCH mit neuer Führungsspitze
- 52 Die Einheit der Chirurgie hat weiterhin hohe Priorität
- 55 Ausschreibung Preise und Stipendien 2021
- 57 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
- 61 Spendenauftrag und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 66 DGCH-Präsidium ab 1. Juli 2020
- 68 Meine Daten haben sich geändert

69 BDC

- 69 Chirurg aus Leidenschaft *C. J. Krones*
- 70 BDC | Landesverbände
- 72 Termine BDC | Akademie
- 76 Lifestyle-Angebote im Juli/August 2020

78 PANORAMA

- 78 Ist Albert Schweitzer ein zeitgemäßes Vorbild?
E. J. Engelking

Empfindliche Honorareinbußen bei privatärztlichen Leistungen



Jetzt haben es die Ärzte schwarz auf weiß: Die Corona-Pandemie hat zu herben Einbrüchen in der Privatliquidation geführt. Eine repräsentative Stichprobe des PVS Verbandes hat ergeben: Im Vergleich zum April des Vorjahres gingen die Einnahmen durchschnittlich um 33 Prozent zurück. Die stärksten Honorarverluste mussten

die Hals-Nasen-Ohrenärzte mit fast 44 Prozent verkrachten. Die niedergelassenen Chirurgen verzeichneten Einbußen von rund 34 Prozent.

Die Ergebnisse im Überblick:

Allgemeinmedizin/Innere:	-36,91 Prozent
Augenheilkunde:	-31,26 Prozent
Chirurgie:	-33,90 Prozent
Dermatologie:	-31,52 Prozent
HNO:	-43,98 Prozent
Gynäkologie:	-26,71 Prozent
Innere Medizin:	-31,55 Prozent
Kinder/Jugend:	-35,58 Prozent
Orthopädie/Unfallchirurgie:	-32,96 Prozent
Radiologie:	-30,24 Prozent
Urologie:	-30,67 Prozent

Durchschnitt
über alle Fachgruppen: -32,62 Prozent

(Quelle: Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V.)

SCHWERE COVID-19-VERLÄUFE

Blutgruppe als maßgeblicher Faktor

Das Sars-CoV-2 gibt der Wissenschaft viele Rätsel auf: Eines könnte jetzt gelöst sein. Wissenschaftler des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein und der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel haben zusammen mit einer norwegischen Arbeitsgruppe in einer weltweit ersten großangelegten Studie Genvarianten gefunden, die den Verlauf von Covid-19 deutlich beeinflussen – eine davon betrifft die Blutgruppeneigenschaft.

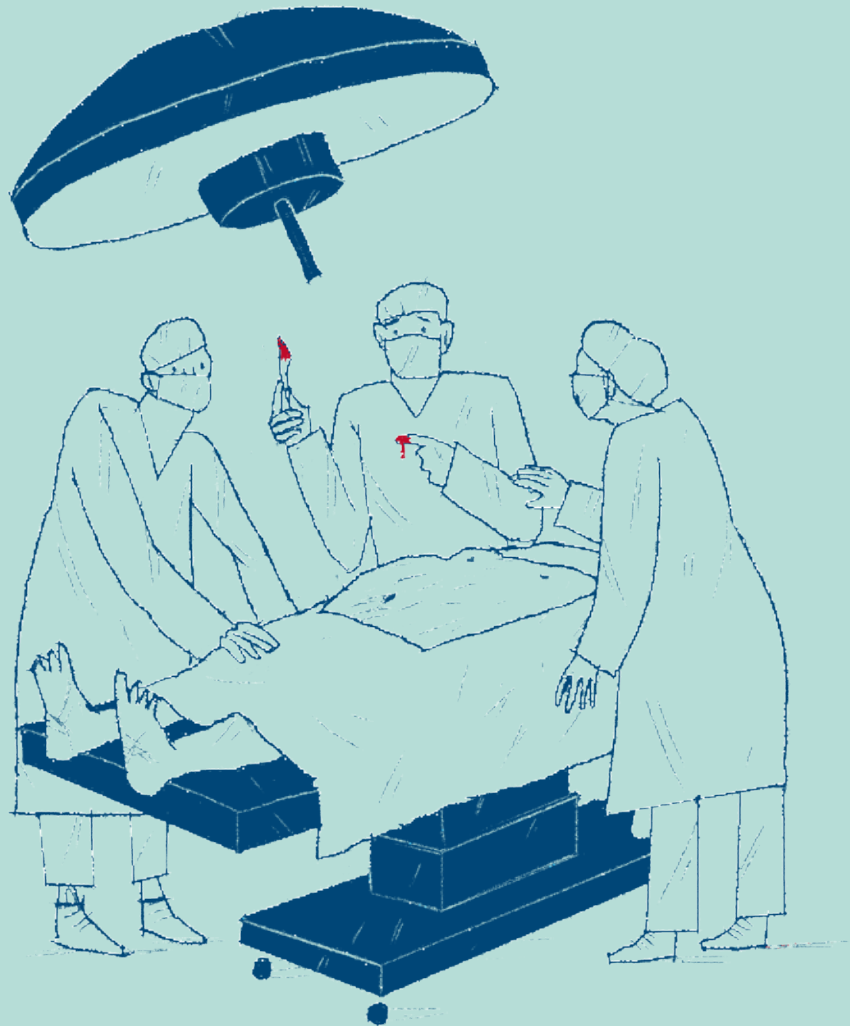
Die Untersuchung hatte gezeigt, dass Menschen mit der Blutgruppe A ein um etwa 50 Prozent höheres Risiko für einen schweren Verlauf von Covid-19 tragen als Menschen mit anderen Blutgruppen. Menschen mit Typ-0-Blutgruppe hingegen waren um knapp 50 Prozent besser vor einer ersten Covid-19-Erkrankung geschützt.



Für die Studie wurden insgesamt 1.980 Proben von Patienten untersucht, die entweder mit Sauerstoffzufuhr, oder an einem Beatmungsgerät angeschlossen, behandelt wurden. Die Kontrollgruppe umfasste 2.205 zufällig ausgewählte Männer und Frauen. Die Studie wurde im New England Journal of Medicine veröffentlicht:

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2020283>

Mehr lesen...

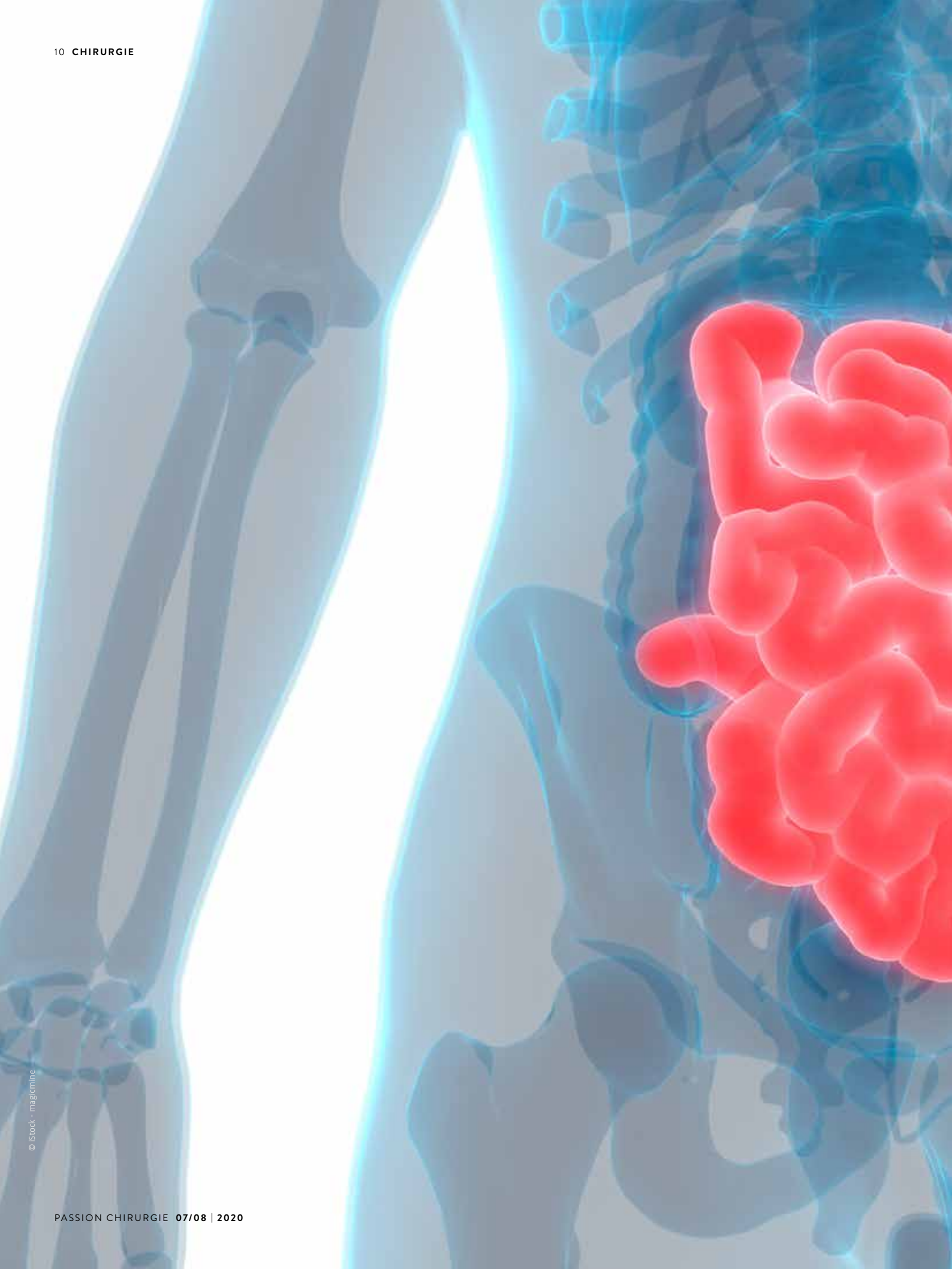


Am Ende braucht jeder einen **Verband.**



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



IM FOKUS

Viszeral- chirurgie

Der besondere Fall

ANAMNESE

An einem Samstag wurde eine 85-jährige Patientin nach Stolpersturz mit dem RTW in unsere Chirurgische Ambulanz eingeliefert. Die Patientin gab an, weggerutscht und anschließend flach auf den Bauch gefallen zu sein. Internistisch war die Patientin gesund und nahm keine Medikamente. Es fanden sich keine abdominellen Voroperationen in der Anamnese. Bis zu diesem Zeitpunkt war der nur mäßig adipösen Patientin das Vorliegen einer linksseitigen Leistenhernie nicht bekannt.



Dr. med. F. Hübner
Leitender Arzt Chirurgie
Asklepios Nordseeklinik GmbH
Norderstraße 81
25980 Sylt
e.huebner@asklepios.com

KLINISCHER BEFUND

Die Patientin gab starke Bauchschmerzen an. Klinisch zeigte sich eine minimale Prellmarke im Bereich des Unterbauches, das Abdomen war weich, es fand sich ein deutlicher Druckschmerz im linken Unterbauch mehr als im rechten ohne Peritonismus. Die linksseitige Leistenhernie wurde vom aufnehmenden Facharzt nicht beschrieben. Die übrige klinische Untersuchung war unauffällig.

WEITERER VERLAUF

Sonographisch war die Blase gefüllt, keine freie Flüssigkeit, die Nieren waren beidseits nicht gestaut. Laborchemisch fanden sich 6300 Leukozyten /nl, das CRP lag bei 0,5 mg/l.

Aufgrund der Beschwerden und der durch den Sturz bedingten Immobilisation wurde die

Patientin stationär aufgenommen, es wurde ein Blasenkatheter angelegt und die Beschwerden symptomatisch therapiert. 2 Tage später waren die Beschwerden der Patientin deutlich gebessert, eine Kontrolle der Laborwerte zeigte jedoch eine Erhöhung der Leukozyten auf 12.000 /nl sowie des CRP's auf 400 mg/l. Im daraufhin durchgeführten Abdomen CT fanden sich freie Luft und freie Flüssigkeit im Abdomen. Außerdem fand sich nebenbefundlich eine Leistenhernie links mit einer fixierten Dünndarmschlinge (**Abb. 1**).

CHIRURGISCHE THERAPIE

In der notfallmäßigen Laparoskopie der Patientin fand sich eine Unterbauchperitonitis und die in der Leistenhernie links fixierte Ileumschlinge rupturiert (**Abb. 2**). Die Dünndarmschlinge wurde aus der Bruchpforte befreit, das antimesenterial gelegene,



Abb. 1: Präoperative Computertomographie, fixierte Leistenhernie im linken Unterbauch

Hübner F: Der besondere Fall.
Passion Chirurgie. 2020 10(7/8):
Artikel 03_01.



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

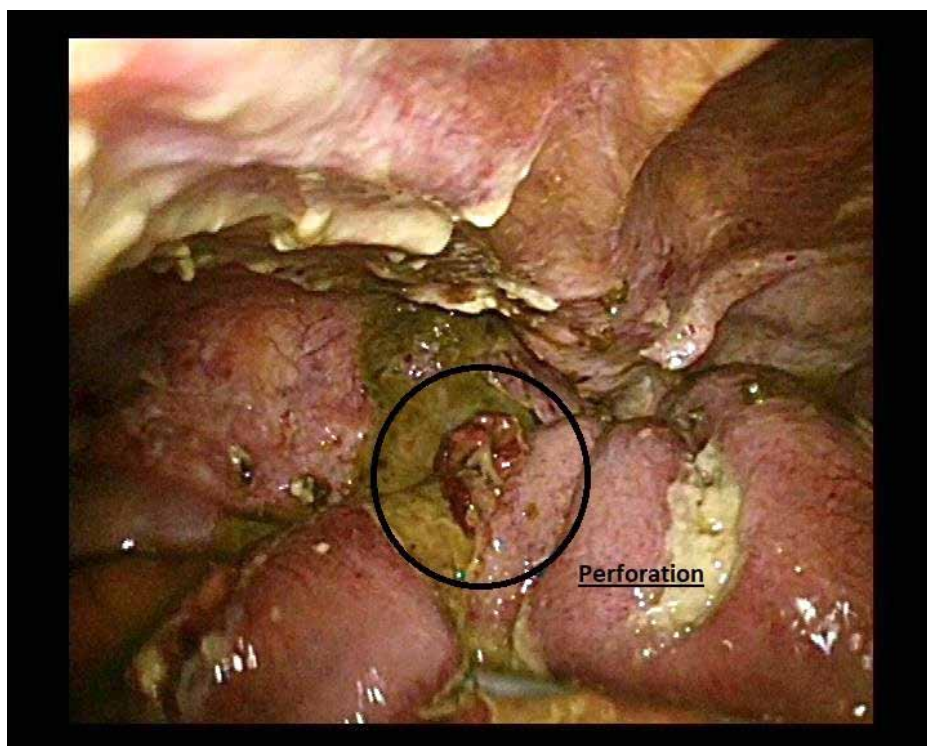


Abb. 2: Antimesenterial gelegene Rupturstelle im Ileum mit umgebender Peritonitis

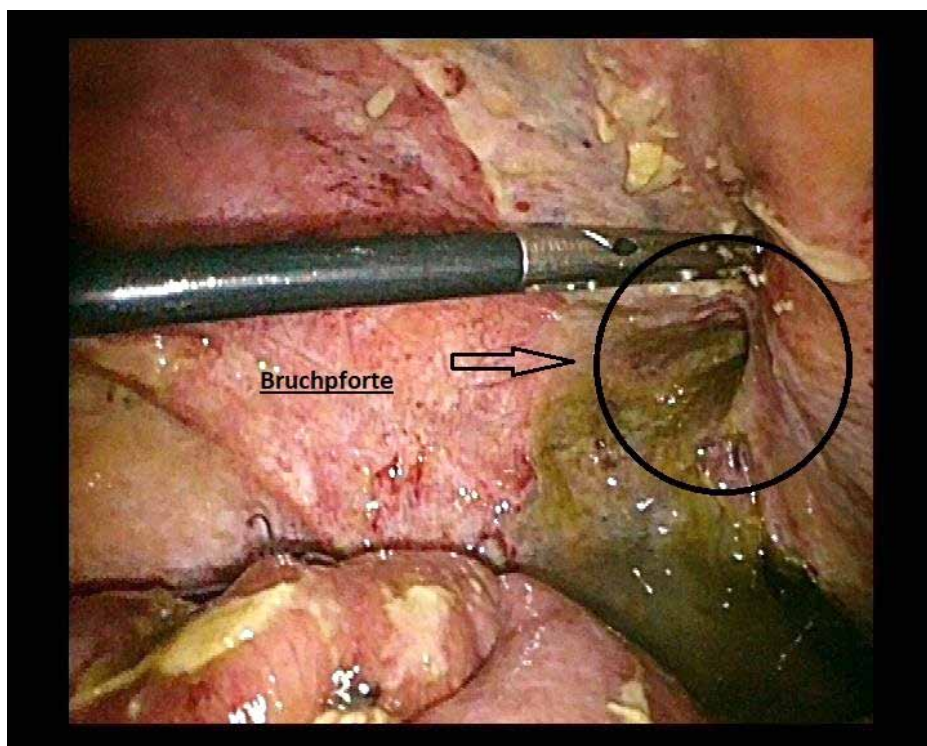


Abb. 3: Bruchlücke der Inguinalhernie im linken Unterbauch mit austretendem Dünndarmstuhl

ca. 0,5 cm messende, Leck laparoskopisch übernäht, der Bauch und die kontaminierte Bruchlücke lavagiert (**Abb. 3**) und der Eingriff nach Einlage einer Easyflow-Drainage, ausgeleitet über die Einstichstelle des 12mm-Trokars im rechten Unterbauch, beendet.

Unter antibiotischer Therapie mit Cefuroxim und Metronidazol war der weitere Verlauf unkompliziert, die Drainage konnte am 3. postoperativen Tag entfernt werden, der Kostaufbau wurde von der Patientin gut getragen. Am 8. postoperativen Tag konnte die Patientin aus der stationären Therapie entlassen werden.

RELAPAROSKOPIE

Die Versorgung der Leistenhernie im Intervall wurde der Patientin empfohlen. Sie wurde jedoch erst anderthalb Jahre später wieder mit einer symptomatischen Trokarhernie im rechten Unterbauch (Ausleitungsstelle der Drainage) in unserer chirurgische Ambulanz vorstellig. Die Trokarhernie wurde mittels IPOM versorgt. Im Rahmen dieser erneuten Laparoskopie konnte die Bruchpforte der linksseitigen Leistenhernie inspiziert werden (**Abb. 4**). Diese zeigte sich in der Zwischenzeit obliteriert. Es fanden sich einige intraabdominelle Verwachsungen, die Übernähung im Ileum war nicht mehr aufzufinden.

DISKUSSION

Als Ursache für die zweizeitige Ruptur der in der Bruchlücke im linken Unterbauch fixierten Dünndarmschlinge ist das Sturzereignis anzusehen. Die plötzliche Druckerhöhung im Abdomen zusammen mit den auftretenden Scherkräften der Bauchdecke haben vermutlich einen Einriss der Darmwand bedingt, der nach anfänglicher Inapparenz zu einer zunehmenden Durchwanderung und schließlich einer fulminanten Peritonitis geführt hat.

In der Literatur sind nur wenige Arbeiten über hernienassoziierte Darmrupturen zu finden (**1, 2, 4, 5**), am häufigsten ist jedoch

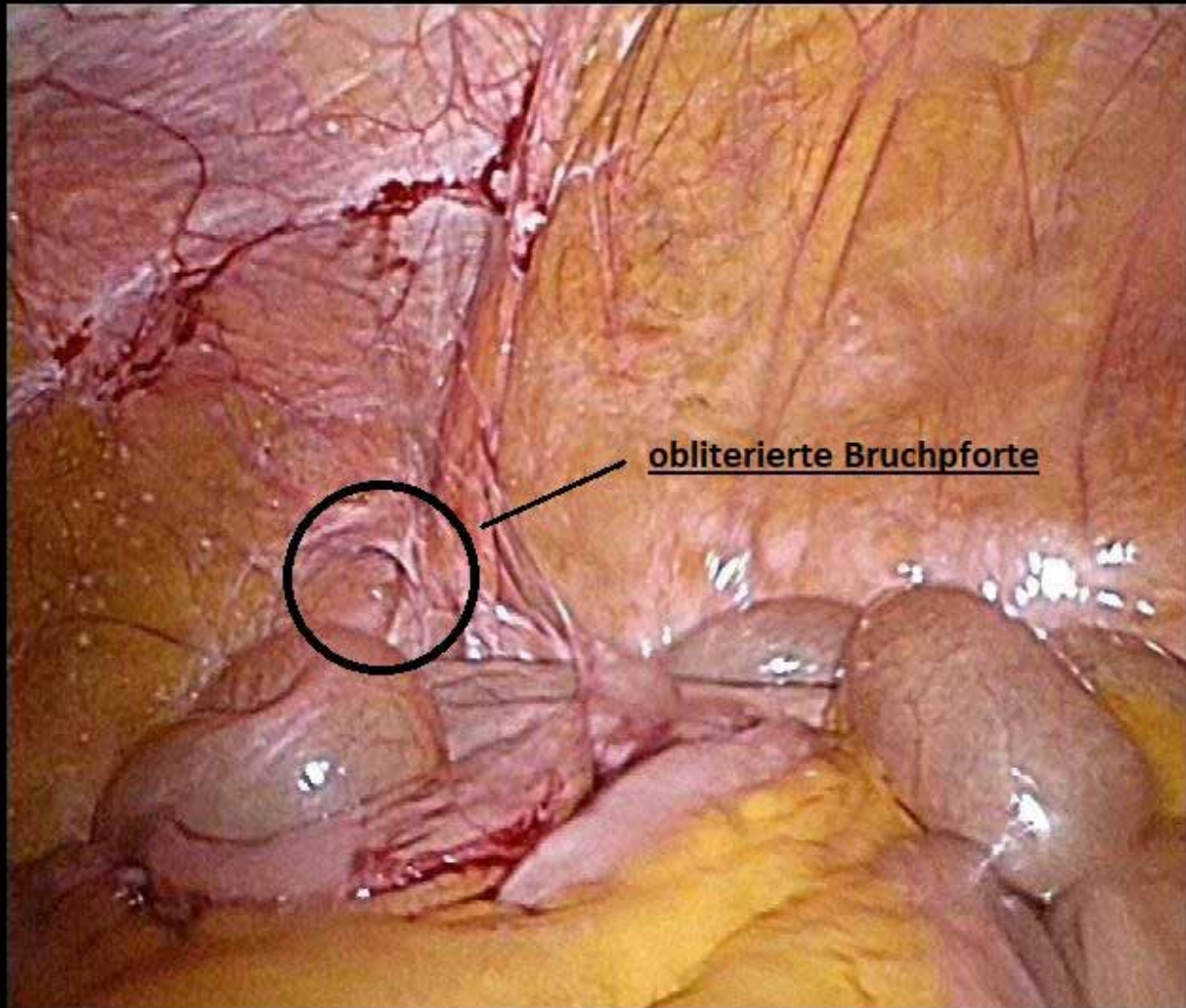


Abb. 4: Spontan verschlossener Leistenhernienkanal links bei Relaparoskopie

der Dünndarm betroffen. In den meisten Fällen handelt es sich um Leistenbrüche, rechts häufiger als links, seltener um Nabel- oder Narbenbrüche. Bei den beschriebenen Patienten handelt es sich meist um Männer jenseits der 50, häufig ist das Trauma verbunden mit sportlicher Aktivität, wie Nordic Walking oder Skilanglauf (4). Zusätzlich wird eine ausgiebige Mahlzeit unmittelbar vor dem Sturz als Risikofaktor genannt (4).

