

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

WORK-LIFE-BALANCE
HÄLT EINZUG AUCH IN DER
CHIRURGIE

im Fokus

ORTHOPÄDIE &
UNFALLCHIRURGIE

CME
ARTIKEL
2 CME PUNKTE

09 | III | 2020

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



GUT LEBEN AUF GESUNDEN BEINEN



Krampfadern modern therapiert – Fakten, auf die es ankommt.

Bis heute wurden über zwei Millionen Patienten in mehr als 100 Ländern erfolgreich mit ClosureFast oder VenaSeal behandelt. Unsere innovativen Lösungen zur Therapie von chronisch venöser Insuffizienz bieten für Sie Vorteile wie zum Beispiel:

- Eine gesicherte Zieltemperatur von 120 Grad – generatorgesteuert
- Reproduzierbare Ergebnisse
- Eine refluxfreie Erfolgsrate von 94,7 % – 5 Jahresdaten

Zusätzlich bieten wir für Ihre Klinik einen kompetenten Service durch unsere Therapiespezialisten.

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

Medtronic

Reform der Notfallversorgung: eine Gleichung mit vielen Unbekannten

Die deutschen Notfallaufnahmen arbeiten am Limit. Personalmangel und der Ansturm der Patienten, die durchaus auch in anderen Strukturen versorgt werden könnten, sorgen dafür, dass die Wartezeiten oft fünf, sechs und mehr Stunden betragen. Ein Zustand, der so nicht hinnehmbar ist. Eine vorübergehende Besserung brachte nur der Corona-Lockdown. Die Notfallambulanzen blieben leer. Ein flüchtiger Moment der Entspannung.

Die Politik ist nicht tatenlos geblieben. Jens Spahn, der als produktivster Gesundheitsminister aller Zeiten in die Geschichtsbücher eingehen will, hat einen Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung vorgelegt. Derzeit steht dem Patienten im subjektiven Notfall nach eigenem Ermessen die Einbeziehung der drei beteiligten Bereiche ambulanter Sektor, Krankenhäuser und Rettungswesen zur Verfügung. Mit der Reform der Notfallversorgung sollen die Patientenwünsche kanalisiert und eine „Patientensteuerung“ erreicht werden. An neue Begrifflichkeiten werden wir uns gewöhnen müssen. Die regional sehr unterschiedlich entwickelten Notdienststrukturen sollen in ein verbindliches System der integrierten Notfallversorgung (INV) überführt werden. Ziel ist die enge Verzahnung der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung.

Die zentrale telefonische Lotsenfunktion der INV übernimmt künftig das Gemeinsame

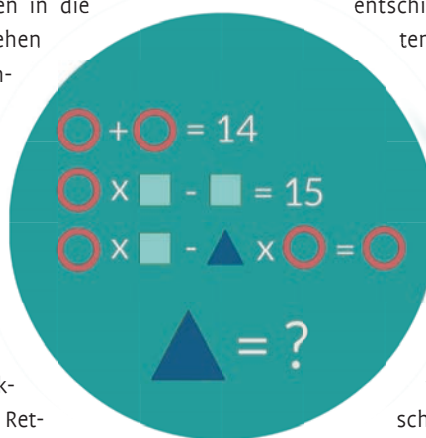
Notfallleitsystem (GNL). Über das GNL werden Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Krankentransporte und eine telemedizinische oder aufsuchende notdienstliche Versorgung „disponiert“. Die dazu nötige digitale Vernetzung erfordert Softwarelösungen, die allerdings erst noch geschaffen werden müssen.

Integrierte Notfallzentren (INZ) sollen an ausgewählten Krankenhäusern eingerichtet werden. Das INZ wird die erste Anlaufstelle für Patienten im Notfall sein. In den INZ erhalten die Patienten in Zukunft eine Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs. Im INZ soll entschieden werden, ob Patienten stationär in der Klinik oder ambulant versorgt werden.

Die ärztliche Mitsprache darüber, wo Standorte für die integrierten Notfallzentren entstehen, ist nicht ausdrücklich vorgesehen. Hierüber entscheiden die erweiterten Landes-

desausschüsse, in denen Kassen, Kassenärztliche Vereinigung und Landeskrankenhausesgesellschaft vertreten sind. Und zu guter Letzt soll die medizinische Notfallversorgung der Rettungsdienste der Länder als eigenständige Leistung der medizinischen Notfallrettung anerkannt werden. Der Rettungsdienst wird damit Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Das Gesetz soll bis Ende 2020 verabschiedet werden. Danach ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am Zug. Dieser muss für alle Bereiche des neuen Gesetzes eine Richtlinie beschließen: Wie die integrierten





Prof. Dr. Michael Paul Hahn
 Direktor der Klinik für Unfallchirurgie
 und Orthopädie
 Klinikum Bremen Mitte gGmbH
 Akademisches Lehrkrankenhaus der
 Universität Göttingen
 St.-Jürgen-Str. 1
 28177 Bremen
 Michael.Paul.Hahn@klinikum-bremen-
 mitte.de

Notfallzentren ausgestattet werden sollen (Personal und Apparate), wie das Verfahren der Ersteinschätzung gestaltet werden soll und welchen Umfang die dort zu leistende notdienstliche Versorgung haben wird? Lassen wir uns überraschen!

Apropos G-BA, auftragsgemäß hat dieser vor gar nicht langer Zeit eine Regelung zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern beschlossen. Sinn der Maßnahme ist eine „bedarfsgerechte“ Verbesserung der Notfallversorgungsstrukturen in Deutschland.

Mit anderen Worten: Die Zahl der benötigten Zentren soll auf etwa 700 reduziert werden. Ob sich damit überfüllte Notfallambulanzen wirklich vermeiden lassen, ist eher fraglich.

Auf die Krankenhäuser kommt noch ein weiterer Beschluss des G-BA zu. Die Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL). Eine deutliche Reglementierung der chirurgischen Versorgung. Diese tritt – Corona sei Dank – zum Glück erst am 1.1.2021 in Kraft. Nur die Kliniken, die die Mindestanforderungen der QSFFx-RL erfüllen, dürfen in Zukunft hüftgelenknahe Femurfrakturen versorgen. Zur Überprüfung der Anforderungen soll eine jährliche strukturierte Abfrage erfolgen. Davon unberührt muss weiterhin die externe Qualitätssicherung durchgeführt werden.

Wesentliche Neuerung ist, dass für die Notfallversorgung jeweils ein Arzt und eine Pflegekraft benannt werden müssen. Der Arzt muss über die Zusatzweiterbildung

„Klinische Notfall- und Akutmedizin“, die Pflegekraft über die Weiterbildung „Notfallpflege“ verfügen. Für Patienten mit positivem geriatrischem Screening ist eine tägliche geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung zu gewährleisten. Dazu wird ein Facharzt für Geriatrie benötigt. Insgesamt sieben SOPs müssen speziell für die Versorgung hüftgelenknaher Frakturen nachgewiesen werden. Wer nicht in der Lage ist, die Patienten innerhalb von 24 Stunden zu operieren, fällt aus dem Versorgungssystem. Die Behandlung hüftgelenknaher Frakturen gehört zum Kerngeschäft jeder (unfall)chirurgischen Klinik. Es bleibt zu hoffen, dass die bürokratischen Hürden nicht dazu führen, dass die flächendeckende Versorgung dieser Verletzungen nicht mehr gewährleistet werden kann.

Immer neue Gesetze und Richtlinien des G-BA lassen den bürokratischen Aufwand in den Kliniken exponentiell ansteigen. Es bleibt zu hoffen, dass die damit verbundene Distraction von unserer eigentlichen Aufgabe – der optimalen chirurgischen Versorgung der uns anvertrauten Patienten – nicht genau das Gegenteil der intendierten Absicht des Gesetzgebers bewirkt.

Die Corona-Pandemie war und ist ein Stress-test für unsere Kliniken, den wir hervorragend bestanden haben. Die Leistungsfähigkeit insbesondere in der Notfallversorgung sollten wir unter allen Umständen erhalten. Trotz aller bürokratischen Hürden sollte unser Fokus patientenorientiert bleiben. Die Patienten können und wollen wir nicht ändern, die Versorgungsstrukturen schon. ○

Hahn P: Reform der Notfallversorgung: eine Gleichung mit vielen Unbekannten . Passion Chirurgie. 2020 September, 10(09): Artikel 01_01.



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

A photograph of surgeons in an operating room, wearing blue scrubs, masks, and hairnets. The scene is dimly lit with blue surgical lights. A large red triangle with a white dashed border is positioned in the lower right foreground, pointing upwards towards the text.

EINSCHNITT

chirurgIn-werden.de

Wage den Schnitt!

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
Katrín Kammerer (Tel: +49 (0) 30 28004-202 |
passion_chirurgie@bdc.de)

VERLAG

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

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

Sabine Bugla
PassionChirurgie@t-online.de
Tel: +49 (0) 5632 966147

ABBILDUNGSHINWEISE

Teaserfotos von iStock oder von den Autoren.

ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

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



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

EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

© BDC-Service GmbH | Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin
Auflösung Bilderrätsel aus 06|Q2|2020: Da Vinci-Roboter

ISSN 2194-5586

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****1 EDITORIAL**

- 1 Reform der Notfallversorgung: eine Gleichung mit
vielen Unbekannten *M. P. Hahn*

6 SCHAUFENSTER**8 CHIRURGIE***im Fokus*

8

**CME-ARTIKEL:
DAS FEMOROACETABULÄRE
IMPINGEMENT (FAI) ALS RELEVANTE
DIFFERENTIALDIAGNOSE ZUR
LEISTENHERNIE**

C. Gatzka

15

**INDIKATIONEN ZUR KIRSCHNERDRAHT-
OSTEOSYNTHESE BEI FRAKTUREN
DER HAND**

J. Seifert, M. Hakimi

23 CHIRURGIE⁺

- 23 Webinar-Termin im Oktober 2020:
S3-Leitlinie „Kinderschutz“
- 24 Medizin für den Menschen: Gesundheit
vor Gewinn – Gedanken zum offenen Brief
des Bündnisses Junger Ärzte vor dem Hintergrund
des Nachwuchsmangels *B. J. Braun, J.-A. Rüggeberg*



- 28 **Safety Clip:** Sicherheitsmanagement:
Mit dem Unerwarteten umgehen.
Die Konzepte Safety-I und Safety-II
unter der Lupe *N. Manig-Kurth*

- 33 **Hygiene-Tipp:** Tröpfchen und Aerosole – (k)ein
Widerspruch bei der Übertragung von COVID-19?
*W. Popp, N. Parohl, L. Jatzwauk,
R. Schmithausen, W. Kohnen*

- 36 Personalia

38 RECHT

- 38 F+A: Tätigkeiten von Assistenzärzten
aus Drittstaaten mit Berufserlaubnis *J. Heberer*
- 39 F+A: Ausgleichsanspruch für
Privatliquidationsanteil *J. Heberer*

40 GESUNDHEITSPOLITIK

- 40 **BDC-Praxistest:** Kompetenzbasierte Weiterbildung:
Ursprünge, Inhalte und Erfahrungen *J. Ludwig*

46 INTERN

46 DGCH

- 46 Kommentar des Generalsekretärs *H.-J. Meyer*
- 49 Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung
2020 *H.-J. Meyer*
- 51 Einladung zum 138. Jahreskongress der
Deutschen Gesellschaft für Chirurgie *M. Ehrenfeld*
- 53 Ehrungen

- 54 Nachruf zum Tod von Dr. med. Karim Gawad
J. Izbicki, H. v.d. Bussche

- 55 Nachruf zum Tod von Prof. Dr. med.
Dr. h.c. mult. Friedrich Stelzner *A. Encke*

- 58 Spendenaufruf und Bausteine
Langenbeck-Virchow-Haus

- 62 DGCH-Präsidium ab 1. Juli 2020

- 64 Meine Daten haben sich geändert

66 BDC

- 66 Einladung zur
BDC-Mitgliederversammlung 2020 *H.-J. Meyer*

- 67 BDC-Mitgliederbefragung 2020:
Herzlichen Dank für Ihre wertvolle Beteiligung!
F. Burgdorf, C. Kunze

- 70 BDC | Landesverbände

- 72 BDC|News

- 73 Termine BDC | Akademie

- 76 Lifestyle-Angebote im September 2020

77 PANORAMA

- 77 Bilderrätsel

- 78 Work-Life-Balance hält Einzug auch
in der Chirurgie *I. Mühlwinkel*

Apotheker impfen Patienten künftig gegen Grippe



Die AOK Rheinland/Hamburg und der Apothekerverband Nordrhein haben sich auf ein bislang bundesweit einmaliges Modellvorhaben zur Gripeschutzimpfung in Apotheken geeinigt. Damit können Patienten bereits ab diesem Herbst in der Region Nordrhein ihren Gripeschutz außerhalb einer Arztpraxis erwerben.

Ermöglicht wird dieses Modellvorhaben durch das im März in Kraft getretene Masernschutzgesetz. Das Projekt läuft über einen

Zeitraum von drei Jahren und wird wissenschaftlich begleitet und ausgewertet. Ziel ist es, eine höhere Impfquote bei den über 60-Jährigen von derzeit 35 auf von der WHO angestrebte 75 Prozent zu erreichen. Zuvor müssen die Apotheker eine Fortbildung absolvieren – die Bundesapothekerkammer hat dazu Leitlinien erarbeitet. Die Grippeimpfung wird den Apothekern pauschal mit 12,61 Euro vergütet. Der Impfstoff wird zusätzlich abgerechnet.

DGTHG veröffentlicht neue Leistungsstatistik



Die Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie hat ihre jährliche Leistungsstatistik veröffentlicht. Die Auswertung der Leistungszahlen verzeichnet einen leichten Anstieg der herzchirurgischen Operationen um 1,8 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Insgesamt wurden 2019 100.446 Operationen am Herzen durchgeführt. Werden Eingriffe wie das Einsetzen von Herzschrittmachern oder Defibrillator-Eingriffe mitgezählt sind es 175.705

Dabei werden die Patienten immer älter. Die Gruppe der über 80-Jährigen nahm im vergangenen Jahr um 6,2 Prozent zu und machte 18,6 Prozent aller operierten Herzpatienten aus. Die Überlebensrate von zirka 97 Prozent ist nahezu gleichgeblieben und kann als Indikator für eine qualitativ hochwertige herzchirurgische Versorgung angesehen werden.

Die Aortenklappenstenose zählt derzeit zu der am häufigsten invasiv therapierten Herzklappenerkrankung, gefolgt von der Mitralklappeninsuffizienz. Koronare Bypass-Operationen stiegen dagegen 2019 nur leicht um 0,66 Prozent an.

Mehr lesen... <https://bit.ly/2ZMNr1a>

Defizite der Tele- matikinfrastruktur sorgen für Unmut unter den niederge- lassenen Ärzten

Technische Mängel in der Umsetzung der Tele-
matikinfrastruktur (TI) führten zu massiven
Protesten bei den niedergelassenen Ärzten.
In einem offenen Brief an die Kassenärztliche
Bundesvereinigung forderten Vorstände von
neun Kassenärztlichen Vereinigungen drasti-
sche Reformen bei der TI.

Die Vertretersammlung der KV Baden-Würt-
temberg verlangte den Rücktritt des KBV-Vor-
standes. Gründe für den Protest waren u.a.
wochenlange Störungen beim Betrieb der TI, zu
hohe Anschlusskosten und fehlende Rahmen-
bedingungen wie eine durch die Gematik zuge-
sagte Datenschutzfolgeabschätzung.

Zudem arbeitet die KBV an einer IT-Sicherheits-
richtlinie. Wer aber die Kosten für beispielsweise
regelmäßige Sicherheits-Updates tragen muss,
ist noch nicht entschieden. Die Ärzte fürchten,
auf den Kosten sitzen zu bleiben.

Zu den den offenen Brief unterzeichnenden
KVen gehören Baden-Württemberg, Bayern,
Mecklenburg-Vorpommern, Hessen, Nordrhein,
Rheinland-Pfalz, Saarland und Westfalen-Lippe
sowie Niedersachsen.

AUS DEM BDC-LANDESVORSITZ BERLIN

Dr. Ralph Lorenz für Deutschen Engagementpreis nominiert



Der Berliner Landesvorsitzende des BDC Dr. Ralph Lorenz wurde
aufgrund seines Engagements bei Chirurgen für Afrika für den
Deutschen Engagementpreis nominiert.

Der Deutsche Engagementpreis ist der Dachpreis für freiwilliges
Engagement und wird vom Bündnis für Gemeinnützigkeit – einem
Zusammenschluss von großen Dachverbänden und unabhängi-
gen Organisationen des Dritten Sektors sowie von Experten und
Wissenschaftlern in Deutschland – verliehen. Mit ihm werden
engagierte Menschen, Initiativen, Unternehmen sowie öffentli-
che Verwaltungen in fünf Kategorien geehrt: Chancen schaffen,
Leben bewahren, Generationen verbinden, Grenzen überwinden
und Demokratie stärken. Ziel ist es, die Anerkennungskultur in
Deutschland zu stärken und mehr Menschen für freiwilliges Enga-
gement zu begeistern.

Chirurgen für Afrika hilft Menschen mit Leisten- und Bauchdeckenbrüchen, die sonst keinen Zugang zu medizinischer Versorgung
haben. Im Fokus stehen dabei vor allem die afrikanischen Entwicklungsländer. Um eine Nachhaltigkeit der Projekte zu ermöglichen,
werden die dort tätigen Chirurgen während dieser Zeit durch OP-Teams von Chirurgen für Afrika ausgebildet.

Die Gewinner erwartet ein Preisgeld von je 5.000 Euro pro Kategorie. Die Verleihung der Preise findet am 3. Dezember 2020 in Berlin statt.
Eine Eigenbewerbung ist nicht möglich.

IM FOKUS

Orthopädie & Unfall- chirurgie

CME
ARTIKEL
2 CME PUNKTE

**Korrespondierender Autor:****Dr. med. Christian Gatzka**

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

Hamburger Hüftmanufaktur

Große Bleichen 32

20354 Hamburg

kontakt@dr-gatzka.de

www.dr-gatzka.de

Co-Autoren:

- 1) Jens Krüger, Sportchirurgie Dr. Jens Krüger, Berlin, D
- 2) Lorenz Büchler, Kantonsspital Aarau, CH
- 3) Catarina Chiari, Universitätsklinik Wien, AUT
- 4) Stefan Fickert, Sportopaedicum Straubing, D
- 5) Hans Gollwitzer, Excellence Center of Medicine München, D
- 6) Jörg Schröder, BG Unfallklinik Berlin, D
- 7) Uwe Meiners, Radiologie am Kaufhof, Lübeck, D

Gatzka Chr: CME-Artikel: Das femoroacetabuläre Impingement (FAI) als relevante Differentialdiagnose zur Leistenhernie. Ätiologie – Anamnese – Diagnostik – Behandlungsoptionen. Passion Chirurgie. 2020 September, 10(09/III): Artikel 03_01.



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

CME-Artikel:

Das femoroacetabuläre Impingement (FAI) als relevante Differentialdiagnose zur Leistenhernie

ÄTIOLOGIE – ANAMNESE – DIAGNOSTIK – BEHANDLUNGSOPTIONEN

Das femoroacetabuläre Impingement (FAI) als relevante Differentialdiagnose zur Leistenhernie

Im eCME-Center des BDC können Sie einen Test durchführen und bei korrekter Beantwortung zwei CME-Punkte erhalten. Am Ende des Artikels finden Sie eine Anleitung.

EINLEITUNG

Die Ursachen von Leistenschmerz sind vielfältig. Differentialdiagnostisch gilt es vor allem, die **Leistenhernie**, aber auch Erkrankungen des Hüftgelenkes wie das **femoroacetabuläre Impingement (FAI)** auszuschließen. Darüber hinaus gilt es, **muskulotendinöse und vertebrale Schmerzursachen** zu berücksichtigen.

Das bereits vor **mehr als 15 Jahren** von der Berner Arbeitsgruppe um Prof. Reinhold Ganz erstmals beschriebene **femoroacetabuläre Impingement (FAI)** als Ursache von akutem und chronischem Leistenschmerz findet erst langsam Eingang in den klinischen Alltag. Pathomechanisch gekennzeichnet durch eine **funktionelle Enge zwischen Schenkelhals und Pfannenrand** stellt das FAI unbehandelt eine **relevante mechanisch bedingte Präarthrose** dar und gilt zunehmend als entscheidende **Differentialdiagnose zur**

„klassischen“ Leistenhernie oder der **„weichen“ Leiste beim Sportler**.

KLASSIFIKATION UND ÄTIOLOGIE

Prinzipiell wird zwischen dem **CAM-** beziehungsweise „**Nockenwellen**“-Impingement mit aufgehobener Taillierung des Schenkelhalses (**Abbildung 1 und 2**) und dem **PINCER-** oder „**Kneifzangen**“-Impingement mit einer vermehrten Überdachung des Pfannenrandes über dem Hüftkopf unterschieden (**Abb. 3**). Vielfach liegen jedoch Mischformen aus beiden Komponenten vor („**Mixed CAM- / PINCER-Impingement**“).

Ätiologisch kann das CAM-Impingement aus einer fehlerverheilten Epiphyseolysis capitis femoris (ECF) und dem Morbus Perthes bei Kindern, sowie einer in Fehlstellung verheilten Schenkelhalsfraktur beim Erwachsenen resultieren. Recht neu ist die Feststellung, dass exzessiver Sport bei



Abb. 1–2: Laterale Gelenkspaltverschmälerung bei einem 45-jährigen Patienten mit Leistenschmerz und CAM-Fehlform des Kopf-Halsübergangs (li. 1: a.p., re. 2: seitliche Aufnahme). © C. Gatzka



Abb. 3: „Über-Überdachung“ (segmentaler Pincer) der Pfanne über den Hüftkopf mit Retroversionsfehler des Acetabulums (Vorderrand der Pfanne überkreuzt den Hinterrand, siehe Pfeil)
© L. Büchler.

Kindern und Jugendlichen eine „Wachstumsfehleitung“ mit Ausbildung einer Kopf-/Hals-Fehlform vom CAM-Typ begünstigen kann. Ursächlich wird hierfür ein rezidivierender mechanischer Stress auf die Wachstumsfuge mit einem frühzeitigen Verschluss/Ossifikation verantwortlich gemacht. Diese Impingementsituation entsteht damit oft bereits im Adoleszentenalter, bleibt jedoch häufig lange unbemerkt, da die Schmerzen erst durch die fortschreitende Schädigung des Gelenks hervorgerufen werden.

Das Pincer-Impingement ist meist idiopathischer Genese und kann sowohl *segmental* (v.a. Männer – Abb. 3) wie auch *global* / zirkumferent (v.a. Frauen – Abb. 7b) vorkommen. Erworbene Pincer-Deformitäten entstehen entweder traumatisch (Beckenring-, Acetabulumfrakturen) oder postoperativ nach inkorrekten Pfannenschwenkungsoperation im Rahmen der Dysplasiebehandlung.

PATHOMECHANIK UND PATIENTENKOLLEKTIVE

Beim FAI wird durch Bewegungen im Hüftgelenk ein **mechanisches Anschlagphänomen** zwischen Schenkelhals und Pfannenrand mit

Schädigung des Labrum acetabulare und des **angrenzenden Knorpels** erzeugt. Neben den klassischen Veränderungen an Schenkelhals und Pfanne zeigen neuere Arbeiten, dass auch ein **pathologischer Formfehler des proximalen Femurs** (z.B. *Coxa vara* und *femorale Retroversion* > *vorderes Impingement* // *Coxa valga* und *vermehrte Anteversion* > *hinteres Impingement*) und eine **fehlrotierte Pfanne** (*azetabuläre Retroversion* (siehe Abb. 3) > *vorderes Impingement* // *verstärkte azetabuläre Anteversion* > *hinteres Impingement*) ein Impingement bedingen kann. Als **Risikogruppen** zur Entstehung eines symptomatischen FAI wurden **Leistungssportler** (v.a. Fußball, Eishockey, Leichtathletik und Turnen, Kampfsport) identifiziert, bei denen es durch wiederholte Bewegungsmuster zu einer Einklemmungssymptomatik mit konsekutiver Schädigung kommt.

KLINISCHE SYMPTOME, UNTERSUCHUNG, DIFFERENTIALDIAGNOSE

Typisches klinisches Symptom des FAI ist ein **bewegungsabhängiger Leistenschmerz** oder ein **Ruhschmerz nach langem, tiefem Sitzen**. Die Wertigkeit klinischer Tests ist für das „klassische“ Impingement recht gut.

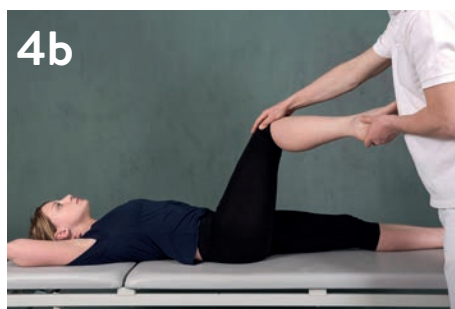


Abb. 4 a, b und 5 a, b © M. Kindler:

4 a, b) Ganz I oder FADDIR Test zur Detektion des vorderen Impingements

5 a, b) Ganz II oder FABER Test zur Detektion des hinteren Impingements

Für das **vordere Impingement** ist der Ganz I oder FADDIR (flexion **a**dduction internat rotation – Abb. 4)-Test häufig positiv, für das **hintere Impingement** der Ganz II oder auch FABER (flexion **a**bduction external rotation – Abb. 5)-Test. Bei unklaren Befunden und der **Differentialdiagnose zwischen einer intra- oder extraartikulären Schmerzsache** hat die **intraartikuläre Schmerzmittelinjektion** eine hohe Bedeutung gewonnen. An **extraartikulären knöchernen Ursachen** wäre z. B. an das **subspinale Impingement** zu denken. Hierbei kommt es durch eine prominente bzw. weit überhängende **Spina iliaca anterior inferior** (Abb. 6) zu einem Anschlagen am Schenkelhals bei tiefer Hüftbeuge mit konsekutivem Schmerz. Neben den klinischen Tests und einer differentialdiagnostischen Schmerzmittelinfiltration/-injektion ist die **Anfertigung einer adäquaten Bildgebung** essentiell.