In Experimenten an Leichen konnten die beteiligten Mechanismen und benötigten Druckverhältnisse zur Ruptur von prolabierten Leistenbrüchen ermittelt werden (3). So kommt es zunächst zu einem Verschluss der Bruchpforte und damit auch der zu- und

abführenden Darmschlinge und sekundär zu einer massiven Druckerhöhung in den prolabierten Darmanteilen. Ist die Elastizität der Darmwand des inkarzierten Darmabschnittes ausgereizt, kommt es ab ca. 200 mmHg zu einem Einriss der Darmwand. Zusätzlich können Scherkräfte zwischen Bauchwand und fixierter Darmwand zu Schäden führen (7).

Auslöser für die Verletzung des Darmes ist meist ein Sturz flach auf dem Bauch, seltener ein Tritt oder Schlag in den Abdominalbereich. Durch die große Fläche kommt es dabei zu einer plötzlichen, massiven intraabdominellen Druckerhöhung. Führendes klinisches Symptom sind die abdominellen Schmerzen, häufig auch im Bereich der betroffenen Hernie.

Die anfängliche klinische Untersuchung kann noch völlig unauffällig sein, ebenso die Sonographie, die initial meist noch keine freie intraabdominelle Flüssigkeit nachweist. Eine laborchemische Reaktion zeigt sich dann erst nach Ausbildung einer Peritonitis. Dieses unterstreicht den Wert der Computertomographie des Abdomens, da hier auch schon kleine Mengen freier Luft detektiert werden können. Dieser sollte man bei begründetem Verdacht den Vorzug vor konventioneller radiologischer Diagnostik geben. Bei einem zweizeitigen Verlauf, wie in diesem Fall, kann das initiale Computertomogramm jedoch unauffällig sein. Besonders wichtig ist deshalb der klinische Verlauf, der unter stationären Bedingungen beurteilt werden sollte.

Therapie der Wahl bei dem Verdacht auf eine Darmruptur ist die operative Revision, entweder laparoskopisch oder mittels Laparotomie, mit Nahtversorgung des betroffenen Darmabschnittes oder Segmentresektion. In unserem Fall zeigte sich eine ca. 0,5 cm messende Rupturstelle im Bereich des Ileums antimesenterial, welche laparoskopisch übernäht wurde. Aus dem Kanal der linksseitigen Leistenhernie ließ sich Dünndarminhalt exprimieren. 6-8 Wochen nach operativer Therapie der Darmverletzung sollte die definitive Versorgung der Hernie angestrebt werden **(6)**, um erneute Komplikationen zu vermeiden. In dem hier dargestellten Fall zeigte sich in der aus anderen Gründen durchgeführten Laparoskopie nach anderthalb Jahren die Obliteration des Bruchkanales, vermutlich aufgrund der massiven Entzündungssituation durch die Ruptur.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

- An einen mesenterialen Einriss oder eine Darmruptur bei stumpfem Bauchtrauma sollte bei der klinischen Untersuchung

immer gedacht werden. Insbesondere bei möglichen Verwachsungen nach intraabdominellen Voroperationen oder fixierten Darmabschnitten bei Hernien ist das Verletzungsrisiko erhöht.

- Das führende Symptom ist der intraabdominelle Schmerz, die wiederholte Sonographie ist als Standarddiagnostikum anzusehen. Bei dem begründeten Verdacht auf eine Peritonitis sollte frühzeitig eine Computertomographie des Abdomens durchgeführt werden.
- Auch wenn es in unserem Fall zu einer spontanen Obliteration der Bruchpforte im weiteren Verlauf gekommen ist, sollte die definitive Versorgung einer eventuell vorliegenden Hernie im Verlauf der kommenden Monate als elektiver Eingriff angestrebt werden.

LITERATUR

- (1)** O'Leary JP, Macgregor AM (1975) Rupture of the intestine in patients with hernia. *South Med J* 68: 463–467
- (2)** Seman S, Farber M, Patton J et al. (2001) Perforation of small intestine inside an internal omphalocele after blunt trauma: case report and review of the literature. *J Trauma* 50: 343–347
- (3)** Reynolds RD (1995) Intestinal perforation from trauma to an inguinal hernia. *Arch Fam Med* 4: 972–974
- (4)** Fenner A (1976) Cross country skiing and spontaneous intestinal perforation in patients with hernias. *Helv Chir Acta* 43: 565–568
- (5)** Neuhaus, V., Turina, M., Colombo, G. et al. Dünndarmruptur nach stumpfem Abdominaltrauma bei vorbestehender Inguinalhernie. *Chirurg* 80, 231 (2009). <https://doi.org/10.1007/s00104-008-1640-5>
- (6)** Gianom D, Fenner A (1995) Perforation of the small intestine in patients with hernia. *Chirurg* 66: 637–639
- (7)** Uppot RN, Gheyi VK, Gupta R et al. (2000) Intestinal perforation from blunt trauma to an inguinal hernia. *AJR Am J Roentgenol* 174: 1538





Webinar-Termin im September 2020: S1-Leitlinie „Verletzungen der oberen Halswirbelsäule“

S1-Leitlinie „Verletzungen der oberen Halswirbelsäule“

03.09.2020, 18:00 Uhr

Dr. med. Matti Scholz

**Vorstellung der neuen DGU
S1-Leitlinie „Verletzungen der
oberen Halswirbelsäule“ um die
Zuschauer über die Diagnostik, die
Klassifikation und die Behand-
lungsoptionen von Verletzungen
der oberen Halswirbelsäule (C0-C2)
zu Informieren.
www.bdc-webinare.de**



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

Seit September 2017 gibt es die BDC|Webinare (www.bdc-webinare.de). Bisher wurden auf der Plattform insgesamt 28 Leitlinien von Experten erfolgreich vorgestellt und besprochen. Jeden Monat wird von einem 45-minütigen Webinar eine chirurgisch relevante Leitlinie in ihren Grundzügen vorgestellt. Anschließend kann mit dem Referenten und anderen Teilnehmern via Chat diskutiert werden, selbstverständlich **kostenfrei** für alle BDC-Mitglieder. Und jede Teilnahme wird in der Regel mit **zwei CME-Punkten** zertifiziert.

WEBINARE IM ARCHIV ABRUFEN

Auch wenn einmal ein Termin verpasst wird, ist das kein Problem, denn der aufgezeichnete

Vortrag mit Diskussion kann jederzeit aus dem Webinar-Archiv abgerufen werden. Detaillierte Informationen und Termine zu diesem Lernangebot und allen Webinaren sind unter www.bdc-webinare.de zu finden.

GEPLANTE WEBINAR-TERMINE

- S2k-Leitlinie „Koxarthrose“ Do, 24. September, 2020, 18:00 Uhr PD Dr. med. Oliver Pieske, Dr. med. Michael Breul

Weitere spannende Webinare für 2020 sind in der Vorbereitung 



© iStock - PhotoGraphyKM

HERNIE *kontakt* – das neue vierte Modul der Hernienschule in kontaktbeschränkten Zeiten

PREMIERE DES MODULS HERNIE KONTAKT ALS DIGITALE VERANSTALTUNG

Die Hernienschule ist ein Gemeinschaftsprojekt der Deutschen Herniengesellschaft und des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC). Die Schule begann im Jahr 2011 mit Hernie kompakt in Berlin und ist inzwischen über die Grenzen Deutschlands auch im Ausland etabliert worden.

Neben den erfolgreichen Modulen Hernie kompakt, dem Basismodul, Hernie konkret und Hernie komplex wurde die Hernienschule in Deutschland nunmehr um ein weiteres Modul erweitert. Der Auslöser für die Initiierung des

neuen Moduls **HERNIE kontakt** war die Corona-Krise, die dazu führte, dass nahezu alle chirurgischen Kongressveranstaltungen verschoben oder abgesagt wurden. Die vier Organisatoren entwickelten dieses Webinar jedoch nicht nur für kontaktbeschränkte Zeiten. Auch in Zukunft sollen die an Thema Hernien interessierten Chirurgen aller Weiterbildungsstufen mit diesem Modul vor allem mit aktuellen und brisanten Themen erreicht werden.

Die Premiere des neuen Moduls **HERNIE kontakt** in Form eines Webinars fand nach kurzer Vorbereitung am Mittwoch, den 10.06.2020 von 17:00 bis 19:00 Uhr erstmals statt. Dabei wurden von den Initiatoren zwei

**Korrespondierender Autor:****Dr. Ralph Lorenz**

1.Vorsitzender des Landesverbandes
Berlin im Berufsverband der
Deutschen Chirurgen
3+CHIRURGEN
Klosterstrasse 34/35
13581 Berlin
lorenz@3chirurgen.de

Dr. Bernd Stechemesser

Hernienzentrum Köln
Zeppelinstraße
50667 Köln
bernd.stechemesser@
hernienzentrumkoeln.de

Prof. Dr. Henning Niebuhr

Hanse-Hernienzentrum Hamburg /
Hanse-Chirurgie
Eppendorfer Baum 8
20249 Hamburg
henning.niebuhr@icloud.com

Dr. Wolfgang Reinpold

Hernienzentrum Krankenhaus Hamburg-
Groß-Sand
Groß-Sand 3
21107 Hamburg
w.reinpold@gross-sand.de

brandaktuelle Themen ausgewählt: Hernienchirurgie in Zeiten von Corona und die prä-, intra- und postoperative Schmerztherapie.

Trotz der Kürze der Vorbereitung haben sich für die kostenfreie Premiere beachtliche 425 Chirurgen nicht nur aus Deutschland angemeldet. Am Ende waren während der Veranstaltung zeitweise über 300 Teilnehmer gleichzeitig online. Die Teilnehmer hatten zusätzlich die Möglichkeit Fragen in einem Chat zu stellen, die von den Moderatoren aufgegriffen und von den Referenten sofort beantwortet wurden. Insgesamt wurde dieser Chat sehr gut genutzt und es gab genügend Raum für eine offene Diskussion. Die Veranstaltung wurde zusätzlich durch die Ärztekammer Nordrhein mit insgesamt 3 Fortbildungspunkten zertifiziert. Die Erreichung der vollen Punktzahl inkludiert eine zusätzliche Lernerfolgskontrolle für jeden Teilnehmer.

Das Feedback der Teilnehmer nach der Veranstaltung war überaus positiv und ermutigt die vier Organisatoren aus Köln, Hamburg und Berlin, den eingeschlagenen Weg fortzusetzen. Es ist geplant, pro Jahr zwei **HERNIE kontakt**-Veranstaltungen zu etablieren. Die Veranstaltung mit allen Vorträgen werden jeweils zusätzlich online aufgezeichnet und können somit jederzeit im Internet über Vimeo nochmals angesehen werden.

Tab. 1: Übersicht des Moduls

Programm der 1.HERNIE kontakt - Veranstaltung am 10.06.2020:

Modul I: Brandaktuelles - Hernienchirurgie in Zeiten von Corona

Moderation: Wolfgang Reinpold / Bernd Stechemesser

- Was ist in welchem Setting möglich? Klinik mit unterschiedlichen Corona Abstufungen vs. Praxis (Wolfgang Reinpold – Hamburg)
- Was ist ein elektiver, was ist ein Notfallingriff? (Bernd Stechemesser – Köln)
- Laparoskopische Hernienoperationen in Corona-Zeiten: ja oder nein? (Henning Niebuhr – Hamburg)

Modul II: prä-, intra- und postoperative Schmerztherapie

Moderation: Ralph Lorenz / Henning Niebuhr

- Anästhesie bei Hernienoperationen: ITN/LaMa/Spinal/Schmerzkatether (Jörg Karst – Berlin)
- Prä-, intra- und postoperative Schmerztherapie mit Lokalanästhetika (Ralph Lorenz – Berlin)
- Schmerzmanagement und Schmerzschemata (Guido Baschleben – Leipzig)

Gerne vormerken: Die nächste **HERNIE kontakt** – Veranstaltung ist für Oktober/November 2020 geplant.

Bitte beachten Sie auch die gesamte **Modulreihe Herniensschule** der BDC|Akademie mit der Deutschen Herniengesellschaft (DHG), die unter anderem das Hospitationsmodul **HERNIE kontakt** anbietet. Die nächsten Termine finden Sie unter: <https://www.bdc.de/bdcakademie/hernienschule/hernie-kontakt/>

Lorenz R, Stechemesser B, Niebuhr H, Reinpold W:
Hernie kontakt. Passion Chirurgie. 2020 10(7/8):
Artikel 04_00a.



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

**Abb. 1:** o. l. Bernd Stechemesser, o. r. Henning Niebuhr, u. l. Wolfgang Reinpold, u. r. Ralph Lorenz

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





Chefärztinnen in der Chirurgie – Rollenvorbilder für Medizinstudentinnen und junge Chirurginen

UNTERSCHIEDE ZWISCHEN MÄNNLICHEN UND WEIBLICHEN CHEFÄRZTEN AUS SICHT DER SELTENEN CHEFÄRZTINNEN

ZUSAMMENFASSUNG

In der Chirurgie sind Chefärztinnen mit einem durchschnittlichen Anteil von 5,4 Prozent auch mehr als 100 Jahre nach Zulassung von Frauen zum Medizinstudium in dieser Männerdomäne eine Seltenheit.

Für die zukünftige Besetzung chirurgischer Stellen – auch in Führungspositionen – ist es aber erforderlich, dass Medizinstudentinnen

und junge Ärztinnen Frauen in Führungspositionen als Rollenvorbilder erleben können.

Schon 2010 wurden daher 47 Chefärztinnen aus diversen chirurgischen Disziplinen telefonisch interviewt. Unisono berichten alle Kolleginnen, dass sie mit Begeisterung und einem hohen zeitlichen Arbeitseinsatz tätig sind. Die meisten von ihnen vereinbaren dabei Beruf und Familie und haben aus eigener Erfahrung Vorschläge, was aktiv dafür



Dr. med. Astrid Bühren
Ehrenpräsidentin Deutscher
Ärztinnenbund
Hagener Straße 31
82418 Murnau
abuehren@t-online.de

getan werden kann, damit sich zukünftig mehr Frauen für die Chirurgie entscheiden und im beruflichen Werdegang auch eine Führungsposition anstreben. 44 der interviewten Ärztinnen geben an, dass es strukturelle Unterschiede im Führungsstil und im Umgang mit Patientinnen und Patienten zwischen Männern und Frauen gibt. Diese Ergebnisse sind auch neun Jahre nach ihrer Erhebung von unveränderter Relevanz, was die hier im Themenheft abgedruckten Interviews einmal mehr bestätigen (siehe Erstpublikation: Ärzteblatt Sachsen 8|2019, ab S. 20). Der chirurgischen Community ist also zu empfehlen, ihre Anstrengung zur Förderung von Frauen in Führungspositionen nicht nur fortzusetzen, sondern unbedingt zu forcieren. Anderenfalls wird sich die Nachwuchsproblematik gerade in der Chirurgie in Anbetracht von fast 70 Prozent Frauen im Medizinstudium weiter verschärfen.

SCHLÜSSELBEGRIFFE

Chefärztinnen, Vereinbarkeit Beruf und Familie, Unterschiede im Führungsstil

EINLEITUNG

Die Mehrheit der Medizinstudierenden und Medizinabsolventen ist und wird in absehbarer Zukunft weiblich sein, derzeit sind es 60 Prozent der Berufseinsteiger und im Durchschnitt 70 Prozent der Medizinstudierenden. Aber der Anteil an Chefärztinnen in der Chirurgie liegt weiter im einstelligen Bereich. Ob Frauen sich auch in der Chirurgie für Führungspositionen interessieren werden, hängt zu einem gewissen Teil auch davon ab, welche Erfahrungen sie mit Rollenvorbildern gemacht haben, wie sie den Umgang mit Ärztinnen, zum Beispiel auch während einer Schwangerschaft, und mit Medizinstudentinnen während ihres Pflichtpraktikums, ihrer Famulatur und insbesondere während ihres PJs erlebt haben [1].

In den letzten Jahren sind mehrfach Meldungen medizinintern und öffentlich in den Medien bekannt geworden, wie schwer es Ärztinnen haben, die in ihrem jeweiligen chirurgischen Fachgebiet als erste die

Berufung auf einen Lehrstuhl erhielten [2]. Wenn Chefärztinnen entlassen werden, fällt dies besonders auf, weil nur 5,4 Prozent aller leitenden Positionen in der Chirurgie (amtliche Krankenhausstatistik 2017) mit Frauen besetzt sind, andererseits gibt es aber keine verlässliche Statistik darüber, ob diese Situation Ärztinnen häufiger trifft als Ärzte. Ganz sicher hat in den letzten Jahren in ärztlichen Leitungsfunktionen seitens der Krankenhausverwaltungen die „Hire and fire-Mentalität/-Strategie“ zugenommen, was die Skepsis der jungen Generation zunehmen lässt. Die Chirurgie sorgt sich um ihre Zukunft. Immer weniger Kollegen und Kolleginnen entscheiden sich für dieses für die Versorgung so existenzielle Fach. Es werden eine Vielzahl von Gründen dafür diskutiert und Vorschläge zur Bewältigung gemacht [3]. In diesem Artikel wird nur auf das wichtige Potenzial von Frauen zur Bewältigung dieser Krise eingegangen, obwohl die chirurgischen Fächer aus verschiedenen Gründen auch unter den männlichen Medizinstudierenden an Attraktivität eingebüßt haben.

Bei der Mehrzahl der Ärztinnen und Medizinstudentinnen galt und gilt die Chirurgie traditionell als Männerdomäne mit familien- und frauenfeindlichen Rahmenbedingungen. Resultat ist unter anderem natürlich ein extrem geringer Frauenanteil in Führungspositionen: Nach einer Zusammenstellung des Statistischen Bundesamtes lag dieser 2017 bei 5,4 Prozent. 2008 lagen die Werte mit 3,2 Prozent im Durchschnitt noch niedriger, es hat sich allerdings in den letzten neun Jahren nicht maßgeblich viel geändert.

Um Medizinstudentinnen und Ärztinnen zu motivieren, sowohl ein chirurgisches Fach zu ergreifen als auch Leitungsfunktionen anzustreben, ist es für die meisten erforderlich, positive Vorbilder zu erleben und vor allem auch zu erfahren, ob und wie die Chirurginnen diesen Beruf mit einer Partnerbeziehung, Schwangerschaft, Mutterschutz und Kindererziehung zufriedenstellend vereinbaren können. Aber auch junge Männer entscheiden sich immer seltener für das Fach Chirurgie, da die Organisation im deutschen Krankenhaus

Bühren A: Chefärztinnen in der Chirurgie.
Passion Chirurgie. 2020 10(7/8):
Artikel 04_01.



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

gerade in den chirurgischen Fachgebieten relativ wenig Platz lässt für Familie und Freizeit.

Tatsache ist, dass die Mehrheit der Medizinstudierenden mit circa 70 Prozent und die Berufseinsteiger mit circa 60 Prozent bereits weiblich ist. Es gilt also, die Männer wieder und die Frauen neu für die Wahl der Weiterbildung in einem chirurgischen Fachgebiet zu begeistern/motivieren. Auch wenn es für die derzeit in chirurgischen Führungspositionen tätigen Kolleginnen und Kollegen ungewohnt ist, muss die Organisation sich bezüglich der Rahmenbedingungen auf die zukünftige Fachkräftegeneration ein- und umstellen.

Die chirurgischen Fachgesellschaften und Berufsverbände versuchen seit einigen Jahren mit diversen Maßnahmen, wie zum Beispiel Studierenden- Tage und Studierenden-Stipendien bei chirurgischen Fachkongressen, Naht-Seminaren und vieles mehr, im Wettbewerb mit anderen Fachgebieten zu punkten. Hier darf die Vorbildfunktion von Frauen in Führungspositionen nicht unterschätzt werden.

Aufgrund der zunehmenden Erkenntnis, dass die chirurgischen Fachgebiete ihre Stellen nicht mehr besetzen und ihre fachlichen Aufgaben in Zukunft nicht mehr bewältigen können, wenn sie nicht die Vereinbarkeit von Beruf und Familie für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erkennbar verbessern, wurden nun in den letzten 20 Jahren diverse Maßnahmen ergriffen:

Seit dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) 2001 unter der Präsidentschaft von Prof. Dr. med. Klaus Schönleben, Ludwigshafen, wurden regelmäßig von der Autorin unter anderem mit Unterstützung der ersten Ordinaria für Chirurgie, Prof. Dr. med. Doris Henne-Bruns, Sitzungen und Vorträge bei Kongressen der DGCH und der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), unter anderem zu folgenden Themen organisiert:

- „Ist die Chirurgie männlich? Diskussion eines Vorurteils“ (DGCH 2001),
- „Karrierechancen auch für Chirurginnen – Strukturen gemeinsam nutzen und entwickeln“ (DGCH 2002),

- „Das Familien-freundliche Krankenhaus als Wunsch-Arbeitsplatz! Kinderbetreuungsangebote als Schlüssel zum Erfolg noch viel zu selten“ (DGCH 2006),
- „Ärzte- und Ärztinnengesundheit“ (DGU 2009),
- „Mutterschutz JA – Berufsverbot NEIN“ (DGCH 2010).

Später gründete sich der Orthopädinnen e. V. und in allen chirurgischen Disziplinen wurden Foren für den ärztlichen Nachwuchs gegründet, wie zum Beispiel das Perspektivforum Junge Chirurgie der DGCH oder das Junge Forum O&U, der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH), der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG), der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG). Weiterhin wurde 2001 auf Initiative von Prof. Dr. med. Jens Witte im Berufsverband der Deutschen Chirurgen eine Vorstandspostion geschaffen, die sich mit den Interessen der Ärztinnen befasst. 2011 bis 2019 war Prof. Dr. med. Julia Seifert Vizepräsidentin und seit 2019 ist die Geschäftsführungsposition des Bundesverbandes Deutscher Chirurgen e. V. (BDC) mit Dr. med. Friederike Burgdorf besetzt. Weiterhin wurde durch Mentoringprogramme von Berufsverbänden wie dem Deutschen Ärztinnenbund, dem Marburger Bund und dem Hartmannbund vor allem die Förderung junger Ärztinnen intensiviert und in einigen Universitäten (zum Beispiel Leipzig, Aachen, MH Hannover, Charité Berlin und Würzburg) gibt es spezielle Förderprogramme für Frauen in der Wissenschaft. Nachfragen bei einigen privaten Klinikkonzernen wie Helios, Sana und Asklepios ergab überraschenderweise, dass es derzeit offensichtlich keine konzernweiten Förderprogramme gibt. Im kommunalen Klinikkonzern Vivantes in Berlin wird seit Jahren Karriereförderung für Ärztinnen aktiv betrieben, andere Konzerne, wie zum Beispiel die Klinikregion Hannover (KRH), haben 2018 nachgezogen. Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk vom Deutschen Ärztinnenbund initiierte 2012 die Aktion ProQuote Medizin. Aktuell hat der im Mai 2019 neu gewählte Bundesärztekammerpräsident, Dr. med. Klaus Reinhardt, eine Frauenquote für Führungspositionen in der Medizin gefordert.

All diese Maßnahmen können jedoch von den Medizinstudenten und Medizinstudentinnen nur als glaubwürdig und zukunftsfest erlebt werden, wenn sich das auch in der Realität widerspiegelt. Medizinstudenten finden an jeder Universität, jedem Lehrkrankenhaus und in jeder anderen Klinik männliche Chefarzte vor, die sie sich gegebenenfalls zum Vorbild nehmen können. Ganz anders stellt sich die Situation für Medizinstudentinnen und Ärztinnen dar. Entsprechend den Statistiken sind in den chirurgischen Fachgebieten Chefärztinnen nur sehr selten anzutreffen beziehungsweise nur marginal vertreten. In der gesamten Chirurgie gab es 2008 durchschnittlich 3,2 Prozent Chefärztinnen mit einer Streuung von 0,7 Prozent in der Unfallchirurgie und sechs Prozent in der Gefäßchirurgie, 2017 lagen die Werte zwar darüber, aber weiterhin im einstelligen Bereich: Durchschnittlich 5,4 Prozent mit einer Streuung von 2,4 Prozent in der Unfallchirurgie und 8 Prozent in der Gefäßchirurgie (Statistisches Bundesamt). Dieser Fakt war die Hauptmotivation, Chefärztinnen in einem chirurgischen Fach zu befragen und deren Erfahrungen und Erkenntnisse an junge Kolleginnen und Kollegen und in den zuständigen Gremien weiterzugeben.

MATERIAL UND METHODE

Vor fast 20 Jahren fand 2001 die erste programmatisch intendierte Sitzung „Frauen in der Chirurgie“ auf Anregung des damaligen Präsidenten der DGCH, Prof. Schönleben, bei einem Deutschen Chirurgenkongress statt. Zur Ausgestaltung dieser Sitzung wurde seitens der Vorsitzenden, Dr. med. Astrid Bühnen, die Ausstellung „Pionierinnen in der Chirurgie“ organisiert und dafür alle 36 vom BDC genannten Chefärztinnen in der Chirurgie angefragt. Die meisten übersandten ein Foto und ihren Lebenslauf. Für diese Umfrage unter Chefärztinnen war 2008/2009 erneut der BDC die Anlaufstelle, um über dessen Mitgliederverzeichnis die Kontaktdaten möglichst aller Chefärztinnen chirurgischer Abteilungen zu bekommen. Die inzwischen herausgegebenen Daten des Statistischen Bundesamtes mit Stand 31. Dezember 2008 geben rückwirkend für den gewählten Interview-Zeitraum 2.200

männliche und 72 weibliche leitende Ärzte und Ärztinnen für die gesamte Chirurgie an. Zum Zeitpunkt der Vorbereitung der Umfrage waren im BDC – mit Stand vom 24. August 2008 – 52 leitende Ärztinnen Mitglied.

Diese Ärztinnen wurden alle telefonisch 2009 und 2010 kontaktiert. Von diesen 52 waren:

- eine Ärztin nicht mehr berufstätig,
- zwei Ärztinnen nur noch privatärztlich tätig (eine aus Altersgründen),
- eine der genannten Chefärztinnen war lediglich vorübergehend kommissarisch bis zum Beginn eines neuen Chefarztes tätig,
- vier leitende Ärztinnen waren trotz mehrfacher Versuche und Absprachen mit Mitarbeiterinnen nicht erreichbar beziehungsweise zu jeweils vereinbarten Terminen durch Notfalloperationen verhindert.

Nur eine einzige Chefärztin erklärte sich nicht bereit, das Interview durchzuführen. Sie begründete dies damit, dass sie bereits wochenlang auf ihre zwei Oberärzte wegen Krankheit

beziehungsweise Urlaub habe verzichten müsse. Sie sei deshalb völlig überarbeitet.

Damit beteiligten sich 43 der eingangs 52 genannten Chefärztinnen an der Umfrage. Des Weiteren nahmen noch vier angefragte Chefärztinnen aus orthopädischen Kliniken teil. Insgesamt wurden also 47 Interviews ausgewertet.

Die Befragung wurde in mündlichen Telefoninterviews anhand eines strukturierten Fragebogens durchgeführt. Die Dauer des Interviews betrug zwischen einer halben und zwei Stunden. Im Einzelfall wurden Daten auch schriftlich nachgeliefert.

Ein weiterer Anlass für diese aufwändige Untersuchung waren zwei aktuelle Ereignisse gewesen: Einer Chefärztin (Unfallchirurgie) war Stunden vor Ende ihrer Probezeit ohne Angabe von Gründen gekündigt worden, eine Professorin (Herzchirurgie) hatte nach massiven Problemen von einer Uniklinik als Chefärztin in ein städtisches Herzzentrum gewechselt.

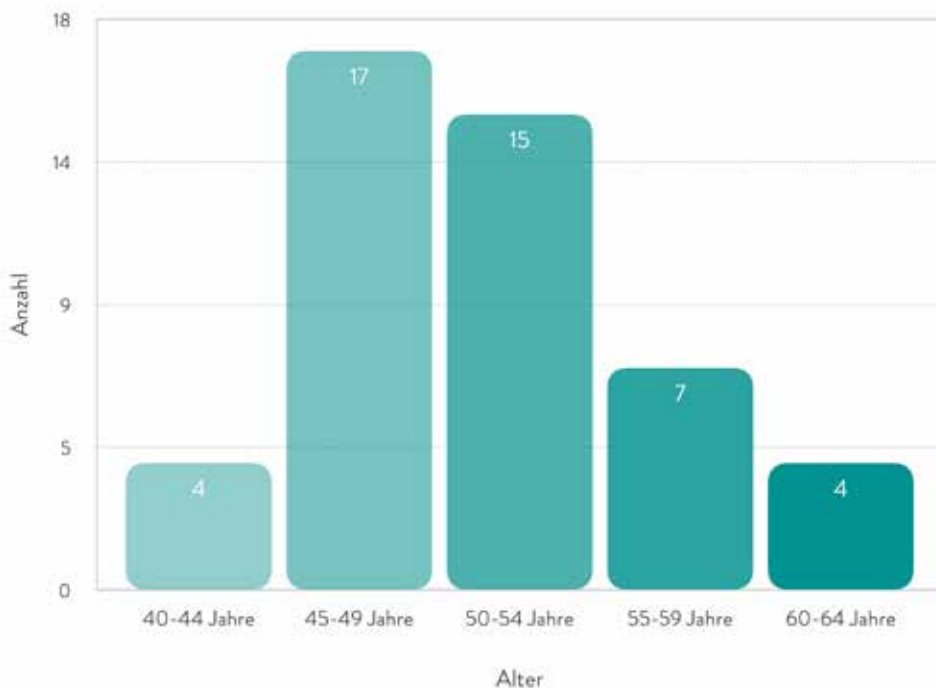


Abb. 1: Altersverteilung der Chefärztinnen

ERGEBNISSE

AKADEMISCHE TITEL

Alle 47 Chefärztinnen waren promoviert, acht von ihnen habilitierte Privatdozentinnen, insgesamt führten sieben Chefärztinnen, also 15 Prozent, einen Professorinnentitel.

ALTER

Das Alter der Chefärztinnen lag zum Befragungszeitpunkt zwischen 40 und 64 Jahren (Abbildung 1).

FACHRICHTUNGEN

Doppelnennungen waren möglich, da mehrere Chefärztinnen für mehrere Schwerpunkte qualifiziert waren.

Tab. 1: Fachrichtungen

Anzahl	Fachrichtung
22	Unfallchirurgie und Orthopädie
19	Viszeral- und Allgemeinchirurgie
8	Gefäßchirurgie
5	Plastische- und Handchirurgie
5	Kinderchirurgie
2	Herzchirurgie

FAMILIENSTAND

Von den 47 Chefärztinnen waren 32 verheiratet, sechs geschieden, drei lebten in fester Partnerschaft und sechs Kolleginnen waren ledig. 19 der Chefärztinnen gaben an, dass ihr Ehemann beziehungsweise fester Lebenspartner beziehungsweise inzwischen geschiedener Ehemann ebenfalls von Beruf Arzt sei.

KINDER

29 der Chefärztinnen (61 Prozent) hatten Kinder, 18 Chefärztinnen (39 Prozent) waren zum Zeitpunkt der Interviews kinderlos. Dabei waren mehr als die Hälfte der Kinder über

20 Jahre alt und nur sechs Prozent jünger als fünf Jahre. Eine chirurgische Chefärztin hatte vier Kinder, vier Kolleginnen hatten drei Kinder, zehn hatten zwei Kinder und 14 Kolleginnen hatten Einzelkinder.

Eine der Chirurginnen vereinbarte ihre chefärztliche Tätigkeit seit zwei Jahren mit einem Zwillingsspaar im Vorschulalter und einem Kind in der ersten Schulklasse. Ihre Kinder waren zum Zeitpunkt der Bewerbung und der Zusage durch die Klinikleitung bereits geboren. Hauptzuständig für die Kindererziehung war in elf Fällen der Ehemann/Vater der Kinder, in neun Fällen waren beide Elternteile gleichberechtigt zuständig. Sechs Chefärztinnen sahen sich selbst hauptsächlich in der Verantwortung und zwei Kolleginnen waren allein-erziehend. Eine Chefärztin gab an, dass sich tagsüber hauptsächlich ihre eigene Mutter um die Kinder kümmere.

15 der Chefärztinnen kümmern sich zusätzlich zu ihren sonstigen Verpflichtungen auch mindestens um ein pflegebedürftiges Elternteil.

KLINIKMERKMALE

Die Hälfte aller Kolleginnen arbeitete in Kliniken der Grund- und Regelversorgung, 28 Prozent arbeiteten in Kliniken der Maximalversorgung einschließlich Universitäten [5]. Der Rest verteilte sich auf BG-Kliniken, Schwerpunkt- und Fachkliniken.

39 Chefärztinnen waren in Krankenhäusern der westlichen Bundesländer tätig und sieben in einem der fünf neuen Bundesländer. Hinzu kam eine Kollegin aus Berlin.

GENDER

20 der Chefärztinnen gaben an, in ihrer Klinik die einzige Chefärztin im Chefarztkollegium zu sein. 27 Kolleginnen gaben an, es gäbe noch mindestens eine weitere Chefärztin bei einer ganz überwiegenden Anzahl von Chefärzten. Damit sind über 40 Prozent als Frau im Chefarztkollegium allein.

ABTEILUNGSGRÖSSE

Die Anzahl der Betten in der Verantwortung der jeweiligen Chefärztinnen rangierte zwischen maximal 104 und mindestens zehn Betten, der Durchschnitt der zu verantwortenden Betten betrug 41.

Die Anzahl der Oberärzte beziehungsweise Oberärztinnen in der Abteilung schwankte zwischen elf vollen und einer halben oberärztlichen Stelle.

In 26 Fällen (fast 60 Prozent) waren in den jeweiligen Abteilungen ausschließlich männliche Oberärzte tätig, nur in einem Fall waren mehr weibliche als männliche Oberärzte in der Abteilung beschäftigt.

Die maximale Anzahl der Assistenten beziehungsweise Assistentinnen in den Abteilungen lag bei 30 und die minimale bei einem beziehungsweise einer. 38 Chefärztinnen haben insgesamt 113 männliche Assistenten und 89 weibliche Assistenten. Das Verhältnis schwankt hierbei von sieben männlichen und keine Assistenzärztin über 25 männliche und

fünf Assistenzärztinnen bis zu einem Assistenten und sechs Assistenzärztinnen.

WEITERBILDUNGSBEFUGNIS

44 Chefärztinnen hatten eine oder mehrere Weiterbildungsbefugnisse von unterschiedlicher Dauer, drei Chefärztinnen hatten keine Weiterbildungsbefugnis.

DAUER DER CHEFARZTTÄTIGKEIT

Am längsten war eine Chefärztin seit 21 Jahren in dieser Position, vier Ärztinnen erst seit einem Jahr und alle anderen Chefärztinnen länger als ein Jahr.

ZUFRIEDENHEITEN MIT DEN DIVERSEN BERUFLICHEN BEREICHEN

Gefragt wurde, wie zufrieden entsprechend der Notengebung die Chefärztin mit ihren Chefarztkollegen und -kolleginnen, mit der Verwaltung, mit ihren ärztlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen und mit den Patienten und Patientinnen sei. Der Kontakt zu den Patienten und Patientinnen wurde in jedem Fall mit

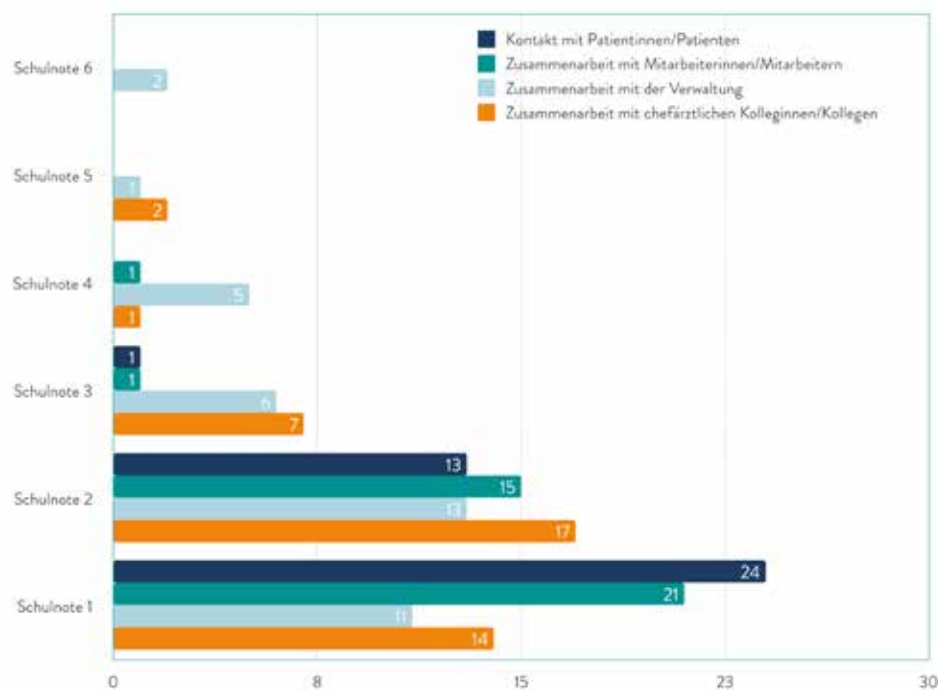


Abb. 2: „Zufriedenheit mit“ nach Schulnoten

den Noten 1 oder 2 belegt. Lediglich eine der Kinderchirurginnen beschrieb, dass die Betreuung der kindlichen Patienten und Patientinnen unkompliziert, jedoch die zusätzliche Betreuung der Eltern gelegentlich stressig sei.

Die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen folgte mit der Durchschnittsnote 1,5. Diese Zusammenarbeit wurde nur ein einziges Mal mit der Note 4 benotet, in keinem Fall schlechter.

Die Zusammenarbeit mit den chefärztlichen Kollegen und Kolleginnen wurde im Durchschnitt mit 1,9 benotet, auch hier gab es nur drei Benotungen schlechter als befriedigend bei insgesamt 41 Nennungen.

Das Verhältnis zur Verwaltung wurde am schlechtesten im Durchschnitt mit 2,9 eingeschätzt, wobei zweimal die Note 6 und einmal die Note 5 vergeben wurde, allerdings auch elfmal die Note 1 für die Zusammenarbeit mit der Verwaltung (Abbildung 2).

ARBEITSBELASTUNG

Bei der Frage nach der Arbeitsbelastung in Stunden pro Woche ergab sich im Interview das Phänomen, dass jede der Chefärztinnen

spontan deutlich zu wenige Arbeitsstunden angab. Erst auf detaillierte Nachfragen nach der Arbeitsbelastung je Werktag und nach zusätzlicher Arbeitsbelastung beziehungsweise Anwesenheit in der Klinik am Wochenende und nachts kamen die realistischen Zahlen zustande.

Kongressbesuche, Fortbildungsveranstaltungen für Niedergelassene oder ähnliches wurden nicht mitgezählt. Mehr als die Hälfte der Kolleginnen sind also mehr als 70 Wochenstunden in der Klinik chefärztlich tätig (Abbildung 3). Von sechs Chefärztinnen wurde die Arbeitsbelastung nicht exakt verzeichnet.

KINDERBETREUUNG UND HAUSHALTSHILFEN

Die Betreuung von schulpflichtigen Kindern wurde zusätzlich zu Betreuungseinrichtungen wie einer Kita beziehungsweise der Schule in sieben Fällen von den Großeltern und in weiteren sieben Fällen von einer Kinderfrau/Aupair/Studierendem geleistet. Die Mehrzahl der Chefärztinnen gab an, Haushaltshilfen beziehungsweise Haushälterinnen zu beschäftigen. In einem Fall lebte die Chefärztin im Haus ihrer Großfamilie und wurde mit allem versorgt.

FREIZEITGESTALTUNG

Die Frage nach sportlicher Betätigung beantworteten 30 Kolleginnen mit Joggen, Wandern, Golf oder Reiten (der Häufigkeit nach). Keine der Kolleginnen betrieb strikt termingebundene Aktivitäten, wie zum Beispiel Mannschaftssport. 17 Kolleginnen gaben an, keine Zeit für Sport zu finden.

Nach weiteren Freizeitbetätigungen gefragt, wurden in absteigender Häufigkeit Lesen, Reisen, Oper, Theater, Kochen, Gartenarbeit, Jagen und Fliegen genannt. 14 Kolleginnen (also immerhin 30 Prozent) gaben an, keine Zeit für Hobbys zu haben.

UNTERSCHIEDE ZWISCHEN CHEFÄRZTINNEN UND CHEFÄRZTEN

Auf die Frage: „Gibt es aus Ihrer Sicht Unterschiede zwischen Chefärztinnen und Chefärzten?“ antworteten drei Chefärztinnen, sie sähen keine prinzipiellen Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Chefärzten, sondern lediglich individuelle. Alle anderen 44 Chefärztinnen benannten fast immer mehrere deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Diese ergeben entsprechend der Häufigkeit der Nennung folgende Unterschiede:

CHEFÄRZTE UNTERSCHIEDEN SICH VON CHEFÄRZTINNEN IM:

Verhaltensstil

- Sie handelten machtorientierter bei ausgeprägtem Kampf- und Wettbewerbsverhalten, auch untereinander.
- Sie seien „Alphatiere“.
- Sie seien status- und karriereorientierter, „Chefarztherrlichkeit“.
- Deutlich mehr Selbstdarstellung,
- ich-bezogener, eitel, „Profilneurotiker“,
- geringere Selbstkritik: „Nie gesehen, nie gehört, aber machen wir“.