BILDGEBUNG

Die Basisdiagnostik zur Abklärung eines FAI umfasst eine regelrecht zentrierte **Becken-übersichtsaufnahme** in korrekter Rotations- und Versionseinstellung in Kombination mit einer **seitlichen Aufnahme des Schenkelhalses** (als Lauenstein-, „cross table“- oder

Dunn-Aufnahme). Befundabhängig kann zusätzlich eine im französischen Sprachraum durchaus gängige **Faux-Profil-Aufnahme nach Lequesne** ergänzt werden (Abb. 7a und b). Diese Aufnahmetechnik hat ihre vornehmliche Relevanz zur a) Bestimmung der anterioren Überdachung des Femurkopfes bei der Dysplasie (7a) b) der Entdeckung eines subspinalen Impingements (6) und/oder c) der Erkennung einer Dezentrierung des Hüftkopfes mit ventraler (7a) und/oder inferiorer (7b) Gelenkspaltverschmälerung. Pathomorphologische Veränderungen am Schenkelhals werden in einer seitlichen Aufnahme durch den **α -Winkel** beziehungsweise die Bestimmung des **Offsets** verifiziert (Abb. 2). Zur Beurteilung der **acetabulären Version** dienen das „cross over“- (COS) (Abb. 3) und das „posterior wall“-Zeichen (PWS) auf der Beckenübersichtsaufnahme. Diese Zeichen werden jedoch durch die **Beckenkipfung** („tilt“) beeinflusst, was deren Aussagekraft wiederum etwas einschränkt. „Goldstandard“ der Schichtbilddiagnostik ist das **hochauflösende MRT mit intraartikulärer Kontrastmittelgabe**. Neuere Arbeiten weisen zudem auf den vorteilhaften Nutzen eines **Traktions-MRTs** zur a) Detektion von okkulten Labrumab- und/oder -eintrissen (Abb. 8a), b) besserer Darstellung von Rupturen des Lig. capitis femoris



Abb. 6: Überhängende Spina iliaca anterior inferior mit sogenanntem subspinalen (extraartikulärem) Impingement © L. Büchler



Abb. 7a, b: Gelenkspaltverschmälerung:

- a) Anteriore Gelenkspaltverschmälerung mit Dezentrierung des Kopfes nach ventral bei Hüftgelenkdysplasie
- b) Inferiore Gelenkspaltverschmälerung und Dezentrierung des Hüftkopfes in der Faux-Profil-Aufnahme beim PINCER © C. Gatzka

und c) Kenntlichmachung eines Teppichphänomens hin (**Abb. 8b**). Diese Untersuchungstechnik ist jedoch – aufgrund des nicht unerheblichen Aufwandes – noch sehr selten verfügbar. Für die Bestimmung von **Schenkelhalstorsion und Pfannenversion** galt die CT-Untersuchung bislang als „Goldstandard“. Aufgrund der fehlenden Strahlenbelastung bei nahezu gleicher Wertigkeit wird in neueren Arbeiten der MRT-Untersuchung der Vorzug gegeben (**Abb. 9**).

BEHANDLUNGSOPTIONEN, ERGEBNISSE, PROGNOSTISCHE FAKTOREN

Erste kontrollierte Studien zeigen eine gewisse **Überlegenheit der operativen versus der konservativen Behandlung des FAI**. Aufgrund des jedoch noch nicht sicher prognostizierbaren natürlichen Verlaufs des FAI werden prophylaktische Operationen bei asymptomatischen Patienten aktuell noch sehr zurückhaltend gesehen.

Fünf wesentliche operative Behandlungsformen haben sich in den letzten Jahren etabliert:

- *chirurgische Hüftluxation (CL)*
- „*mini open*“-*(MO)*-Techniken mit und ohne arthroskopische Unterstützung
- *Hüftgelenksarthroskopie (ASK)*
- *femorale Umstellungsoperationen*
- *acetabuläre Umstellungsoperationen*

Allen Verfahren wird eine Befundverbesserung nach operativer Intervention zugesprochen. Die Komplikation der Trochanterpseudarthrose wird zugangsbedingt nur bei der chirurgischen Hüftluxation gesehen, heterotope Ossifikationen finden sich bei allen Verfahren. In einer aktuellen Studie zur Rate heterotoper Ossifikationen beim CAM-Trimming konnte diese durch Gabe eines NSAR für zwei Wochen postoperativ signifikant reduziert werden. Aktuelle Leitlinien des **AGA-Hüftkomitees** empfehlen sogar die Einnahme einer Ossifikationsprophylaxe über drei Wochen. Läsionen des N. cutaneus femoralis lateralis werden zugangsbedingt gehäuft nach „mini open“-Verfahren beobachtet. Kumulativ sind die Komplikation nach „mini open“-Techniken



a



b

Abb. 8a, b:

- a) „Korbhenkelartiger Labrumabriss im Traktions-Arthro-MRT © U. Meiners
b) Teppichphänomen mit Ablösung des Knorpels (hier mit Labrum) vom knöchernen Untergrund / Knochen und konsekutiver paralarer Zyste © U. Meiners

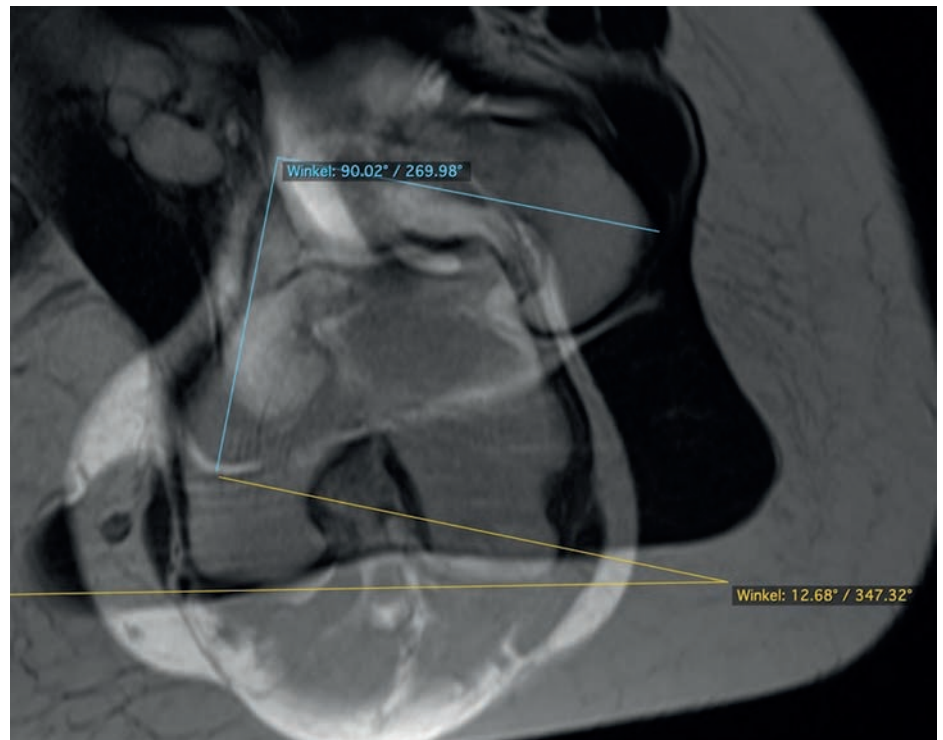


Abb. 9: MRT-Torsionsmessung durch Übereinanderprojektion der Schichten © U. Meiners

gegenüber der Hüftarthroskopie recht deutlich erhöht. Durch unterschiedliche Patientenzahlen, inhomogene Patientengruppen und uneinheitliche Klassifikations- und Nachuntersuchungsscores in den unterschiedlichen Nachuntersuchungsgruppen ist die Aussagekraft der einzelnen Studien jedoch unter Vorbehalt zu sehen.

Ziel der operativen Intervention ist die Behandlung der vorherrschenden Pathologie (z. B. Schenkelhalstaillierung, Pfannenrandtrimming, Labrum- und Knorpelchirurgie) zur Schmerzreduktion, Verbesserung der Hüftgelenksbeweglichkeit und Verminderung des Arthrosrisikos. In mehreren Arbeiten wurden die verschiedenen operativen Optionen

analysiert. Die spezifischen Vor- und Nachteile der operativen Therapien zeigt **Tabelle 1**.

Therapie von Zusatzläsionen:

- Für **Labrumläsionen** werden bessere Ergebnisse nach Refixation/-naht im Vergleich zur Resektion erzielt. Für die Behandlung eines eingerissenen oder instabilen Labrums sind befundabhängig sowohl die Resektion, die Naht mittels Fadenankern als auch die Rekonstruktion mittels Fascia-lata-Streifen und dem Ligamentum capitis femoris beschrieben.
- **Knorpelschäden** werden in Analogie zu anderen Gelenken mittels knochenmarkstimulierenden Verfahren mit und ohne Matrix wie auch der Knorpelzelltransplantation und dem osteochondralen Transfer behandelt.
- Eine besondere Form des Knorpelschadens im Hüftgelenk beschreibt das sogenannte „**Teppichphänomen**“. Hier kommt es in der Impingementzone zu einer vielfach langstreckigen und breitflächigen Knorpelablösung, teilweise unter Einschluss des Labrum acetabulare (**Abb. 8a**). Therapeutisch sind sowohl die Entfernung des Lappens mit nachfolgender Knorpeltherapie, die „unterminierende“ Mikrofraktur und Wiederauflage sowie das Festkleben des Lappens mit Fibrin beschrieben.

Übereinstimmend sind die Ergebnisse der FAI-Behandlung stark von der vorhandenen Labrum- und Knorpelpathologie abhängig. Die Berücksichtigung der ursprünglich von Tönnis und Klenke bei der Dysplasiebehandlung beschriebenen *präoperativen Bestimmung und intraoperativen Korrektur von Pfannenversion und Schenkelhalstorsion* (sogenannter **Mc-Kibbin-Index**) gewinnt auch bei der Behandlung des FAI an Bedeutung. Einige wenige Arbeitsgruppen adressieren diese Pathologie und führen bei Impingementsymptomen, welche auf Basis einer femoralen Fehltorsion und einer azetabulären Versionsfehlstellung entstehen, reorientierende Becken- und Femurosteotomien durch (Vor- und Nachteile der jeweiligen operativen Verfahren siehe **Tabelle 1**). Zur abschließenden Wertung der Ergebnisse

der operativen Therapie unterschiedlicher Pathologien und bereits vorhandener intraartikulärer Schädigung gilt es für die Zukunft *einheitliche Klassifikationen* sowohl der intraartikulären Läsionen wie auch der räumlichen Orientierung im Gelenk und standardisierte Outcome-Scores zu fordern. Die bisher (vor allem für Hüftprothesenpatienten entwickelten) verwendeten *Merle*

d'Àubigné- oder *Harris-Hip-Scores* bilden das zumeist jüngere FAI-Patientenkollektiv nicht regelrecht ab. Der internationale Nachuntersuchungsscore der **MAHORN** (**M**ulticenter **A**rthroscopy of the **H**ip **O**utcomes **R**esearch **N**etwork)-Gruppe oder die des nationalen **DART** bzw. **Knorpelregisters** könnten hier einen Beitrag zur internationalen Vereinheitlichung und Ergebnisevaluation leisten.

Tab. 1: Die Vor- und Nachteile der operativen Verfahren zur Behandlung des FAI

	Vorteile	Nachteile
Chirurgische Hüftluxation	• Vollständige 360 Grad Visualisierung und Zugang zur gesamten azetabulären und femoralen Gelenkfläche sowie Schenkelhals • Möglichkeit der zirkumferentiellen Ablösung und Refixation des Labrums • Templates als Korrekturvorgabe zum CAM Trimming • Lange Erfahrung	• Großer, technisch anspruchsvoller Zugang • Trochanterosteotomie notwendig • Lig. teres Durchtrennung notwendig • ME in 25 % der Fälle wegen Schraubenirritation notwendig • Zugangsbedingt erhöhter Blutverlust • Aufwändige Lagerung • Hüftkopfnnekrosen in Einzelfällen beschrieben • Erhöhtes Risiko heterotoper Ossifikationen
„Mini open“ Hüft OP	• Technisch einfach • Schnelle Lagerung • Gute Aufsicht auf ventrale/ventrolaterale Pathologien • (Kopf/Hals) • Kurze OP Dauer • Keine Dislokation oder • Trochanterosteotomie notwendig	• Erkennung und Therapie intraartikuläre Pathologie nur durch Zuhilfenahme der ASK möglich • Limitierte Übersicht / 3-D-Korrektur bei 2-D-Sicht schwierig • Aufwändige Lagerung • Dorsaler Pfannenrand / dorsolateraler Schenkelhals kaum einsehbar • Irritationen des NCFL in bis zu 10 % der Fälle • Heterotopie Ossifikationen
Hüftarthroskopie	• Minimalinvasiv • Ggf. ambulant durchführbar • Schnelle REHA • Keine Dislokation oder Trochanterosteotomie notwendig • Gute Darstellung intraartikulärer Pathologien durch Vergrößerung und Kamerasystem	• Limitierte Übersicht / 3-D-Korrektur bei 2-D-Sicht schwierig • Röntgen/BV notwendig • Technisch anspruchsvoll mit sehr langer Lernkurve • NCFL Läsionen beschrieben • Aufwändige Lagerung • Traktionsschäden • Hüftkopfnnekrosen in Einzelfällen beschrieben • In Einzelfällen heterotopie Ossifikationen
Femorale Umstellungsosteotomien	• Lange etabliertes Verfahren mit dokumentiert gutem Erfolg	• Aufwändiger Eingriff • Lange Lernkurve • Lange Dauer der knöchernen Heilung und Ausfallzeiten • Komplikationsträchtig (u.a. hohe Pseudarthrose-rate) • Indikation und präzise Korrektur anspruchsvoll • Das „ideale“ (ubiquitär nutzbare) Implantat existiert bislang nicht • Häufig Implantatentfernung notwendig
Acetabuläre Beckenosteotomien	• Lange etabliertes Verfahren mit dokumentiert gutem Erfolg	• Aufwändiger und anspruchsvoller Eingriff • Lange Lernkurve • Lange Dauer der Heilung und Ausfallzeiten • Komplikationsträchtig • Indikation und präzise Korrektur anspruchsvoll • Pfannennekrosen in Einzelfällen beschrieben

Prognostisch **ungünstige Faktoren für die operative Behandlung** des FAI scheinen

- a) ein **höheres Patientenalter**
- b) ein **fortgeschrittener Knorpelschaden** bzw. eine **radiologisch nachweisbare Arthrose** (≥ 2 nach Tönnis)
- c) ein **hohes präoperatives Schmerzniveau** mit **reduzierter Beweglichkeit**
- d) eine **lang bestehende, unbehandelte Pathologie bei unverminderter Fortsetzung der Risikosportart** und
- e) ein in der Konsequenz **niedriger präoperativer Ausgangsscore**

zu sein.

ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT

- Aktuelle Arbeiten weisen darauf hin, dass das Femoroacetabuläre Impingement (FAI) als relevante Differentialdiagnose zur Leistenhernie zu werten ist
- Unbehandelt stellt das FAI eine relevante mechanisch bedingte Präarthrose dar
- Erste Arbeiten deuten auf eine Überlegenheit der operativen Intervention gegenüber rein konservativen Behandlungsformen hin
- Den Zusammenhang von femoraler Ante-torsion und acetabuläre Versionsfehlstellung (Mc-Kibbin-Index) gilt es zu erkennen und ggf. operativ zu adressieren

- Je nach Befund stehen unterschiedliche Operationstechniken und Behandlungsformen zur Verfügung
- Prognostisch ungünstige Faktoren für die operative Behandlung gilt es zu berücksichtigen und ggf. abzuwägen
- Zur Verhinderung einer verfrühten Verschleißumformung (Arthrose) des Hüftgelenkes gilt es, das FAI als relevante Differentialdiagnose zur Leistenhernie auszuschließen und konsequent zu behandeln.

LITERATUR

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

**JETZT
BUCHEN**



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



Dieser CME-Artikel ist ab jetzt drei Monate kostenlos in Ihrer BDC|Mobile-App oder auf www.ecme-center.org in Ihrem Konto hinterlegt.
Für eine spätere kostenfreie Buchung des Kurses im [eCME-Center] nutzen Sie bitte die PIN: **BDC87419**

Indikationen zur Kirschnerdraht- osteosynthese bei Frakturen der Hand



Korrespondierende Autorin:
Prof. Dr. med. Julia Seifert
 Präsidiumsmitglied im BDC
 Unfallkrankenhaus Berlin
 Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie
 Warenerstr. 7
 12683 Berlin
 Julia.Seifert@ukb.de



Prof. Dr. Mohssen Hakimi
 Chefarzt
 Vivantes Klinikum Am Urban
 Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie
 und Handchirurgie
 Dieffenbachstraße 1
 10967 Berlin
 mohssen.hakimi@vivantes.de



Seifert J, Hakimi M: Indikationen zur Kirschnerdrahtosteosynthese bei Frakturen der Hand. Passion Chirurgie. 2020 September, 10(09): Artikel 03_02.

EINLEITUNG

Die Hand ist unter biomechanischen Gesichtspunkten das komplexeste „Werkzeug“ unseres Körpers: die an den Fingern ausgeprägte haptische Sensibilität gepaart mit einer enormen Beweglichkeit und Kraft bedingen vielfältige Greif- und Haltefunktionen sowie extrem schnelle präzise Bewegungsabfolgen (z. B. Klavierspielen). Aufgrund des enormen Tastsinns ermöglicht sie blinden Menschen zu lesen und die Umwelt haptisch wahrzunehmen und in gewissem Ausmaß zu erkennen. Ihre enorme Funktionalität wird über drei Hirnareale namens „AIP“, „F5“ und „M1“ gesteuert, die für Planung und Ausführung von Handbewegungen verantwortlich sind [9].

Für die Behandlung von Frakturen und Verletzungen an der Hand existiert eine Vielzahl konservativer und operativer Therapiekonzepte. Sogar für die distale Radiusfraktur, die im Folgenden nicht berücksichtigt ist, da sie anatomisch nicht der Hand zugeordnet wird, wurden vor der Ära der winkelstabilen Plattenosteosynthesen Kirschner-Drähte benutzt, die zum Beispiel in der Technik nach Kapandji [8] als Repositionshilfe bis heute ihren Stellenwert behalten haben.

Die Hauptanforderung an diese Verfahren besteht darin, dass sie im Rahmen der Frakturbehandlung die komplexe funktionelle Anatomie und eine größtmögliche Schonung der Weichteile berücksichtigen müssen [11]. Bereits Swanson [10] wies auf die Gefahr der Überbehandlung hin, als er 1975 formulierte, dass eine fehlende Therapie der Hand zur Deformität, eine Übertherapie zur Kontraktur und eine Fehlbehandlung sowohl zur Deformität als auch zur Kontraktur der Hand führen.

Somit müssen die Schonung der Weichteile und insbesondere des Sehnengleitgewebes gegenüber einer anatomischen Rekonstruktion und einer absoluten Stabilität abgewogen werden. Das Hauptziel der Therapie ist die Wiederherstellung der Handfunktion [12].

Im Folgenden werden die Indikationen für den Einsatz von Kirschner-Drähten nach Frakturen an der Hand erörtert.

1 FINGER

1A ENDGLIEDFRAKTUREN

Verschobene Schaftfrakturen oder offene Frakturen im Endgliedbereich können durch einen axialen Kirschner-Draht versorgt werden (**Abb. 1**), wobei, wenn erforderlich, auch eine temporäre DIP-Arthrodese (DIP: „distal interphalangeal“) in Kauf genommen wird. Dabei ist zu beachten, dass zur Vermeidung einer Gewebnekrose der Kirschner-Draht mit niedriger Drehzahl und möglichst ohne mehrfache Versuche gebohrt wird. Die Drahtenden können optional unter der Haut versenkt oder über dieser belassen werden. Für die Dauer der Kirschner-Draht-Behandlung ist eine Ruhigstellung des Endgliedes bzw. des DIP-Gelenkes mit einer Stack-Schiene erforderlich. Im Falle einer passageren Arthrodese des DIP-Gelenkes soll der Draht in der Regel nach 3 Wochen entfernt werden. Bei den Frakturen mit Gelenkbeteiligung sind nach dem Unfallmechanismus zu unterscheiden: Folgen einer Quetschverletzung mit resultierender vielfältiger Frakturmorphologie und aus einem axialen Stauchungstrauma resultierende knöcherne Strecksehnenaustrisse. Letztere können in Abhängigkeit von der Größe und Dislokation des Ausrissfragmentes meist konservativ behandelt werden und bedürfen nicht in allen Fällen einer operativen Fixation. Sofern es im Rahmen der Fraktur zu einer Luxation oder Subluxation des distalen Hauptfragments nach palmar kommt, besteht die Notwendigkeit einer operativen Fixation insbesondere der Gelenkstellung. Bei größeren knöchernen Fragmenten können diese offen oder geschlossen mit Kirschner-Drähten refixiert werden.

Ein häufig und bevorzugt angewendetes Verfahren, das eine größere Schonung der Weichteile ermöglicht, ist die geschlossene Reposition mit Kirschner-Draht-Osteosynthese, wobei perkutan das Fragment mit einem 0,8-mm-Kirschner-Draht entweder direkt oder indirekt refixiert wird, und das DIP-Gelenk durch einen schräg eingebrachten 1,0-mm-Kirschner-Draht passager ruhiggestellt wird.

Als Beispiel für die indirekte Refixation sei das Verfahren nach Ishiguro [6] erwähnt.



Abb. 1a: Fraktur Endglied D3 rechts



Abb. 1b: geschlossene Reposition und Kirschnerdrahtosteosynthese

1B MITTELGIEDFRAKTUREN

Dislozierte Kondylenfrakturen der Mittelglieder bedürfen der offenen Einrichtung und Fixation mittels Kirschner-Draht und/oder kleindimensionierter Zugschraube unter Schonung des lateralen Kapsel-Band-Apparates mit nachfolgender frühfunktioneller Weiterbehandlung. Dislozierte subkapitale Frakturen der Mittelglieder lassen sich bei ausreichender Fragmentgröße auch nach geschlossener Reposition mit einem antegrad eingebrachten intramedullären Draht schienen, wobei auch hier der Streckapparat und die an der Basis ansetzenden Ligg. collaterale und phalangoglenoidale zu schonen sind. Instabile Schaftfrakturen der Mittelglieder, darunter alle verschobenen, können mit Kirschner-Drähten fixiert werden. Stabiler als die Kirschner-Draht-Osteosynthese ist die Osteosynthese mit Zugschrauben, die in perkutaner oder offener Technik eingebracht werden können. Dieses Verfahren geht allerdings im Vergleich zu den Kirschner-Drähten mit einer größeren Beeinträchtigung der Weichteile einher. An der Mittelgliedbasis gefährden insbesondere Stauchungsfrakturen die Funktion des Mittelgelenkes. Sie sollten so früh wie möglich funktionell behandelt werden. Bei erforderlicher offener

Reposition bietet sich der Zugang von dorsal über das sehnensfreie Dreieck an, der eine gute Übersicht über Fraktur und Achse ermöglicht. Bei dislozierten und multifragmentären Brüchen der Mittelgliedbasis kann die Gelenkfläche in der Aufstopftechnik nach Hintringer u. Ender [3] rekonstruiert und mit gitterartig angeordneten Drähten stabilisiert werden. (Abb. 2)

1C GRUNDGLIEDFRAKTUREN

Kondylenfrakturen der Grundglieder sollten wegen der besonderen funktionellen Ansprüche an das betroffene Mittelgelenk anatomisch reponiert und fixiert werden. Sofern eine geschlossene Reposition nicht möglich ist, sollte eine offene vorgenommen werden. Auch hier eignen sich entsprechend dimensionierte Kirschner-Drähte, wobei mit Mini-fragmentzugschrauben eine höhere Stabilität erzielt werden kann. Dabei ist es wichtig, dass bei beiden Verfahren die Implantate unter Schonung des lateralen Kapsel-Band-Apparates und der neurovaskulären Strukturen einzubringen sind. In Analogie zum Mittelglied lassen sich subkapitale Frakturen bei geeigneter Fragmentgröße auch am Grundglied mit antegraden intramedullären Drähten versorgen. Instabile Schräg- oder

Mehrteilfrakturen können mit schräg axial eingebrachten gekreuzten Kirschner-Drähten zu guten funktionellen Ergebnissen führen, sofern sie höchstens 3 bis 4 Wochen belassen werden (Abb. 3).

Meist kann bei liegenden Kirschner-Drähten bereits ab der 2. postoperativen Woche funktionell geübt werden.

2 MITTELHAND

2A SUBKAPITALE FRAKTUREN

Zur Behandlung der subkapitalen Frakturen hat sich insbesondere am 2., 4. und 5. Mittelhandknochen die antegrade Markraumschienung in der von Foucher [2] beschriebenen Technik etabliert. Das Verfahren erlaubt eine geschlossene Reposition und übungsstabile Fixation. Die retrograde Kirschner-Draht-Stabilisierung des Mittelhandknochens als Therapiekonzept musste wegen der erheblichen Beeinträchtigung der Streckhaube verlassen werden.