Führungsstil

- Sie führten hierarchischer und autoritärer, „Basta-Politik“.

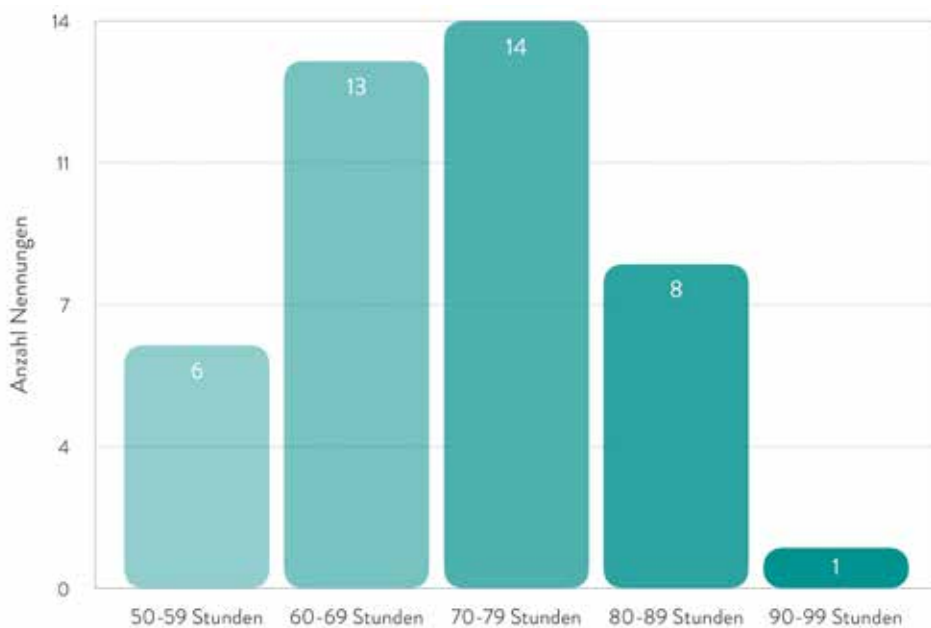


Abb. 2: Von 41 Chefärztinnen geleistete Arbeitszeit pro Woche

Kommunikationsstil

- Chefärzte wendeten sich weniger den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen zu (Zeit, psychosoziale Aspekte).
- Sie hinterfragten sich weniger selbst, sondern suchten die Fehler eher bei anderen.
- Männer seien nüchterner.
- Manchmal arte ihre Kommunikation in Brüllen aus.
- Spezifischer Umgangsstil mit dem eigenen Geschlecht.
- Akzeptanz automatisch qua Geschlecht, gut vernetzt im „Old-boys-Network“.

CHEFÄRZTINNEN UNTERSCHIEDEN SICH VON CHEFÄRZTEN IM:**Verhaltensstil**

- Chefärztinnen arbeiteten stringenter und fleißiger.
- Sie haben ein besseres Zeitmanagement,
- bessere Entscheidungsfähigkeit,
- sind im OP belastbarer und flexibler einsetzbar und
- handeln sachorientiert versus status-/machtbezogen.

Führungsstil

- Chefärztinnen führen teamorientierter.
- Sie bevorzugen eine flachere Hierarchie.
- Sie verhalten sich integrativer, kompromissbereiter, diplomatischer.

Als Nachteil dieses Führungsstils wurde benannt, dass das Bemühen um Konsens den Alltag manchmal erschwert.

Kommunikationsstil

- empathischer, mütterlicher (auch Patienten/Patientinnen und Angehörigen gegenüber),
- wertschätzende Kommunikation,
- hohe Sozialkompetenz,
- selbstkritischer als Männer („befundehrlischer“),
- geduldig,
- kollegial.

FORDERUNGEN

Interessant waren die Antworten auf die Frage, was gefordert würde, um die Bedingungen für

Frauen zu verbessern. 16 Chefärztinnen forderten einen echten Berufsbildwandel. Die Leitungsposition im chirurgischen Fachbereich muss für eine Person gut/zufriedenstellend machbar sein. Dies bedeutet für alle familienfreundliche Bedingungen, eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die wertschätzende Akzeptanz der fortschreitenden „Feminisierung der Medizin“, kreativere Arbeitszeitmodelle und vieles mehr. Insbesondere wurde genannt, dass eine Schwangerschaft „normal“ sein sollte und nicht als Karrierehindernis gesehen werden darf. Hier wurde offen Frauendiskriminierung im Karrierebereich angesprochen, teilweise auch sehr emotional („da geht einem das Messer in der Tasche auf“). Gefordert wurde von zwölf Kolleginnen ein Mentoring insbesondere zu den Bereichen Gremienarbeit und Vernetzung, neun Kolleginnen forderten frauenspezifisches Coaching zu Kommunikation und Führung, elf Chefärztinnen erwarten eine bessere Kinderbetreuung nicht nur in der Klinik, sondern auch auf Kongressen. Nur vier Kolleginnen sprachen sich damals für eine Frauenquote aus. Diese Anzahl wäre heute vermutlich höher.

Exemplarisch sei hier eine besonders wichtige Aussage zitiert: „Es gibt bisher keine Rollenvorbilder und keine Maßstäbe. Damit ist eine Chefärztin immer kritisierbar und alles kann so oder so ausgelegt werden. Da Chefärztinnen andererseits oft nicht so gut vernetzt und (berufs-)politisch aktiv sind, sind sie in ihren Positionen gefährdeter.“

DISKUSSION

Ärztinnen sind in chirurgischen Führungspositionen auch 2017 mit 5,4 Prozent nur marginal vertreten. Dies ist im Vergleich zu den Zahlen von 2010 zwar eine signifikante Steigerung (damals 3,2 Prozent), allerdings weiterhin auf einem sehr niedrigen Niveau.

In den Vorständen der 160 größten deutschen Unternehmen (DAX, MDAX, SDAX) waren zum 1. Januar 2019 8,6 Prozent Frauen Mitglied. Im Vergleich zu einem Anteil von drei Prozent im Jahr 2011 natürlich ein Fortschritt, aber auch hier auf einem zu vernachlässigenden Niveau. 15,6 Prozent der Unternehmen hatten keine einzige Frau im Aufsichtsrat [5]. Nach aktuellen

Zahlen der EU-Kommission liegt der Anteil von Frauen in Führungspositionen in der deutschen Wirtschaft bei 33,8 Prozent. Deutschland liegt damit EU-weit auf Rang sieben.

Siemens und E.ON sind bisher die einzigen der 30 DAX-Unternehmen mit Frauen im Vorstand. Bei der Telekom gibt es bereits offizielle Quoten – bis Ende 2020 sollen weltweit 30 Prozent der Führungspositionen von Frauen besetzt sein. Bei Daimler-Benz und E.ON gibt es ebenfalls Projekte, Quoten zu etablieren. Eine Studie von McKinsey & Company weist auf die höhere Produktivität bei gemischten Vorständen und Führungsgruppen hin [5].

FAZIT

Chirurgische Abteilungen, die von Chefärztinnen geleitet werden, sind weiterhin eine Seltenheit. Die Umfrage ergab sowohl bedeutsame Daten zum Familienstand, zur Arbeitszeit und zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie als auch beeindruckende (subjektive) Bewertungen zu den unterschiedlichen Führungsstilen und Persönlichkeitsstrukturen von Chefärztinnen und Chefärzten. Darüber hinaus wurden Empfehlungen an die zuständigen Verbände und Gremien formuliert, was zur notwendigen Förderung von Chirurginnen erforderlich sei. Gerade die unterschiedliche Einschätzung der Persönlichkeitsmerkmale von Chefärzten und Chefärztinnen wird vermutlich Diskussionen auslösen und sollte unbedingt auch eine Befragung von männlichen Chefärzten nach sich ziehen. Der Einfluss verschiedener Führungsstile auf die Mitarbeiterbindung ist immens und gerade bezüglich der umworbenen Generation Y ein beliebtes Forschungsfeld [6]. Zu Recht wurde das Curriculum „Ärztliche Führung der Bundesärztekammer“ auf diese Tatsache hin angelegt.

In Zeiten des zunehmenden Fachkräftemangels sollten Krankenhäuser mit chirurgischen Abteilungen die Zeichen der Zeit endlich erkennen und sich dem Wandel in den Bedürfnissen der Bewerberinnen und der Bewerber aktiver stellen. Eigentlich benötigt man dazu keine Quote, allerdings stimmen die letzten 18 Jahre bedenklich (freiwillige Vereinbarung zur Quote in Deutschland zwischen Politik und Wirtschaft 2001). Die befragten

Chirurginnen waren auf jeden Fall durchweg fasziniert von ihrem Fach und ihrem Tätigkeitsfeld, und sie vermittelten überzeugend den Eindruck, als Vorbilder für den ärztlichen Nachwuchs prädestiniert zu sein.

LITERATUR

Literatur auf Anfrage bei der Autorin.

Mittlerweile ist akzeptiert, dass gemischte Teams am effektivsten arbeiten. Der BDC hat es sich zum Ziel gesetzt, explizit Chirurginnen auf Führungspositionen vorzubereiten und dafür eine Seminarreihe aufgelegt.

Das nächste Modul der Reihe „Führungsseminare“ findet statt vom: 18.09.-19.09.2020 in Berlin mit dem Titel „Modul 1 – Führungsstrategien für Ärztinnen“.

Mehr Informationen und die Buchungsmöglichkeit finden Sie unter www.bdc.de/veranstaltungen

ÜBER DIE AUTORIN

Dr. med. Astrid Bühren war von 1997 bis 2009 Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes e. V. (DÄB). Seither ist sie als Ehrenpräsidentin des DÄB aktiv. Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer war sie von 1999 bis 2007.

Der Beitrag erschien in Erstpublikation im Ärzteblatt Sachsen 8|2019





© iStock - marrio31

Herausforderung Mitarbeiterführung – der Chirurg (m/w/d) als erfolgreiche Führungskraft

Vor einer gewissen Zeit – vielleicht vor 10, 20 oder auch 30 Jahren – fällten Sie die Entscheidung für den Beruf des Chirurgen (m/w/d). Unterschiedliche Motivation lag diesem Schritt zugrunde: Bei manchen ist es die Freude daran, anderen Menschen zu helfen, bei anderen die Faszination an der Chirurgie oder auch andere spannende Seiten an diesem wunderbaren Beruf. Die wenigsten Chirurgen allerdings wählen den medizinischen Beruf, weil sie die Herausforderung des **Führens** suchen.

Tatsache ist: Neben der Freude daran, anderen Menschen zu helfen, neben der Faszination

für das chirurgische Fachgebiet und den weiteren attraktiven Seiten am Arztberuf, bringt die Position als Chirurg (m/w/d) im Alltag eine oft unterschätzte Aufgabe mit sich:

SIE SIND FÜHRUNGSKRAFT – OB SIE ES WOLLEN ODER NICHT!

Die meisten Chirurgen (m/w/d) finden sich nach ihrem Studium von heute auf morgen völlig unvorbereitet als Chef*in oder zumindest Co-Chef*in wieder und sehen sich urplötzlich damit konfrontiert, Urlaubsanträge zu genehmigen, sachliche Kritik zu üben, Einstellungsgespräche zu führen, die Durchführung von



Nadja van Uelft

Lehrbeauftragte der Hochschule
für Medien, Kommunikation und
Wirtschaft
Menzelstraße 25, Gartenhaus
12157 Berlin
vanuelft@nadja-van-uelft.de

Aufgaben zu kontrollieren sowie funktionierende chirurgische Teams zusammenzustellen und auch zu führen. Dies alles sind ziemlich unmedizinische Tätigkeiten.

Doch ohne ein (funktionierendes) Team läuft keine chirurgische Praxis. Und ja, es gibt die Kollegen/Kolleginnen, denen diese Aufgaben scheinbar leichtfallen und die all das, was da an angenehmen und weniger angenehmen Führungsaufgaben tagtäglich anfällt (und was seine Zeit braucht), mal eben aus dem Ärmel schütteln. Doch Hand aufs Herz: Stimmt das wirklich? Und wie sieht das bei Ihnen aus? Sind Sie beim Führen ein „Aus-dem-Ärmel-Schüttler“?

Sollte Ihre Antwort auf diese Frage ein Kopfschütteln oder zumindest ein leicht verlegenes „Na ja“ sein, seien Sie beruhigt: Sie sind nicht alleine! Den allermeisten Kollegen/Kolleginnen geht es ebenfalls so. Nur redet kaum einer darüber.

„Führen“ ist eine anspruchsvolle Aufgabe, bei der das „Können“ ebenso wenig vom Himmel fällt, wie das Nähen einer Naht. Die gute Nachricht ist: Führen lässt sich lernen – genauso wie die Durchführung eines chirurgischen Eingriffs.

AUGEN AUF UND HINSEHEN – WIE FÜHRE ICH?

Als Allererstes gilt es zu akzeptieren, dass Führungsaufgaben – egal ob und wie sie Ihnen gefallen – mit Ihrer Tätigkeit als Chirurg (m/w/d) fest verbunden sind. Als nächstes heißt es: Augen auf und hinsehen. Was fällt Ihnen beim Führen leicht? Was läuft gut?

Hinterfragen Sie sich selbstkritisch, ob Sie eine gute Führungskraft sind? Wie würde Ihr Praxisteam diese Frage beantworten und wie Ihre Kollegen/Kolleginnen? Was könnten Sie kurzfristig ändern und was sollten Sie vielleicht sogar unbedingt ändern?

Denn wer gute Führungsarbeit leistet, hat nachweislich deutlich zufriedenere Mitarbeiter/innen, viel weniger Fluktuation, ein gesundes Praxisklima und höhere Motivation bei allen Beteiligten. Gelungenes Führen

spart darüber hinaus enorm viel Zeit. Zeit, die sonst für Konfliktbewältigung, Kündigungen, Neueinstellungen und Einarbeitungen sowie Patientenbeschwerden etc. verloren geht. Gelungenes Führen schenkt Ihnen deutlich mehr Zeit für die Ausübung Ihrer chirurgischen Tätigkeit, eine höhere Zufriedenheit und mehr Entspannung wie Freude in Ihrem Arbeitsalltag.

WIE FUNKTIONIERT GELUNGENES FÜHREN?

Oftmals sind es die kleinen Dinge, die zum wirksamen Hebel werden können. Führen hat viel mit urmenschlichen Bedürfnissen zu tun. Bei den physischen Bedürfnissen und Abläufen sind Sie ohnehin Expert*in, da ist der Sprung auf die (zwischen-)menschliche Ebene nicht so weit. Denn was braucht jeder Mensch, abgesehen von Nahrung, Schlaf und einem Dach über dem Kopf?

Richtig – jeder Mensch braucht Zuwendung, körperliche Zuwendung ebenso wie verbale Anerkennung. Die Forschung und leider auch die traurige Realität zeigen immer wieder, dass Babys und Kleinkinder ohne Zuwendung und Wärme gar nicht gut gedeihen, und dass dieses biologische Grundbedürfnis uns Erwachsenen noch genauso innewohnt. Gerade in der aktuellen Zeit des „Social Distancing“ wird vielen das (wieder) schmerzlich bewusst. In der psychologischen Theorie der Transaktionsanalyse wird dies als „der Hunger nach strokes“ („strokes“ = englisch für „Streicheln“) erfasst. Negative strokes sind immer noch besser als gar keine strokes, weshalb manch einer sich lieber Schläge und Demütigungen abholt, als ignoriert zu werden. Denn das ist am schwersten zu ertragen: gar nicht beachtet und geachtet zu werden.

Für den Führungsalltag heißt das, dass die Redensarten „Nicht getadelt ist genug gelobt“ und „Solange ich nichts sage, ist es ja gut“ zum Glück ausgedient und sich als falsch erwiesen haben. Denn nicht zu tadeln, also nichts zu sagen, kommt der Nicht-Beachtung gleich und kann eine fatale Wirkung haben.

Das Gegenteil von tadeln ist naturgemäß loben und anerkennen. Und wissen Sie was? Loben und anerkennen kostet noch nicht

Van Uelft N. Herausforderung
Mitarbeiterführung. Passion Chirurgie.
2020 10(7/8): Artikel 04_02.



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

mal etwas – außer, sich ein paar Gedanken zu machen und ein paar (passende) Worte zu sagen. Wenn Sie jetzt denken: „Das mache ich doch schon!“ – hervorragend – vielleicht möchten Sie noch ein Schippchen drauflegen?

Wenn Sie mögen, versuchen Sie einmal Folgendes: Wenn Ihnen bei Ihrer MFA etwas Positives im Praxisalltag auffällt, benennen Sie es ganz bewusst: „Das haben Sie gut gemacht, Frau X. Vielen Dank!“ – „Ihre Idee, die Ablage zu verändern, gefällt mir, jetzt findet sich alles viel schneller wieder.“ – „Die letzte Teamsitzung war wirklich effizient und konstruktiv, meinen Dank an Sie alle.“

Ihnen fällt zu einer Mitarbeiterin beim besten Willen kein positives Feedback ein? Manchmal

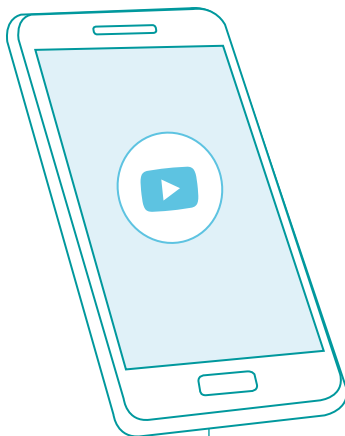
ist das auf den ersten Blick so, aber dann ist es entweder Zeit, sich daran zu erinnern, warum Sie sich einmal für diese Mitarbeiterin entschieden haben, oder sich ein paar Minuten Zeit zu nehmen, um ihre positiven Seiten und Fähigkeiten zu erkennen. Ich behaupte kühn: Jeder(!) Mensch hat seine Stärken und guten Seiten, sie wollen nur gesehen und (an) erkannt werden.

Geben Sie positives Feedback von außen an Ihr Team weiter: „Frau Meier hat sich sehr positiv über die freundlichen Mitarbeiterinnen am Empfang geäußert.“ oder „Mein Kollege Dr. Müller sagte neulich, dass unsere Praxis einen super Eindruck auf ihn macht. Dazu tragen Sie alle eine Menge bei – vielen Dank für Ihren Einsatz!“

Lob und Anerkennung zu geben, ist natürlich bei Weitem nicht das einzige Führungsinstrument. Aber ein wesentliches und obendrein eines, das Sie mit wenig Aufwand und ohne Kosten sofort umsetzen können. Wenn Sie sich darüber hinaus weiteres nützliches Handwerkszeug aneignen und Ihr Führungs-Know-how vertiefen möchten, gibt es zielführende Seminare, zum Beispiel bei der Frielingsdorf Akademie. Denn gelungenes Führen braucht ebenso fundiertes Wissen, Instrumente und Erfahrung, wie eine korrekte Diagnose oder eine chirurgische Operation. Führungs-Knowhow vermittelt Sicherheit bei Entscheidungen, höhere Zufriedenheit und eine entspanntere Haltung bei Ihren Führungsaufgaben. Zum Wohle aller Beteiligten. ○

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 ([HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/CHANNEL/UCGETSVIPQLNMKVX6WY3HROQ](https://www.youtube.com/channel/UCGETSVIPQLNMKVX6WY3HROQ))
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)



© iStock/sureishi

Hygiene-Tipp: Tabletts für die Blutabnahme – Wer trägt die Verantwortung?



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

Bei Begehungen auf der Station sieht man nicht selten schmutzige, mit Blut verschmierte oder inkorrekt zusammengestellte Tabletts, die zur Blutabnahme eingesetzt werden. Auf Abbildung 1 fehlt beispielsweise ein adäquater Abwurfbehälter für Spitzabfälle; stattdessen wurden die Nadeln und Butterflies in einen offenen Becher abgeworfen. Ursache derartiger Situationen ist, dass sich weder die blutabnehmenden Ärzte und PJ-Studenten noch die Pflegekräfte für die Reinigung und Ordnung zuständig fühlen. Die Einhaltung der Ordnung und Sauberkeit der Tabletts muss auf der Station zwischen Ärzten, PJ-Studenten und Pflegekräften geregelt werden. Im Streitfall ist es primär Aufgabe derjenigen, die Blut abnehmen.

Abbildung 2 zeigt beispielhaft ein gut strukturiertes, zuvor wischdesinfiziertes Tablett (mit Abwurfbehälter für Spitzabfälle).



Abb. 1: Inkorrekt zusammengestelltes Tablett zur Blutabnahme mit Verschmutzung und ungeeignetem Behältnis für Injektionsabfälle.



Abb. 2: Beispiel eines gut strukturierten und zuvor wischdesinfizierten Tablets.



Dr. med. vet. Nina Parohl
Ärztliche Mitarbeiterin
HyKoMed GmbH
Mitglied der Deutschen Gesellschaft
für Krankenhaushygiene (DGKH)



**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, Parohl N, Jatzwauk L, Schmithausen R,
Kohnen W: Hygiene-Tipp: Tablett für die
Blutentnahme. *Passion Chirurgie*. 2020; 10(7/8):
Artikel 04_04.



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

**60
CME-
Punkte!**

Hygiene- beauftragter Arzt (HBA)

Geeignet für alle Ärzte



Mit der Smart-Learning-Methode

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

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

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

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

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



meduplus



Jetzt anmelden:

www.ecme-center.org/hba



Rezension: Perioperative Medizin

BÜCHER



**Perioperative Medizin –
Chirurgie ist mehr als Operieren!**
Wolfgang Schwenk, Stephan M. Freys,
Jörg C. Kalff
Georg Thieme Verlag 2017, Stuttgart-
New York
568 Seiten
€ (D) 99,99
ISBN 9783131772916

Beim Verlag bestellen:
<https://bit.ly/2NOVwrK>

Rezensent:
**Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder,
FACS**
Leiter der Deutschen Akademie für
chirurgische Fort- und Weiterbildung
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V.
Leitender Oberarzt
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Tumorchirurgie
Universitätsklinik Köln
Kerpener Str. 62
50937 Köln
schroeder@bdc.de

Schröder W: Rezension: Perioperative
Medizin. *Passion Chirurgie*. 2020 10(7/8):
Artikel 04_05.



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

Es gehört schon eine Portion Mut dazu, ein so umfassendes Gebiet wie die perioperative Medizin, das einem kontinuierlichen und exponentiellen Zuwachs medizinischer Erkenntnisse unterworfen ist, auf den gegenwärtigen Stand des Wissens zur Darstellung zu bringen. Die drei Herausgeber, als Chirurgen alle auf diesem Gebiet spezialisiert und als Experten anerkannt, haben sich dieser Herausforderung mit Hilfe von über 100 weiteren Autoren gestellt. Das Ergebnis ist das erste Buch im deutschsprachigen Raum, welches auf über 500 Seiten umfassend das aktuelle Wissen zur perioperativen Medizin und seinen Randgebieten zusammenfasst. Das ist bemerkenswert.

Die Zielgruppe ist weit gespannt, und das Buch ist – gleichermaßen für den Berufseinsteiger wie für den verantwortlich tätigen Chirurgen – sowohl als gezieltes Nachschlagewerk wie auch für ein umfassendes Selbststudium hervorragend geeignet – und das für Kolleginnen und Kollegen aller chirurgischen Fachdisziplinen.

Das Buch ist mit 10 Kapiteln übersichtlich gegliedert. Von herausragender Qualität sind hier insbesondere die Themen, die Gültigkeit für alle chirurgischen Fachdisziplinen haben, da sie profund und gleichzeitig praxisnah dargestellt sind. Dementsprechend sind die graphisch dargestellten Therapie- und Diagnostikalgorithmus ebenfalls umfassend, auch wenn die farbliche Hinterlegung nicht

auf den ersten Blick nachzuvollziehen, sondern nur im Zusammenhang mit dem Text verständlich ist.

Die Kapitel zu spezifischen Besonderheiten der einzelnen chirurgischen Fachdisziplinen geben demgegenüber nur einen ersten Überblick. Es übersteigt schlichtweg die Möglichkeiten eines solchen Buches, das Komplikationsmanagement für die Diversität aller operativer Prozeduren in der Tiefe ausreichend darzustellen, auch wenn hier spezialisierte Fachkollegen für die einzelnen Kapitel engagiert wurden.

Die Online Version, die mit dem Kauf des Buches verlagsseitig zur Verfügung gestellt wird, rundet das Bild eines flexiblen und punktuellen Nachschlagewerkes ab. Es bleibt den Autoren nur zu wünschen, dass die Aktualität dieses Werkes trotz eines exponentiellen Zuwachses an neuen Erkenntnissen auch auf dem Gebiet der perioperativen Medizin zumindest für eine Chirurgengeneration bestehen bleibt.

Ohne jede Frage – Chirurgie ist mehr als Operieren! Und der Chirurg, der dies bisher noch nicht in sein Handeln integriert hat, wird durch das vorgestellte Buch zur perioperativen Medizin auf den richtigen Weg seiner beruflichen Tätigkeit geführt. Insgesamt ein umfassendes, aktuelles und damit hilfreiches Standardwerk für den chirurgischen Alltag.





© iStock – SARINYPINNGAM

Zweitmeinung vor elektiver Schulterarthroskopie

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben (§27b SGB V) hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) seine Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren [1] auf die elektive Schulterarthroskopie ausgeweitet.

In der Versorgungsrealität wird das Recht auf die Einholung einer Zweitmeinung schon immer und in den letzten Jahren zunehmend von Patientinnen und Patienten in Anspruch genommen. Nicht immer legen sie dabei den Anlass für einen weiteren Arztbesuch offen. Oft wird dieser erst deutlich, wenn nach früheren Untersuchungen und Befunden gefragt wird. Gefühlt nimmt diese extensive Inanspruchnahme gerade fachärztlicher

Leistungen permanent zu, ohne dass darüber verlässliche Zahlen vorliegen. Der unbeschränkte Einsatz der Versichertenkarte könnte nur durch die Krankenkassen kontrolliert und reguliert werden, was jedoch offensichtlich nicht erfolgt. Andererseits propagieren einzelne Krankenkassen über die gesetzlich festgelegten Indikationen hinaus weitere eigene Zweitmeinungsverfahren, z. B. vor Wirbelsäulen-Operationen.

Neu in der G-BA-Richtlinie ist die gesetzliche Verankerung des Rechts auf die Einholung einer Zweitmeinung jetzt auch vor geplanten Schulter-Arthroskopen. So sehr dies aus Patientensicht nachvollziehbar ist, so



Dr. med. Peter Kalbe

Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Praxis am Wall in Rinteln
Gelenkzentrum Schaumburg
Josua-Stegmann-Wall 7
31737 Rinteln
Kalbe@bdc.de

sehr wird berechtigter Weise von der Fachärzteschaft kritisiert, dass damit auch der Generalverdacht einer nicht sachgerechten Indikationsstellung für diese Operation verbunden ist.

AUSWIRKUNGEN AUF DEN INDIKATIONSSTELLENDEN FACHARZT („ERSTMEINER“)

Die Richtlinie des G-BA schreibt verbindlich vor, dass der indikationsstellende Arzt die Patientinnen und Patienten auf ihr gesetzliches Recht auf die Einholung einer Zweitmeinung hinweisen muss. Darüber hinaus soll auf das entsprechende Merkblatt des G-BA [2] verwiesen werden. Der BDC empfiehlt dringend, die erfolgte Information schriftlich zu dokumentieren, z. B. als Ergänzung in der schriftlichen Operationseinwilligung.

Zu beachten ist die Frist von mindestens 10 Tagen vor der Operation, die eine entsprechende Bedenkzeit und eine Frist zur Suche eines Zweitmeiners einräumen soll. Der Anspruch auf Zweitmeinung umfasst sämtliche arthroskopischen Operationen an der Schulter, auch Rupturen der Rotatorenmanschette.

Sofern von Patientenseite eine Zweitmeinung gewünscht wird, ist der Erstmeiner verpflichtet, die relevanten medizinischen Unterlagen zusammenzustellen und auszuhändigen. Dafür kann er eine Aufwandspauschale nach EBM 01645 (75 Punkte, z. Zt. 8,24 €) abrechnen. Der Erstmeiner braucht keine potenziell geeigneten Zweitmeiner zu benennen, kann aber die Patientinnen und Patienten auf die Internet-Quellen hinweisen. Der im G-BA Merkblatt aufgeführte Link auf die KBV-Homepage führt zurzeit für die Schulter-ASK noch ins Leere (Stand 16.06.2020): <https://www.116117.de/de/zweitmeinung.php>

Dagegen findet man zum Beispiel über die Homepage der KV Niedersachsen den Verweis auf insgesamt 9 zugelassene Zweitmeiner in Niedersachsen (Stand: 16.06.2020): https://www.kvn.de/internet_media/Patienten/Arzt-suche/Zweitmeinungsverfahren_+Schulterarthroskopien-p-23562.pdf

AUSWIRKUNGEN AUF DEN „ZWEITMEINER“

Die Zulassung als „Zweitmeiner“ muss bei der zuständigen kassenärztlichen Vereinigung beantragt werden. Sofern keine Vertragsarzt-Zulassung oder Ermächtigung vorliegt, wird der Zweitmeiner ausdrücklich nur für diese Leistung für vertragsärztliche Leistungen ermächtigt. Voraussetzung ist eine Facharztqualifikation in Orthopädie und Unfallchirurgie oder Orthopädie oder Chirurgie mit Schwerpunkt/Teilgebiet Unfallchirurgie oder Physikalische Medizin und Rehabilitation. Darüber hinaus werden mindestens 5 Jahre Erfahrung in der unmittelbaren Patientenversorgung im Fachgebiet und „Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung“ vorausgesetzt. Beurteilungskriterien dafür sind entweder die Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung (!) oder eine Weiterbildungsbeurteilung oder eine akademische Lehrbefugnis. Eigene praktische Erfahrungen mit der zu beurteilenden Operationsmethode werden nicht explizit gefordert.

Die Beurteilung der Op.-Indikation soll gemäß der G-BA Richtlinie in der Regel lediglich auf der Grundlage einer Anamneseerhebung und auf der Durchsicht der beim Erstmeiner erhobenen und zur Verfügung gestellten Befunde erfolgen. Es erscheint weltfremd, dass dabei keine körperliche Schulteruntersuchung durchgeführt wird. Gemäß der Richtlinie ist ein persönliches Beratungsgespräch erforderlich. Telefonische Beratungen oder Internet-basierte Verfahren sind nicht vorgesehen. Somit findet regelmäßig ein persönlicher Kontakt beim Zweitmeiner statt und dieser dürfte kaum auf die Gelegenheit verzichten, zur Beurteilung eine eigene orientierende Schulteruntersuchung durchzuführen.

Für die genannten Leistungen kann der zugelassene Zweitmeiner lediglich die Grundpauschale seines Fachgebietes abrechnen. (Für das Kapitel 18 des EBM also zwischen 20,00 € und 24,39 €). Diese wird extrabudgetär vergütet, wobei sich dieser „Vorteil“ durch die Regelungen des TSVG relativiert, weil es sich stets um „Neupatienten“ handeln dürfte, die ohnehin extrabudgetär vergütet werden.

Kalbe P: Zweitmeinung vor elektiver
Schulterarthroskopie. Passion Chirurgie.
2020 Juni,10(7/8): Artikel 04_06.



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

Weitere technische Untersuchungen sind möglich und auch abzurechnen, sofern nach Einschätzung des Zweitmeiners die überlassenen Unterlagen nicht ausreichen. Eine wesentliche Grundlage der Beurteilung dürfte dabei einem technisch einwandfreien MRT zukommen, für besondere Fragestellungen auch als Arthro-MRT, z. B. bei Läsionen am Labrum glenoidale.

Die Leistung des Zweitmeiners soll gemäß der Richtlinie auch die umfassende Beratung sowie eine schriftliche Zusammenfassung der Beurteilung zur Mitgabe und auf Wunsch des Patienten auch zur Weiterleitung an den Erstmeiner umfassen.

Diese im Grunde gutachterliche Leistung wird nicht gesondert vergütet.

Summa summarum ist die Zweitmeinung aus betriebswirtschaftlicher Sicht in keiner Weise auskömmlich bewertet, insbesondere, wenn man das Honorar für GKV Patienten mit der Bewertung in anderen Gebührenordnungen vergleicht. So gewährt die DGUV seit einiger

Zeit für Zweitmeinungen im D-Arzt-Verfahren ein Honorar in Höhe von 65,00 € gemäß der UV-GOÄ Nr. 34, hier allerdings einschließlich einer umfassenden (und in der Realität auch notwendigen und durchgeführten) Untersuchung. Die Erstellung einer Zweitmeinung bei GKV-Versicherten ist somit überwiegend als Serviceleistung zu beurteilen. Die Motivation des Zweitmeiners kann somit vermutlich nur entweder mit Idealismus erklärt werden oder mit dem Wunsch, die eigene Einrichtung als Kompetenzzentrum für Schulterchirurgie zu profilieren.

FAZIT

Die Einbeziehung der Schulter-Arthroskopie in das „strukturierte Zweitmeinungsverfahren“ seit Februar 2020 bietet für die Patientinnen und Patienten eine zusätzliche Möglichkeit, Sicherheit bei der Indikationsstellung vor diesen Operationen zu erlangen. Für die Operateure bedeutet das Verfahren eine zusätzliche zeitliche und bürokratische Belastung und das Ärgernis der Vermutung einer unsauberen Indikationsstellung. Die

Tätigkeit als Zweitmeiner ist betriebswirtschaftlich unattraktiv. Der G-BA hat sich im § 10 der Richtlinie selbst die Aufgabe gestellt, die Umsetzung, die Auswirkungen und den Nutzen dieses Verfahrens wissenschaftlich durch ein externes Institut zu evaluieren. Erst wenn dazu erste Ergebnisse vorliegen, wird man sich ein definitives Urteil über die Auswirkungen dieses Verfahrens bilden können.

LITERATUR:

1. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2044/Zm-RL_2019-11-22_iK-2020-02-20.pdf zuletzt zugegriffen: 7.6.2020
2. Patientenmerkblatt Zweitmeinungsverfahren bei geplanten Eingriffen https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4765/2019-10-28_G-BA_Patientenmerkblatt_Zweitmeinungsverfahren_bf.pdf zuletzt zugegriffen: 7.6.2020 ○

**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



Betriebliche Altersvorsorge – was jetzt zu beachten ist

EXPERTEN VON ECCLESIA MED NEHMEN STELLUNG



In dem derzeitigen Alltag, der geprägt ist vom Einfluss der COVID-19-Pandemie, stellen sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer viele Fragen. Einige davon betreffen das Thema der betrieblichen Altersvorsorge (bAV). Dazu nehmen die Experten Frank Buschmann (FB) und Dr. Axel Wieting (AW) aus dem Competence Centrum Vorsorge des BDC-Versicherungsmaklers Ecclesia med GmbH Stellung.

1. FRAGEN ZUM THEMA BETRIEBLICHE ALTERSVORSORGE OHNE KURZARBEIT

Passion Chirurgie (PC): Ein Beschäftigter erkrankt aufgrund einer Infektion mit dem Coronavirus. Hat das Auswirkungen auf die betriebliche Altersvorsorge?

Frank Buschmann: Ist der Beschäftigte durch eine Infektion mit dem Coronavirus arbeitsunfähig erkrankt, gelten die allgemeinen Regelungen zur Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall nach Paragraph 3 Entgeltfortzahlungsgesetz. Dies hat in den ersten sechs Wochen der Erkrankung

Ecclesia Versicherungsdienst GmbH
BDC-Versicherungsservice
 Klingenbergstraße 4
 32758 Detmold
 bdc-versicherungsservice@ecclesia.de

keine Auswirkung auf die betriebliche Altersvorsorge.

PC *Beschäftigte können aufgrund von Kita- und Schulschließungen und der daher notwendigen Kinderbetreuung nicht zur Arbeit kommen. Wirkt sich das auf die betriebliche Altersvorsorge aus?*

FB Möglicherweise ist der Arbeitgeber für einen Zeitraum von bis zu zehn Tagen zur Entgeltfortzahlung verpflichtet, da ein Fall der persönlichen Verhinderung im Sinne von Paragraph 616 BGB zum Beispiel für die Betreuung kleinerer Kinder aufgrund bestehender elterlicher Sorgepflichten vorliegt. Ein solcher Fall hätte keinerlei Auswirkungen auf die betriebliche Altersvorsorge.

PC *Wie verhält es sich mit der bAV, wenn Beschäftigte den Arbeitsplatz nicht erreichen können?*

FB Kann ein Beschäftigter nicht zur Arbeit erscheinen, zum Beispiel, weil öffentliche Verkehrsmittel ausfallen, liegt dieses Risiko allein in der Verantwortung des Arbeitnehmers. Er trägt das sogenannte Wegerisiko. Für die betriebliche Altersversorgung ist entscheidend, dass der Arbeitnehmer für den Zeitraum, in dem er nicht zur Arbeit gelangen kann, keinen Anspruch auf Vergütung und damit auch nicht auf betriebliche Altersvorsorge hat.

PC *Gegen einen Beschäftigten wird Quarantäne angeordnet oder ein berufliches Tätigkeitsverbot ausgesprochen. Was folgt daraus für die betriebliche Altersvorsorge?*

FB Wird gegen einen Beschäftigten Quarantäne oder ein berufliches Tätigkeitsverbot nach Paragraph 30 Infektionsschutzgesetz angeordnet, darf dieser nicht zur Arbeit gehen. Demzufolge ist der Arbeitgeber auch nicht zur Zahlung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, da das Arbeitsverhältnis ruht. Maßgeblich sind in diesen Fällen die Vorschriften in den Paragraphen 56 ff Infektionsschutzgesetz (IfSG).

Beschäftigte erhalten in dieser Zeit eine Entschädigung für den Verdienstausschlag in Höhe des Nettoentgelts, das in den ersten sechs Wochen vom Arbeitgeber auszu zahlen ist. Ab der siebten Woche erhalten Beschäftigte eine Entschädigung in Höhe des Krankengeldes, das dann direkt von der Behörde ausgezahlt wird. Dem Arbeitgeber werden sowohl die ausgezahlte Nettovergütung als auch die abgeführten Sozialversicherungsbeiträge von der zuständigen Behörde erstattet. Die entsprechenden Versicherungsverträge in der bAV können beitragsfrei gestellt oder mit privaten Beiträgen fortgeführt werden.

PC *Eine Betriebsschließung wird angeordnet, muss der Arbeitgeber die bAV weiter bedienen?*

FB Wird eine Betriebs- oder Geschäftsschließung angeordnet, handelt es sich um einen Fall des Betriebsrisikos des Arbeitgebers. Grundsätzlich ändert daher eine angeordnete Betriebsschließung am Arbeitsverhältnis nichts, Entgeltumwandlung und Arbeitgeberzuschuss haben nach wie vor Bestand. Allerdings kann der Arbeitgeber in diesen Fällen „Kurzarbeit Null“ erwägen.

2. FRAGEN ZUR BETRIEBLICHEN ALTERSVERSORGE BEI KURZARBEIT

Was bedeutet Kurzarbeit überhaupt?

Dr. Axel Wieting: Kurzarbeit ist die Reduzierung der Arbeitszeit und des Arbeitsentgelts. Anlass ist in der Regel ein vorübergehender Auftragsmangel oder ein sonstiges Ereignis – wie die derzeitige Corona-Krise. Die Reduzierung der Arbeitszeit kann teilweise oder vollständig sein. Kurzarbeit kann vom Arbeitgeber nicht einseitig angeordnet werden, sondern nur aufgrund einer Klausel im Arbeitsvertrag. Fehlt diese – wie in vielen Fällen –, kann bei widerspruchsfreier Hinnahme auch ein konkludentes Einverständnis des Beschäftigten bestehen. Der Betriebsrat hat ein Mitbestimmungsrecht. Genauer dazu steht in Paragraph 87 Absatz 1 Ziffer 3 des



Ecclesia Versicherungsdienst GmbH:
 Betriebliche Altersvorsorge.
 Passion Chirurgie, 2020 10(7/8):
 Artikel 04_07.

Betriebsverfassungsgesetzes. Durch die aktuelle, in zahlreichen Branchen vorliegende schlechte Auftragslage sehen sich viele Unternehmen gezwungen, für ihre Arbeitnehmer das sogenannte konjunkturelle Kurzarbeitergeld zu beantragen. Der Arbeitgeber zeigt den Arbeitsausfall bei der Agentur für Arbeit an. Durch das Kurzarbeitergeld bekommen die Beschäftigten einen Teil ihres Einkommens ersetzt. Der Arbeitgeber zahlt diesen Teil als Kurzarbeitergeld direkt an seine Belegschaft aus und bekommt diese Kosten von der örtlichen Arbeitsagentur erstattet.

PC Wie wirkt sich Kurzarbeit auf die Entgeltumwandlung aus?

AW Das Kurzarbeitergeld sowie der Zuschuss dazu sind eine sogenannte Entgeltersatzleistung und damit kein Entgelt. Arbeitet der Arbeitnehmer überhaupt nicht („Kurzarbeit 0“), so ist eine Entgeltumwandlung in der Zeit der Kurzarbeit nicht möglich. Es bedarf in diesem Fall keiner Änderung der bestehenden Entgeltumwandlungsvereinbarung. Sobald erneut Entgelt gezahlt wird, gelten die Regelungen der getroffenen Entgeltumwandlungsvereinbarung automatisch wieder.

Arbeitet der Arbeitnehmer in reduziertem Umfang weiter und erhält entsprechend neben dem Kurzarbeitergeld weiter einen Teil seines Lohns oder Gehalts, dann besteht die Entgeltumwandlungsvereinbarung grundsätzlich weiter. Deren Höhe hängt von der Vereinbarung in der Entgeltumwandlung ab. Ist beispielsweise ein fester Entgeltumwandlungsbetrag vereinbart, dann kann der Arbeitnehmer im Einvernehmen mit dem Arbeitgeber die Höhe der Entgeltumwandlung reduzieren.

Zahlt der Arbeitgeber einen Zuschuss zur Entgeltumwandlung, dann teilt der Zuschuss das Schicksal der Entgeltumwandlung: Fällt sie vollständig weg, ist auch kein Zuschuss zu zahlen. Bleibt die Entgeltumwandlung zum Teil bestehen, dann gilt dies auch für den Zuschuss.

PC Wird das um den bAV-Beitrag verminderte Brutto Grundlaged für die Berechnung des Kurzarbeitergeldes?

AW Bei Arbeitnehmern in Kurzarbeit zahlt die Bundesagentur für Arbeit Kurzarbeitergeld und gleicht die Nettoentgeltdifferenz zu 60 bis 67 Prozent aus. Nach den Beschlüssen des Koalitionsausschusses von SPD und CDU vom 22. April soll das Kurzarbeitergeld künftig für diejenigen, die durch die Corona-Krise mindestens 50 Prozent weniger arbeiten, ab dem vierten Monat des Bezugs auf 70 Prozent, beziehungsweise 77 Prozent für Haushalte mit Kindern erhöht werden. Ab dem siebten Monat des Bezugs soll es auf 80 Prozent – beziehungsweise 87 Prozent für Haushalte mit Kindern – des pauschalierten Nettoentgelts steigen. Dabei stellt sich schnell die Frage, ob die durch Entgeltumwandlung finanzierte betriebliche Altersversorgung (bAV) das Kurzarbeitergeld reduziert. Dem ist aber nicht so.