Als Implantate werden je nach Größe des zu versorgenden Mittelhandknochens 1 oder 2 stumpfe Kirschner-Drähte von 1,2–1,6 mm Durchmesser verwendet, deren Enden leicht

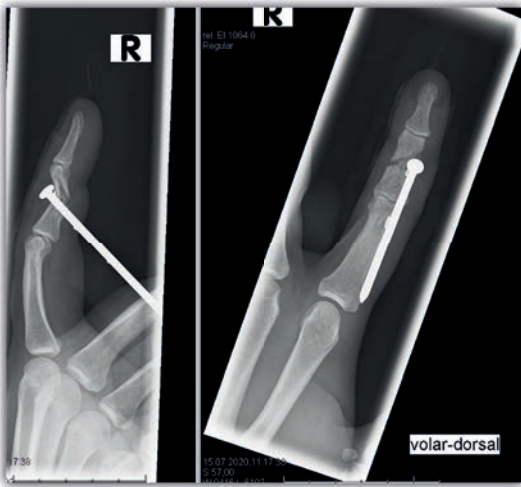


Abb. 2a: Nageldurchschuss Mittelglied D2 rechts mit Fraktur

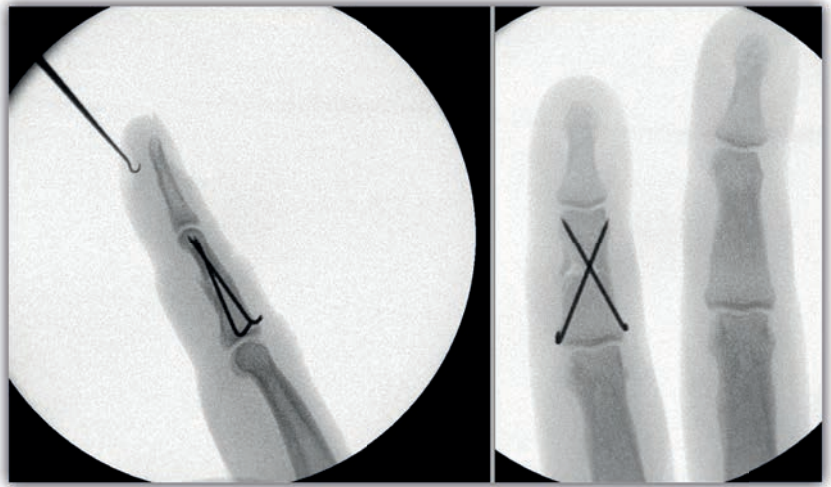


Abb. 2b: gekreuzte Kirschnerdrahtosteosynthese



Abb. 3a: gelenknahe Grundgliedrümmerfraktur D5 links

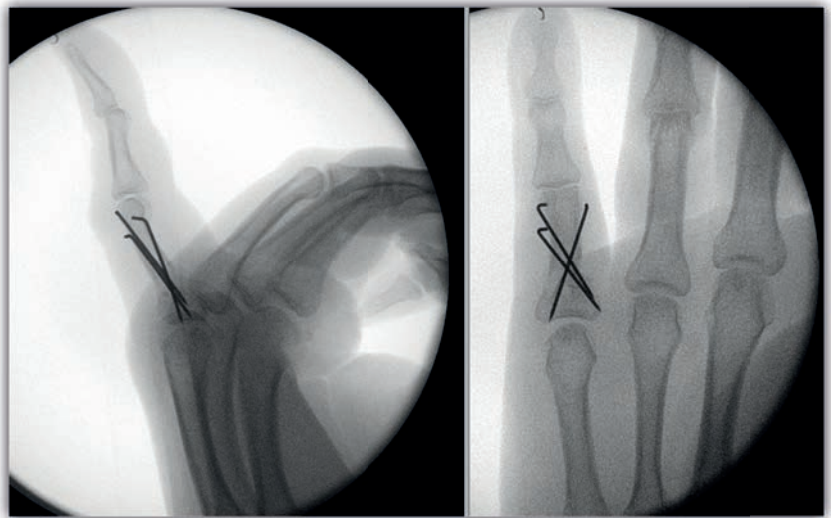


Abb. 3b: Kirschnerdrahtosteosynthese D5 Grundglied

hockeyschlägerförmig umgebogen sind. Möglich ist auch die Versorgung mit einem einzelnen dicken oder mit 3 bis 4 dünnen Drähten. [1]

Letzteres entspricht der von Foucher [2] inaugurierten Bouquet-Osteosynthese. Die Reposition kann geschlossen über palmaren Druck, durch Drehen des im Kopf liegenden Drahtendes oder durch perkutanen Einsatz eines zusätzlichen Drahtes als Joystick erfolgen.

Abhängig von der intraoperativ erzielten Stabilität kann für 2 bis 3 Wochen optional eine Mittelhandbandage („brace“) angelegt

werden. Die Implantatentfernung kann in der Regel ab der 6. postoperativen Woche erfolgen.

2B SCHAFTFRAKTUREN

Auch bei ihnen können die Kirschner-Drähte eingesetzt werden, wobei die Platten- oder Zugschraubenosteosynthesen eine größere Stabilität vermitteln. In diesem Bereich ist, anders als an den Phalangen, der Einsatz von Plattenosteosynthesen bei Querfrakturen, kurzen Schräg- oder Trümmerfrakturen sowie bei Frakturen mit knöchernen Defekten im Mittelhandbereich empfohlen, sofern die

Weichteile schonend präpariert, die Platte ausreichend mit Weichteilen gedeckt und das Sehnengleitgewebe unversehrt belassen werden. Plattenosteosynthesen bieten insbesondere bei Serienfrakturen und erheblichen Weichteilschädigungen ein hohes Maß an Stabilität.

Für die Versorgung lang auslaufender Spiral- oder Schrägfrakturen am 3. und 4. Strahl können auch 2 bis 3 freie Zugschrauben ohne zusätzliche Neutralisationsplatte ausreichend sein, wobei bei alleinigen Schraubenosteosynthesen eine perfekte, anatomische Reposition essenziell ist.

2C BASISFRAKTUREN MHK 2-5

Beim Vorliegen von Frakturen mit karpometakarpaler (Sub)Luxation(stendenz) sind in der Regel eine offene Reposition und Osteosynthese erforderlich. Als Osteosynthesematerialien eignen sich Kirschner-Drähte von 1,0–1,4 mm. Alternativ können auch Minischrauben von 1,5–2,0 mm Durchmesser oder auch in wenigen Fällen Miniplatten eingesetzt werden. Nicht selten ist eine temporäre Transfixation des angrenzenden karpometakarpal oder transmetakarpal mittels Kirschner-Drähten bis zur sicheren Ausheilung sowohl der Fraktur als auch des durch die Luxation zerrissenen karpometakarpalen Bandapparates erforderlich. Diese sollten nach Ausheilung stets entfernt werden. Eine Sonderstellung nehmen die Luxationsfrakturen der Basis des 5. Mittelhandknochens ein, die in Analogie zum Metakarpale I als „mirrored Bennett fracture“ bezeichnet werden. Die Therapie dieser Verletzungen ist häufig problematisch, da der Frakturbereich als Muskelansatzstelle dient und stark dislokationsgefährdet ist. Nicht selten führt auch eine operative Therapie dennoch zu Funktionsdefiziten mit Verbleib von Schmerzen. Die Sekundäreingriffe im Sinne von Arthrodesen stellen dann die letzte Option der Therapie dar, die mittels Spongiosaplastik und Kirschner-Draht-Stabilisierung ausgeführt wird.

2D FRAKTUREN DES 1. MITTELHANDKNOCHENS

Bei Metakarpale-I-Basisfrakturen ist die Kirschner-Draht-Osteosynthese Therapiemethode der 2. Wahl, da durch eine Schraubenosteosynthese oder eine wenig auftragende winkelstabile Plattenosteosynthese eine größere Stabilität erreicht werden kann. Bei der Bennett-Fraktur kann alternativ zur offenen Reposition eine perkutane Stabilisierung mit Kirschner-Drähten durchgeführt werden, sofern die Reposition des Hauptfragmentes an das in situ verbliebene Bennett-Fragment geschlossen gelingt. Diese Technik ist allerdings anspruchsvoll und bedarf eine Ruhigstellung über mindestens 3 bis 4 Wochen. In bestimmten Fällen können auch die geringe Größe des Basisfragmentes und Schwierigkeiten der technischen Durchführung den Einsatz



Abb. 4a: Patient mit multiplen Frakturen Fingergrundglied D2-4 und MC 2 subcapital sowie MC 1 Basis

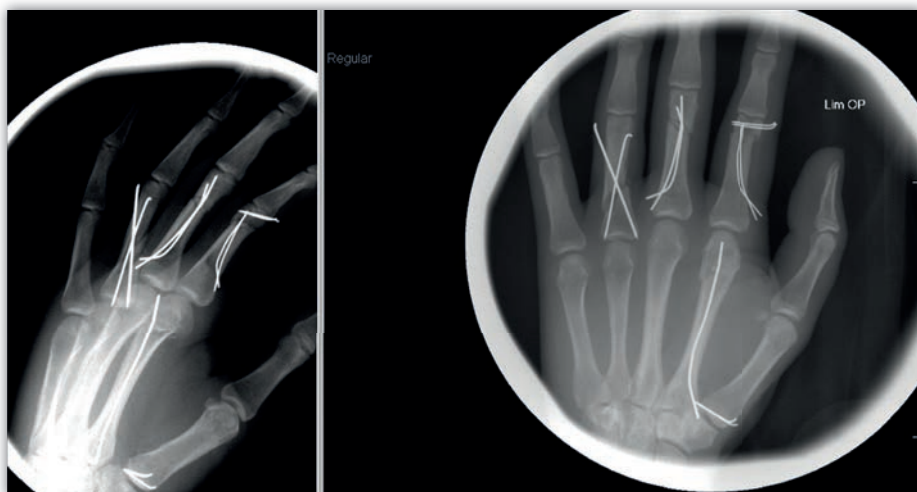


Abb. 4b: Kirschnerdrahtosteosynthesen



Abb. 4c: Ausheilungsergebnis

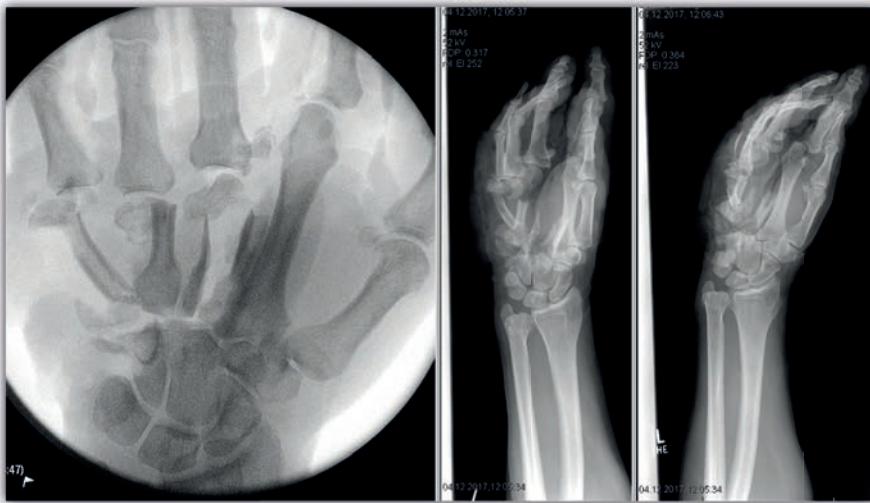


Abb. 5a: schwerste Komplexverletzung Hand

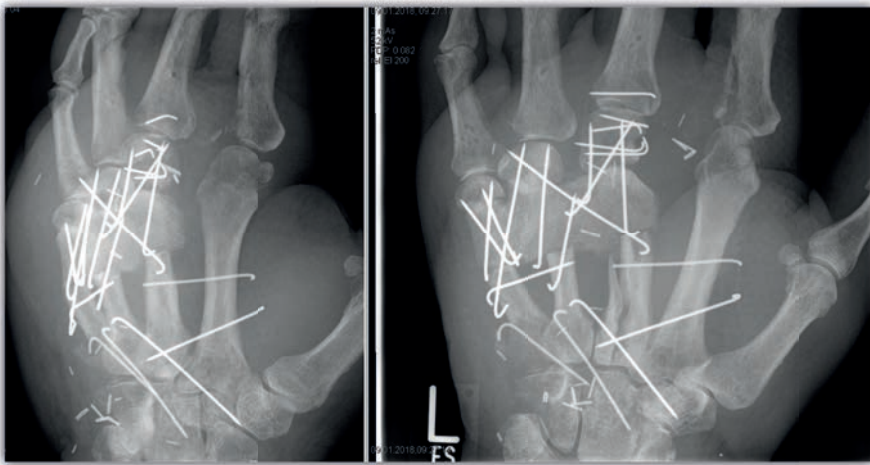


Abb. 5b: offene Rekonstruktion und Arthrodese carpometacarpal, Defektinterposition mit Beckenkammspan MC 3-5, Sehnen, Nerven- und Weichteilrekonstruktion



Abb. 5c: Ausheilung

von Bohrdrähten und ausnahmsweise die zusätzliche Transfixation gegen die Metakarpale-II-Basis oder das Os trapezium ratsam erscheinen lassen. Eingebraachte Drähte sollten jedoch nach 5 bis 6 Wochen entfernt werden. Rolando-Frakturen können nur dann geschlossen behandelt werden, wenn sich durch axialen Zug und über Ligamentotaxis eine Wiederherstellung der Gelenkfläche erzielen lässt. In diesen seltenen Fällen kann eine perkutane Osteosynthese mit mehreren dünnen Drähten erfolgen, evtl. mit zusätzlicher Transfixation von Metakarpale I–II. Sofern die geschlossene Reposition nicht gelingt, muss diese über einen offenen Zugang angestrebt werden. Nach der Reposition kann die Fixation der Gelenkflächenfragmente idealerweise über Minifragmentschrauben, häufig aber nur durch dünne Drähte vorgenommen werden. Im Anschluss an eine meist 2- bis 3-wöchige Ruhigstellung kann mit krankengymnastischer Übungsbehandlung begonnen werden. Winterstein-Frakturen können häufig durch axialen Zug und dorsalen Druck geschlossen reponiert und mit Kirschner-Drähten perkutan stabilisiert werden. Lässt sich allein dadurch keine ausreichende Stabilität erzielen, kann eine Transfixation des 1. an den 2. Mittelhandknochen sinnvoll sein.

3 HANDWURZELFRAKTUREN

Sofern bei den isolierten Frakturen im Handwurzelbereich eine operative Stabilisierung erforderlich ist, sind kanülierte Herbert-Schrauben Mittel der Wahl. Dabei dienen die Kirschner-Drähte als Zieldrähte, die wegen ihres kleineren Durchmessers mehrfach positioniert werden können, bis die ideale Lage erreicht ist, ohne dass dieses Vorgehen zu einer Gefährdung der Knochen-durchblutung führt. Erst dann kann über den Draht aufgebohrt und im Anschluss die Schraube eingebracht werden. Bei instabilen Frakturen kann das zusätzliche Einsetzen der Kirschner-Drähte als Joystick dazu führen, dass eine offene Reposition umgangen werden kann. Bei Bandverletzungen, die zu einer Gefügestörung der Handwurzelreihen führen können, ist eine anatomische Wiederherstellung der Position der Handwurzelknochen erforderlich. Dies kann nur durch einen

offenen Zugang gelingen, sofern bei frischen Verletzungen eine Bandrefixation durchgeführt wird und evtl. eine zusätzliche Verstärkung der Handgelenkkapsel erfolgen soll. Zur Wiederherstellung der korrekten Position der Handwurzelknochen werden Kirschner-Drähte als Joystick eingesetzt. Auch zur Sicherung der erfolgten Bandnähte bis zu ihrer Ausheilung wird die Position der Handwurzelknochen mittels Kirschner-Drähten im Sinne einer passageren Arthrodese der Handwurzelknochen fixiert [3].

DISKUSSION

Die Behandlung von Frakturen an der Hand zielt auf die Wiedererlangung ihrer Funktion. Da die Dichte der Strukturen wie Gefäße, Nerven, Sehnen, Sehnengleitgewebe und Bänder an der Hand von proximal nach distal im Verhältnis zum Weichteilmantel zunimmt und dieser insbesondere im Fingerbereich sehr dünn wird, kommt dem schonenden Umgang mit den Weichteilen eine besondere Bedeutung zu. Entsprechend sind die minimalinvasiven und somit weichteilschonenden Osteosynthesen grundsätzlich zu bevorzugen.

Bei der Kirschner-Draht-Osteosynthese handelt es sich um eine minimalinvasive Methode, die sowohl als geschlossenes Verfahren als auch als Stabilisierungsverfahren nach offener Reposition eingesetzt wird. Zudem können die Kirschner-Drähte sowohl als ergänzende Osteosynthese wie Rotationsstabilisierung im Rahmen einer instabilen Skaphoidverschraubung als auch als Joystick-Hilfe bei der geschlossenen oder auch offenen Reposition eingesetzt werden. Dabei ist ihr Einsatz umso unumstrittener, je distaler die Fraktur und je dünner der Weichteilmantel sind. Zwar vermitteln Alternativverfahren wie die Schraubenosteosynthese an den Fingergliedern bis hin zur Plattenosteosynthese an den Metakarpalia eine größere Frakturstabilität im Vergleich zu den Kirschner-Drähten. Sofern sie aber im Rahmen eines offenen Verfahrens eingesetzt werden müssen, gehen sie mit einer größeren Beeinträchtigung der Weichteile einher. Inwieweit diese erhöhte Stabilität zu einer Optimierung der Funktion der Hand führt,

kann anhand der aktuellen Studienlage nicht beurteilt werden, da keine kontrollierten randomisierten Studien zur Abklärung dieser Fragestellung vorliegen. Eine derartige Studie wurde lediglich von Horton et al. [5] bei Schrägfrakturen an den Grundgliedern durchgeführt. Dabei wurde eine Gruppe der Patienten mittels geschlossener Reposition und Kirschner-Draht-Osteosynthese behandelt, die andere Gruppe per offener Reposition und Schraubenosteosynthese. Es konnte kein signifikanter Unterschied bezüglich der Funktion, der knöchernen Heilungsrate oder der Schmerzwahrnehmung festgestellt werden.

Auch die Diskussion um die Vor- und Nachteile einer perkutanen bzw. subkutanen Platzierung der Kirschner-Drähte muss weitergeführt werden. Zwar scheint die subkutane Drahtpositionierung möglicherweise mit einem geringeren Infektionsrisiko behaftet zu sein. Doch laut Rafique et al. [7] ist kein signifikanter Unterschied zwischen einer per- bzw. subkutanen Positionierung der Kirschner-Drähte an der Hand festzustellen.

Zusammenfassend ist die Kirschner-Draht-Osteosynthese auch heute noch eine der wesentlichen Stabilisierungsmöglichkeiten bei der Behandlung der Frakturen an der Hand. In Kombination mit einer frühen Mobilisation und physiotherapeutischen Beübung kann sie an der Hand zu guten bis sehr guten Ergebnissen führen.

FAZIT

Auch wenn die Entwicklung von handchirurgischen Implantaten in den vergangenen Jahren größere Therapieoptionen bei der Versorgung von Frakturen an der Hand erlaubt, haben Kirschner-Drähte in ihrer Bedeutung für die Behandlung dieser Verletzungen nichts eingebüßt. Der Einsatz von Kirschner-Drähten kann bei vielen Frakturen an der Hand zu guten bis sehr guten funktionellen Ergebnissen führen, sofern er von einer frühfunktionellen Therapie begleitet wird. Lediglich bei Gelenk- sowie gelenknahen Frakturen stößt dieses Verfahren an seine Grenzen.

LITERATUR

- [1] Eisenschenk A, Spitzmüller R et al. (2019) Single Versus Dual Kirschner Wires for Closed Reduction and Intramedullary Nailing of Displaced Fractures of the Fifth Metacarpal Neck (1–2 KiWi): A Randomized Controlled Trial. *J Bone Joint Surg. Oct;101-B (10):1263–1271*
- [2] Foucher G (1995) Bouquet osteosynthesis in metacarpal neck fractures: a series of 66 patients. *J Hand Surg [Am] 20:586–590*
- [3] Hakimi M, Linhart W, Windolf J (2003) Functional results two years after the treatment of a delayed diagnosed scapho-capitate fracture syndrome. *Handchir Mikrochir Plast Chir 35:338–341*
- [4] Hintringer W, Ender HG (1986) Percutaneous management of intra-articular fractures of the interphalangeal joints of the fingers. *Handchir Mikrochir Plast Chir 18:356–362*
- [5] Horton TC, Hatton M, Davis TR (2003) A prospective randomized controlled study of fixation of long oblique and spiral shaft fractures of the proximal phalanx: closed reduction and percutaneous Kirschner wiring versus open reduction and lag screw fixation. *J Hand Surg [Br] 28:5–9*
- [6] Ishiguro T, Itoh Y, Yabe Y, Hashizume N (1997) Extension block with Kirschner wire for fracture dislocation of the distal interphalangeal joint. *Tech Hand Up Extrem Surg 1(2):95–102*
- [7] Rafique A, Ali H, Sadiq M et al (2006) Gender difference in metacarpal descent of fifth metacarpal. *J Coll Physicians Surg Pak 16:479–482*
- [8] Seifert J, Müller C, Schauwecker HH (1998) Untersuchungen zu minimalinvasiven Osteosyntheseverfahren bei distalen Radiusfrakturen: intrafokale versus konventionelle Bohrdrahtosteosynthese. *Unfallchirurgie 24: 18–24*
- [9] Staffelhofer S, Scherberger H: Object vision to hand action in macaque parietal, premotor, and motor cortices. *eLife 2016;5:e15278*
- [10] Swanson AB (1970) Fractures involving the digits of the hand. *Orthop Clin North Am 1:261–274*

- [11] Windolf J, Siebert H, Werber KD et al (2008) Treatment of phalangeal fractures: recommendations of the Hand Surgery Group of the German Trauma Society. Unfallchirurg 111:331–339
- [12] Windolf J, Rueger JM, Werber KD et al (2009) Treatment of metacarpal fractures. Recommendations of the Hand

Surgery Group of the German Trauma Society. Unfallchirurg 112:577–589

Bone Joint J. 2019 Oct;101-B (10):1263–1271. doi: 10.1302/0301-620X.101B10.BJJ-2019-0410. R1. Single Versus Dual Kirschner Wires for Closed Reduction and Intramedullary Nailing of Displaced Fractures of the Fifth Metacarpal

Neck (1–2 KiWi): A Randomized Controlled Trial; Andreas Eisenschenk 1 2, Romy Spitzmüller 2, Claas Güthoff 3, Adrian Obladen 1, Simon Kim 2, Esther Henning 2, Jenny E Dornberger 4, Dirk Stengel 5, 1–2-KiWi Investigators



KIRSCHNER-DRÄHTE IN PREMIUMQUALITÄT

100% Made in Germany



Die neueste Generation von
Kirschner-Bohrdrähten
Triple-S – maschinell gefertigt mit
modernster Präzisionstechnologie.



STERIL

coming soon

mk medical
orthopedic implants

MK medical GmbH & Co. KG | orthopedic implants
Tel. +49 7465 32601-0 | info@mk-medical.com

Unsere Fachhändler in Ihrer Region:
www.mk-medical.com/partner





Webinar-Termin im Oktober 2020: S3-Leitlinie „Kinderschutz“

S3-Leitlinie „Kinderschutz“
29.10. 2020, 18:00 Uhr
Frauke Schwier

Fokus des Webinars ist das Erkennen einer körperlichen Misshandlung anhand von Verletzungen bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen und der Umgang mit diesen Hinweiszeichen in Bezug auf Diagnostik, Befundbeurteilung, Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung und die interdisziplinäre Zusammenarbeit.
www.bdc-webinare.de

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

- S3-Leitlinie „Lungenkarzinom“ Do, 19. November, 2020, 18:00 Uhr Prof. Dr. med. Hans Hoffmann

Weitere spannende Webinare für 2020 sind in der Vorbereitung



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



© iStock/Morsa Images

Medizin für den Menschen: Gesundheit vor Gewinn – Gedanken zum offenen Brief des Bündnisses Junger Ärzte vor dem Hintergrund des Nachwuchsmangels

Die aktuelle Covid-19-Pandemie führt uns die Leistungs- und Adaptationsfähigkeit unseres Gesundheitssystems vor Augen: Die adäquate Behandlung von Covid-19 infizierten Patienten und den resultierenden gesundheitlichen Folgen, aber auch anderer notfallmäßig und dringlich zu behandelnder Erkrankungen und Verletzungen ist, befreit von einigen bürokratischen Fesseln,

effizienter möglich geworden. Ökonomische Nachteile wurden selbstverständlich in Kauf genommen, um Kapazitäten und Behandlungsqualität für das medizinisch notwendig Gebotene zu schaffen. Die täglich aktualisierten Statistiken wiesen durchgehend Reservekapazitäten für Intensivpatienten auf, die Mortalitätsrate war in Deutschland stets sehr niedrig. Es konnten sogar zusätzlich noch Ka-



Korrespondierender Autor:
PD Dr. Benedikt Johannes Braun,
MBA
 Klinik für Unfall- und
 Wiederherstellungschirurgie
 BG Klinikum Tübingen
 Schnarrenbergstraße 95
 72076 Tübingen
 benejbraun@googlemail.com



Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
 Vizepräsident
 Berufsverband der Deutschen
 Chirurgen e.V. (BDC)
 Luisenstraße 58/59
 10117 Berlin
 dr.rueggeberg@t-online.de

pazitäten vorgehalten werden, um Erkrankte aus dem Ausland zu behandeln – insgesamt ein beachtlicher Erfolg unseres Systems und seiner „Akteure“. Dabei bestehen die Nachwuchssorgen, gerade auf dem Gebiet der Chirurgie, ungeachtet weiter. Drohend die von PWC und Wifor berechnete Facharztlücke von über 20 % für 2030 im Hinterkopf [1] fragt man sich: Wie würde eine Krise dann aussehen, wenn wir jetzt nicht gegensteuern?

Aus diesem Gedanken der hohen Leistungsfähigkeit bei weniger Bürokratie ist unter Beteiligung des Nachwuchsressorts des BDC durch das Bündnis Junger Ärzte ein offener Brief an Frau Bundeskanzlerin Merkel und Herrn Bundesgesundheitsminister Spahn entstanden. Hierin werden zum einen die durch die politischen Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitswesens mitbedingte bedenkliche Profitmaximierung mancher Träger, wie auch die zunehmende Bürokratisierung unseres ärztlichen Alltags und letztlich ganz allgemein die oftmals nachwuchsabschreckenden Rahmenbedingungen während der Ausbildung zum Facharzt als verbesserungswürdige Zustände aufgeführt. Der Brief endet mit einem Appell zum Dialog – Antworten und resultierende Maßnahmen bleiben aktuell noch abzuwarten.