PC Wie erfolgt die Berechnung des Kurzarbeitergeldes denn?

AW Die für die Entgeltumwandlung in den Durchführungswegen Direktzusage und Unterstützungskasse sowie Pensionskasse, Pensionsfonds und Direktversicherung verwendeten Entgeltbestandteile sind bis zu einem Betrag in Höhe von 4 Prozent der jährlichen Beitragsbemessungsgrenze laut Paragraph 1, Nr. 9 der Sozialversicherungs-entgeltverordnung (SvEV) kein Arbeitsentgelt. Diese Entgeltbestandteile sind weder beim Soll- noch beim Ist-Entgelt zu berücksichtigen, heißt es in der Geschäftsanweisung der Bundesagentur für Arbeit zu Paragraph 106 SGB III, Stand 06/2013. Leistungen für eine Direktversicherung sind nicht zu berücksichtigen, wenn nur die Steuerpauschale, nicht aber Beiträge abgeführt werden, so hat das Sächsische Landessozialgericht in einem Urteil vom 27. Mai 2005 klargestellt (Aktenzeichen: L 3 AL 183/03).

PC Reduziert die Entgeltumwandlung die Nettoentgeltdifferenz?

AW Dieser Differenzbetrag wird von einer Entgeltumwandlung nicht negativ beeinflusst. Im Gegenteil: Die Entgeltumwandlung erhöht sogar die Nettoentgeltdifferenz. Dieser Effekt beruht auf der Steuerprogression. Sie fällt umso kräftiger aus, je höher das Einkommen und damit der Progressionseffekt ist.

FB Eine bestehende Entgeltumwandlung ist also nicht schädlich für das Kurzarbeitergeld und muss deshalb bei drohender Kurzarbeit nicht beendet werden.

PC Was gilt bei arbeitgeberfinanzierter betrieblicher Altersversorgung?

AW Die arbeitsrechtliche Zusage enthält üblicherweise die Regelung, dass in entgeltlosen Dienstzeiten keine Beiträge zur bAV zahlen sind. Bei einer „Kurzarbeit 0“ entfällt damit die Pflicht zur Zahlung des Arbeitgeberbeitrags. Zahlt der Arbeitgeber weiterhin ein Entgelt in reduzierter Höhe, dann bleibt die Pflicht zur Zahlung des Arbeitgeberbeitrags grundsätzlich bestehen.

In Bezug auf die sogenannten Unverfallbarkeitsregelungen zählen auch Zeiten von Kurzarbeit zu den zu berücksichtigenden Arbeitszeiten, da das Arbeitsverhältnis rechtlich fortbesteht und nur die Arbeitszeit reduziert sowie der Entgeltausfall teilweise durch das Kurzarbeitergeld aufgefangen wird.

Auf betriebliche Versorgungssysteme, in denen Beitrag oder Leistung direkt oder indirekt vom Arbeitsentgelt abhängig sind, hat die Einführung von Kurzarbeit jedoch erhebliche Auswirkungen, da sich die Leistungen dadurch reduzieren. Das gilt beispielsweise, wenn Beiträge in Höhe von x Prozent des Bruttoentgelts oder eine zugesagte Leistung in Höhe von y Prozent des Bruttoentgelts vereinbart worden sind.

FB Zum Teil sind Versorgungssysteme auch dienstzeitabhängig ausgestaltet. Eine anspruchsmindernde Berücksichtigung von Zeiten der Kurzarbeit ist bei Vorliegen

einer entsprechenden Klausel in der Versorgungsregelung möglich. Wenn – was in der Praxis häufig der Fall ist – die Versorgungsregelung keine Regelung zur Kurzarbeit vorsieht, besteht gegebenenfalls die Möglichkeit, im Zuge der Einführung von Kurzarbeit die Versorgungsordnung entsprechend abzuändern.

Da Kurzarbeit gemäß Paragraph 87, Absatz 1, Nr. 3 Betriebsverfassungsgesetz grundsätzlich mitbestimmungspflichtig ist, können Betriebsrat und Arbeitgeber

gesonderte Regelungen für den Fall der Kurzarbeit treffen und zum Beispiel vereinbaren, dass für die Bemessung von Beiträgen oder Leistungen in der betrieblichen Altersversorgung das Arbeitsentgelt ohne Berücksichtigung der Kurzarbeit zugrunde gelegt wird. Besteht ein Tarifvertrag für das Unternehmen und die betroffenen Arbeitnehmer, sind die dort getroffenen Regelungen maßgeblich.

PC Welche Möglichkeiten bestehen bei finanziellen Schwierigkeiten?

AW Bedingungsmäßige Beitragsstundungen bieten die Möglichkeit, die Verträge ohne Verlust des Versicherungsschutzes zu erhalten. Hierzu haben viele Versicherer zeitlich begrenzte, kulante Sonderregelungen eingeführt. Bei einer ereignisbezogenen Stundung ist mit der Beantragung ein Nachweis, zum Beispiel der Bescheid über Kurzarbeitergeld zu erbringen. Alternativ zu Beitragsstundungen kann der Vertrag beitragsfrei gestellt werden. Zunächst sollte allerdings die Möglichkeit der Beitragsstundung genutzt werden. ○

Personalia



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

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

JULI 2020

Dr. med. Atesch Ateschrang wechselte bereits im März als Chefarzt an das Evangelische Stift St. Martin in Koblenz. Hier leitet der ehemalige geschäftsführende Oberarzt der BG-Unfallklinik Tübingen die Orthopädie und Unfallchirurgie.

Dirk Bleymehl ist seit dem 01.04.2020 nicht nur Chefarzt der Abteilung für Chirurgie, Gefäß-, Viszeral-, Unfallchirurgie, Minimal-Invasive Chirurgie am Nardini Klinikum GmbH St. Johannis in Landstuhl, sondern leitet auch die Chirurgie/Gefäßchirurgie am Nardini Klinikum GmbH St. Elisabeth in Zweibrücken.

Dr. med. Norman Nico Bubnick trat zum 01.06.2020 die Nachfolge von **Dr. med. Ulrich Wandt** als Chefarzt der Klinik für Chirurgie – Abteilung Unfall- und Orthopädische Chirurgie am EKA Erzgebirgsklinikum Annaberg an. Er war zuletzt als Leitender Oberarzt am Klinikum Mittleres Erzgebirge gGmbH in Zschopau in der Klinik für Orthopädie und Spezielle Unfallchirurgie tätig.

Dr. med. Jens Heinze ist seit dem 01.06.2020 neuer Chefarzt der Abteilung für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie an der Sana-Klinik Oldenburg in Ostholstein. Zuvor war er leitender Arzt der Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin des Diakonissenkrankenhauses Flensburg.

Dr. med. Stefan König, Facharzt für Chirurgie und Gefäßchirurgie und endovaskulärer Spezialist, wechselte von seiner Tätigkeit als Leitender Oberarzt am Ameos Klinikum in Bernburg an die Helios Klinik Köthen. Dort leitet er seit dem 01.07.2020 die Gefäßchirurgie.

Prof. Dr. med. Bernd Mühling, Facharzt für Chirurgie und Gefäßchirurgie, Thoraxchirurgie und Endovaskulärer Chirurg (DGG) ist seit Mai 2020 neuer Chefarzt der Gefäßchirurgie am Klinikum am Steinenberg in Reutlingen. Zuvor leitete Mühling die Klinik für Gefäß-, Thorax- und Endovaskularchirurgie der Sana Klinikum Standorte Biberach und Laupheim.

Dr. med. Homam Osman, Facharzt für Allgemein- und Gefäßchirurgie mit Spezialisierung als Endovaskulärer Chirurg, ist seit dem 01.06.2020 neuer Chefarzt der Klinik für Gefäß- und Endovaskularchirurgie der Sana Kliniken Lübeck. Er war zuvor leitender Oberarzt des Herz- und Gefäßzentrums am Albertinen Krankenhaus in Hamburg-Schnelsen.

PD Dr. med. Susanne Regus wechselte bereits zum 01.01.2020 als leitende Ärztin der Sektion für Endovaskuläre Chirurgie und traumatische Gefäßverletzungen zum Klinikum Ansbach. Zuvor war sie als Oberärztin im Bereich für endovaskuläre und vaskuläre Chirurgie am Universitätsklinikum Dresden tätig.

Dr. med. Marcus Relitz ist seit dem 01.06.2020 Chefarzt der Chirurgie am Capio Krankenhaus Land Hadeln in Otterndorf. Relitz blickt auf Jahre der Erfahrung als Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie der HELIOS Klinik Wesermarsch in Nordenham zurück und war zuletzt Oberarzt der Klinik Diepholz.

Dr. med. Heiko Rüttgers, ehemals Oberarzt der Klinik für Orthopädie, Unfall-, Hand- und Fußchirurgie der Kath. Kliniken Essen-Nord gGmbH Philippsstift, ist nun Leiter des Department Unfallchirurgie, der neu strukturierten Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie im St. Willibrord-Spital in Emmerich. ○



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

Frage & Antwort



OP-Bericht ohne Unterschrift des Operateurs



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

FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, ob ein OP-Bericht ohne jegliche Unterschrift des Operateurs wirksam ist.

ANTWORT:

Zwingend gesetzlich oder durch die Rechtsprechung vorgeschrieben ist nach Ansicht des Verfassers die analoge oder digitale Unterschrift des OP-Berichts nicht. Die Verpflichtung zur Erstellung des OP-Berichts trifft zwar den Operateur, der auch im OP-Bericht angegeben werden muss. Allerdings muss die

Anfertigung nicht eigenhändig erfolgen, sondern kann vielmehr beispielsweise auf den assistierenden ärztlichen Kollegen delegiert werden. Dennoch bleibt der Operateur für die ordnungsgemäße Dokumentation, also den Inhalt des OP-Berichts, verantwortlich.

Die Beweiskraft der Dokumentation bezüglich des Inhalts des OP-Berichts wird aber nach Auffassung des Verfassers nicht dadurch geschwächt oder beseitigt, dass der OP-Bericht nicht unterschrieben ist. Die Unterschrift ist damit keine Wirksamkeitsvoraussetzung für eine ordnungsgemäße Dokumentation. ○

Heberer J. F+A: OP-Bericht ohne Unterschrift des Operateurs.
2020; 10(7/8): Artikel 04_09.



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



BDC|Mobile

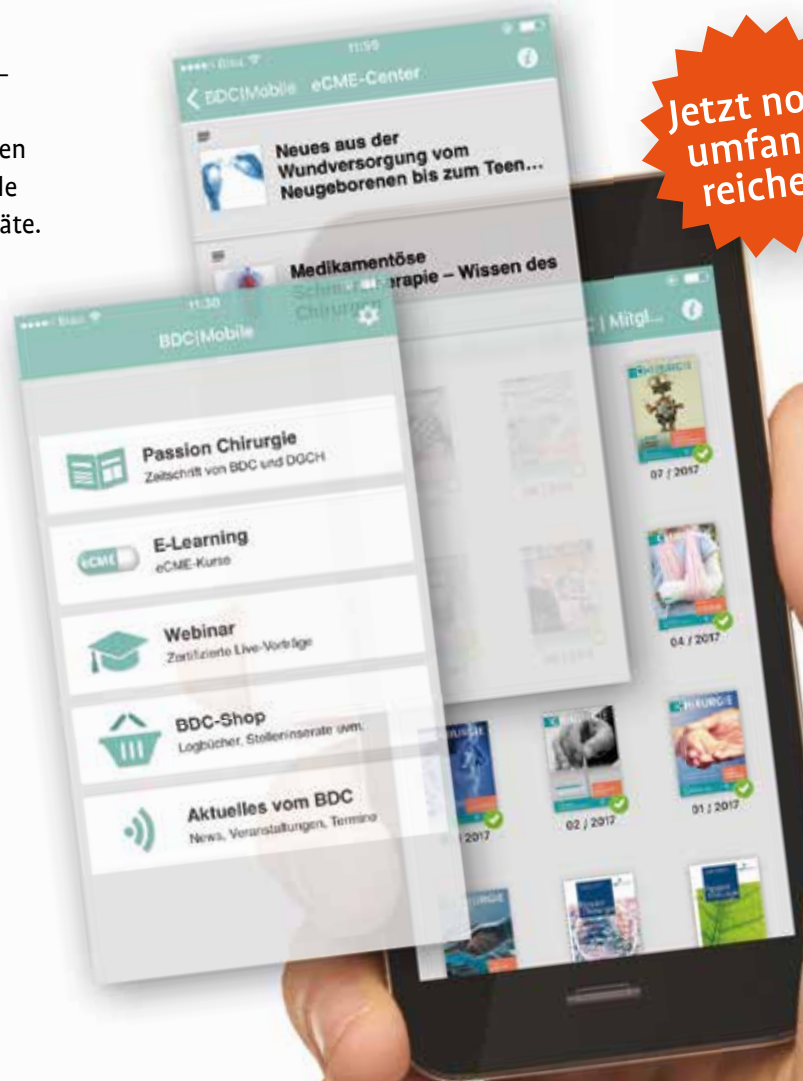
Die schnellsten Infos für
Chirurginnen und Chirurgen

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

**Jetzt noch
umfang-
reicher!**

BDC|Mobile beinhaltet:

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



Wie bekomme ich BDC|Mobile?

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



CORONAVIRU

Professional Distancing

**EXPERTENTEAM UM PROF. MATTHIAS SCHRAPPE
ERSTELLT CORONA-THESEN**

Ein interprofessioneller Kreis von erfahrenen Experten des Gesundheitswesens hat sich zusammengefunden, um die ergriffenen Corona-Maßnahmen und ihre Auswirkungen zu bewerten. Dabei herausgekommen ist ein 77-seitiges Werk datiert auf den 3. Mai, schlicht mit „Thesenpapier 2.0“ überschrieben. Professional distancing mit einer Portion konstruktiver Kritik.

Der Bundesgesundheitsminister hat es kommen sehen. Während einer Regierungsbefragung am 25. April sagt Jens Spahn: „Wir werden in ein paar Monaten wahrscheinlich viel einander verzeihen müssen.“ Dass die Corona-Gesetzgebung unerwünschte Nebenwirkungen verursachen würde, war anzunehmen. Für völlig überzogen halten einige Experten die Maßnahmen und konstatieren nüchtern: „Wir werden im Detail noch mehrere Besonderheiten dieser Infektionskrankheit kennenlernen, aber sie stellt keinen Anlass dafür dar, in quasi metaphysischer Überhöhung alle Regeln, alles Gemeinsame, alles Soziale in Frage zu stellen oder sogar außer Kraft zu setzen.“

GESCHLOSSENE ARGUMENTATIONSKETTEN VERMEIDEN

Die Dynamik in dem Thema ist zwar noch lange nicht abgeklungen, aber etwas Wissen über die Erkrankung und eine tägliche Routine im Abstandhalten geben Politik und Gesellschaft eine gefühlte Sicherheit zurück. Zeit, zu Verstand zu kommen und über die Maßnahmen zu reflektieren. Das in Rede stehende Papier umfasst 23 Thesen und stammt aus der Feder von erfahrenen Gewährsleuten. Der Inhalt ist in drei Teile gegliedert: eine ausführliche epidemiologische Betrachtung, Ausführungen zu

Prävention und gesellschaftspolitischen Implikationen, wozu auch die Bürgerrechte zählen. Alle Beteiligten müssten darauf hinwirken, dass es nicht zu geschlossenen Argumentationsketten komme, die anderslautenden Nachrichten keinen Raum mehr geben können, appellieren die sechs Unterzeichner – unter ihnen eine Frau.

METHODISCHE MÄNGEL UND WIDERSPRÜCHLICHE ZAHLENANGABEN

Die Ausführungen zur Epidemiologie zeigen vor allem Mängel in der Methodik und der Kommunikation von Zahlen durch das Robert Koch Institut (RKI) auf. Die Verwirrung und Unsicherheit hinsichtlich der Zahlenlage ist für die Experten kaum erträglich. Beispiel: Die Durchführung der Tests, die anlassbezogen laufen, lassen bei den täglich gemeldeten Fallzahlen nicht ablesen, ob es sich dabei um tatsächlich neu aufgetretene Fälle oder um den Effekt der Ausweitung der Stichprobe handelt. Ebenso sei der Bericht über Genesene irreführend, da die Zahl der Erkrankten unbekannt sei. Eine bessere Information der Öffentlichkeit wird vor allem im Hinblick auf die Sterbefälle angemahnt. Hier würde ein täglicher Prozentsatz (3,8 Prozent) genannt. Dieser bezieht sich auf die Zahl der gemeldeten Fälle, ohne dass die Grundgesamtheit bekannt wäre oder beispielsweise die Zahl der Krankenhausaufnahmen zugrunde legen würde. Fragt sich: 3,8 Prozent wovon? Prof. Schrappe setzt sich sehr detailliert mit den Zahlen des RKI (Reproduktionszahl & Co.) auseinander. Grafiken veranschaulichen die Ausführungen. Was die Frage der Obduktionen angeht, hat das RKI nach anfänglichem Abraten, diese dann doch empfohlen. Was die Wissenschaftler jedoch vermissen:



Kriterien zur Abgrenzung von zufälliger Koinzidenz und Corona-bedingter Mortalität. Ein Vorschlag dazu wird in dem Papier vorgestellt. Soweit so fachlich. Jetzt wird es politisch: „Bei dieser zentralen Frage wäre ein energisches Auftreten der verantwortlichen Stellen auf Bundes- und Landesebene wirklich wünschenswert.“

DIE KINDERFRAGE

Pathologen besichtigen den Schaden, den Corona im Körper anrichtet. Virologen versuchen unterdessen die Frage zu klären, wieviel Ansteckung von Kindern ausgeht. Eine Fragestellung an der das Wohlergehen vieler Familien, Kinder und Jugendlicher hängt. Entsprechend groß ist die (mediale) Aufmerksamkeit. Doch die uneindeutige Datenlage führt dazu, dass Virologen in heftigsten Streit geraten, und die staunende Öffentlichkeit Zeuge einer Auseinandersetzung mit hohem Eitelkeitsfaktor wird. Für die Experten des Thesenpapiers steht hingegen schon Anfang Mai fest: „Der Stand der umfangreichen Literatur lässt hier eine relativ sichere Aussage zu: Kinder werden seltener infiziert, sie werden seltener krank, die Letalität liegt nahe bei null, und sie geben die Infektion seltener weiter, so dass der Öffnung unter entsprechender

wissenschaftlicher Begleitung nichts im Wege stehen sollte.“

PRÄVENTION

Angemahnt wird für eine Präventionsstrategie ein theoretisches Grundmodell, das aus der Versorgungsforschung stammt und Throughtput-Modell heißt. In diesem Modell nehmen Präventionsmaßnahmen als sogenannte komplexe Interventionen Einfluss auf das Zustandekommen von Erkrankung, Therapie und Heilung, sind aber von Umfeldbedingungen (komplexer Kontext) abhängig. Wie das funktionieren kann, wird in dem Papier näher ausgeführt. Zielgruppenspezifische Ansätze und vor allem eine angemessene Kommunikation werden als zusätzliche Erfolgsfaktoren genannt. Einen ganz pragmatischen Vorschlag machen die Experten mit dem Einsatz von regionalen Task Forces zum Beispiel bei Ansteckungsherden wie Heimen oder Sammelunterkünften.

ZIEL: EIN RESILIENTES GESUNDHEITSSYSTEM

Zu dem Aspekt „Lessons learned“ hat die Covid-19-Epidemie allen Nationen gezeigt, wo ihr Gesundheitswesen steht. Die Unterschiede

in der Bewältigung der Problematik seien schon jetzt sichtbar, so die Autoren. „Es wird notwendig sein, gezielt über die Steigerung der Resilienz – also die Reaktions- und Widerstandsfähigkeit – des Gesundheitssystems nachzudenken.“

FAZIT

Politisch Verantwortliche sind gut beraten, das Papier auf Kritik und Vorschläge hin abzuklopfen. Die Autoren sind erkennbar nicht mit einer „Besserwisser“-Attitüde aufgetreten. Besonders stark ist der epidemiologische Anteil. Er trägt das Thesenpapier. In Vorbereitung auf eine zweite Welle können diese fachlichen Ausführungen hilfreich sein.

Thesenpapier 2.0 vom 3. Mai 2020, 77 Seiten.

Autoren:

Prof. Matthias Schrappe, Hedwig François-Kettner, Franz Knieps, Prof. Holger Pfaff, Prof. Klaus Püschel, Prof. Gerd Glaeske.




 AUS DER
DGCH

Prof. Michael Ehrenfeld ist neuer Präsident der DGCH

Professor Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld steht seit 1. Juli 2020 an der Spitze der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH).

Der Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Klinikums der Ludwig-Maximilians-Universität München übernimmt das Präsidentenamt turnusgemäß für ein Jahr von Professor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen. Ehrenfeld legt den Schwerpunkt auf Teamarbeit und Interdisziplinarität, um in der Chirurgie für die künftigen Herausforderungen gewappnet zu sein. Ein besonderes Anliegen ist ihm im klinischen Bereich eine größtmögliche Vermeidung von Komplikationen und möglicher Fehler.

PROFESSOR EHRENFELD GESTALTET ALS PRÄSIDENT DEN 138. KONGRESS DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Professor Ehrenfeld studierte Medizin- und Zahnmedizin in Frankfurt am Main. Seine Facharztausbildung schloss er an der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universität Tübingen ab. Er ist seit 1996 Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Klinikums der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Als Präsident der DGCH wird Professor Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld, gemeinsam mit den chirurgischen Fachgesellschaften unter dem Dach der DGCH, das Programm des DCK 2021 (138. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie) in München unter dem Motto „Kompetenz – Kreativität – Kommunikation“ gestalten. Die Schwerpunkte des Kongresses werden sich sehr stark an diesem Motto orientieren, erläutert Professor Ehrenfeld. Des Weiteren wird das Problem des fehlenden ärztlichen und pflegerischen Nachwuchses, das neue Konzepte erfordert, die interprofessionell entwickelt und ausgebaut werden müssen, eines der Hauptthemen des Kongresses sein. Erneut wird auch die Problematik der Organspende angesprochen werden; wie in den Vorjahren ist die Durchführung eines öffentlichkeitswirksamen Organspende-Laufs unter Mitwirkung von prominenten Leistungssportlern geplant.

Mit der Amtszeit von Professor Michael Ehrenfeld 2020/2021 ergeben sich weitere Änderungen im DGCH-Präsidium: Der bisherige Präsident Professor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen wird erster Vizepräsident, Professor Dr. med. Hauke Lang wird zweiter Vizepräsident und damit Präsident 2021/2022. Zum dritten Vizepräsidenten 2020/2021

und Präsidenten 2022/2023 ist Professor Dr. med. Andreas Seekamp aus Kiel vorgesehen. Professor Dr. med. Matthias Anthuber aus Augsburg ist turnusgemäß aus dem Vorstand ausgeschieden. Generalsekretär bleibt unverändert Professor Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer aus Hannover, zugleich Präsident des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC). Das Amt des Schatzmeisters wird durch Professor Dr. med. Jens Werner aus München ausgeübt.

Weitere Mitglieder des Präsidiums sind unter anderem Repräsentanten der zehn chirurgischen Fachgesellschaften, die in der DGCH vereint sind, sowie frühere Präsidenten als Senatoren. Eine vollständige Übersicht über Vorstand und Präsidium der DGCH ist ab dem 1. Juli auf der DGCH-Homepage zu finden.

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH) ist seit ihrer Gründung 1872 mit mehr als 6.100 ordentlichen und 16.200 assoziierten Mitgliedern insgesamt eine der größten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Als gemeinnütziger Verein arbeitet die DGCH unabhängig und ohne Verfolgung wirtschaftlicher Ziele zum Nutzen der Allgemeinheit.



Die Einheit der Chirurgie hat weiterhin hohe Priorität



Prof. Dr. Dr. Michael Ehrenfeld über die Ziele seiner Präsidentschaft, die Arbeit am nächsten DCK und warum es sinnvoll ist, die Approbationsordnungen für Zahn- und für Humanmedizin stärker aufeinander abzustimmen.

Passion Chirurgie: Herr Prof. Ehrenfeld, Sie haben zum 1. Juli 2020 das Amt des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie angetreten. Welche zentralen Themen möchten Sie in der Zeit Ihrer Präsidentschaft für die Chirurgen im Allgemeinen und für die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen im Besonderen anstoßen?

Michael Ehrenfeld: Ein wichtiger Punkt ist und bleibt die Weiterentwicklung der DGCH in ihrer Funktion als „Muttergesellschaft“ für alle Chirurgen. Das Projekt „Einheit der Chirurgie“ ist weiterhin schwierig voranzutreiben und braucht aus meiner Sicht neuen Schwung.

Daneben wird die Weiterentwicklung und besondere Positionierung des DCK als zentraler Kongress aller chirurgischen Fächer eine Rolle spielen. Hierzu ist bereits seit Jahren eine sehr aktive und produktive Arbeitsgruppe eingerichtet, die unbedingt erhalten bleiben und befördert werden sollte.

» ZUR PERSON



Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld

begann 1974 sein Studium der Zahnmedizin an der Johann-Wolfgang-Goethe Universität in Frankfurt am Main. 1977 nahm er das Studium der Medizin an der gleichnamigen Universität auf. Es folgten die Promotion in Zahnmedizin und

Medizin in den Jahren 1980 und 1985 sowie die Habilitation 1989 an der Eberhard-Karls-Universität in Tübingen. 1988 trat er die Stelle als Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie in Tübingen an. Seit 1996 leitet er als Direktor die Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie an der Universität München.

Der dreifache Familienvater von inzwischen erwachsenen Kindern bezeichnet sich als „Workaholic“ mit den Interessen Literatur, Musik und Sport, insbesondere Mountainbiken und Bergwandern, in seiner Freizeit.

Eine Herausforderung – sicherlich in jeder Präsidentschaft – ist unsere heterogene Mitgliedschaft. Es geht darum, den sogenannten Mehrwert für jede einzelne Fachgesellschaft deutlich zu machen. Potenzial sehe ich beispielsweise in der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, auch ein seit Jahren bereits im Vorstand der DGCH diskutiertes Thema. Wir sollten Themen gemeinsam strukturierter bearbeiten und Synergien in der Pressearbeit heben. Insgesamt wünsche ich mir eine stärkere Präsenz unseres Berufsstandes in der Öffentlichkeit, auch in Kooperation mit dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen.

Ein weiteres wichtiges Handlungsfeld stellt unsere Mitgliederstruktur dar. Mit der Zeit hat sich ein Geflecht aus persönlichen und assoziierten Mitgliedern entwickelt, das ein relativ kompliziertes Stimmrecht nach sich zieht. Projekte gibt's also genug.

PC: Der diesjährige DGCH-Kongress musste aufgrund von Corona abgesagt werden. Welche Pläne haben Sie für den Kongress 2021? Ist eine rein digitale Veranstaltung eine denkbare Lösung?

ME: Wir planen zunächst einen Präsenzkongress und sind bereits in intensiven Gesprächen mit der Messe München. Diese wird uns ein Hygienekonzept vorstellen, aus dem hervorgeht, welche Veranstaltungsformate letztlich möglich sein werden, wie viele Besucher in einen Raum dürfen und welche Anforderungen die Aussteller erfüllen müssen. Wir prüfen auch die Option, ob wir mehr Fläche für den Kongress anmieten können.

Da heute niemand weiß, wie sich die Coronaepidemie in einem dreiviertel Jahr darstellt, brauchen wir einen Plan B. Das heißt, wir planen auch für einen sogenannten Hybridkongress, also einen Kongress mit kombinierten Präsenz- und Onlineveranstaltungen. Die dritte Alternative wäre ein komplett digitaler DCK. Die höchste Priorität räumen wir aber einem Präsenzkongress ein. Die zwischenmenschlichen Komponenten in den Pausen und beim Besuch der Industrieausstellung sind nicht hoch genug einzuschätzen, Stichwort Netzbildung. Im Oktober werden wir dann entscheiden, in welcher Form der DCK nächstes Jahr in München stattfinden wird.

PC: Im November 2019 hat das Bundesgesundheitsministerium ein Referentenentwurf für ein Gesetz zur Neuordnung der Approbationsordnung vorgelegt. Trotz der Nähe zur Humanmedizin und speziell zum Fach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie ist die Zahnmedizin nicht Bestandteil des humanmedizinischen Studiums. Sollten die Studiengänge nicht teilweise harmonisiert werden und auch die Zahnmedizin in die Studienordnung integriert werden?

ME: Die Approbationsordnung für Zahnmedizin stammt in ihrer Grundkonzeption

von 1955. Sie ist zwar vor kurzem novel-
liert worden, trotzdem bietet die in
Diskussion befindliche neue Appro-
bationsordnung Ärzte (Projekt Medi-
zin 2020) einen perfekten Rahmen, die
beiden Approbationsordnungen der
Humanmedizin im Kontext zu über-
arbeiten und wenn möglich auch enger
zu verzahnen. Künftig ist es sinnvoll,
wenn Zahnmedizinstudenten mehr
medizinische Zusammenhänge vermit-
telt bekommen, denn die Gesellschaft
wandelt sich und die Zahnmediziner
behandeln beispielsweise immer mehr
Patienten im höheren Alter oder auch
Personen mit Vorerkrankungen und Ein-
schränkungen. Deshalb begrüßen wir
eine gemeinsame Vorklinik, in der Stu-
dierende der Zahnmedizin und Medizin
gemeinsam lernen. Aber auch in den kli-
nischen Abschnitten ist aus meiner Sicht
die gegenseitige Wissensvermittlung
sinnvoll, das heißt auch Vermittlung
von Kenntnissen einiger grundlegender
zahnärztlicher Krankheitsbilder in die
Medizin, wie aktuelle Kariestheorien,
Prophylaxekonzepte oder der Ätiopatho-
logie von Parodontitis, eine der Erkan-
kungen mit der höchsten Prävalenz in
unserer Bevölkerung.

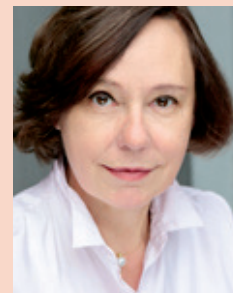
Auch vor dem Hintergrund, dass wir
immer jüngere Studienanfänger haben,
kann eine gemeinsame Vorklinik Zahn-
medizin und Humanmedizin als Orien-
tierungsphase dienen. Der einfachere
Wechsel zwischen Human- und Zahnme-
dizin stellt eine bessere Entscheidungs-
grundlage für die Studierenden dar, ob
sie nun besser für Humanmedizin oder
Zahnmedizin geeignet sind. Deswegen
ist eine gemeinsame Novellierung der
beiden Approbationsordnungen in unse-
rem Sinne.

PC: *Wie können die Mund-, Kiefer- und Gesichts-
chirurgen die Einheit der Chirurgie befördern?*

ME: Gerade weil die DGMKG eine kleinere
Fachgesellschaft ist, sehe ich die Mög-
lichkeit aus der „Außenseiterposition“
heraus, wertvolle Impulse beispielsweise
für das Projekt „Einheit der Chirurgie“ zu
geben, da für uns der sogenannte Mehr-
wert der Mitgliedschaft in der DGCH klar
erkennbar und unbestritten ist. Größere
Fachgesellschaften stehen mitunter in
einem Spannungsfeld, dass sich nur
schwer auflösen lässt. Und nicht zu ver-
gessen, die Idee der Einheit leben wir seit
2000 vor. Die DGMKG ist aus einer Fusion
der wissenschaftlichen Fachgesellschaft
und des Berufsverbandes entstanden.
Das war kein einfacher Weg. Die Erfah-
rungen, die wir gemacht haben, können
für das strategische Ziel „Einheit der Chi-
rurgie“ aber durchaus bedeutsam sein.

PC: *Wie hat das Sars-CoV-2 Virus Ihren Berufs-
stand herausgefordert? Die Mund-, Kiefer-
und Gesichtschirurgen sind Aerosolen in
besonderer Weise ausgesetzt: Benötigen
Sie und Ihre Kollegen einen besonders
hohen Schutz?*

ME: Zunächst einmal sind alle Fächer, die
in einem engen Kontakt zum oberen
Luftweg arbeiten, betroffen: also bei-
spielsweise auch Anästhesisten oder
Hals-Nasen-Ohren-Ärzte. Aber es ist
richtig, viele unserer Mitarbeiter waren
und sind sehr besorgt und wir nehmen
diese Ängste auch sehr ernst. Inso-
fern haben wir unseren ohnehin hohen
Schutzstandard noch einmal deutlich
ausgebaut und arbeiten mit Kittel- und
Augenschutz sowie bei Bedarf FFP2-Mas-
ken. Vor Operationen werden die Patien-
ten auf das Sars-CoV-2 getestet.



Ingrid Mühlwinkel

Presse- & Öffentlichkeitsarbeit
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V.
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
presse@bdc.de

Ausschreibung Preise und Stipendien 2021

Ihre Bewerbungen werden erbeten bis spätestens zum 30.09.2020 an die

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

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie vergibt im Jahr 2021 die nachfolgend aufgeführten Preise und Stipendien.

PREISE

B.-VON-LANGENBECK-PREIS

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

Dotierung: € 10.500

RUDOLF-ZENKER-PREIS, GESTIFTET VON BRAUN MELSLUNGEN AG

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

Dotierung: € 6.000

W.-MÜLLER-OSTEN-PREIS

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

Dotierung: € 5.000

F.-STEICHEN-PREIS, GESTIFTET VON MEDTRONIC GMBH

Vergabe für besondere Leistungen auf dem Gebiet der viszeralkirurgischen Operationstechniken.

Dotierung: € 5.000

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

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

Dotierung: € 4.000

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

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

Dotierung: € 3.000

FILMPREIS

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

Dotierung: € 1.500

POSTERPREIS

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

Dotierung: € 1.500

F.-LINDER-PREIS

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

Dotierung: € 2.500

EINSENDUNGEN FÜR DEN F.-LINDER-PREIS AN:

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

STIPENDIEN

STIPENDIUM ALS FORTBILDUNGSHILFE

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

Dotierung: € 5.000

REISESTIPENDIUM DER H.-JUNGHANNS-STIFTUNG

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

Dotierung: € 5.000

W.-MÜLLER-OSTEN-STIPENDIUM

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

Dotierung: € 5.000

W.-MÜLLER-OSTEN-STIPENDIUM FÜR

AUSLÄNDISCHE HOSPITANTEN

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

Dotierung: € 5.000

INTERNATIONALES GASTSTIPENDIUM DER DGCH

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

Dotierung: € 5.000

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

www.dgch.de

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

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

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

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

KONTAKT

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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: BariSurg ₁ *				
Registriernummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. B.P. Müller	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m ² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m ²	FPI: 27.11.2013	–	Prof. Dr. B.P. Müller Universitätsklinikum Heidelberg Chirurgische Klinik Sektion Minimalinvasive Chirurgie T: 06221/56-8641 F: 06221/56-8645 E: beat.mueller@med.uni-heidelberg.de
	Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP	136 von 248 Patienten	Kein Fallgeld	
	Kontrollgruppe: Magenbypass-OP			
Studientitel: BIOLAP ₂ *				
Registrierungsnummer: DRKS00010178				
Prof. Dr. med. M. Heiss	Primäre bilaterale Leistenhernien			Dr. J. Knievel IFOM – Institut für Forschung in der Operativen Medizin Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin Universität Witten/Herdecke Ostmerheimer Str. 200, Haus 38 51109 Köln 0221 98957-24 0221 98957-30 Judith.Knievel@uni-wh.de
	Laparoskopische Operation bilateraler Leistenhernien unter Verwendung von synthetischen und biologischen Netzen. Die Studienteilnehmer werden keiner Gruppe zugeordnet; jeder Patient erhält auf einer Seite das biologische und auf der anderen Seite das synthetische Netz. Jeder Patient stellt somit seine eigene Kontrolle dar.	17.08.2017 431 von 496 Patienten	DFG 750 € / Patient	

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: ESOPEC₃* Registrierungsnummer: NCT02509286, DRKS00008008				
Prof. Dr. Jens Höppner	Adenokarzinom des Ösophagus und des gastroösophagealen Übergangs (AEG) Experimentelle Gruppe: Perioperative Chemotherapie (FLOT) und Tumorresektion Kontrollgruppe: Neoadjuvante Radiochemotherapie (CROSS) und Tumorresektion	09.02.2016 438 von 438 Patienten Rekrutierung beendet	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 monofilamenten Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen-Netz Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilamenten Faden in Small-Stitches-Technik	08.08.2019 142 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 441 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.	23.10.2017	KCI USA, Inc.	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
	Kontrollgruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels sterilem Verbandsmaterial für 5–7 Tage postoperativ.	158 von 340 Patienten	50 € / Patient	
Studientitel: RELY₉* Registrierungsnummer: NCT01073358				
PD Dr. N. N. Rahbari	Patienten zur geplanten R0-Resektion von kolorektalen Lebermetastasen	FPI: 09.03.2010	-	PD Dr. N. N. Rahbari Chirurgische Klinik Universitätsmedizin Mannheim T: 0621/383-3591 F: 0621/383-3809 E: nuh.rahbari@umm.de
	Experimentelle Gruppe: Resektion der kolorektalen Lebermetastasen mit hilärer Lymphadenektomie	366 Patienten Rekrutierung beendet	Kein Fallgeld	
	Kontrollgruppe: Resektion der kolorektalen Lebermetastasen ohne hiläre Lymphadenektomie			

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 314 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

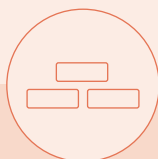
[10] Pulmonary wedge resection plus parietal pleurectomy (WRPP) versus parietal pleurectomy (PP) for the treatment of recurrent primary pneumothorax

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

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

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

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



Prof. Dr. med. Dr. med. dent. M. Ehrenfeld
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 Bunte, Münster
 Frau Dr. Eva Appel, Frankfurt/Main
 in memoriam Prof. Dr. med. Alexander Appel
 Herr Prof. Dr. med. Gerhard Schönbach, Freiburg
 Frau Prof. Dr. med. Dorothea Liebermann-Meffert, Freiburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Basel
 Herr Dr. med. Andreas Dörmer, Frankfurt/Main
 Herr PD Dr. med. habil. Klaus H. Fey, Berlin in memoriam Prof. Dr.
 med. Fritz Linder, Heidelberg, Prof. William P. Longmire Jr.,
 Los Angeles
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Köle, Graz
 in memoriam Prof. Dr. med. Adolf Winkelbauer und
 Prof. Dr. med. Franz Spath

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

Herr Prof. Dr. med. Paul Hahnloser, Zürich
 in memoriam Prof. Dr. med. Åke Senning
 Herr Dr. med. Christoph Schüürmann, Bad Homburg
 Dres. med. Hermann und Beate Sons, Kassel
 in memoriam Dr. med. Paula Rotter-Pool, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Rolf Schlumpf, Zürich
 Herr Prof. Dr. med. Reinhart T. Grundmann, Burghausen
 in memoriam Margarethe Grundmann, Burghausen
 Herr Prof. Dr. med. Helmut Witzigmann
 von seinen Mitarbeitern der Chirurgischen Klinik
 Dresden-Friedrichstadt
 Herr Dr. med. Claus Müller, Dresden
 Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Hartig, Leipzig
 Herr Dr. med. Klaus Schellerer, Bamberg
 in memoriam Dr. med. Heinrich Schellerer und
 Prof. Dr. med. Gerd Hegemann

BAUSTEIN IN BRONZE

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

WICHTIGE INFORMATION ZU DEN SPENDENTAFELN

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

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

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

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

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

DGCH-PRÄSIDIUM

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

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	W. O. Bechstein, Frankfurt am Main
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	S. Fichtner-Feigl, Freiburg*
Leitender Krankenhauschirurg	C. Krones, Aachen*
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik	T. Histing, Homburg*
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung	M. Mille, Erfurt*
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

T. Pohlemann, Homburg	2017
J. Fuchs, Tübingen	2018
M. Anthuber, Augsburg	2019

SPRECHER DER SENATOREN

N. P. Haas, Berlin
J. Jähne, Hannover

SENATOREN

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
G. Schackert, Dresden

* Voraussetzung der finalen Bestätigung bzw. Wahl durch die Mitgliederversammlung der DGCH



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

Chirurg aus Leidenschaft

UNSER ERWEITERTES VORSTANDSMITGLIED
 PROF. DR. MED. CARSTEN KRONES ERZÄHLT
 SEINE PERSÖNLICHE GESCHICHTE, WARUM
 ER CHIRURG GEWORDEN IST – UND WARUM
 ER IMMER NOCH FÜR DIESEN BERUF BRENNT.



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

Unser erweitertes Vorstandsmitglied Prof. Dr. med. Carsten Krones erzählt seine persönliche Geschichte, warum er Chirurg geworden ist – und warum er immer noch für diesen Beruf brennt.

In meinen frühen Grundschultagen erkrankte meine Mutter schwer. Auch ein wochenlanger Krankenhausaufenthalt meiner Mutter brachte für uns keine befriedigende Klärung. Da gab es also etwas zu lösen, und wenn es kein anderer macht ... Und so hatte ich im zarten Alter von acht Jahren meinen Beruf gefunden. „Ich werde Arzt!“, antwortete ich in schönster Regelmäßigkeit – auch nachdem meine Mutter bereits lange genesen war – auf die immer wiederkehrende Tanten-Onkel-Oma-Opa-Nachbar-Frage nach dem späteren Berufswunsch mit leicht überheblichem, aber unbeirrbar Selbstverständnis, was je nach Zugeneigtheit der fragenden Person wechselnd beeindruckte oder brüskierte.

Meine restliche Kindheit verlief völlig normal, und wurde – wie es einem Vorstadtjungen aus dem Ruhrgebiet geziemt – von regelmäßigen, größeren und kleineren Unfällen unterbrochen, die meinen Vater und mich zu genauso regelmäßigen Besuchen in die Chirurgie des lokalen Krankenhauses führten. Und woran mein Vater sich nie gewöhnen konnte, dass Knochen beim Sturz vom Baum, beim Fußball oder bei der Kollision mit wohlgeparkt stehenden Autos bei Kindern leider brechen und die Haut platzt. Mein Augenmerk als routinierter Stammgast der Unfallambulanz fiel dagegen bald auf anderes.

Während Papa also wieder mal bloss auf der Liege neben mir lag –mein Unterarm war gebrochen – wurde ihm in den goldenen 70ern als Kreislaufstütze sogar ernsthaft ein Cognac angeboten,

meine Aufmerksamkeit gehörte jedoch mehr und mehr den handelnden Personen. Die vom ärztlichen und pflegerischen Ambulanzpersonal ausgestrahlte, gesunde Mischung aus gelassener Souveränität und stringenter Handlungsbereitschaft beeindruckte mich gepaart mit einer Prise lässigen Draufgängertums tief und vor allem nachhaltig. „Ich werde Chirurg!“, lautete für mich als Spross einer Handwerkerfamilie nicht mehr ganz überraschend nun die Lösung im Familien- und Freundeskreis.