Wir möchten daher ganz gezielt diesen Brief aufgreifen und analysieren, inwieweit diese Forderungen auch auf die Chirurgie zutreffen und wo Möglichkeiten bestehen für die einzelnen Kliniken, ganz konkret anpacken zu können, ohne auf eine mitunter träge und oftmals leider auch kompromissbehaftete politische Lösung warten zu müssen.

Forderung 1 aus dem offenen Brief: „Ende der Profitmaximierung entgegen dem Patientenwohl: Menschen sollten keine Untersuchungen oder Behandlungen erhalten, nur, weil sie ökonomisch lukrativ sind. Das bisherige Vergütungssystem mit seinem Drang nach Effizienzsteigerung setzt genau diesen Fehlanreiz. Die Folge: Ärzten wird es erheblich erschwert, ihrer Fürsorgepflicht nachzukommen und frei zu entscheiden.“

Ein Krankenhaus muss für den Träger tragbar sein, sonst ist seine Existenz bedroht. Diese Grundannahme ist unter den Rahmenbedingungen in unserem System unabdingbar, der Fokus von Krankenhausverwaltungen, einen rentablen Betrieb zu führen, also per se verständlich und notwendig. Das trifft auf die Chirurgie, wie auch auf alle anderen Bereiche zu. Gleichsam sollte es in der Verantwortung eines jeden Arztes liegen, Eingriffe und Behandlungen nach der eigenen Überzeugung von medizinischer Notwendigkeit vorzunehmen und nicht nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten – hier ist Eigenverantwortung gefragt! Trotzdem aber wird von einigen Weiterbildungsassistenten standortabhängig eine unterschiedlich ausgeprägte Bevorzugung von betriebswirtschaftlich dienlichen Eingriffen zu Lasten anderer, weniger ertrags-trächtiger Prozeduren wahrgenommen. Ein maßvoller Umgang mit diesem Punkt wird für die Nachwuchsgewinnung zunehmend relevant und sollte von Klinikverwaltungen bedacht werden. Auch politisch sollten solche Konfliktsituationen durch eine entsprechende, kontinuierliche Anpassung der Vergütung vermieden werden. Wie wichtig die Ausrichtung der Krankenhausverwaltung und eine Förderung der Weiterbildung durch selbige für den Nachwuchs ist, zeigt sich auch in der aktuellen Weiterbildungs-Umfrage des BDC; ein wichtiger Motivationsfaktor, der aber nach Meinung vieler Assistenten nur unzureichend umgesetzt wird [2].

Natürlich ist eine gute chirurgische Ausbildung aller Assistenzärztinnen und -ärzte für einen Träger alleine schon durch die bei assistenzärztlich durchgeführter Versorgung längere OP-Zeit auf den ersten Blick etwas teurer [3], allerdings kann ein größeres Krankenhaus ohne Weiterbildungsassistenten kaum alle Leistungen adäquat und in der gewohnten Form anbieten. Eine Gegenrechnung, die oftmals in dieser Diskussion und in Studien außer Acht gelassen wird.

Forderung 2 aus dem offenen Brief: „Bürokratieabbau und Digitalisierung: Schluss mit den endlosen Dokumentationen zur Begründung von medizinischen



Braun B, Rüggeberg J: Medizin für den Menschen: Gesundheit vor Gewinn – Gedanken zum offenen Brief des Bündnis Junger Ärzte vor dem Hintergrund des Nachwuchsmangels. Passion Chirurgie. 2020 September, 10(09): Artikel 04_02.

Selbstverständlichkeiten. Wir Ärztinnen und Ärzte benötigen Zeit für unsere Patienten. Nötige Dokumentationen können verstärkt von zusätzlichem Fachpersonal vorgenommen werden.“

Ein gesteigerter Bürokratieaufwand schreckt ab. Wie die aktuelle Weiterbildungsumfrage des BDC zeigt, trifft dies auf die Chirurgie ganz besonders zu. Gefragt, wodurch sie die Attraktivität der Chirurgie am wesentlichsten eingeschränkt sahen, gab die überwältigende Mehrheit der Befragten die grundsätzlichen Rahmenbedingungen an, führend dabei prinzipiell delegierbare Tätigkeiten, unter diesen ganz besonders den bürokratischen Dokumentationsaufwand (**Abb. 1**).

Ungeachtet der Motivation, den Nachwuchs zu gewinnen, wäre eine eingehende Analyse der prinzipiell delegierbaren Tätigkeiten für den Krankenhausträger auch wirtschaftlich relevant. Wie die Umfrage zeigt, machen diese Tätigkeiten bei den Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten im Mittel über 2 Stunden pro Tag aus, was einen immensen Kostenfaktor darstellt [2, 4], der von den allermeisten Trägern aber als Regulationsmaßnahme ungenutzt bleibt. Hier besteht für viele Klinikverwaltungen ein eindeutiger Besserungsbedarf, der nicht nur zu einer besseren Mitarbeiterzufriedenheit führen dürfte, sondern auch betriebswirtschaftlich sinnvoll ist. Auch für die Politik

wäre es ein starkes Signal, Weiterbildungseinrichtungen, die entsprechend assistiert wurden, mit einer zusätzlichen Vergütung zu versehen – eine elegante, wenn gleich bis dato ungenutzte Lösungsmöglichkeit.

Politisch sollten darüber hinaus die vielen Aufwände überdacht und möglichst gemeinsam mit der Ärzteschaft auf ein sinnvolles Maß reduziert werden. Ein mühsamer Prozess, für den die Bereitschaft zur Begleitung aber gerade im Nachwuchs extrem hoch ist. Ansonsten liegt auch hier wieder die Verantwortung bei den Klinikträgern und leitenden Ärzten, durch eine individuelle Analyse der Entlastungsmöglichkeiten vor Ort die eigene Wirtschaftlichkeit zu stärken und dadurch noch an Attraktivität für den Nachwuchs zu gewinnen.

Forderung 3 aus dem offenen Brief: „Wissende Ärzte für eine zukunftsfähige Medizin: Für uns junge Ärztinnen und Ärzte ist es essenziell, dass wir zu guten Fachärzten werden. Die entsprechende Weiterbildung ist nur mit einer ausreichenden Personalausstattung möglich. Wenn ältere Ärzte ihr Wissen und ihre Fähigkeiten nicht mehr an Jüngere weitergeben können, weil ihnen die Zeit dazu fehlt, stehen wir vor einem dramatischen Qualitätsverlust, der uns allen schadet.“

Die Rahmenbedingungen, unter denen wir unseren Beruf ausüben, sind der wesentliche Faktor zur Wahl eines chirurgischen Faches beim Nachwuchs! Umfrageergebnisse und persönliche Gespräche bestätigen die überwältigende Relevanz gerade für die Chirurgie immer wieder [5, 6]. Die Bedingungen während der Arbeit sind dabei vielen Chirurginnen und Chirurgen auch wichtiger als die oftmals müßig geführte Diskussion um eine Work-Life Balance [7]. Wenn die Arbeitszeit mit sinnvollen Tätigkeiten gefüllt ist, wird sie als reine Funktion der Zeit weniger relevant. Angehende Chirurginnen und Chirurgen wollen in den OP, wollen Patienten behandeln, helfen. Das macht den Beruf aus – das schafft auch einen Weg aus der zunehmend als relevant erkannten Gratifikationskrise im Spannungsfeld aus langen Arbeitszeiten, die mit oftmals als sinnlos erachteten Tätigkeiten gefüllt sind und unzureichend vergütet werden. Arztfremde Tätigkeiten und die Delegation dieser bleibt den Umfragen nach einer der relevantesten Motivationsfaktoren auf diesem Gebiet [2]. Darüber hinaus gibt es aber auch weitere Möglichkeiten, die Rahmenbedingungen der chirurgischen Weiterbildung zu verbessern. Beginnend bei transparenten Operationskatalogen über adäquate Kinderbetreuung hin zu flexibleren Arbeitszeitmodellen, liegen verschiedenste Möglichkeiten vor, die allesamt schon an einzelnen Standorten oder auch in anderen Medizinsystemen besser umgesetzt sind, teilweise wissenschaftlich aufbereitet sind und so auch als Modell für weitere Kliniken dienen könnten. Wenn wir an diesen Punkten die Situation der Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten nachhaltig verbessern, sollte sich auch die Problematik des Nachwuchsmangels in der Chirurgie deutlich entspannen, die sich aktuell bei zunehmender Exposition der Studierenden zur Chirurgie ja eher verschärft [6] und von vielen leitenden Chirurgen auch schon deutlich wahrgenommen wird [8].

FAZIT

Die Gedanken aus dem offenen Brief und auch aus diesem Artikel sind nicht neu. Ein Blick durch die Literatur zeigt, dass diese schon wiederholt und an verschiedensten Stellen zu Papier gebracht wurden. Getreu

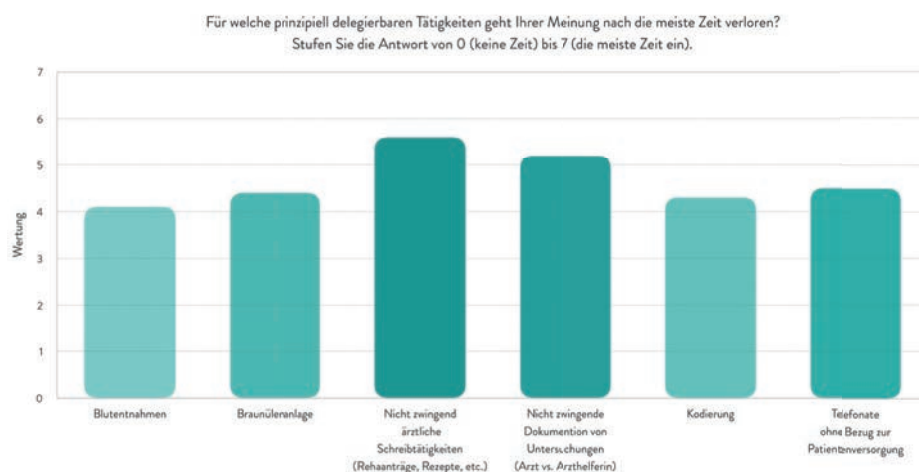


Abb. 1: Umfrage des BDC unter den AssistenzärztInnen in 2019

dem Motto „steter Tropfen höhlt den Stein“, fassen auch wir sie hier noch einmal zusammen und wollen als Beigabe und zur Nachlese noch einmal gesondert auf eine Auswahl interessanter Artikel hinweisen (siehe Infobox). Eine Beschäftigung mit dem Thema lohnt sich! Bei gesteigerter Wechselbereitschaft wird sich die Nachwuchsproblematik letztlich auch durch eine Wahl mit den Füßen weiter zuspitzen. Auch die Politik lässt dabei viele bekannte Lösungsmöglichkeiten offen, nachhaltig einen Nährboden für gut ausgebildeten Nachwuchs für die Medizin insgesamt und für die Chirurgie im Speziellen zu schaffen. Dieser Artikel soll daher ein Appell an uns alle sein, die Lösungsmöglichkeiten, die in unserer Reichweite liegen, zu ergreifen, um unser Gesundheitssystem auch in Zukunft leistungsfähig zu halten. ○

Interessante Artikel zum Thema

Nachwuchsmangel allgemein:

Kasch et al. Zentralblatt für Chirurgie 2016 [5]; Umfrageanalyse unter mehr als 9000 Studierenden zu den Attraktivitätsfaktoren bei der Facharztwahl
 Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018 [6]; Analyse der gesamten Weiterbildungssituation medizinstudierender von der bvmd, KBV, MFT und Universität Trier
 Vallböhmer et al. Passion Chirurgie 2018 [8]; Umfrageanalyse zur Wahrnehmung des Nachwuchsmangels bei mehr als 700 leitenden Chirurgen/innen/Chirurgen
 Sonderheft zum Thema Nachwuchsmangel in der Innovative Surgical Sciences 2019 [9]; Sonderheft zu verschiedenen Themen aus dem Bereich Nachwuchs und Chirurgie in der ISS
 Schneider et al. Der Chirurg 2020 [10]; Umfrageanalyse zur Motivation Studierender Chirurg/-in zu werden
 Wifor/PWC Fachkräftemangel Gesundheitswesen 2010 [1]; Analyse zum Fachkräftemangel im Gesundheitswesen bis zum Jahr 2030
 Braun et al. Passion Chirurgie 2019 [2]; aktuelle Weiterbildungsumfrage von BDC und PFJC

Familie und Beruf/Work Life Balance:

Fritze-Büttner et al. Zentralblatt für Chirurgie 2017 [11]; Operieren während der Schwangerschaft
 Fritze-Büttner et al. Zentralblatt für Chirurgie 2019 [12]; Vereinbarkeit von Familie und Beruf, besonders für Chirurgen/innen
 Herath et al. ISS 2019 [13]; Umfrage und persönliche Erfahrungen eines Ärztteehepaares zum Thema Familie und Beruf
 Braun et al. Der Chirurg 2018 [7]; Gedanken zur „Work Life Balance“ und Nachwuchsmangel in der Chirurgie

Wirtschaftlichkeit/OP/Nachwuchs:

Schackmar Promotionsarbeit 2012 [14]; Promotion zu den Kosten, die durch korrekte Assistenz von OPs durch Weiterbildungsassistenten entstehen
 Saliba et al. Journal of the American College of Surgeons 2016 [3]; Analyse von mehr als 1.000.000 Behandlungen zu OP Zeiten, Morbidität und Mortalität bei Weiterbildungseingriffen
 andere Kostenanalyse
 Kneist et al. Der Chirurg 2016 [15]; Analyse zur Einführung eines transparenten OP Planes



© iStock/popba

Safety Clip:

Sicherheitsmanagement: Mit dem Unerwarteten umgehen. Die Konzepte Safety-I und Safety-II unter der Lupe

Seit der Veröffentlichung des Berichtes „To Err Is Human: Building a Safer Health System“¹ im Jahr 1999 ist das Thema Patientensicherheit von Jahr zu Jahr bedeutender geworden. Gesetzgeber, nationale und internationale Organisationen und auch Patientenorganisationen stellen immer weitere Anforderungen an ein klinisches Risiko-

management, sie wollen damit die größtmögliche Patientensicherheit erreichen. Gesundheitseinrichtungen – ambulante wie stationäre – stehen vor der Herausforderung, dem nachzukommen. Erschwerend ist dabei, dass sich Verantwortliche zur Umsetzung des Risikomanagements immer wieder mit neuen Begrifflichkeiten und Model-

¹ To Err Is Human: Building a Safer Health System, Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, Molla S. Donaldson, Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.



Nicole Manig-Kurth

Risikoberater

GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
mbH

Ecclesiaststraße 1-4

32758 Detmold

nicole.manig-kurth@grb.de

www.grb.de

len auseinandersetzen und dabei vielleicht sogar bewährte Praktiken in Frage stellen müssen.

Dieser Artikel befasst sich mit den Konzepten Safety-I und Safety-II. Der Psychologe und Professor für Patientensicherheit Erik Hollnagel hat diese Begriffe mit seiner Veröffentlichung „From Safety-I to Safety-II: A White Paper“ im Jahr 2015 eingeführt. Das Whitepaper über die Vergangenheit und die Zukunft des Sicherheitsmanagements hat er zusammen mit zwei weiteren Experten für Patientensicherheit ausgearbeitet, seinen Kollegen Robert L. Wears, Professor für Notfallmedizin, und Jeffrey Braithwaite, Professor für Gesundheitssystem-Forschung (Health System Research).

SAFETY-I: DIE FEHLER ANALYSIEREN

Im Wörterbuch wird Sicherheit unter anderem als „höchstmögliches Freisein von Gefährdungen“² definiert. Diese Definition entspricht grundsätzlich dem Safety-I-Ansatz: Das Fehlen von unerwünschten Ereignissen, also Zwischenfällen, Unfällen oder Verletzungen, ist gleichzusetzen mit Sicherheit. Anders gesagt, das Fehlen beziehungsweise das Freisein von Risiken bedeutet, dass ein hohes Maß an Sicherheit besteht. Bei der Anwendung von Safety-I wird Sicherheit indirekt durch das Fehlen von Negativem gemessen. Der Fokus liegt auf dem entstandenen Fehler beziehungsweise dem eingetretenen Ereignis. Eine Reaktion findet erst nach Eintreten eines unerwünschten Ereignisses statt.³

Viele herkömmliche Instrumente des klinischen Risikomanagements arbeiten nach dem Safety-I-Ansatz, zum Beispiel das Critical Incident Reporting System (CIRS) oder jedwede Art von Fallanalysen (M&M-Konferenzen, London Protokoll, FMEA). Diese Instrumente zielen auf die Ursachenanalyse eines Ereignisses ab, um mögliche Sicherheitsmaßnahmen abzuleiten.

Hierdurch soll das Ereignis einmalig bleiben und die Wahrscheinlichkeit, dass ein gleiches oder ähnliches Ereignis auftritt, so gering wie möglich gehalten werden. Ein weiteres Merkmal von Safety-I ist, dass Prozessabläufe mit schriftlichen Vorgaben erstellt und befolgt werden müssen, um auf diese Weise Patientensicherheit herzustellen beziehungsweise unerwartete Ereignisse zu vermeiden. In unserer Beratungstätigkeit zeigt sich, dass im deutschen Gesundheitswesen überwiegend der Safety-I-Ansatz verfolgt wird.

SAFETY-II: AUS ERFOLG LERNEN

Der Safety-II-Ansatz konzentriert sich auf die Art und Weise, wie gearbeitet wird. Hier werden Möglichkeiten gesucht, wie Mitarbeitende sich an Belastungen, Herausforderungen und Unerwartetes anpassen können und wie sie dabei ihre Aktivitäten synchronisieren können, um Konflikte zu lösen und gemeinsame Ziele zu erreichen. Safety-II ermöglicht den Mitarbeitenden, ein dynamisches – nicht starres, festgeschriebenes – Streben nach Sicherheit und Effektivität. Das ist gerade vor dem Hintergrund konkurrierender Ziele, begrenzter Ressourcen und Arbeitsdruck hilfreich.⁴

Im Gegensatz zu Safety-I verfolgt Safety-II einen proaktiven Ansatz. Negativen Ereignissen soll vorgebeugt werden. So kann eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleistet werden, auch – oder gerade – wenn es Druck und konkurrierende Anforderungen gibt. Aufgrund der Komplexität des Gesundheitswesens und der Interdisziplinarität bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten haben sich die Mitarbeitenden im Gesundheitswesen eine hohe Flexibilität erworben. Hollnagel sagt: In einem komplexen adaptiven System, wie es das Gesundheitssystem ist, sind es die Mitarbeitenden, die „die Dinge zum Funktionieren bringen“, und zwar, indem sie Probleme lösen und sich an die Belastungen in ihrer Umgebung

Manig-Kurth, N: Sicherheitsmanagement:
Mit dem Unerwarteten umgehen. Die Konzepte
Safety-I und Safety-II unter der Lupe.
2020 September, 10(09): Artikel 04_04.



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

² <https://www.duden.de/rechtschreibung/Sicherheit>, 22.04.2020.

³ Hollnagel, E.; Wears, R.L.; Braithwaite, J., „From Safety-I to Safety-II: A White Paper“, First published in 2015 by the Authors printed and bound.

⁴ <http://resiliencecentre.org.uk/fact-sheets/safety-i-and-safety-ii/>, 27.04.2020.

anpassen. Dieser Resilienz – also der Widerstandsfähigkeit der Mitarbeitenden gegenüber Störungen – wird im Safety-II-Ansatz große Bedeutung beigemessen.⁵

Safety-II legt das Augenmerk auf das Erkennen, wie und warum Dinge richtig und nicht falsch laufen. An dieser Stelle ist grundsätzlich festzustellen: Es laufen viel mehr Dinge positiv als negativ. Jedoch darf die Kommunikation der positiven Ereignisse beziehungsweise Ergebnisse nicht vernachlässigt werden. Denn dadurch wird eine positive Verstärkung bei den Mitarbeitenden erzielt.

Zusammenfassend kann gesagt werden: Der Safety-II-Ansatz konzentriert sich auf die Dinge, die richtig laufen, und stellt sicher, dass weiterhin so viel wie möglich richtig läuft. Dabei legt der Safety-II-Ansatz sein Augenmerk auf die Ressource Mensch. Er ist der wesentliche Erfolgsfaktor einer Organisation in Hinsicht auf Flexibilität und Belastbarkeit. Prozessabläufe und schriftliche Vorgaben nimmt er nicht starr hin, sondern kann sie an die Situation anpassen.

WELCHES IST DAS GEEIGNETERE SYSTEM?

„Safety-I ist die Minimierung des Schlechten und Safety-II die Maximierung des Guten.“⁸ Dieses Zitat aus einer Buchkritik macht deutlich, dass die Systeme Safety-I und Safety-II nicht in Konflikt miteinander stehen – sie ergänzen sich. Ziel ist eine gelebte Sicherheitskultur.

Die herkömmlichen Instrumente des Risikomanagements können weiterhin verwendet werden, allerdings mit neuer Ausrichtung. Beispielsweise sollten die Mitarbeitenden motiviert werden, im Fehlermeldesystem CIRS nicht nur kritische Ereignisse oder Beinahe-Fehler zu melden, sondern über dieses System auch positive Rückmeldungen zu geben. Gleiches gilt für M&M-Konferenzen. Warum? Weil es wichtig ist, über den Arbeitsalltag zu sprechen und positive Ergebnisse aufzuzeigen. Das ist deswegen wichtig, weil die menschliche Natur so angelegt ist, sich eher auf die negativen Dinge zu konzentrieren als auf die positiven.

Prozessorganisation bekommt mit dem Safety-II-Ansatz eine neue Bedeutung, man möchte fast von einem „agilen Vorgehen“ sprechen. Aber auch neue Instrumente wie „Learning from Excellence“, Storytelling, das Lernen von allen Ereignissen und Sicherheitsgespräche sind in den Methodenkoffer des Risikomanagements aufzunehmen.⁹

ZUSAMMENFASSUNG

Zusammenfassend kann man sagen, dass Einrichtungen im Gesundheitswesen die Patientensicherheit steigern können, wenn die Ansätze Safety-I und Safety-II gemeinsam angewendet werden. Zudem hat die Kombination einen ökonomischen Vorteil, da die Kosten von Komplikations- und Fehlbehandlungen erheblich reduziert werden können – laut OECD-Studie¹⁰ aus dem Jahr 2017 liegen diese bei 15 Prozent der Gesamtausgaben.

Die Herausforderung wird bei der Umsetzung des Safety-II-Ansatzes in der Stärkung der Resilienz von Mitarbeitenden und somit im Aufbau von widerstandsfähigen Teams liegen. Denn zur Stärkung der Resilienz bei den Mitarbeitenden ist das Vertrauen der Führungskraft gegenüber den Angestellten unabdingbar.

Die wahrscheinlich größere Herausforderung besteht deshalb in der positiven Kommunikation der Führungskräfte mit den Mitarbeitenden. Denn im deutschen Gesundheitswesen herrschen immer noch überwiegend starre und ausgeprägte Hierarchieebenen vor. Der Ausbau der Interdisziplinarität und der Respekt vor dem Gegenüber müssen zwingend gefördert werden. Der Abbau von Hierarchieebenen wird sich positiv auf die Umsetzung des Safety-II-Ansatzes auswirken.

Tab. 1: Unterschiede von Safety-I und Safety-II^{6,7}

	Safety-I	Safety-II
Definition von Sicherheit	Es dürfen so wenige Dinge wie möglich schiefgehen.	So viele Dinge wie möglich sollen gut laufen.
Sicherheits-Management-Prinzip	Reaktives System: Man reagiert, wenn etwas vorgefallen ist oder wenn ein inakzeptables Risiko identifiziert wurde.	Proaktives System: Man antizipiert kontinuierlich – man ahnt, nimmt vorweg – Entwicklungen und Ereignisse und geht damit um.
Unfall-Untersuchung	Unfälle sind das Ergebnis von (menschlichen) Fehlern und Funktionsversagen. Die Unfallanalyse soll diese Defizite aufdecken.	Prozesse laufen grundsätzlich auf die gleiche Weise ab, unabhängig vom Ergebnis. Die Unfallanalyse soll helfen zu verstehen, wie Dinge meistens richtig ablaufen, um zu erklären, warum sie manchmal schiefgehen.
Bedeutung des »Faktors Mensch«	Menschen werden mehrheitlich als Gefahr angesehen oder für schuldig befunden.	Menschen sind eine Ressource, die für die Flexibilität und Resilienz des Systems unerlässlich ist.

5 Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., „Managing the unexpected: assuring high performance in an age of complexity“, San Francisco: Jossey-Bass; 2001.

6 Hollnagel, E., „A tale of tool safeties, Nuclear Safety and Simulation“, Vol. 4, Number 1, March 2013.

7 Staendera, S., Kaufmann, M., Sicherheitsmanagement 2015: „Von ‚Safety-I‘ zu ‚Safety-II‘“, Schweizerische Ärztezeitung – Bulletin des Médecins Suisses – Bollettino dei Medici Svizzeri 2015; 96 (5): 154–157.

8 www.mindtherisk.com/literature/81-uk-safety-i-and-safety-ii-the-past-and-future-of-safety-management-by-erik-hollnagel, 27.04.2020, eigene Übersetzung.

9 Glaister, K., „Safety-I and Safety-II – Sharing Outstanding Excellence (SOX)“, Salisbury NHS Foundation Trust, 2017 (www.wessexahsn.org.uk/img/projects/Safety%201%20Safety%202%20August%202017.pdf, 27.04.2020).

10 OECD-Studie „The Economics of Patient Safety“, vorgestellt am „Second Global Ministerial Summit on Patient Safety“, 2017, Bonn.

QUELLEN

- [1] To Err Is Human: Building a Safer Health System, Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, Molla S. Donaldson, Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
- [2] <https://www.duden.de/rechtschreibung/Sicherheit>, Letzter Zugriff: 22.04.2020.
- [3] Hollnagel, E.; Wears, R.L.; Braithwaite, J., „From Safety-I to Safety-II: A White Paper“, First published in 2015 by the Authors printed and bound.
- [4] <http://resiliencecentre.org.uk/factsheets/safety-i-and-safety-ii/>, Letzter Zugriff: 27.04.2020.
- [5] Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., „Managing the unexpected: assuring high performance in an age of complexity“, San Francisco: Jossey-Bass; 2001.
- [6] Hollnagel, E., „A tale of tool safeties, Nuclear Safety and Simulation“, Vol. 4, Number 1, March 2013.
- [7] Staendera, S., Kaufmann, M., Sicherheitsmanagement 2015: „Von ‚Safety-I‘ zu ‚Safety-II‘“, Schweizerische Ärztezeitung – Bulletin des Médecins Suisses – Bollettino dei Medici Svizzeri 2015; 96 (5): 154–157.
- [8] www.mindtherisk.com/literature/81-uk-safety-i-and-safety-ii-the-past-and-future-of-safety-management-by-erik-hollnagel, 27.04.2020, eigene Übersetzung.
- [9] Glaister, K., „Safety-I and Safety-II – Sharing Outstanding Excellence (SOX)“, Salisbury NHS Foundation Trust, 2017 (www.wessexahsn.org.uk/img/projects/Safety%201%20Safety%202%20August%202017.pdf), Letzter Zugriff: 27.04.2020).
- [10] OECD-Studie „The Economics of Patient Safety“, vorgestellt am „Second Global Ministerial Summit on Patient Safety“, 2017, Bonn.



**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:

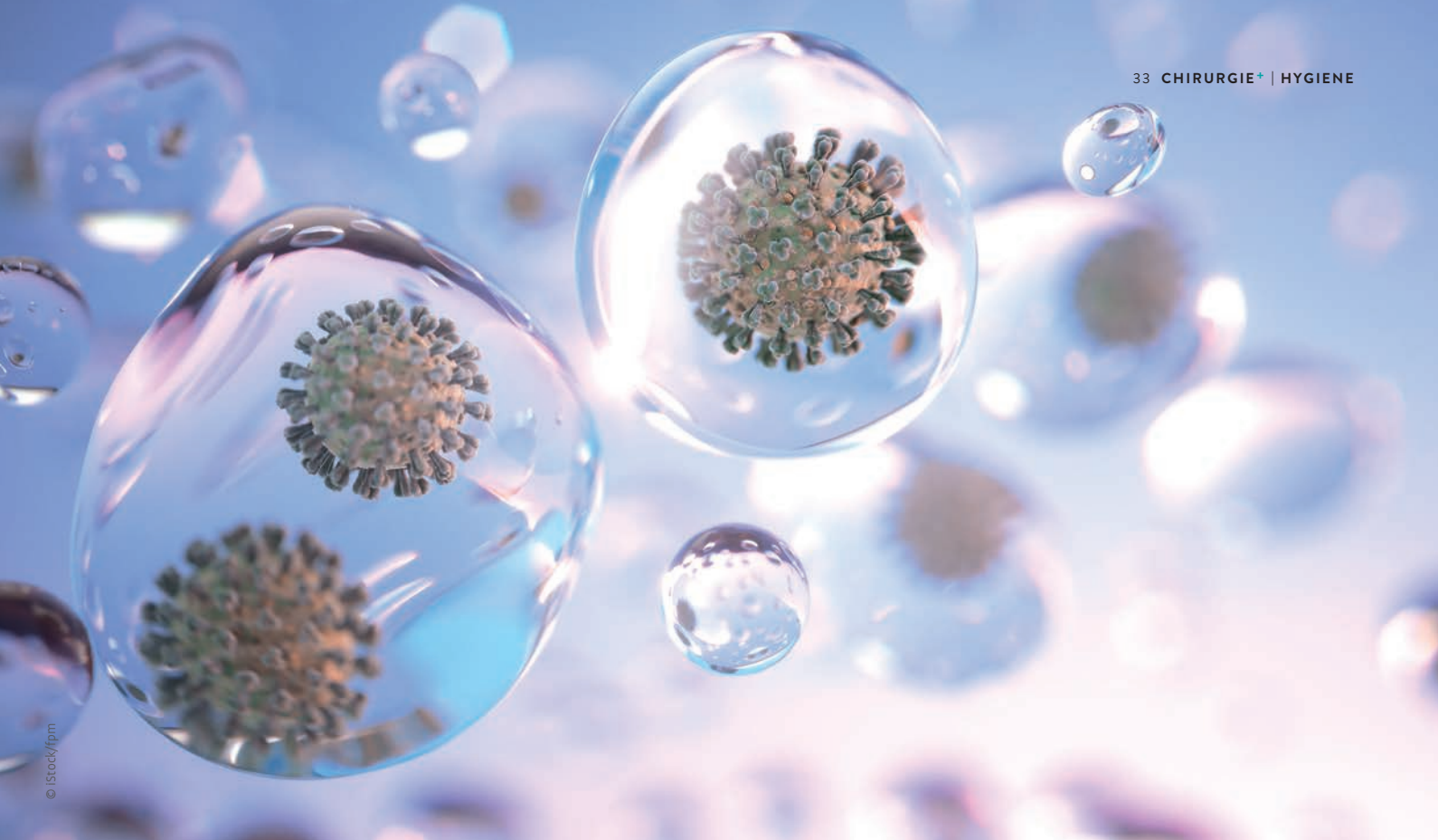
BDC-VERSICHERUNGSMAKLER ECCLESIA VERSICHERUNGSDIENST GMBH

BDC-Versicherungsservice

Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold

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

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de



© iStock/fpm

Hygiene-Tipp: Tröpfchen und Aerosole – (k)ein Widerspruch bei der Übertragung von COVID-19?



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

Während der Covid-19-Pandemie wurde immer wieder über die Frage diskutiert, ob das SARS-CoV-2-Virus primär über Tröpfchen übertragen wird oder auch in erheblichem Umfang über Aerosole.

Tröpfchen sind relativ groß ($> 5 \mu\text{m}$), so dass sie schnell zu Boden sinken und nicht mehr eingeatmet werden können. Aerosole dagegen sind relativ klein ($0,3$ bis $5 \mu\text{m}$) und können durch die Wind- und Luftbewegungen über Stunden und große Entfernungen in der Luft gehalten werden. Tröpfchen größer als $8 \mu\text{m}$ verschwinden innerhalb von 20 Minuten aus der Luft, größer als $4 \mu\text{m}$ innerhalb von 90 Minuten. Aerosole können bis 30 Stunden in der Luft bleiben (Duguid 1946).

Tröpfchen enthalten dagegen deutlich mehr Viren als Aerosole, so dass die notwendige Infektionsdosis viel schneller erreicht wird. Anschaulich ist folgende Berechnung über die in Partikeln entsprechender Größe transportierte Flüssigkeitsmenge:

Partikelgröße	$0,3 \mu\text{m}$	$0,5 \mu\text{m}$	$1,0 \mu\text{m}$	$5,0 \mu\text{m}$	$10 \mu\text{m}$
Volumen	$0,014 \mu^3$	$0,065 \mu^3$	$0,52 \mu^3$	$65,5 \mu^3$	$523,6 \mu^3$

Aerosole können bis in die Alveolen der Lunge vordringen und umgekehrt auch aus diesen abgehustet werden. Tröpfchen werden beim Einatmen im oberen Respirationstrakt abgelagert und von dort auch wieder abgegeben (Schulze-Röbbecke et al. 2020,



**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
Krankenhaushygiene, Beauftragter für das
Qualitätsmanagement
Universitätsmedizin der Johannes
Gutenberg-Universität Mainz
Vorstand der Deutschen Gesellschaft für
Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)

Popp W, Jatzwauk L, Schmithausen R, Kohnen W: Hygiene-Tipp: Tröpfchen und Aerosole-(k)ein Widerspruch bei der Übertragung von COVID-19? *Passion Chirurgie*. 2020 September; 10(9): Artikel 04_05.



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

Leung et al 2020, Bourouiba 2020, Tellier et al 2019).

Allerdings können sich Tröpfchen bei geringer Luftfeuchtigkeit in Aerosole umwandeln: Wenn Tröpfchen durch die Luft fliegen, verlieren sie Wasser und werden dadurch kleiner, zu so genannten Tröpfchenkernen, die die Größe von Aerosolen haben. Dabei nehmen beispielsweise Tröpfchen von 12-21 µm auf Größen von 4 µm ab (Stadnytsky et al. 2020).

Bei diesen Austrocknungsvorgängen können die in den Tröpfchen enthaltenen Bakterien und Viren allerdings inaktiviert werden, so dass der Übergang in Tröpfchenkerne nicht unbedingt eine weitere Infektiosität bedeuten muss.

Seit Jahrzehnten differenziert die Infektions-epidemiologie Infektionskrankheiten, die eher durch Tröpfchen oder eher durch Aerosole übertragen werden. Masern und Windpocken werden nicht nur durch Tröpfchen, sondern bekanntermaßen über größere Entfernungen aerogen übertragen. Scharlach, Mumps, Pertussis und Influenza gelten dagegen als ausgesprochene Tröpfchen-Infektionen.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Das gegenwärtig im Rahmen der Covid-19-Pandemie geltende Abstandsgebot von 1,5 m (Deutschland, Australien) schützt nur vor Tröpfcheninfektionen. In Frankreich, Singapur, Italien und China genügen hierfür 1,0 m. In den USA, UK, Kanada, Spanien und Neuseeland werden dagegen 2 m gefordert (Bourouiba 2020, EMG-SAGE 2020). Ebenso schützt eine textile Mund-Nasenbedeckung oder ein medizinischer (chirurgischer) Mund- Nasenschutz eher vor Tröpfchen. Beides scheint sich bewährt zu haben.
2. Eine Übertragung von SARS-CoV-2 durch Aerosole ist dagegen über größere Entfernungen möglich. Wegen der viel geringeren Erregermenge im Aerosol und der

zusätzlichen Inaktivierung durch Austrocknung ist jedoch ein längerer Kontakt mit dem Aerosol in geschlossenen Räumen ohne ausreichende Raumlüftung erforderlich. Eine niedrige Temperatur und hohe Luftfeuchtigkeit verhindert die Austrocknung der Aerosoltröpfchen und hält diese länger infektiös. Ein zuverlässiger Schutz vor Aerosolen ist eher durch FFP (NIOSH)-Masken möglich. Entscheidend ist dabei der Dichtsitz – vor allem vorgeformte FFP-Masken können bei schmalen Gesichtern einen großen Abstand zur Wange haben.

3. Bei im Rahmen von medizinischen Prozeduren (z.B. Intubation, NIV, Bronchoskopie, mikroinvasive Chirurgie) entstehenden potentiell SARS-CoV-2-haltigen Flüssigkeiten ist das Verhältnis Tröpfchen/Aerosole bisher nur unzureichend geklärt.

LITERATUR

- Bourouiba, L: Turbulent gas clouds and respiratory pathogen emissions potential implications for reducing transmission of Covid-19. *JAMA* 2020, 323, 1837-1838
- Duguid, J.P.: The size and the duration of air-carriage of respiratory droplets and droplet-nuclei. *J Hyg (London)* 1946, 44, 471-479
- EMG-SAGE 4th June 2020. Transmission of SARS-CoV-2 and mitigating measures
- Leung, N.H.L. et al: Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks. *Nature Medicine* 2020
- Schulze-Röbbecke, R. et al: Welche Schutzmaske schützt vor COVID-19? Was ist evidenzbasiert? *Krankenhaushygiene up2date* 2020, 15, 123-131
- Stadnytsky, V. et al: The airborne lifetime of small speech droplets and their potential importance in SARS-CoV-2 transmission. *PNAS* 2020, 117, 11875-11877
- Tellier, R. et al: Recognition of aerosol transmission of infectious agents: a commentary. *BMC Infect Dis* 2019, 19, 101

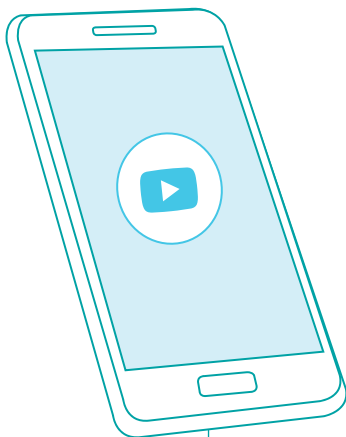
Der Hygiene-Tipp im Auftrag der DGKH gibt die Meinung der Autoren wieder.



HYGIENE CLIP

Get 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 Infektophylaxe 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)

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.

AUGUST 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.



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

SEPTEMBER 2020

Dr. med. Jakob Dobroschke leitet seit dem 01.07.2020 als Chefarzt die Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie sowie Proktologie des Helios Klinikums Pirna. Er wechselte vom Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, wo er als Oberarzt in der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie tätig war.

PD Dr. med. Kia Homayounfar leitet seit 01.06.2020 die Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des Klinikum Kassel. Er war zuvor Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Endokrine Chirurgie an die DRK Kliniken Nordhessen.

Dr. Jens Heinze ist neuer Chefarzt der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie im Sana Klinikum Oldenburg in Holstein. Der Chirurg und Unfallchirurg war zuvor Leitender Oberarzt in der Orthopädie, Sport- und Unfallchirurgie in der Diakonissenanstalt zu Flensburg. Ein besonderes Anliegen ist dem gebürtigen Hamburger die Ausbildung der jungen KollegInnen.

Dr. med. Svend Hofmann, Facharzt für Chirurgie, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Facharzt für spezielle Unfallchirurgie, hat zum 01.04.2020 die Chefarztposition der Unfallchirurgie und Orthopädie an der Klinik Bogen übernommen. Er wechselte von den Kliniken Nordoberpfalz AG - Krankenhaus Tirschenreuth, wo er als Oberarzt der Klinik für Traumatologie, spezielle Chirurgie und Endoprothetik tätig war.

Prof. Dr. Axel Kleespies ist seit 01.07.2020 neuer Chefarzt der Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie am Helios-Klinikum München Perlach. Kleespies übernimmt die Position zusätzlich zu seinen Funktionen als

Leiter des DKG-zertifizierten Cancer Center Dachau und als Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax-, und Onkologischen Chirurgie am Helios-Amper Klinikum Dachau. Es soll ein standortübergreifendes viszeral-medizinisches Zentrum entstehen.

Dr. med. Jürgen Ludwig bildet zusammen mit **Dr. med. Andreas Müller von Postel** seit dem 01.07.2020 die chefarztliche Doppelspitze des Fachbereichs Unfall- und Orthopädische Chirurgie am Krankenhaus Eichhof in Lauterbach.

Dr. med. Cornelia Morgner, Fachärztin für Allgemein- und Viszeralchirurgie mit Spezialisierung auf Eingriffe am Darm und den Bauchorganen und zuvor als Oberärztin im KMG-Klinikum Sömmerda tätig, ist seit Anfang Juli Chefarztin der Allgemein- und Viszeralchirurgie der HELIOS Klinik Blankenhain.

Prof. Dr. med. Pawel Mroczkowski, vormalis Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie am Elisabeth-Krankenhaus in Kassel, leitet nun ebenfalls in Kassel als Chefarzt die Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Onkologische Chirurgie der DRK Kliniken Nordhessen.

Dr. med. Jörg Schmidt, langjähriger Chefarzt am Helios-Klinikum Berlin Buch und seit vier Jahren Chefarzt des ärztlichen Dienstes der Reha assist Deutschland GmbH, ist seit Januar 2020 Ärztlicher Direktor des Institutes für Rehabilitationsforschung und Personenschaden-Management, An-Institut an der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane. Ziel des Institutes ist wissenschaftliche Aufarbeitung von Notwendigkeit und Möglichkeit der Rehabilitation nach Unfällen oder schwerwiegenden Erkrankungen sowohl des Bewegungsapparates, aber auch der inneren Organe.

Prof. Dr. med. Maren Schulze ist seit Juli 2020 Chefarztin der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des St. Marien-Hospital Mülheim. Zuvor war sie sieben Jahre Oberärztin für den Bereich Hepatobiliäre Chirurgie, Lebertransplantation und Kinderchirurgie am Universitätsklinikum in Essen.

Prof. Dr. med. Benno Stinner, Chefarzt der Klinik für Visceral-, Thorax- und Gefäßchirurgie am Elbe Klinikum Stade, übernahm nun zusätzlich auch die Leitung der Allgemein- und Visceralchirurgie der OsteMed Klinik in Bremervörde.

Dr. med. Patrick van Bergen leitet seit Juni 2020 die Unfall- und Orthopädische Chirurgie der Medius Klinik Nürtingen. Er war zuvor als Oberarzt der Orthopädischen Klinik Markgröningen in der Abteilung Endoprothetik, Allgemeine- und Rheumaorthopädie tätig.

Dr. med. Alexander Wierlemann, 16 Jahre lang an der Klinik und Poliklinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Gefäß- und Kinderchirurgie der Uniklinik Würzburg tätig, zuletzt sechs Jahre als Oberarzt, ist seit Juli 2020 neuer Chefarzt der Abteilung für Viszeralchirurgie an der Ochsenfurter Main-Klinik. Er löst **Dr. med. Christoph Zander** ab, der sich Ende September in den Ruhestand verabschiedet.

Prof. Dr. med. Christian Zeckey ist neuer Chefarzt der Unfallchirurgie und Orthopädie am RoMed Klinikum Rosenheim. Er wechselte vom Klinikum der LMU München-Großhadern wo er Geschäftsführender Oberarzt der Allgemeinen, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie war. ○

Frage & Antwort



Tätigkeiten von Assistenzärzten aus Drittstaaten mit Berufserlaubnis



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

Justitiar BDC

Rechtsanwalt und Fachanwalt für

Medizinrecht

justitiar@bdc.de

Heberer J. F+A: Tätigkeiten von Assistenzärzten aus Drittstaaten mit Berufserlaubnis. 2020; 10(09): Artikel 04_07.



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

FRAGE:

Ein Oberarzt fragt an, welche Tätigkeiten Assistenzärzte aus Drittstaaten, die dort approbiert haben, selbstständig (nach entsprechender Einweisung und Unterrichtung) durchführen dürfen, also z. B. Aufklärungsgespräche, Tätigkeiten in der ZNA oder Bereitschaftsdienst.

ANTWORT:

Ob Ärzte aus Drittstaaten selbstständig ärztliche Tätigkeiten ausführen dürfen, hängt aus Sicht des Verfassers davon ab, ob diesen eine deutsche Approbation erteilt wurde oder ob sie im Besitz einer vorübergehenden Berufsausübungserlaubnis gemäß § 10 BÄO sind. Regelmäßig berechtigt nur die Approbation zur eigenverantwortlichen Behandlung von Patienten.

Insofern wäre im Falle einer Berufserlaubnis jeweils deren Inhalt genau zu prüfen,

da diese auf bestimmte Tätigkeiten und Beschäftigungsstellen beschränkt werden kann. Oftmals wird eine Berufserlaubnis nämlich mit der Einschränkung erteilt, dass dem Arzt nicht gestattet ist, eigenverantwortlich tätig zu sein, sondern er nur unter Aufsicht, Anleitung und Verantwortung tätig werden darf. Mit solch einer einschränkenden Berufserlaubnis wären dann eine selbstständige Tätigkeit sowie eine Teilnahme am Bereitschaftsdienst leider nicht möglich. Insbesondere ist nach Meinung des Verfassers eine nicht eigenverantwortliche Tätigkeit mit dem Bereitschaftsdienst nicht in Einklang zu bringen. Gegebenenfalls müsste in solchen Fällen eine neue Berufserlaubnis bzw. eine Umschreibung gesondert beantragt werden.

Nachdem es somit maßgeblich auf die in jedem Einzelfall erteilte Berechtigung zur Berufsausübung ankommt, kann aus juristischer Sicht eine allgemeingültige Auskunft nicht erteilt werden.



Frage & Antwort



Ausgleichsanspruch für Privatliquidationsanteil



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

Justitiar BDC

Rechtsanwalt und Fachanwalt für

Medizinrecht

justitiar@bdc.de

Heberer J. F+A: Ausgleichsanspruch für Privatliquidationsanteil 2020 September; 10(09): Artikel 04_08.



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

FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, ob er gegen den Krankenhausträger Ausgleichsansprüche im Hinblick auf seinen Privatliquidationsanteil geltend machen kann, nachdem aufgrund der Corona-Pandemie elektive Operationen verschoben wurden bzw. verschoben werden mussten.

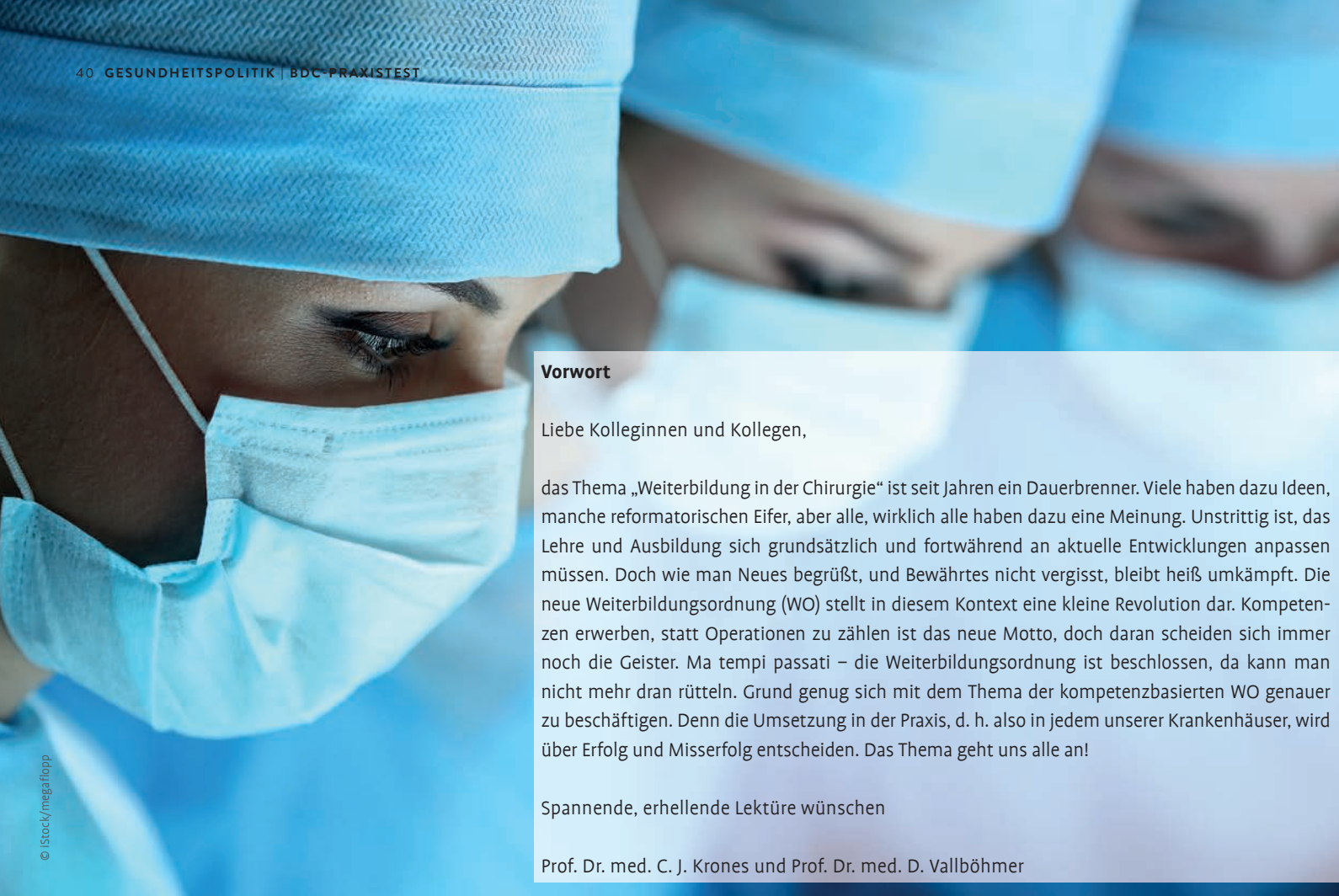
ANTWORT:

Im vorliegenden Fall verhält es sich nicht so, dass der Krankenhausträger von sich aus entsprechendes Personal nicht zur Verfügung stellt, sondern die Schließung einzelner Abteilungen beziehungsweise die Verschiebung elektiver Eingriffe resultiert aus einem Umstand, den der Arbeitgeber grundsätzlich nicht zu vertreten hat. Hier gibt es allerdings die Regelung des § 615 BGB, anhand dessen man die sogenannte Betriebsrisikolehre entwickelt hat. Dabei wurde durch zahlreiche Entscheidungen festgelegt, dass wenn die Betriebsablaufstörungen zum Betriebsrisiko des Arbeitgebers gehören, hier ein Annahmeverzugslohn ausgelobt wird. Dies gilt allerdings nicht für den Fall der allgemeinen Gefahrenlage, die nicht eine besondere

Zuordnung des Risikos durch den Arbeitgeber beziehungsweise durch den Betrieb rechtfertigen lassen. Dies ist grundsätzlich bei einer Epidemie, wie wir sie derzeit haben, gegeben. Insofern stellt sich die Frage, ob hier Ausgleichsansprüche geltend gemacht werden können, was der Verfasser kritisch beurteilt.

Im Zusammenhang mit den Einnahmeverlusten aus der Privatliquidation kommt noch hinzu, dass regelmäßig eine Beteiligung aus den Einnahmen ausgelobt wird. Wenn also keine Einnahmen erfolgen, so ist eine Beteiligung per se nicht vorgesehen. Dass man dem Arbeitgeber hier eine Art Rechtsbindungswillen unterstellt, dass er in jedem Fall eine Garantie für bestimmte Einnahmen übernimmt, sieht der Verfasser überdies, jenseits der Entwicklung der Betriebsrisikolehre, ohnehin nicht.

Alles in allem sollte man daher nach Meinung des Verfassers bei entsprechenden Verhandlungen mit dem Arbeitgeber mit der gebotenen Vorsicht agieren. Insofern kann man das Thema sicherlich bei einer Besprechung mit der Geschäftsleitung ansprechen, sollte aber möglicherweise eher leise auftreten. ○



Vorwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Thema „Weiterbildung in der Chirurgie“ ist seit Jahren ein Dauerbrenner. Viele haben dazu Ideen, manche reformatorischen Eifer, aber alle, wirklich alle haben dazu eine Meinung. Unstrittig ist, dass Lehre und Ausbildung sich grundsätzlich und fortwährend an aktuelle Entwicklungen anpassen müssen. Doch wie man Neues begrüßt, und Bewährtes nicht vergisst, bleibt heiß umkämpft. Die neue Weiterbildungsordnung (WO) stellt in diesem Kontext eine kleine Revolution dar. Kompetenzen erwerben, statt Operationen zu zählen ist das neue Motto, doch daran scheiden sich immer noch die Geister. Ma tempi passati – die Weiterbildungsordnung ist beschlossen, da kann man nicht mehr dran rütteln. Grund genug sich mit dem Thema der kompetenzbasierten WO genauer zu beschäftigen. Denn die Umsetzung in der Praxis, d. h. also in jedem unserer Krankenhäuser, wird über Erfolg und Misserfolg entscheiden. Das Thema geht uns alle an!

Spannende, erhellende Lektüre wünschen

Prof. Dr. med. C. J. Krones und Prof. Dr. med. D. Vallböhmer

Kompetenzbasierte Weiterbildung: Ursprünge, Inhalte und Erfahrungen

**PRAXISCHECK: WIE KOMPETENZBASIERTE WEITERBILDUNG
ENTSTAND UND IN ANDEREN LÄNDERN GEHANDHABT WIRD.**

Die Qualität der chirurgischen Weiterbildung stellt grundsätzlich einen wesentlichen Faktor für die Patientensicherheit dar [1-4]. Auch in Deutschland wird das Thema aktuell wieder diskutiert. Der Deutsche Ärztetag hat bereits 2007 eine Weiterbildungsreform für Deutschland beschlossen. Anders als bei den bisherigen Reformen sollte es hier jedoch nicht nur zu einer Anpassung der bisherigen Weiterbildungskataloge, sondern auch zu einer Änderung der Struktur hin zu kompetenzbasierten Inhalten kommen. Das wirkt bei

vielen erfahrenen KollegInnen die Frage auf, warum so etwas nötig ist, wenn die bisherige Weiterbildung sie doch zu den FachärztInnen gemacht hat, die heute eine gute Versorgung gewährleisten. Die umfangreichen Veränderungen des Gesundheitssystems in den letzten Jahrzehnten wirken sich jedoch auch auf die Weiterbildung aus. So beeinflussen der nicht abnehmende Kostendruck der Kliniken, die Begrenzung der Arbeitszeit durch das Arbeitszeitschutzgesetz, der stetig ansteigende Administrationsaufwand, die Erwartungen



Dr. med. Johanna Ludwig (MSc)
 Ärztin in Weiterbildung Orthopädie/
 Unfallchirurgie
 MSc Surgical Science and Practice
 (Universität Oxford)
 BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin
 Warener Straße 7
 12683 Berlin
 johanna.ludwig@ukb.de

der jüngeren Generationen an eine ausgewogenere Work-Life-Balance und der relative Ärztemangel nicht nur den Klinikalltag, sondern ganz zwangsläufig auch die Weiterbildung der nachfolgenden Ärztegenerationen [5–9]. Innerhalb der letzten Jahre sind wesentliche Defizite der bisherigen Weiterbildung evident und durch Umfragen und Verbandsarbeit Teil der öffentlichen Diskussion geworden [9, 10].

Mittlerweile verhandeln die Landesärztekammern aber mittlerweile bereits detailliert über die neuen Musterweiterbildungsordnungen. Sobald dieser Prozess abgeschlossen ist, werden die neuen Verordnungen mit entsprechend angepassten Weiterbildungsordnungen und Logbüchern in den jeweiligen Landesbezirken Gültigkeit erlangen.

Bekannt ist schon jetzt, dass die neue Weiterbildungsordnung eine kompetenzbasierte Struktur erhalten wird. Doch entgegen der allgemeinen Annahme, dass anstelle der tradierten „Operations-Zahlen“ nun nur noch „Kompetenzen in Operationen“ bescheinigt werden, handelt es sich bei kompetenzbasierter Weiterbildung um weitaus mehr. Denn eine kompetenzbasierte Weiterbildung richtet sich auch nach klar definierten Werten, die strukturiert vermittelt, geübt und kontrolliert werden. Diese Werte basieren auf den Anforderungen für ein patientenorientiertes Gesundheitssystem. Ziel dieser Struktur ist es aber nicht nur zu wissen, was AssistenzärztInnen bis zur Facharztprüfung geleistet haben, sondern was sie tatsächlich können, um damit eine sichere und gute medizinische Versorgung der Gesellschaft in der Zukunft zu gewährleisten.

Um dieses Konzept der kompetenzbasierten Weiterbildung besser zu verstehen ist es hilfreich die Ursprünge, die Hintergründe und die Entstehungsgeschichte dieser Lehr- und Lernstruktur zu betrachten. Dazu lohnt ein Blick über die Grenzen, denn in vielen anderen Ländern wird eine kompetenzbasierte Weiterbildung schon seit Jahren gelebt.

URSPRUNG DER KOMPETENZBASIERTEN WEITERBILDUNG

Bevor die Chirurgie ein Teil der medizinischen Profession wurde, wurden chirurgische

Eingriffe von Barbieren durchgeführt [11]. Die Vermittlung der chirurgischen Kunst verlief dabei ähnlich einer Handwerkslehre: Die jungen ÄrztInnen begleiten ihre „MeisterInnen“, um sie bei ihrer „Kunst“ – der Chirurgie – zu beobachten. Im nächsten Schritt assistierten sie, um schließlich in der Folge mehr und mehr Eingriffe selbstständig durchzuführen. Das bekannte Zitat „*See one, do one, teach one*“ beschreibt verkürzt diese tradierte Vermittlung chirurgischer Fähigkeiten im Rahmen einer allein auf Erfahrung und Zeit basierten Weiterbildung.

Die Herausforderungen an ChirurgInnen haben sich im letzten Jahrhundert jedoch stark gewandelt. Durch die Globalisierung, den zunehmenden Wohlstand und die schnelle und ungefilterte Menge an Informationsmöglichkeiten durch das Internet sind die Ansprüche der PatientInnen an Gesundheit gestiegen, und auch das Patientengut hat sich stark gewandelt [12–17]. Bereits Anfang der 1990er proklamierten ÄrztInnen in Kanada ihre Besorgnis über diesen Wandel, und kritisierten insbesondere die fehlende Anpassung des medizinischen Weiterbildungssystems an die sich ändernden Rahmenbedingungen. Zusätzlich wurden im späten 20. Jahrhundert Stimmen laut, die mehr PatientInnensicherheit in der Chirurgie forderten [18–20]. Das Fehlen eines unabhängigen Bewertungssystems und einer fundierten Qualitätssicherung wurden angeprangert. Durch die veränderten Ansprüche sahen ÄrztInnen außerdem ihre berufliche Selbstregulierung bedroht [19]. Daraus ergab sich der Wunsch, Initiativen zur Reform der chirurgischen Weiterbildung zu entwickeln [18].

So war Kanada das erste Land, welches ein neues, kompetenzbasiertes Curriculum und damit eine grundsätzliche Umstrukturierung der Weiterbildung einführte. Der grundlegende Unterschied war die Abkehr von einem System, das sich auf den *Lehrprozess* konzentrierte, hin zu einem System, das sich auf das Ergebnis und damit auf die *Bedürfnisse und Wünsche der EmpfängerInnen* – im chirurgischen Kontext also der PatientInnen – konzentrierte [21].

In Kanada wurde dazu ein Ausschuss von ÄrztInnen gebildet, der sich durch Beratung



Ludwig, J.: Kompetenzbasierte Weiterbildung: Ursprünge, Inhalte und Erfahrungen. *Passion Chirurgie*. 2020 September, 10(09): Artikel 05_01.

von ExpertInnen, Gesundheitsorganisationen, systematischen Literaturrecherchen und Patientenfokusgruppen aufwändig mit gesellschaftlichen Nachfragen und Bedürfnissen auseinandersetzte. Basierend auf den Ergebnissen wurden danach neue Ziele für das ärztliche Handeln definiert. Heute ist dies als CanMEDS-Framework bekannt [22]. Die hier definierten Werte und Standards (entsprechend den CanMEDS-Rollen) bilden bis heute die Grundlage und die Standards für die kompetenzbasierte Weiterbildung in vielen Ländern.

Frank und Danoff (2007) fassen die kompetenzbasierte Weiterbildung so zusammen: „Man beginne mit dem Ziel im Sinn und konzentriere sich auf die Kompetenzen, die von den AbsolventInnen der medizinischen Weiterbildung benötigt werden, um die Bedürfnisse derer, denen sie dienen, zu erfüllen und die im Gesundheitswesen gewünschten Ergebnisse zu erzielen“ [23].

DAS CANMEDS FRAMEWORK

Kompetenzbasierte Weiterbildung basiert auf Informationen, Bedürfnissen und Erwartungen von PatientInnen an ihre ÄrztInnen. Die auf Basis dieser Erkenntnisse definierten Werte und Standards bilden die Grundlage für messbare Ergebnisse und Lernziele.

Das CanMEDS framework [22] definiert sieben Rollen, die ÄrztInnen erfüllen sollten.

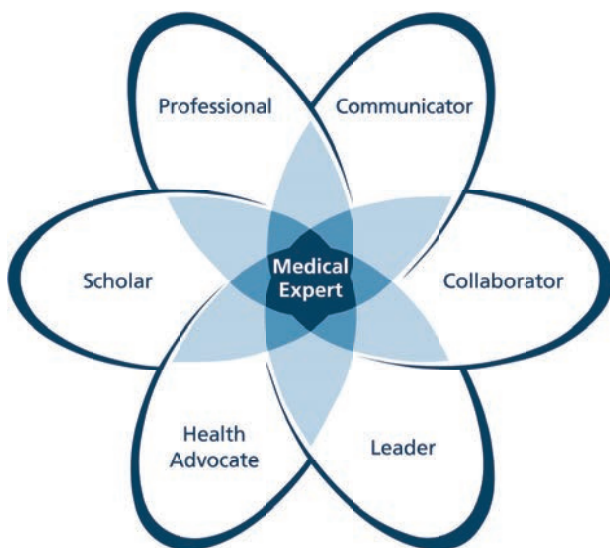


Abb. 1: Die ärztlichen Rollen des CanMEDS framework (mit freundlicher Genehmigung des Royal College of Physicians and Surgeons of Canada).

- **Kommunikator:** Befähigung, die Symptome und Bedürfnisse der PatientInnen zu erurieren, um die Grundlage für eine gemeinsame Entscheidungsfindung („shared decision making“) und eine patientenzentrierte Versorgung zu schaffen.
- **Kollaborator:** Sicherstellung, dass die Gesundheitsberufe gemeinsam für eine sichere, qualitativ hochwertige, patientenzentrierte Versorgung arbeiten.
- **Führungskraft:** Verantwortung, die notwendigen Bedingungen und Visionen zu schaffen, um eine wertvolle PatientInnenversorgung gewährleisten zu können: in der Klinik, Administration und Lehre.
- **Gesundheitsfürsprecher:** Engagement für die Verbesserung der Gesundheit von PatientInnen und Gesellschaft; Förderung von Prävention, Gesundheit und Qualitätsverbesserung.
- **Lehrender und Lernender:** Verpflichtung zu kontinuierlichem eigenen Lernen und Weiterbildung von anderen, sowie Sichern und Evaluieren von medizinischer Evidenz.
- **Professionalität:** Sicherstellung von ethischer klinischer Praxis, hohen Standards im persönlichen Verhalten und Würde gegenüber dem ärztlichen Beruf und der Gesellschaft.
- **Medizinischer/e Experte/in:** Verknüpfung der oben definierten Rollen, Nutzung des Wissens, der klinischen Fähigkeiten und Werte, um eine sichere, qualitativ hochwertige patientenzentrierte Versorgung für PatientInnen und die Gesellschaft insgesamt zu gewährleisten.

VON DER THEORIE ZUR PRAXIS

Die Definition neuer Werte und Ziele allein führte allerdings natürlich nicht zu einer spürbaren Veränderung in eine ergebnisorientierte chirurgische Weiterbildung im klinischen Alltag. Um die Umsetzung sicherzustellen, mussten neue Methoden und Formen der Fakultätsentwicklung, der Akkreditierung von Weiterbildungsprogrammen

sowie neue Lehrpläne, Weiterbildungsressourcen und Qualitätskontrollen eingeführt werden [24]. Als Konsequenz wurde in vielen Ländern das System der Weiterbildung, die Kriterien der Weiterbildungsbefugnis für Krankenhäuser und ÄrztInnen und die genutzten Ressourcen zum Wissenstransfer angepasst (Abbildung 2). Die neu definierten Werte und die starke Orientierung am Ergebnis spiegeln sich dabei in jeder Anpassung des Systems wider. So orientierte sich die Weiterbildungsbefugnis nun nicht mehr ausschließlich an den Operationszahlen oder der Größe des Krankenhauses, sondern auf die Durchführung, die erreichten Ergebnisse und die Qualität der Weiterbildung. Einen großen Anteil der Systemveränderung machte dabei die kontinuierliche Qualitätskontrolle und -verbesserung der Weiterbildung aus, die auch die Überprüfung der Weiterzubildenden und der Weiterbildenden beinhaltete. Eine Ausbildung der Weiterbildenden, die regelmäßige Evaluation des Lernfortschritts des Weiterzubildenden und die Qualitätsprüfung der Weiterbildung sind essentieller Teil des Systems einer kompetenzbasierten Weiterbildung.

Neben der Systemanpassung machten die Länder auch Ressourcen verfügbar, um den Transfer von definierten Wissenszielen in die Praxis zu erreichen. Hierunter fallen Weiterbildungspläne, die individuell gemeinsam mit dem Weiterbildenden festgelegt werden, und eine geregelte Fortbildung, welche definierte Lernziele, Kurse und Simulationen beinhaltet. Auch diese Maßnahmen folgen dem Ziel die Endergebnisse der Weiterbildung zu verbessern, und zeitgleich eine optimale Patientenversorgung zu bieten.

Ein Teil der kompetenzbasierten Weiterbildung bleibt wie früher auch die persönliche Weiterbildung in der Klinik und am Operationstisch. Diese erreicht jedoch durch die vorstehende Struktur mehr Unterstützung, klarer definierte, detailliertere Ziele, transparentere Verantwortlichkeit und am Ende auch mehr Wert, sowohl für die Weiterzubildenden als auch für die Weiterbildenden.

Die Grundannahmen der kompetenzbasierten Weiterbildung stehen in enger Abhängigkeit

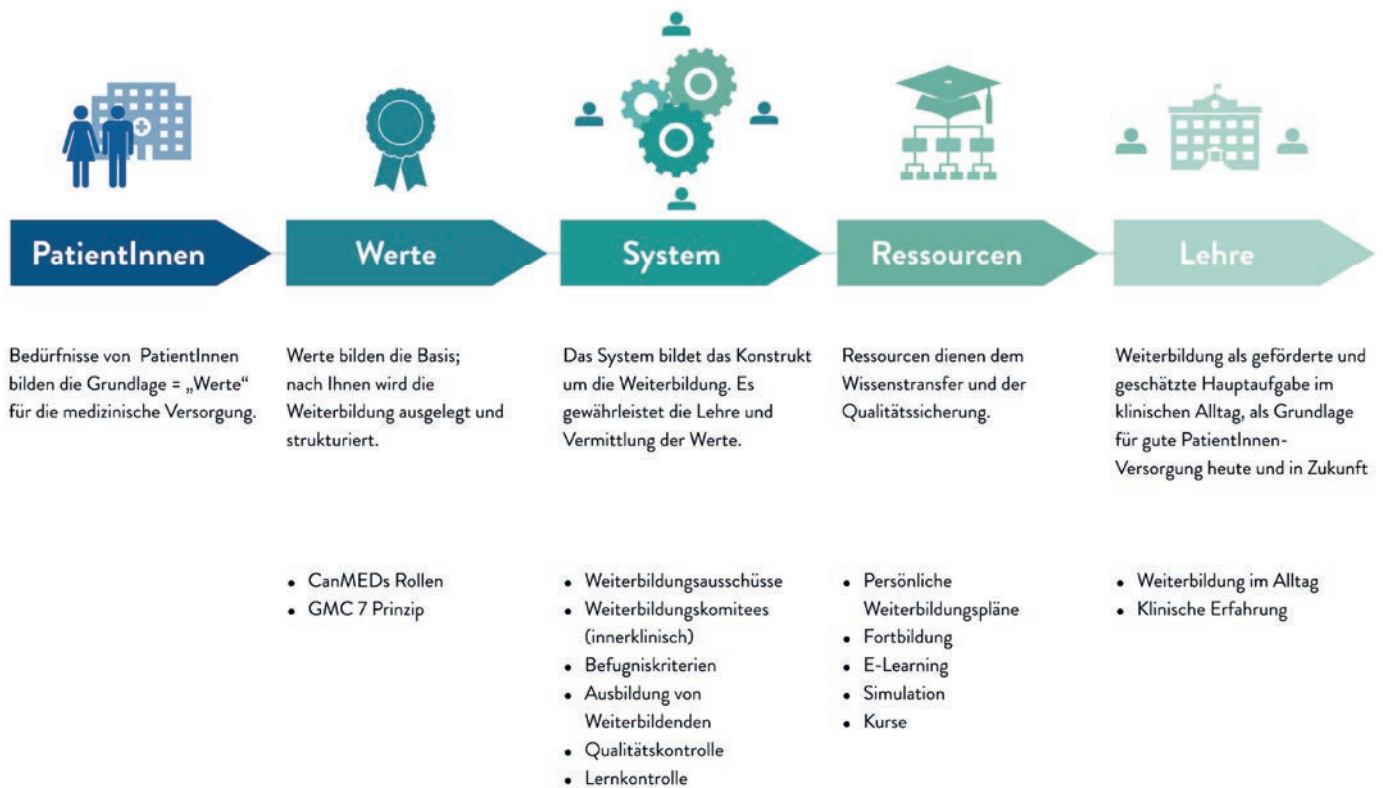


Abb. 2: Grundlagen der kompetenzbasierten Weiterbildung und Beispiele zum Praxisbezug (in kursiv).

zueinander. Veränderungen in einem Einzelbereich, machen meist Anpassungen in einem anderen Bereich notwendig, ohne die eine Verbesserung des Gesamtprozesses ergebnislos verläuft. Zum Beispiel verlangt die Verbesserung der Weiterbilder-Weiterzubildender-Beziehung auch Maßnahmen in der Ausbildung des Weiterbildenden, die wiederum von den bereitgestellten Ressourcen abhängen. Die Grundlagen bilden also ein interdependentes Netzwerk. Der Wechsel von der „Lehrlingsausbildung“ hin zu einer ergebnisorientierten Weiterbildung ist somit ein echter Wandel in der chirurgischen Weiterbildung.

WAS IST EINE KOMPETENZ

Viele Länder haben die CanMEDs-Rollen leicht modifiziert übernommen. Dazu gehören z.B. Australien, Neuseeland, die Niederlande, die Schweiz und auch Norwegen. Andere Länder definieren eigene Werte, die sich in den Grundzügen aber stark ähneln (Großbritannien, USA). Eine Kompetenz bezieht sich dabei immer auf eine klinische

ärztliche Aufgabe und die Erfüllung von definierten Zielen in Verhalten, Wissen und Fähigkeiten. Die Ziele in Verhalten, Wissen und Fähigkeiten spiegeln die Anforderungen der Werte wider (Abbildung 2). Viele Länder (Kanada, Niederlande, Großbritannien, Neuseeland, Australien, Schweiz) haben eine Einzel-Kompetenz als „Entrusted Professional Activity“ (EPA) definiert. Eine EPA entspricht einem ärztlichen Handlungsbereich, den man einem Arzt bzw. einer Ärztin anvertrauen kann, sobald er/sie in diesem Bereich eine ausreichende Kompetenz bewiesen hat. Die Kompetenz für diesen Handlungsbereich beschreibt bezogen auf die Werte der Weiterbildung Erreichtes in Verhalten, Wissen und Fähigkeiten. So ist z.B. in Kanada für die „EPA: Behandlung von Radiusfrakturen“ neben der chirurgischen Durchführung der Operation auch die Aufklärung über die Operation und ihre Behandlungsalternativen (CanMEDs-Rolle: Kommunikator), die Durchführung der WHO-Checkliste in Zusammenarbeit mit der Anästhesie (CanMEDs-Rolle: Kollaborateur) und die Übernahme der Verantwortung (CanMEDs-Rolle:

Führungskraft) als kompetent zu demonstrieren [25].

BESCHEINIGUNG VON KOMPETENZEN

In Deutschland wird wiederholt die Sorge diskutiert, dass durch die Bescheinigung eines Weiterzubildenden als „kompetent“ eine rechtliche Haftungssituation für den Weiterbildenden entsteht. Hinsichtlich der Anerkennung dieser Kompetenz zeigen sich international Unterschiede: So werden in Kanada, Großbritannien, Australien und Neuseeland Kompetenzen anhand von kleinen, innerklinischen Zwischenprüfungen – so genannten „Workplace-based Assessments“ (WBPA) attestiert. Durch unterschiedliche Prüfungsmethoden („Direkte Observation einer Procedure“, „Mini-klinische Evaluations Übung“) wird der aktuelle Stand der Weiterbildenden und Kompetenz in einem strukturierten Bewertungsbogens eingeordnet. In diesen Ländern sind minimal zwei WBPAs als „kompetent“ zu bewerten, um die individuelle Kompetenz zu erreichen.



Abb. 3: Kompetenz am Beispiel einer Entrusted Professional Activity.

Die Niederlande, Frankreich und Norwegen bestätigen Kompetenzen im Rahmen eines gemeinsamen Beschlusses des klinikinternen Weiterbildungskomitees. Diese Komitees tagen in regelmäßigen Abständen (wöchentlich bis monatlich) und diskutieren den individuellen Lernfortschritt. Im Konsens wird dann eine Kompetenz der Weiterzubildenden beschlossen.

ERFAHRUNGEN AUS ANDEREN LÄNDERN

Eine weitere Anpassung richtet in den Niederlanden die chirurgische Weiterbildung mittlerweile fast ausschließlich an den oben beschriebenen EPAs aus, die dabei auch zeitgleich absolviert werden können. Neben „Pflicht-EPAs“ wie „Hüfte – Basis“ können die Weiterzubildenden je nach individuellem Fortschritt schon in ihrer Weiterbildungszeit zusätzliche EPAs durchführen. Dadurch ist einerseits bereits eine Spezialisierung

in einem Bereich möglich – „Hüfte – Fortgeschritten“ bis zu „Hüfte – Spezialisiert“. Aber auch die EPAs in den Bereichen „Qualitätsverbesserung“ oder „Forschung“ können ausgewählt werden. Diese Struktur soll der Erfahrung, der Lerngeschwindigkeit und dem Ambitionsniveau der einzelnen Weiterzubildenden besser gerecht werden, und die einzelnen Stärken und Schwächen besser einbeziehen [26]. Das Konzept zielt darauf ab, die chirurgische Weiterbildung „so lange wie nötig, aber auch so kurz wie möglich zu halten“ [26]. Durch die klar definierten Ziele steigen Individualität und Transparenz der Kompetenzen.

Großbritannien hat 2003 das elektronische Logbuch eingeführt, in dem zeitnah chirurgische Eingriffe dokumentiert und von dem assistierenden Weiterbildenden bestätigt werden müssen. Die strukturierte Auswertung der Logbucheingriffe hat umfangreiche

Daten über die Lernkurven von Weiterzubildenden in der Chirurgie geliefert: Brown et al. (2017) zeigten hiermit, dass die Weiterzubildenden 10 bis 84 (Median 38,9) Operationen an Leistenhernien durchführten bis sie hinreichende „Kompetenz“ erreichten [27]. Abdelrahman et al. (2016) demonstrierten ähnliche Zahlen (11 bis 108 Leistenhernien, Median 41) [28]. Eine erste Expertise bei Hüftendoprothesen wird zwischen 37 und 63 Eingriffen erreicht (Median 51) [29]. Die Vergleiche von Operationszahlen zu Kompetenzen unterstreichen also, dass Lernkurven und damit der Lernerfolg unter Weiterzubildenden individuell stark variieren. Kompetenzbasierte Weiterbildung würdigt dieses Faktum durch den starken Fokus auf das Ergebnis und das Leistungsziel.

KOMPETENZBASIERTE WEITERBILDUNG IN DEUTSCHLAND

Es bleibt derzeit abzuwarten, wie die Implementierung der kompetenzbasierten Weiterbildung in Deutschland durch die Landesärztekammern im Detail aussehen wird. Die nachfolgende praktische Umsetzung ist aber mit noch mehr Spannung zu erwarten. Ein Lehrsystem, das sich einerseits aktuell in Kliniken abspielt, die unter finanziellem Druck stehen, und das andererseits gerade „Anfängeroperationen“ immer weiter in den ambulanten Sektor verlegt, in dem die Therapie aber einem Facharztstandard unterliegt, könnte sich mit der Reform schwer zu tun. Das aktuelle System, die Qualitätskontrolle der Weiterbildung aber auch die Unterstützung und Wertschätzung der Weiterzubildenden sind aktuell sehr different zu den Ländern, in denen kompetenzbasierte Weiterbildung praktiziert wird. Die aktuell vorherrschend nur sehr grobe Weiterbildungsstruktur bietet aber andererseits den Raum und eine Chance, um die reichhaltigen Erfahrungen anderer Länder zur inhaltlichen Reform zu nutzen und die Weiterbildung in Deutschland dadurch voranzubringen.

Denn eines sollte uns dabei immer bewusst sein: Der/Die Chirurg/in ist der eine zentrale Faktor bei jeder Patientenbehandlung. Die Chirurginnen die wir heute weiterbilden sind somit die Schlüsselpersonen

der Gesundheitsversorgung von morgen. Die chirurgische Weiterbildung zu verbessern sollte daher ein Hauptziel aller zum Wohle aller sein.

REFERENZEN

- [1] Temple J (2011) Time for Training. A review of the impact of the European Working Time Directive on the quality of training. London: Medical Education England, 2010.
- [2] Aitken RJ (2012) Lost opportunity cost of surgical training in the Australian private sector. *ANZ Journal of Surgery* 82:145–150. <https://doi.org/10.1111/j.1445-2197.2011.05968.x>
- [3] George BC, Bohnen JD, Williams RG, et al (2017) Readiness of US General Surgery Residents for Independent Practice. *Ann Surg* 266:582–594. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002414>
- [4] Mattar SG, Alseidi AA, Jones DB, et al (2013) General surgery residency inadequately prepares trainees for fellowship: results of a survey of fellowship program directors. *Ann Surg* 258:440–449. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3182a191ca>
- [5] Höhl R (2015) Dringende Reform der Weiterbildung nötig. In: *AerzteZeitung.de*. <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Dringende-Reform-der-Weiterbildung-noetig-250061.html> Accessed 3 Jul 2020
- [6] Klein F (2015) Die internistische Weiterbildung fällt durch. In: *AerzteZeitung.de*. <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Die-internistische-Weiterbildung-faellt-durch-246702.html>. Accessed 19 Jul 2020
- [7] Ludwig J (2020) Quality of orthopaedic surgical training in Germany: the need for urgent change? University of Oxford
- [8] Bündnis Junge Ärzte (2016) Vereinbarkeit von Familie und Karriere – wo bleibt der Wandel in den Köpfen? *Der Ophthalmologe* 113:639–640. <https://doi.org/10.1007/s00347-016-0319-4>
- [9] Arnold H (2014) Positionspapier des „Bündnis JUNGE ÄRZTE“ zur Arbeitsverdichtung im deutschen Gesundheitssystem. *Der Urologe* 53:1820–1821. <https://doi.org/10.1007/s00120-014-3692-0>
- [10] Mersch D, Münzberg M, Stange R, et al (2014) Der klinische Alltag in Orthopädie und Unfallchirurgie – Ergebnisse einer nationalen Umfrage unter Assistenzärzten in O und U. *Z Orthop Unfall* 152:440–445. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1382869>
- [11] Thorwald J (1972) Das Jahrhundert der Chirurgen Knauer Taschenbücher. Knauer, Ulm, Germany
- [12] Murray TJ (1995) Medical education and society. *CMAJ* 153:1433–1436
- [13] Kizer KW (2001) Establishing Health Care Performance Standards in an Era of Consumerism. *JAMA* 286:1213–1217. <https://doi.org/10.1001/jama.286.10.1213>
- [14] Spencer J, Jordan R (2001) Educational outcomes and leadership to meet the needs of modern health care. *Qual Health Care* 10:ii38–ii45. <https://doi.org/10.1136/qhc.0100038..>
- [15] Lewis F (2001) Costs, Competence, and Consumerism: Challenges to Medicine in the New Millennium. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care* 50:185–194
- [16] Lanier DC, Roland M, Burstin H, Knottnerus JA (2003) Doctor performance and public accountability. *The Lancet* 362:1404–1408. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14638-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14638-7)
- [17] Zelenock GB, Zambricki CS (2001) The Health Care Crisis: Impact on Surgery in the Community Hospital Setting. *Arch Surg* 136:585–591. <https://doi.org/10.1001/archsurg.136.5.585>
- [18] Thomas W (2006) Teaching and Assessing Surgical Competence. *Ann R Coll Surg Engl* 88:429–432. <https://doi.org/10.1308/003588406X116927>
- [19] Fischer JE (2005) Surgeons: employees or professionals? *Am J Surg* 190:1–3. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2005.03.023>
- [20] Wolfe JH (1998) General surgical training-improvements and problems. Vascular Advisory Committee of the Vascular Surgical Society of Great Britain and Ireland. *Ann R Coll Surg Engl* 80:112–116
- [21] Leung W-C (2002) Competency based medical training: review. *BMJ: British Medical Journal* 325:693
- [22] Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. (2019) The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada :: CanMEDS Framework. <http://www.royal-college.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>. Accessed 24 Jun 2019
- [23] Frank JR, Danoff D (2007) The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Med Teach* 29:642–647. <https://doi.org/10.1080/01421590701746983>
- [24] Canter R, Kelly A (2007) A new curriculum for surgical training within the United Kingdom: the first stages of implementation. *J Surg Educ* 64:20–26
- [25] NZOA NZOA (2018) New Zealand Orthopaedic Association (Royal Australasian College of Surgeons) DOPS and PBA Assessment Forms.pdf. <https://nzoa.org.nz/system/files/NZOA%20DOPS%20and%20PBA%20Assessment%20Forms.pdf>. Accessed 19 Mar 2019
- [26] Federatie Medisch Specialisten (2019) INDIVIDUALISING POSTGRADUATE MEDICAL TRAINING using ENTRUSTABLE PROFESSIONAL ACTIVITIES and SUMMATIVE ENTRUSTMENT DECISIONS. https://www.medischevervolgopleidingen.nl/sites/default/files/flyer_amee_2017_online.pdf. Accessed 25 Aug 2019
- [27] Brown C, Abdelrahman T, Patel N, et al (2017) Operative learning curve trajectory in a cohort of surgical trainees. *British Journal of Surgery* 104:1405–1411. <https://doi.org/10.1002/bjs.10584>
- [28] Abdelrahman, T, Long J, Egan R, Lewis WG (2016) Operative Experience vs. Competence: A Curriculum Concordance and Learning Curve Analysis. *Journal of Surgical Education* 73:694–698. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2016.01.011>
- [29] Hopkins L, Robinson DBT, Brown C, et al (2019) Trauma and Orthopedic Surgery Curriculum Concordance: An Operative Learning Curve Trajectory Perspective. *Journal of Surgical Education*. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2019.05.009> 

Kommentar des Generalsekretärs

AUS DER
DGCH



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

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

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

ich kann nur hoffen, dass Sie sich trotz aller bestehenden Einschränkungen in Ihren Urlaubstagen etwas haben erholen können, umso mehr, da nach einem primären „Schaufel-Sommer“ in den Monaten Juni und Juli ein echter Hochsommer, teilweise mit rekordverdächtigen Hitzeserien, herrschte. Auch wenn man vielleicht echte Hundstage genießen kann, haben es Aktivitäten oder Themen außerhalb der Coronakrise momentan sehr schwer in der allgemeinen Wahrnehmung. Mehr als sechs Monate nach Beginn der Pandemie, und trotz Lockerung der Kontaktbeschränkungen, beherrscht das Sars-CoV-2 weiterhin ganz entscheidend unser Leben. Nach einer aktuellen Studie der Bertelsmann Stiftung zum gesellschaftlichen Zusammenhalt sahen 46 Prozent der Befragten schon vor dem eigentlichen Lockdown diesen als gefährdet an und danach kam es zu einem weiteren Abfall auf jetzt 36 Prozent. In gleicher Weise waren in dieser Periode primär 41 Prozent der Befragten der Meinung, dass sich die Bürger zu wenig um ihre Mitmenschen kümmern, derzeit vertreten nur noch 21 Prozent diese Auffassung, wobei das Vertrauen in die Bundesregierung von anfangs 19 Prozent auf 45 Prozent im Juni anstieg.

Eine weitere Umfrage unter 523 Führungsspitzen aus Wirtschaft, Politik und Verwaltung bewertete die Arbeit der Bundesregierung sogar in 90 Prozent als sehr gut bzw. gut. Trotz dieser hohen Akzeptanz nimmt die Zahl der Verschwörungstheoretiker und der „Querdenker-Demonstrationen“ zu, obwohl nach Umfrage der Zeitschrift „Spiegel“ etwa zwei Drittel der Befragten erklärten, kein

Verständnis für die aktuellen Proteste gegen die Schutzmaßnahmen zu haben; lediglich 20 Prozent gaben an, solche Demonstrationen unterstützen zu können. Trotzdem kursiert mittlerweile eine Vielzahl von Falschmeldungen zur Corona-Pandemie. Einer globalen Umfrage zufolge glauben 13 Prozent der Befragten in unserem Land, dass es sich bei Covid-19 um eine chinesische Bio-Waffe handelt. Bei solchen Umfrageergebnissen darf allerdings nicht vergessen werden, dass bewusste Falschmeldungen zur Covid-19-Pandemie die Glaubwürdigkeit von Ärzten und Politikern erheblich untergraben können.

AKTUELLE ZWISCHENBILANZ DER COVID-19-PANDEMIE

Nach anfänglichen Schwierigkeiten, etwa bei Verfügbarkeit von Schutzkleidung oder Alltagsmasken, hat sich das deutsche Gesundheitssystem bisher als deutlich belastbar erwiesen und die Coronakrise besser gemeistert als viele andere Staaten. Diese Tatsache ist auch deshalb erstaunlich, weil nach dem Ranking des Global-Health-Security-Index, federführend durch die Johns-Hopkins-Universität erstellt, Deutschland nur einen Platz im Mittelfeld einnimmt. An der Spitze standen die USA vor Großbritannien, die aber gerade besonders viele Erkrankte zu beklagen haben. Dieser Index weist dabei Parameter auf, die sich bei der Pandemie als weniger relevant erwiesen haben, so die Güte der Arztausbildung, Ausstattung der Krankenhäuser, Frühwarnsysteme oder Laborkapazitäten. Nicht berücksichtigt werden allerdings die Reaktionen der jeweiligen Regierungen oder die Nutzung vorhandener Laborkapazitäten. Unterschätzt werden auch die politisch-gesellschaftlichen Strukturen eines

Landes, besonders auch die Vorteile eines Sozialstaates mit entsprechenden Gesetzesvorgaben. Zudem hat sich das gute Zusammenspiel des deutschen Gesundheitssystems im ambulanten und stationären Sektor als außerordentlich positiv erwiesen. Ohne auf die wenig sinnvolle Diskussion über erfolgreiche Verläufe in beiden Bereichen eingehen zu wollen, bleibt eindeutig festzuhalten, dass durch die Diagnostik und Betreuung milderer Krankheitsverläufe im ambulanten Bereich die Kliniken entscheidend entlastet werden konnten, um sich selbst den schweren Erkrankungsbildern mit intensivmedizinischer Behandlung oder Beatmungstherapie widmen zu können. Trotzdem war auch in unserem Land laut einer Studie des wissenschaftlichen Instituts der AOK mit 10.021 Patienten und nachgewiesener Covid-19 Infektion vom Februar bis Mitte April 2020 die Sterblichkeit bei Krankenhausaufnahme mit 22 Prozent ähnlich hoch wie in Frankreich. Ohne Beatmung betrug die Sterblichkeit 16 Prozent, war eine Beatmung notwendig, stieg diese auf 53 Prozent an, wobei insgesamt 17 Prozent der Patienten beatmungspflichtig war. Die Mortalität war zudem entscheidend abhängig vom Geschlecht und Lebensalter. Erfreulicherweise bedurften insgesamt aber weniger als 20 Prozent der infizierten Patienten einer stationären Behandlung und bis auf wenige regionale Infektionsherde lag die Zahl der Neuinfektion bis Anfang August 2020 in aller Regel unter der kritischen Grenze von mehr als 50 pro 100.000 Einwohner. Diese Situation hat sich allerdings deutlich verändert und mit Datum vom 18. August 2020 schätzt das Robert-Koch-Institut die Gesundheit der Bevölkerung durch Covid-19 als „hoch“ oder für Risikogruppen als „sehr hoch“ gefährdet ein. Tägliche Neuinfektionsraten mit mehr als 1000 Patienten sind keine Ausnahme mehr, wobei vor allem auch jüngere Personen betroffen sind. Als Ursache werden der vermehrte Reiseverkehr, besonders bei Rückkehr aus sogenannten Risikogebieten sowie Gruppenveranstaltungen bzw. Feierlichkeiten angeführt. Die Infektionszahlen weltweit betragen derzeit mehr als 21 Millionen, wobei 775.000 betroffene Patienten einen letalen Ausgang aufweisen. In Deutschland sind aktuell mehr als 9200 infizierte Personen verstorben. Solche Zahlen machen einmal mehr

deutlich, dass die Pandemie bei weitem noch nicht überstanden ist und unser Miteinander weiterhin nachhaltig verändert. Nach Meinung der Politik kann es somit weitere Lockerungen von Beschränkungen nicht geben. Man muss sich also immer wieder veränderten Bedingungen anpassen, umso mehr, da relevante Medikamente oder Impfstoffe weiterhin nicht zur Verfügung stehen, was wohl auch für den angekündigten russischen Impfstoff „Sputnik V“ zutreffend ist.

VERSCHIEBUNG „PLANBARER“ OPERATIVER EINGRIFFE WÄHREND DES LOCKDOWNS UND DEREN FOLGEN

Nach Vorgabe des Bundesgesundheitsministers Jens Spahn vom 13. März 2020 mussten ab dem 16. März 2020 alle nicht zwingend notwendigen planbaren operativen Eingriffe verschoben werden, um durch freiwerdende Kapazitäten, vor allem auf den Intensivstationen, schwer an Covid-19 erkrankte Patienten adäquat behandeln zu können. Operativ versorgt werden sollten somit nur noch Notfälle oder Patienten mit malignen Erkrankungen. In den vorliegenden Publikationen, meist mit geringer Evidenz oder geringen Fallzahlen, wird die Anzahl der aufgeschobenen Eingriffe zwischen 1,6 und 2,5 Millionen angegeben. Basierend auf einem bundesweiten Benchmarking-Programm für OP-Prozesszeiten wurden die Daten von 153 Krankenhäusern aller Versorgungsstufen in den Monaten März und April 2020 ausgewertet und in Relation zu den Zahlen der Vorjahre gesetzt. Bereits für den März 2020 betrug der Rückgang der Operationszahlen 24 Prozent und stieg im April 2020 auf 41 Prozent an, wobei in den verschiedenen Bundesländern deutliche Unterschiede zu erkennen waren. Abhängig von den Versorgungsstufen zeigten sich ebenfalls verschiedene Auswirkungen: In Fachkrankenhäusern wurden 46 Prozent weniger Operation durchgeführt, in den anderen Krankenhäusern lag der Rückgang der Fallzahlen zwischen 35 und 39 Prozent. Zu den am häufigsten verschobenen Eingriffen gehörten mit 82 Prozent die Adenotomie, mit 80 Prozent die Implantation einer Knieprothese und mit 79 Prozent die Kataraktoperation. Auch in der Viszeralchirurgie wurden vor allem der Verschluss einer Leistenhernie in 60 Prozent, die

Cholecystektomie in 33 Prozent sowie die partielle Resektion des Dickdarms in 25 Prozent auf einen späteren Zeitpunkt verschoben. Nur bei der Sectio caesarea, der Versorgung von Frakturen oder bei der Appendektomie, war ein fehlender oder geringfügiger Rückgang zu verzeichnen. Insgesamt zeigen diese Daten mehr als deutlich an, dass während des medizinischen Shutdowns innerhalb kürzester Zeit die staatlichen Vorgaben umgesetzt werden konnten. Es darf aber nicht vergessen werden, dass auch bei weiterer Steigung der jetzigen Operationszahlen ein Zeitraum von mehr als sechs Monaten angenommen werden muss, um die entstandene Warteliste in den Versorgungsalltag zu integrieren. Deshalb erscheint es sinnvoll, zukünftige Pandemiepläne in der Weise zu konzipieren, dass individuell bei Wiederanstieg der Infektionsraten auch ein gewisser Anteil an selektiven Operationen durchgeführt werden kann.

KRANKENHAUS-STUDIE 2020 (R. BERGER)

In dieser Studie durch das Beratungsunternehmen Roland Berger wurden im Mai und Juni 2020 die Manager von 600 Krankenhäusern zur Einschätzung der wirtschaftlichen Lage befragt. 57 Prozent der Befragten erwartet für das laufende Jahr ein Defizit, vor allem in Krankenhäusern mit mehr als 1000 Betten. Einen Anstieg des Umsatzes erwarteten nur 29 Prozent, während 59 Prozent von einer Stagnation der Umsätze ausgeht. Als Ursache wird vor allem die mangelnde Auslastung der Kliniken während der Pandemie angegeben, welche vor allem die großen Häuser mit einem Auslastungsverlust von 37 Prozent auf Normal- und 27 Prozent auf Intensivstationen betrifft. Auch der bis zum 30. September 2020 geltende finanzielle Schutzschirm von anfänglich 560 € pro freigehaltenem Bett kann trotz Differenzierung des Entgeltverlustes mit Orientierung an tatsächlichen Erlösverlusten zwischen 360 € und 760 € die Erlösausfälle nicht kompensieren. 75 Prozent der befragten Manager gehen davon aus, dass die Digitalisierung der Kliniken beschleunigt wird. Etwa 50 Prozent nehmen eine weitere Ambulantisierung, allerdings bei attraktiveren Vergütungssystemen, an, während eine Zunahme der Privatisierung der Krankenhäuser nicht erwartet wird. Vor allem

mit dem Ziel einer Gewinnoptimierung soll die Einrichtung von Verbundkrankenhäusern weiter intensiviert werden. Diese Studie veranschaulicht, dass sich die wirtschaftliche Lage vieler Kliniken durch die Pandemie noch einmal deutlich verschlechtert hat und sogar 5 Prozent der Befragten davon ausgeht, das Vor-Krisen-Niveau nicht mehr erreichen zu können. Der finanzielle Schutzschirm wird dabei als ziemlich löchrig angesehen und auch von der deutschen Krankenhausgesellschaft wird eine Verlängerung der Entschädigung der finanziellen Einnahmeausfälle bis in das Jahr 2021 gefordert. Von den Universitätsklinika wird beklagt, dass nur 23 von 34 Kliniken die neue Ausgleichspauschale von 760 € erhalten, allerdings erst nach Inkrafttreten der gestaffelten Entschädigungen im Juli 2020, während das Freihalten von Betten bereits von Mitte März bis Ende Juni stattgefunden hat. Von Seiten des Bundesgesundheitsministeriums ist hingegen vorgesehen, dass von der deutschen Krankenhausgesellschaft sowie den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen Ausgleichssätze für coronabedingte Erlösrückgänge vereinbart werden, die die Krankenhäuser und Kassen vor Ort bei ihren Verhandlungen anwenden sollen. Diese Regelung wird dann vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2020 gültig sein. Ob und wann es in der derzeitigen Situation nun wirklich zu einer Fortsetzung der „echten“ Strukturdebatte über die deutsche Krankenhauslandschaft oder gar zur Abschaffung der Fallpauschalen kommen wird, bleibt abzuwarten.

GESUNDHEITSPOLITIK

Neben dem Umgang mit den Problemen der Pandemieauswirkungen stehen aktuell das Patientendatenschutzgesetz (PDSG) und das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) in der Diskussion. Beim PDSG hat vor allem der Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit erneut darauf hingewiesen, dass eine der europäischen Datenschutz-Grundverordnung entsprechende Angleichung der geplanten Regelungen zur elektronischen Patientenakte notwendig sei, besonders wegen der mangelhaften Datenkontrolle, so bei Nutzung von Tablets oder Smartphones. Dieser Kritik haben sich bisher

drei Bundesländer angeschlossen und auch die Bundesärztekammer sowie andere Verbände haben den Gesundheitsminister aufgefordert, diese Problematik umgehend zu klären. Digitalisierung im Gesundheitswesen sei zweifelsfrei notwendig, könne aber erst dann akzeptiert werden, wenn bei der elektronischen Patientenakte der Datenschutz gewährleistet sei und die Patienten selbst vorgeben können, in welchem Umfang sie ihre Daten freigeben bzw. selbige genutzt werden dürfen. Die dargestellten Bedenken werden allerdings von der Bundesregierung ausdrücklich nicht geteilt, denn das Gesetz sei von Justiz- und Innenministerium rechtlich umfassend geprüft worden und zudem erlaube die elektronische Patientenakte eine freiwillige Anwendung.

Der derzeitige Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser mit einem Umfang von 36 Seiten stellt u. a. drei Millionen € Fördergelder aus dem Gesundheitsfond für die Förderschwerpunkte „Digitale Infrastruktur und moderne Notfallkapazitäten“ in Aussicht. Dazu kommen noch 1,3 Milliarden € Ko-Finanzierungsmittel durch die Länder allein oder unter Beteiligung der Krankenhausträger. Bei diesem Programm ist eine begleitende Evaluierung der Fördermaßnahmen vorgesehen. Der Gesetzesentwurf wird von vielen Institutionen als positiv eingestuft. Der Umfang des Finanzvolumens wird allerdings als zu gering angesehen und die Beteiligung der Krankenhausträger an der Finanzierung abgelehnt, ebenso wie die vorgesehenen Strafzahlungen bei nicht Erreichen der vorgesehenen Digitalisierungsstruktur oder bei Reduktion der Bettenkapazitäten.

DIGITALES STUDIUM IM SOMMERSEMESTER 2020

Erstmalig ist bundesweit für das Sommersemester 2020 die Präsenzlehre ausgesetzt worden und die Universitäten mussten innerhalb kürzester Zeit die Lehre digitalisieren. Nach verschiedenen Umfragen, so der Universität Lübeck oder der Medizinstudierenden im Hartmann-Bund, gab der Großteil der Befragten an, dass das notwendige Online-Studium besser verlaufen sei als vorher erwartet.

Positiv wurde zwar die freiere Zeiteinteilung beurteilt, aber etwa die Hälfte der Studierenden sahen das „digitale Semester“ als deutlich weniger produktiv an, auch bedingt durch die teilweise eingeschränkte Informationskultur der Fakultäten oder Lehrqualität bei unzureichender Technikkompetenz der Dozenten. Vermisst wurden vor allem die Praktika und der direkte Patientenkontakt; außerdem wurden Klausuren entweder verschoben oder zu übergreifenden Prüfungen zusammengefasst. Etwa ein Drittel der Studierenden befürchtet eine Verlängerung der Studienzeit, was auch der Medizinische Fakultätentag bei weiterhin fehlenden praktischem Unterricht befürchtet. Gleichzeitig zeigen die Umfragen auch auf, dass gerade aufgrund unzureichender Vernetzung bei einem relevanten Anteil der Studierenden die psychische Belastung angestiegen und das Gefühl einer gewissen Einsamkeit aufgetreten ist, bedingt durch das Lernen an einem Ort und trotz verschiedener Beratungsangebote zum sogenannten Wohlbefinden in Coronazeiten. Bei relativ positiver Bilanz des digitalen Lernens herrscht aber mehrheitlich die Meinung vor, dass die Distanzlehre in diesem Sommersemester nicht zur neuen Normalität werden darf.

Diese Einstellung kann man durchaus nachvollziehen, denn nach Monaten der Telefon- oder Videokonferenzen ist es nur zu verständlich, dass der persönliche Kontakt und Begegnungen vermisst werden. Deshalb plant die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie bisher weiterhin den anstehenden Jahreskongress 2021 in München mit persönlicher Anwesenheit: Natürlich abhängig vom weiteren Verlauf der Pandemie, aber die Hoffnung auf einen solchen Kongress besteht derzeit noch.

In diesem Sinne bleiben sie weiterhin gesund!

Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung 2020



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

Im Auftrag des Präsidenten lade ich hiermit alle Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zur Mitgliederversammlung in München sehr herzlich ein.

Die **Mitgliederversammlung inkl. Wahlen** findet am Samstag, **den 17.10.2020, 11.30 – 13.00 Uhr** im Hörsaal der LMU (Lindwurmstraße 2A, 80337 München) statt.

TAGESORDNUNG:

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

ZU TOP 2: WAHLEN

In Vollzug der gültigen Satzung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sind folgende Positionen des Präsidiums ab 01. Juli 2020 neu zu besetzen:

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

Nach § 15.1 der Satzung erhält die Mitgliederversammlung für die von ihr **zu bestätigen-den Kandidaten** (hier 1.) zum Präsidium bzw. Vorstand jeweils einen Namensvorschlag vom Präsidium. (Darüber hinaus unterbreitet das Präsidium Wahlvorschläge für die weiteren Mitglieder des Präsidiums (§13.2))

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

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

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

Zu 4.: Als Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung wird der Mitgliederversammlung **Herr Dr. Dr. med. Markus Mille** aus Erfurt vorgeschlagen.

Berlin, im September

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

BITTE AN ALLE CHEF- UND OBERÄRZTE:

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

Einladung zum 138. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie



Prof. Dr. Dr. Michael Ehrenfeld
Präsident DGCH 2020/2021
Direktor
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Universität München
Lindwurmstraße 2a
80337 München
michael.ehrenfeld@med.lmu.de

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

hiermit möchten mein Organisationsteam und ich Sie im Namen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und gemeinsam mit den Fachgesellschaften, die im Rahmen des DCK ihre Jahrestagungen oder Frühjahrstagungen ausrichten, herzlich zum 138. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie im Jahr 2021 nach München einladen. Traditionsgemäß werden auf diesem Kongress die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) sowie die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) ihre Jahrestagungen abhalten und 2021 auch erstmals die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Die Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (DGPRÄC), die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG) sowie die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) veranstalten ihre Frühjahrstagungen. Neben den Mitgliedern der unter dem Dach der DGCH vereinigten wissenschaftlichen chirurgischen Fachgesellschaften, ist es mir eine große Freude, auch den Berufsverband der Deutschen Chirurgen, die Bundeswehr, den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe und die Rettungsdienste einladen zu dürfen, den Kongress mit eigenen sowie interdisziplinären bzw. interprofessionellen Veranstaltungen mit zu gestalten.

Zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Schreibens hat die Covid-19-Pandemie die Welt im Griff und das Leben jedes einzelnen

Menschen in unserem Land beeinflusst, sowohl privat als auch im Arbeitsleben. Sie hat auch dazu geführt dass der DCK 2020, nach engagiertester Vorarbeit von Prof. Thomas Schmitz-Rixen und seinem Team sowie von MCN, als Präsenzveranstaltung abgesagt werden musste. Die Absage war mit erheblichem Aufwand verbunden, insbesondere um die finanziellen Belastungen für die DGCH in erträglichem Rahmen zu halten und allen Beteiligten muss großer Dank ausgesprochen werden für ihren Einsatz unter diesen unerfreulichen Umständen. Obwohl zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Planungssicherheit für 2021 herrscht, scheint die Pandemie in Mitteleuropa hinreichend kontrollierbar zu sein und der geschäftsführende Vorstand der DGCH hat beschlossen, die Planungen für den DCK 2021 als Präsenzveranstaltung anlaufen zu lassen. Wir sind überzeugt, dass die Chirurgie den wissenschaftlichen und berufspolitischen Austausch auf einem Kongress für die gesamte Chirurgie braucht und dass ein solcher Austausch nicht zu lange unterbrochen werden sollte.

Der 138. DCK, der vom 13.04. bis 16.04.2021 in München stattfindet, hat das **Motto Kompetenz – Kreativität – Kommunikation**, von jeher drei wesentliche Elemente des chirurgischen Denkens und Handelns. Hervorragende Kompetenz, erworben durch strukturierte Aus- und Weiterbildungen ist nicht nur unser Anspruch, sondern insbesondere das, was unsere Patienten und die Studierenden von uns erwarten. Kreativität ist auch in Zeiten herausragender diagnostischer

Möglichkeiten und individueller patientenspezifischer Planungen immer dann nötig, wenn unerwartete Ereignisse, insbesondere auch während operativer Eingriffe, eintreten. Die Kommunikation zwischen Patienten und Kollegen, dazu gehört auch der wissenschaftliche Austausch während eines Kongresses, speziell heute unter Einsatz neuer Medien, ist ein wesentliches Element unseres Berufslebens.

Im Rahmen des Kongresses ist geplant, wieder den inzwischen traditionsreichen Organspendelauf auszurichten, damit die immer

noch aktuelle Organspendeproblematik im Blickfeld der Öffentlichkeit und Politik bleibt.

Partnerland des 138. Kongresses wird Österreich sein, ein Land, zu dem wie zu keinem anderen Land jahrzehntelange enge fachliche und menschliche Verbindungen bestehen.

Nach den Covid-19 bedingten Einschränkungen ist es an der Zeit den interpersonellen und interprofessionellen direkten fachlichen und menschlichen Austausch wieder aufzunehmen. Ich würde mich freuen, Sie möglichst

zahlreich in München zum 138. DCK begrüßen zu dürfen. Bereits jetzt möchte ich mich bei allen Ko-Präsidenten, Fachgesellschaften, Berufsverbänden und der Bundeswehr für ihre engagierte Unterstützung bei der Kongressgestaltung bedanken.

Ihr

Prof. Dr. Dr. Michael Ehrenfeld
Präsident DGCH 2020/2021

Ehrungen

CHRISTIANE J. BRUNS IST NEUES SENATSMITGLIED DER DFG



Prof. Dr. med. Christiane Bruns
Direktorin Klinik und Poliklinik für
Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und
Transplantationschirurgie
Uniklinik Köln
anke.kreusch@uk-koeln.de

Die Mitgliederversammlung der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) hat auf ihrer Sitzung am 1. Juli 2020 im Rahmen der DFG-Jahresversammlung Professorin Dr. Christiane J. Bruns von der Universität zu Köln als neues Mitglied in den Senat gewählt. Sie erhält den Senatsplatz für Klinische Medizin II. Der Senat ist das zentrale wissenschaftliche Gremium, in dem alle Angelegenheiten der DFG von wesentlicher Bedeutung beraten und beschlossen werden. Er ist damit zuständig für die Forschungsförderung und die Gestaltung des Begutachtungs-, Bewertungs- und Entscheidungsverfahrens. Der Senat beschließt zudem, welche Fachkollegien zu bilden sind und wie sie sich gliedern.

Professorin Christiane J. Bruns ist Direktorin der Kölner Klinik und Poliklinik für Allgemein-,

Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie. Von 2016 bis 2019 war sie bereits gewählte Fachbereichskollegiatin der DFG Sektion 2: Krebsforschung und Regenerative Medizin/Stammzellforschung, von 2017 bis 2019 war sie zusätzlich im Fachkollegium für Klinische Studien der DFG tätig. Seit 2018 ist sie Mitglied der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina. Seit 2019 ist Christiane J. Bruns Prodekanin für Struktur und Entwicklung der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln.

Insgesamt gehören dem Senat 39 Mitglieder an. Von ihnen werden 36 von der Mitgliederversammlung gewählt; sie sind zugleich auch die wissenschaftlichen Mitglieder des Hauptausschusses.

MATTHIAS ANTHUBER IST NEUES EHRENMITGLIED DER VEREINIGUNG DER BAYERISCHEN CHIRURGEN



Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
Vorsitzender des BDC|Bayern
Direktor der Klinik für Allgemein-,
Viszeral- und Transplantationschirurgie
Klinikum Augsburg
Stenglinstraße 286156 Augsburg
anthuber@klinikum-augsburg.de

Der Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie und Leiter des Darmkrebszentrums am Universitätsklinikum Augsburg, Prof. Dr. med. Matthias Anthuber, ist aufgrund seiner Verdienste als Vorsitzender, Schriftführer und Kassenwart um die Vereinigung der Bayerischen Chirurgen (VBC) zum Ehrenmitglied ernannt worden.

Die Vereinigung der Bayerischen Chirurgen ist seit ihrer Gründung 1911 mit über 1.000 Mitgliedern eine der großen, traditionsreichen chirurgischen Regionalvereinigungen in Deutschland. Professor Anthuber führt neben diesem Ehrenamt noch weitere, so zum Beispiel fungierte er als Präsident des 136. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 2019 in München.

Nachruf zum Tod von Dr. Karim Gawad



In memoriam
Dr. Karim Gawad
(* 20.11.1962 † 03.06.2020)

Herr Priv.-Doz. Dr. Karim Gawad ist am 03.06.2020 nach langjähriger Krankheit verstorben.

Die chirurgische Gemeinschaft verliert eine herausragende Persönlichkeit mit außerordentlichen Errungenschaften für die Ausbildung unserer Studierenden im Fach Chirurgie.

Nach seinem Studium in Heidelberg gehörte er weit über ein Jahrzehnt zum Team der Chirurgischen Klinik des UKE. Seine lebenswerte Art und sein besonderer Sinn für Humor werden uns sehr fehlen.

Herr Gawad hat am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf als herausragender Kliniker und Wissenschaftler einen bleibenden Eindruck hinterlassen. Seine Pionierarbeit in der minimalinvasiven Ösophaguschirurgie wirkt bis in die heutige Zeit weiter. Sein klinisches und wissenschaftliches Wirken fand auch International Anerkennung und wurde durch die Aufnahme im American College of Surgeons gewürdigt. Von 2009 bis 2016 war er als Chefarzt im Hospital zum heiligen Geist in Frankfurt tätig.

Die Passion von Herrn Priv.-Doz. Gawad galt der Ausbildung der Medizinstudierenden im Fach Chirurgie. Er engagierte sich in den 2000er Jahren als Mitglied des interdisziplinären Curriculum Komitees erfolgreich für die Reform des Medizinstudiums am UKE, ein Projekt das national starke Beachtung fand. Seine praktische Arbeit vor Ort krönte er theoretisch durch den Erwerb eines Masters of Medical Education (Bern).

Aufgrund seiner beginnenden Krankheit beendete er seine chirurgische Tätigkeit und wandte sich als Leiter des Studiendekanats der in Aufbau befindlichen Medizinischen Fakultät Ostwestfalen-Lippe in Bielefeld erneut der ärztlichen Ausbildung zu. Hier hat er sich bis zuletzt mit großem Engagement und Ideenreichtum unermüdlich als Brückenbauer zwischen der Universität und den drei beteiligten Krankenhäusern eingesetzt.

Die Nachricht von seinem Tod hat uns tief getroffen. Unser Mitgefühl gilt seiner Frau und seinen Kindern sowie allen Angehörigen und Freunden. Wir werden ihm stets ein ehrendes Andenken bewahren.

Prof. Dr. Jakob Izbicki

Prof. Dr. Hendrik van den Bussche

Nachruf zum Tod von Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Friedrich Stelzner (4. November 1921 – 5. Juni 2020)



In memoriam

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

Friedrich Stelzner

(* 04.11.1921 † 05.06.2020)

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie trauert um ihr Mitglied und Ehrenmitglied Prof. Dr. med. Dr. mult. h.c. Friedrich Stelzner, der am 5. Juni 2020 im Alter von fast 99 Jahren verstorben ist, und das in fast unveränderter geistiger Frische. Dies war ein großes Geschenk für ihn selbst, seine Familie, aber ebenso für seine älteren und jüngeren Kollegen und Freunde, die wir ihm über Jahrzehnte zuschauen und zuhören durften. Denn er hatte uns immer etwas zu sagen. Zu schweigen lag ihm nicht. Einer seiner letzten großen Vorträge auf dem Chirurgenkongress 2007 hatte zum Thema „Die Macht und Ohnmacht des Schweigens“ und es war ein typischer Stelzner'scher Vortrag, kritisch, nachdenklich, sprachlich ausgefeilt und mit pointierten, nicht immer schmeichelfaften Aussagen über uns Chirurgen.

Worin lag das biologische Geheimnis von Friedrich Stelzner?

Wolf Singer (Max-Planck-Institut für Hirnforschung in Frankfurt) sieht in der funktionellen Architektur des Gehirns die genetisch vorgegebenen mentalen Möglichkeiten des Individuums, aber er glaubt auch experimentell nachgewiesen zu haben, dass der Alterungsprozess des Gehirns durch Training und geistige Verarbeitungsstrategien um 10 -15 Jahre hinausgeschoben werden kann – also Geschenk und Verdienst!

Doch zunächst zu den biographischen Daten von Friedrich Stelzner:

- Geboren am 4. November 1921 und aufgewachsen in Oberlohma bei Eger in Böhmen.
- Oktober 1939-1945 eingezogen als Sanitätssoldat mit mehrfacher Beurlaubung für das Medizinstudium in Berlin, München, Würzburg und Gießen. Staatsexamen 1945 in Berlin. Promotion 1945 in Würzburg mit der Dissertation *Der Fuß in Stand und Marsch*, summa cum laude und bereits vorher publiziert in *Zs Anat Entw.* (1942). Die Marschfraktur infolge passiver Ermüdung des Halteapparates des Skeletts beim Ungeübten war ein militärisch geprägter Ansatz, aber die funktionelle Anatomie lässt bereits grüßen.
- 1945-1955 chirurgische Weiterbildung bei Otto Götze in Erlangen, der ihm die anatomische Methodik klinischer Forschung eröffnete, die seine wissenschaftliche Arbeit lebenslang bestimmte.
- 1952 31-jährig die Habilitation in Erlangen mit der Habilitationsschrift *Die chirurgische Individualpathologie des Mastdarmkrebses und Bemerkungen zu seiner Individualtherapie*.
- 1955-1968 Oberarzt und Leitender Oberarzt bei Ludwig Zukschwerdt in Hamburg. 1956 apl.-Professur in Hamburg.

– 1957 war ein wichtiges Jahr in seinem Leben: Mit einem Stipendium des British Council verbrachte er sechs Monate in London, im St. Marks Hospital (Rektumchirurgie, Proktologie), Brompton Hospital (Thoraxchirurgie, Herz und Gefäße) und St. Bartholomews Hospital (Pfortaderchirurgie). Er kehrte mit dem Manuskript für die erste Auflage der Monographie *Die anorektalen Fisteln zurück* – erschienen 1959 und 1964 mit dem Bernhard von Langenbeck-Preis als höchster wissenschaftlicher Auszeichnung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gewürdigt.

Vielleicht aber am wichtigsten war die Hochzeit mit Dr. med. Renate Buchborn im April 1957. Das Ehepaar hat zwei Söhne (1958), Chirurg in den USA (Harvard in Boston und Seattle) und (1961), Journalist in München sowie eine Tochter (1963), promoviert in Kunstgeschichte und Journalistin. Friedrich und Renate Stelzner haben über 63 Jahre gemeinsam ein glückliches Leben geführt.

Von 1968-1971 folgte Stelzner seinem chirurgischen Chef und Lehrer Zukschwerdt als Ordinarius auf den Hamburger Lehrstuhl.

Von 1972-1977 übernahm er das Chirurgische Ordinariat der Goethe-Universität in Frankfurt am Main und kam damit hochschulpolitisch gesehen vom Regen in die Traufe, aber mit den Anatomen Werner Lierse in Hamburg und Dietrich Starck in Frankfurt als idealen wissenschaftlichen Partnern.

1976 lehnte er einen Ruf nach Wien auf den traditionsreichen Lehrstuhl der I. Chirurgischen Klinik ab und entschied sich für Bonn.

Von 1977 bis zu seiner Emeritierung 1989 übernahm er dann das Chirurgische Ordinariat in Bonn.

Schon im Kongressbericht des Deutschen Chirurgenkongresses 1949 findet sich die Mitteilung Stelzners über die intrasphinkteräre Seit-zu-Seit Anastomose des Rektums, die heute beim Megacolon einen anderen Namen trägt. 1955 hielt er das Hauptreferat über den Mastdarmkrebs. Zu diesem Zeitpunkt hätte er auch einen anderen Weg einschlagen können, denn auf dem gleichen Kongress stellte er die „Drahtdruckschienung“ der Knöchelbrüche, die er als Halb-Osteosynthese definierte, vor.

Seit 1957 beschäftigte Stelzner sich durchgehend mit den Sphinkteren des Gastrointestinaltraktes und dem Kontinenzorgan. Erster Erfolg (Zitat): „1958 meinte ich genügend Anhaltspunkte dafür gewonnen zu haben, dass die Hämorrhoiden keinesfalls Venen sein könnten“. Daneben Arbeiten über das Krebswachstum, die phlegmonöse Entzündung und die chirurgische Behandlung der portalen Hypertension. 1963 kamen die Studien zur Anatomie und Chirurgie der Speiseröhre (unterer Ösophagus sphinkter als Dehnverschluss) hinzu. 1971 publizierte er erstmals seinen Hinweis auf die tumor-arretierenden Grenzlamellen beim Rektumcarcinom. Die Faszination der Chirurgen durch das Mesorektum war also keine Überraschung, wenn man Stelzners Beschäftigung mit den ontogenetisch determinierten Grenzlamellen des Mastdarms gefolgt war und seine Publikationen über die chirurgischen Konsequenzen gelesen hatte. Der Brite Bill Heald hat 1996 erklärt, dass er vor seiner ersten Veröffentlichung zur Bedeutung der Hüllfaszien des Rektums bei Karzinomoperationen die mehrere Jahre zuvor erschienenen Publikationen Stelzners zu diesem Thema nicht gekannt hat, und ihn seitdem bei jedem seiner späteren Vorträge zitiert.

Diese unvollständige Auflistung soll belegen, wie die frühe und dann konsequente klinische chirurgische Forschung von Friedrich Stelzner, gepaart mit anhaltender

intellektueller Neugier, Nachdenklichkeit und der Freude am Widerspruch, aber auch mit einem besonderen operativen Geschick eine ganz besondere chirurgische Persönlichkeit zu prägen vermochte.

Der Chirurg Friedrich Stelzner war ein brillanter Operateur und Kliniker. Er begegnete der vergleichenden Anatomie als Grundlage chirurgischer Forschung. Sein Weg führte über die funktionelle Morphologie zu einem Verständnis des Menschen als einem somatischen und viszeralem Individuum. Im Zentrum standen immer wieder die Abschlusssysteme von der Speiseröhre bis zum Kontinenzorgan, dessen Verständnis von ihm erst recht geprägt wurde.

Darüber hinaus die onkologische Chirurgie: Von der Karzinogenese über Wachstumsformen und Metastasierungswege von Tumoren wurden von Stelzner biologische Grundlagen und deren chirurgische Konsequenzen erarbeitet. Erinnert sei an seine Diskussion über die Bedeutung der Colonpolypen als Vorstufen oder Mitläufer der Karzinomentstehung.

Friedrich Stelzner war ein begnadeter Redner, der „Orator maximus der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie“ (M. Trede). Bei seinen minutiös ausgefeilten und intellektuell tiefgreifenden Vorträgen zog er bewundernswert und blumig formulierend alle Register der Rhetorik, so z.B. den Ischämieschmerz charakterisierend „der ischämische Darm schreit nach Blut“, Sein Vorbild war Cicero: „Eine Rede soll belehren, erfreuen und das Gemüt bewegen“. So faszinierte er seine Zuhörer bei bebilderten Vorträgen mit Unterstützung seines berühmten „Knallfrosch“.

Als akademischer Lehrer zog er in seinen Vorlesungen mit einer rhetorischen Mischung aus akademischem Vortrag, Schauspiel, pastoralem Finale und durch die Einführung in seine naturwissenschaftlich und philosophisch geprägte Gedankenwelt die Studentenschaft in vollbesetzten Hörsälen in Bann.

In seiner Autobiographie „Lebenswellen, Lebenswogen eines Chirurgen“ (1997/98) hat

er einen persönlichen Lebensbericht vorgelegt, offenbar mit Hilfe eines lebenslang geführten persönlichen Tagebuchs. Diese Monographie ist für uns Jüngere eine echte Fundgrube der Kriegs- und Nachkriegschirurgie in Deutschland und weltweit.

Friedrich Stelzner hat neben seiner Berufung auf fünf angesehene chirurgische Ordinariate viele Ehrungen erhalten. Beispielhaft seien erwähnt die Ehrenpromotion der Universität Seoul zum Dr. rer. nat. h.c. (1981) und der LMU München (1992), die Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (1995), der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (1990) und verschiedener regionaler deutscher Chirurgenvereinigungen. 1987 wurde er zum Mitglied der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina gewählt. 1993 wurde ihm das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse verliehen. 1995 erhielt er in Anerkennung seines Lebenswerkes die renommierte Ernst-Jung-Medaille in Gold für Medizin mit der herausragende Beiträge zum Fortschritt der Medizin gewürdigt und der Ertrag eines Wissenschaftlerlebens in Klinik und Forschung honoriert werden. Und über 50 Jahre nach seiner Habilitation wurde er 2005 zum Ehrenmitglied der Physikalisch-Medizinischen Sozietät zu Erlangen gewählt, die bereits 1808 gegründet war, um Gedanken, Beobachtungen und Erfahrungen aus allen Gebieten der Naturwissenschaften, der Technik und der Medizin auszutauschen.

1984/85 war er Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. In der handschriftlichen Eintragung in das Rote Buch der Präsidenten, das seit der Gründung unserer Gesellschaft vertraulich an jeden Nachfolger weitergegeben wird und persönliche, gegenwärtige und zukünftige Gedanken zur Entwicklung der Chirurgie enthält, hat er dies wegweisend getan. In seiner Monographie *Wandel der Chirurgenkongresse- Ergebnisse der Kongresse 1949–1983* hat er die Entwicklung der deutschen Nachkriegschirurgie dargestellt. Er hat sich um die DGCH verdient gemacht.

Am Ende des Nachrufes soll deshalb sein Bekenntnis zur Chirurgie aus seiner Präsidentenrede stehen:

„Warum empfindet der Chirurg die Wissenschaft nicht so gewichtig? Daran ist m.E. das zentrale Ereignis der Operation schuld. Der Chirurg wird durch den gefährlichen Eingriff erheblich belastet. Der gelungene Eingriff vermittelt dem Operateur Selbstbewusstsein, das er leider manchmal in Erhabenheit ummünzt, und so kann er die Verpflichtung, eine neue, eine bessere Erkenntnis zu gewinnen, zurückdrängen. Vom Siegen ermattet, wird er wissenschaftlich merkwürdig urteilstaub“.

Und das Ende: „Die vier Grundprinzipien der Heilkunst sind uns immer gegenwärtig: Die Vernunft, der Instinkt, die Magie und die Barmherzigkeit. Der Mensch ist ein hilfsbedürftiges Wesen, das nach Glück strebt. Der Kranke, der zum Chirurgen kommt, hat immer noch eine Verabredung mit dem Schicksal. Das, meine Damen und Herren, wissen die Chirurgen“.

Wir haben eine bedeutende Persönlichkeit der deutschen Chirurgie verloren, aber mit

deren Vermächtnis viel gewonnen. Unsere Gedanken sind bei seiner Familie, für die er eine schmerzhaft Lücke hinterlässt, aber auch voller Bewunderung und Dankbarkeit für seine chirurgische und wissenschaftliche Lebensleistung

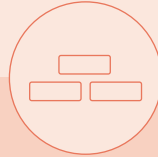
Prof. Dr. med. Albrecht Encke, Frankfurt am Main

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr Dr. med. Ulrich Pflieger, Böblingen	*18.08.1939 †16.01.2020
Herr Prof. Dr. med. Ingolf Staib, Esslingen	*12.04.1929 †03.02.2020
Herr Dr. med. Benno Korinth, Düsseldorf	*06.11.1928 †24.04.2020
Herr Dr. med. Klaus Buhl, Heidelberg	*07.01.1951 †25.05.2020
Herr Marc Klöckner-Lang, Siegen	*27.12.1972 †29.05.2020
Herr PD Dr. med. Karim Gawad, Hamburg	*20.11.1962 †03.06.2020
Herr Prof. Dr. med. Friedrich Stelzner, Bonn, Ehrenmitglied	*04.11.1921 †05.06.2020
Herr Prof. Dr. med. Kurt Pitzler, München	*10.07.1930 †05.06.2020
Herr Prof. Dr. med. Hans Helmut Gruenagel, Meerbusch	*26.05.1928 †12.06.2020
Herr Dr. med. Hans Joachim Frei, Nürnberg	*22.06.1938 †12.06.2020
Herr Prof. Dr. med. Gerhard Rodeck, Marburg	*14.04.1922 †08.08.2020
Herr Dr. med. Günther Bauermeister, Goslar	*29.08.1958 †16.08.2020

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

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

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

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



Prof. Dr. med. 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 Bühnen, Murnau
 Herr Dr. med. Abdullah Mur, 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

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





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, Stellenan-
zeigebuchung 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.



Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2020

AUS DEM
BDC



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

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
praesident@bdc.de

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
h-jmeyer@dgch.de

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit lade ich Sie satzungsgemäß zur Mitgliederversammlung des BDC ein.
Zur Vereinfachung der Organisation bitte ich Sie, Ihre gültige Mitgliedskarte zur Überprüfung der Legitimation vorzulegen.

Termin: Samstag, 28. November 2020,
09:00 – 10:00 Uhr

Ort: Karl Storz SE & Co. KG, Besucher- und Schulungszentrum, Scharnhorststr. 3, 10115 Berlin

Ich wünsche Ihnen eine angenehme Anreise.
Ihr

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V.

TAGESORDNUNG

TOP 1	Begrüßung	Meyer
TOP 2	Feststellung der Beschlussfähigkeit	Meyer
TOP 3	Genehmigung der Tagesordnung	Meyer
TOP 4	Bericht des Präsidenten	Meyer
TOP 5	Bericht des Schatzmeisters	Mayer
TOP 6	Antrag auf Entlastung des Vorstandes	
TOP 7	Nachwahl von Präsidiumsmitgliedern	Meyer
TOP 8	Beschlussfassung: Entschädigungsordnung und Verträge für den Vorstand	Mayer/Heberer
TOP 9	Beschlussfassung: Beitragserhöhung	Mayer
TOP 10	Bericht des Justitiars	Heberer
TOP 11	Aktuelle Probleme in der Berufspolitik (Optional)	Mitglieder des Präsidiums
TOP 11	Verschiedenes	



Lesen Sie mehr über den
BDC auf BDC|Online
(www.bdc.de).

Bitte teilen Sie uns bis zum 18. Oktober 2020 per E-Mail (quandt@bdc.de) mit, ob Sie an der BDC|Mitgliederversammlung teilnehmen werden. Damit erleichtern Sie uns die Umsetzung der Corona-bedingten Hygienevorschriften. Selbstverständlich ist auch eine Teilnahme ohne vorherige Anmeldung möglich.
Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis!



**YOUR
OPINION
MATTERS**

BDC-Mitgliederbefragung 2020: Herzlichen Dank für Ihre wertvolle Beteiligung!

Wir wollten es wissen – und Sie haben uns geantwortet. Der BDC hat sein diesjähriges 60. Jubiläum zum Anlass genommen, unter seinen Mitgliedern eine ausführliche Befragung durchzuführen. Mit der Befragung wollten wir überprüfen, welche Leistungsangebote des BDC-Portfolios den Mitgliedern am wichtigsten sind, welche Angebote wir weiter ausbauen können und in welchen Bereichen es Verbesserungspotential gibt. Zusätzlich war es dem BDC ein wichtiges Anliegen zu erfahren, welche Erwartungshaltung die Mitglieder an die gesundheitspolitische Interessenvertretung haben und wie der ak-

tuelle Stand eingeschätzt wird. Um möglichst konkrete Ergebnisse zu erzeugen, wurden die Teilnehmer aufgefordert, ihre Themenfelder zu priorisieren, die sie gesundheitspolitisch als relevant erachten. Die Ergebnisse werden in die weitere Ausrichtung des BDC einfließen.

Vorgehensweise

Die umfassende Mitgliederbefragung fand im Zeitraum vom 14. Januar bis 12. Februar 2020 statt und zeigte eine erfreuliche Resonanz von 1337 Teilnehmern. Herzlichen Dank noch einmal dafür!



Korrespondierende Autorin:
Dr. Friederike Burgdorf,
 Geschäftsführerin Berufsverband der
 Deutschen