Nach meinem Abitur folgte das Studium und mit fortschreitenden Erfahrungen und Kontakten verfestigte sich das unbedarfte Motto des Adoleszenten zu einem veritablen Ziel. Denn auch die angestrebte Peergroup stimmte, konnten Chirurgen doch beides: Pflicht und Kür, also viel arbeiten und fröhlich feiern. Aus dem Beruf wurde Berufung. Heute, 27 Jahre nach dem Start in einer kleinen Kölner Klinik, nach Stationen in allen Versorgungsstufen, nach dem Überstehen von 27 Ober- und vier Chefärzten, arbeite ich jetzt knapp zehn Jahre als Chefarzt: Ein solider Realitätssinn überstrahlt die juvenile Naivität von einst. Doch geblieben ist die Begeisterung für die Kraft des Faktischen, für den befreienden Charakter der Tat, für die Konsequenz stringenten Handelns, für die Kombination von Härte und Empathie, für die unmittelbare Beteiligung an echter Heilung und für die damit verbundene, tiefe und ganz persönliche Bedeutung im Leben der anvertrauten Patienten. Chirurg zu sein, ist ein ganz wunderbarer Beruf, und die Chirurgie eine ganz wunderbare Berufung. Selbst die mittlerweile fast unzähligen deutschen Gesundheitsreformen konnten diese Faszination nicht brechen. Und so würde ich alles wieder so machen. Übrigens auch Chefarzt werden, doch das ist eine eigene Geschichte.

Krones C. J.: Chirurg aus Leidenschaft.
 Passion Chirurgie. 2020 10(7/8):
 Artikel 07_01.



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

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. Jügen Klein

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Werner Boxberg

stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Sven Gregor

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Jügen 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:
Claudia Kunze, Ingrid Mühlwinkel
Telefon 030/28004-200
presse@bdc.de

Termine BDC|Akademie

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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

FACHARZTVORBEREITUNG							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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 Schmeding	350,00	550,00

Das Team der BDC|Akademie bereitet wieder ein spannendes und interessantes Fortbildungsprogramm für Sie vor. Selbstverständlich unter strenger Einhaltung aller Hygieneauflagen. Wir freuen uns auf Sie!

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
25.09.2020	26.09.2020	Aachen	2020-23860	Fußchirurgie I	Dr. med. Thorsten Randt	500,00	650,00
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	Nordersiedt	2020-23618	Orthotrauma: Versorgungskonzepte und Zugangswege obere Extremität	Prof. Dr. med. Burkhard Wippermann	800,00	1000,00
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
10.11.2020	11.11.2020	Berlin	2020-23616	Deformitäten Defekte Traumatologie Grundlagen der Korrektur mittels Ringfixateur und Hexapoden	Prof. Dr. med. 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

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
28.08.2020	29.08.2020	Berlin	2020-24706	Abschlusscolloquium Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		
17.10.2020	18.10.2020	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
19.09.2020		Köln	2020-25820	Begutachtung von Berufskrankheiten	Dr. med. Werner Boxberg	300,00	500,00
24.10.2020		Berlin	2020-27706	Abrechnungssseminar EBM	Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg	140,00	240,00
24.10.2020		Berlin	2020-27701	Abrechnungssseminar GOÄ und BG	Dr. med. Peter Kalbe	140,00	240,00
30.10.2020	31.10.2020	Berlin	2020-26532	Führungsseminare für Chirurginnen: Modul II - Durchsetzungsstrategien im Klinikalltag	Dr. med. Gunda Leschber; Prof. Dr. med. Katja Schlosser; Sabine Schicke	450,00	650,00

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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 Chirurgen: 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

meduplus

**60
CME-
Punkte!**



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

SPONSOREN DER BDC|AKADEMIE

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

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

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

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



LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Juli/August 2020

%

35 %



OUTDOORCHEF: BIS ZU 35 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER.

35 %



SONY KAMERAS: BIS ZU 35 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER.

14 %



JOCHEN SCHWEIZER: BIS ZU 14 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER.

30 %



GARMIN: BIS ZU 30 % 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.



Online-Fortbildung für Chirurginnen und Chirurgen



Am PC:

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

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

So einfach
geht's:



Auf einem mobilen Gerät:

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

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



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



Fortbildung unterwegs, im Büro und zuhause

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

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

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

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

Kursformate im Internet und für Tablets und Smartphones

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

Informieren Sie sich ausführlich unter:

www.ecme-center.org



BDC  Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

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

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

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



ផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់
ផ្នែកពិគ្រោះយោបល់
Emergency
Consultation
←

PANORAMA

Mitglieder *im* Einsatz

Ist Albert Schweitzer ein zeitgemäßes Vorbild?

GANZHEITLICHE ORGANISATIONSENTWICKLUNG
IN KAMBODSCHA



Dr. med. Elias J. Engelking (MBA)
 Facharzt für Chirurgie, Notfallmedizin,
 Manuelle Therapie
 Kampot Provincial Referral Hospital
 Kampot, Kambodscha
 Email: elias@engelking.de

Der Urwaldmediziner Albert Schweitzer [1] sollte mein Leben seit meinem 7. Lebensjahr bestimmen. Die Inspiration durch die Biografie des Philosophen, Arztes, Musikers und Nobel-Laureaten gaben mir einen Weg vor, der für einen Einwanderersohn in Deutschland in den 1980er Jahren nicht selbstverständlich war. Meinem Vorbild folgend öffneten sich mir sonst verschlossene Türen, so dass das Gymnasium, das Medizinstudium in Freiburg i. Br. und die Facharztausbildung zum Allgemeinchirurgen folgen konnten.

Immer wieder suchte ich nach dem Realitätsabgleich meines Kindheitstraums als Arzt, indem ich in Krankenhäusern in sich entwickelnden Ländern arbeitete. Famulaturen, PJ und Gastarzt in Indien [2] und Südafrika ermahnten mich, eine gute Weiterbildung zu sichern. Die Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Tropenchirurgie sicherte den fachlichen Austausch mit erfahrenen Chirurgen, die Langzeiterfahrung in Zentralafrika hatten und gab die nötige Bestätigung, dass internationales Engagement und Karriere kein Widerspruch in sich sind.

NIGERIA

Als junger Facharzt konnte ich fünf Jahre lang in Abuja (Nigeria) die Gesamtverantwortung

der chirurgischen Abteilung an einem kleinen Krankenhaus übernehmen. Ich war meinem Traum schon recht nahe. Die Entbehrungen Schweitzers indes blieben mir erspart. Ein internationaler Arbeitsvertrag und die Schule für meine drei Kinder wie auch die guten Flugverbindungen nach Europa ließen kaum an die Zeiten vor 100 Jahren erinnern, als mein Vorbild im Ersten Weltkrieg in Frankreich interniert wurde. Das Maß an Gesamtverantwortung, Herausforderungen (keine chirurgischen Kollegen zum Nachfragen, immer Rufbereitschaft, „Kochbuch-Chirurgie“) und Erwerb breitester Kenntnisse der Chirurgie (protrahierte Typhusperforation, chronische offene multiresistente Osteomyelitiden, Mycetoma, Erkrankung an Tetanus ...) mit den angrenzenden Fächern hätte ich jedoch in Deutschland so nicht erleben können. Neben der Verantwortung dem Patienten gegenüber galt es, nigerianische Kollegen und Mitarbeiter, die nicht wie ich das Glück einer exzellenten Ausbildung hatten, derart zu fördern, dass sie alle dazu beitragen konnten, dass Patienten auf internationalem Qualitätsniveau behandelt werden konnten (Abb. 1). Das schließt auch analphabetische Röntgenassistenten und Reinigungskräfte mit ein. Entgegen Schweitzers tendenziell paternalistischem Führungsstil bevorzugte ich familiäre Teamstrukturen. So entstand zum Beispiel ein reich bebildertes Qualitätshandbuch in Kooperation mit dem lokalen Personal.



Abb. 1: Reanimationstraining initiiert durch das lokale Personal in Nigeria.

Engelking E: Das virtuelle Krankenhaus –
 Ist Albert Schweitzer ein zeitgemäßes Vorbild?
 2020 Juli/August, 10(7/8): Artikel 09_01.

Aufgrund des Verfalls des Ölpreises taumelte Nigeria ab 2015 zunehmend in eine Wirtschaftskrise, die sich auch auf die Finanzierung des Krankenhauses auswirkte. Als Arzt fehlte mir das kaufmännische Vokabular, um dagegen zu steuern, welches ich mir alsbald mit einem *Master of Business Administration* (MBA) aneignete. Zur Kostenminimierung schloss der Träger jedoch das Krankenhaus, bevor mein MBA ausgereift war und „Retungskonzepte“ greifen konnten.

Der ärztlichen Seite von Schweitzer hatte ich nachgeeifert, seine musische suchte ich auf dem Klavier. Aber was war mit dem Philosophen und Theologen Schweitzer? Die *Ehrfurcht vor dem Leben*? [3] „Ich bin Leben, das Leben will inmitten von Leben, das Leben will!“ [4] Ist diese Weltanschauung zeitgemäß? Kann dieser philosophische Ansatz Mitarbeiter in einem ressourcenarmen Krankenhaus motivieren? Ist Behandlungsqualität trotz empfundenem Mangel möglich?

KAMBODSCHA

Die Stelle als Entwicklungshelfer an einem Provinzkrankenhaus in Kambodscha verschaffte mir das Wirkungsfeld, um diesen Fragen nachgehen zu können [5]. Ich untersuchte, inwiefern Schweitzers philosophischer Ansatz der *Ehrfurcht vor dem Leben* relevant und anwendbar ist. Schweitzer hatte sich intensiv mit fernöstlichen Denkern auseinandergesetzt und ist sicherlich auch von ihnen beeinflusst worden. So ist es nicht verwunderlich, dass Schweitzer mit dem vorherrschenden Buddhismus in Kambodscha wesentliche Werte, wie Gewaltlosigkeit und Mitgefühl für alles Leben, teilt. Schweitzer sieht im Buddhismus jedoch eine „Welt- und Lebensverneinung“ [6], die durch die asketisch-meditative Fokussierung auf sein inneres Wesen das aktive Einwirken auf die Welt zum Verhindern von Leid reduziert: Der innere Charakter des Menschen ist wichtiger als seine äußeren Taten. Wenn, wie in der Chirurgie, die Konsequenz einer Tat – sprich der Behandlungserfolg – nicht garantiert werden kann, ergeben sich ungeahnte, aber letztendlich logische Folgen. Die Erfahrung in Kambodscha zeigt im Vergleich zu Deutschland, dass Mitarbeiter am

Krankenhaus aus der Sorge vor möglichen unerwünschten Konsequenzen eher eine Intervention oder Veränderung unterlassen. Die innere Haltung und der Wille nach Veränderung sind wichtiger als die Umsetzung in die Tat. Dadurch werden Qualitätsverbesserungen eine beträchtliche psychische Herausforderung, die Selbstinitiative und Mut zur Veränderung der äußeren Welt verlangen, sowohl beim Management als auch bei Mitarbeitern mit Patientenkontakt.

Auf den ersten Blick erscheint dies wie fehlende Motivation, jedoch ist der Wille „jedem Leben die Fürsorge und den Respekt entgegen zu bringen, die man sich selbst wünscht“ [5] stark ausgeprägt. Die Analyse offenbart dabei, dass sowohl Mitarbeiter als auch das Management sich psychologisch von außen gesteuert erleben (*externe Kontrollüberzeugung* [7]). Ich durfte dagegen in einer Gesellschaft aufwachsen, die eine *internale Kontrollüberzeugung* stärkt und dadurch ein Bewusstsein entwickeln, dass ich auf die Welt einwirken und diese mitgestalten kann. Zur Zeit meiner Geburt wütete dagegen in Kambodscha ein Autogenozid, dem circa zwei Millionen Menschen zum Opfer fielen [8]. Das geringe Erleben der positiven Mitgestaltung des kambodschanischen Krankenhauspersonals auf ihre Umwelt kann sowohl der damaligen systematischen Auslöschung von Intellektuellen wie Lehrern und Ärzten, als auch Schweitzers philosophischer Betrachtung der *Lebensverneinung* zugeschrieben werden.

Wie kann man kritisches Denkvermögen, Eigeninitiative und eine *lebensbejahende Haltung* in der Organisationsentwicklung eines Provinzkrankenhauses in Kambodscha fördern? Was braucht es, dass die chirurgische Händedesinfektion nach den Leitlinien der WHO umgesetzt wird? Was für eine Vision, welcher Führungsstil und welche Systeme und Prozesse stärken die *internale Kontrollüberzeugung* und führen zur verbesserter Prozess- wie Ergebnisqualität?

EIN GANZHEITLICHER QUALITÄTSANSATZ

In der Kürze dieses Artikels zeige ich vier Eckpfeiler eines ganzheitlichen Qualitätsansatzes

[9] mit Beispielen auf, die Möglichkeiten zur Stärkung der *internalen Kontrollüberzeugung* bieten (Abb. 2).

Vision: Ein versöhnender Wertekomplex zwischen den buddhistischen Wurzeln und den *lebensbejahenden* Elementen Schweitzers ist der Ausgangspunkt einer neuen aktiven Veränderung des Managements und der Mitarbeiter. Es wird offensichtlich, dass anstatt durch finanzielle Anreize, Motivation auch durch ein gemeinschaftliches Streben nach höheren Werten für sich selbst und die Gesellschaft erreicht werden kann. So ist am Provinzkrankenhaus der Leitsatz in Abbildung 3 entstanden.

Führungskultur: Als bahnbrechend erwies sich die Einführung von Prinzipien zur Entwicklung von Selbstführungs Kompetenzen. Dazu wurden die Konzepte (Die 8 Wege) von Stephen Covey ([10, 11]) an den lokalen sprachlichen und kulturellen Kontext angepasst, vorgelebt und weitläufig propagiert. In den Augen des Krankenhausdirektors kommt dem *Ersten Weg* besondere Bedeutung zu: seine Gedanken und Aktivitäten auf seinen *direkten Einflussbereich* zu fokussieren, anstatt seine Umwelt für seine Situation verantwortlich zu machen.

Systeme: Ein Qualitätsmanagement-System, das von Qualitäts-Teams getragen wird und Verbesserungen von den unteren Hierarchieebenen entwickelt und in die Organisation trägt, ist ein neuer Ansatz. Das fehlende Wissen einzelner Führungskräfte wird ausgeglichen und unmittelbar in die Tat umgesetzte Verbesserungen werden ermöglicht. Die Qualitäts-Teams übernehmen dadurch eine große Eigenverantwortung und werden durch die Vision und die Führungskultur geleitet.

Prozesse: Neben dem bekannten Deming-Zyklus (PDCA) wird vor allem Appreciative Inquiry (AI, [12]) von Qualitäts-Teams aufgrund seines positiv verstärkenden Ansatzes genutzt, um Kreativität, Synergien und Implementationskraft zu entwickeln. AI nimmt in seinem zyklischen Ansatz den Ausgangspunkt an den Werten der Organisation und der Individuen und schafft dadurch

Vision

- untermauert mit spirituellen Kernwerten
- im Einklang mit dem lokalen Kontext

Führungskultur

- Selbstführungskompetenzen, die die interne Kontrollüberzeugung stärken

Systeme

- Bottom-up Qualitäts-Teams als Fundament der Organisationspyramide

Prozesse

- Appreciative Inquiry (Einbindung von Kernwerten, Vision und Führungsprinzipien)
- „5 What“ → Möglichkeiten zur Verbesserung

Abb. 2: Eckpfeiler und Beispiele eines ganzheitlichen Qualitätsansatzes.

die Verbindung zur oben genannten Vision mit seinen sowohl buddhistischen als auch Schweitzer'schen Wurzeln. Ebenso vermag es im praktischen Alltag Coveys 8 Wege einzugliedern.

Ein weiteres Beispiel ist im Ursache-Wirkungs-Diagramm (Ishikawa) das Ersetzen des „Problems“ und der konventionellen „5-Why“ Fragen durch „Möglichkeit zur Verbesserung“ und „5-What“ Fragen. Die Anwendung dieses abgewandelten Analysewerkzeuges führt unmittelbar zu Aktionen innerhalb des *direkten Einflussbereiches* des Teams.

ZUSAMMENFASSUNG

Mit den angerissenen Elementen, die die vier Eckpfeiler eines ganzheitlichen Qualitätsansatzes ausfüllen, gelingt es eine neue Organisationskultur zu entwickeln. Das gelingt, obwohl ich als Entwicklungshelfer nicht am Steuer sitze, sondern nur am Spielfeldrand stehe (Abb. 4). Diese veränderte Kultur lässt sich durch die Verklausulierung in Modellen und dem systemischen Ansatz auch auf die Ebene der Gesundheitszentren in der Provinz erfolgreich transferieren. Es dient als gutes Beispiel für Entwicklungszusammenarbeit, das nachhaltige Qualitätsverbesserung erzielt. Durch die aktuelle COVID-19 Situation und die einhergehende Digitalisierung angetrieben, wird ein innovativer Workshop umgesetzt, der diese Konzepte in einem virtuellen Format vereint und damit Skalierbarkeit und Breitenwirkung verspricht. In Zusammenarbeit mit dem kambodschanischen Gesundheitsministerium, finden diese Ansätze Eingang in die nationale Qualitätsstrategie im Rahmen der Gesetzgebung zur Akkreditierung von Gesundheitseinrichtungen.

SCHLUSSFOLGERUNG

Als „Servant Leader“ [13] habe ich Schweitzers Philosophie als Stimulus für Qualität umzusetzen gelernt und trotz knapper Ressourcen für mich beweisen können. Nach meinen Erfahrungen in Kambodscha ist die Einschätzung von Prof. Maio, dass nur die drei Pfeiler „handwerkliche Fertigkeit, wissenschaftliche Expertise und Zuhörbereitschaft“ die Qualität des Chirurgen ermöglichen [14] zu kurz



Abb. 3: Leitsatz des Provinzkrankenhauses [in Khmer]: Durch die mitfühlende Tat leisten wir die Fürsorge und den Respekt für alles Leben, die wir für uns selbst und unsere Familien wünschen.

gegriffen. Meines Erachtens wird **zusätzlich** eine spirituell angehauchte Vision benötigt, die eine Führungskultur der Wertschätzung etabliert und Systeme und Prozesse danach ausrichtet.

Es bleibt für mich die Frage, wie seinerzeit als Gastarzt in Indien, ob es dazu in Kambodscha oder Nigeria den deutschen Arzt braucht. Das wohl eher nicht. Das Entscheidende ist die Kombination aus Management und Chirurgie mit Erfahrung in hoch technologisierten Häusern wie auch ressourcenschwachen Ländern und dem Quäntchen Ethik in jedem Element. Dabei gebe ich zu, die Rolle des Coaches am Spielfeldrand zu sein, ist nicht mein Favorit. Dafür spiele ich doch zu gerne mit. Trotzdem liebe ich meine Arbeit als Chirurg und Organisationsentwickler in diesen Ländern. Der Freiraum zur Verbesserung ist so groß und kann mit den richtigen Mitteln gerade wegen der knappen Ressourcen wie Personal, Material und Finanzen, aber auch geringen Regulierungen, besonders gut ausgenutzt werden. Es befriedigt mich immer wieder aufs Neue, die Menschen in meinem Umfeld zu inspirieren, ihre eigene Stimme zu finden und mutig in die Tat umzusetzen. *Die Ehrfurcht vor dem Leben* ist das, wonach ich strebe. Weniger der Arzt, eher der Philosoph Schweitzer ist für mich das zeitgemäße Vorbild, dem es gerade heute nachzueifern gilt.

In einer ruhigen Minute ist der Kindheits Traum wieder da: Ein Krankenhaus als ethisches Wirkungsfeld in einer benachteiligten Gegend, an dem ich die Gesamtverantwortung trage, um die Strukturen zu schaffen, dass Arme wie auch Reiche qualitativ und respektvoll behandelt werden. Mein zeitgemäßes Lambarene.

Abbildungsnachweise: Elias Engelking (Abb. 1–3) und Susanne Engelking (Abb. 4)

LITERATUR

- [1] Laubi W: Albert Schweitzer: Der Urwalddoktor. 1984, Benzinger Verlag, Zürich, Köln.
- [2] Engelking EJ, Keckel S: Eine medizinische Reise durch Indien. 2005. <http://india2005.org/462de.html>
- [3] Schweitzer A: Die Ehrfurcht vor dem Leben: Grundtexte aus fünf Jahrzehnten. 2013, Beck'sche Reihe, München.
- [4] Schweitzer A: Straßburger Predigten. 2013, Beck'sche Reihe, München.
- [5] Engelking EJ: Feasibility of Ethics Driven Healthcare Leadership at a Cambodian Provincial Hospital: Participatory Action Research Informing a Consultancy for Organisational Development of Holistic Quality Improvement. 2019, Amazon Publishing.
- [6] Schweitzer A: Die Weltanschauung der indischen Denker: Mystik und Ethik. 2010, Beck'sche Reihe, München. S. 96 u. 121.
- [7] Rotter J B: Generalised expectancies for internal vs. external control of reinforcement. Psychological Monographs. 1966, 80, S. 1–28.
- [8] Chandler D: A History of Cambodia. 2008, Westview Press, Boulder, Colorado.
- [9] Engelking E J: Designing Spiritual-based Leadership into Hospital Systems — A Cambodian Example. 2019, linkedin.com. <https://www.linkedin.com/pulse/designing-spiritual-based-leadership-hospital-systems/>
- [10] Covey SR: The 7 habits of highly effective people. 1989, Free Press, New York.
- [11] Covey SR: The 8th Habit: From Effectiveness to Greatness. 2004, Free Press, New York.
- [12] Cooperrider DL, Whitney D: Appreciative inquiry: A positive revolution in change. 2005, Berrett-Koehler, San Francisco.
- [13] Greenleaf RK: Servant Leadership. Leadership Excellence. 1977, 23, S. 20f.
- [14] Maio G: Zum Geist der Chirurgie im Zeitalter der Industrialisierung der Medizin. Passion Chirurgie. 2019 Dezember, 9(12): Artikel 09_01. 



Abb. 4: Beratung in der Entwicklungszusammenarbeit am Provinzkrankenhaus in Kampot, Kambodscha.

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

EINSCHNITT

chirurgIn-werden.de

Wage den Schnitt!

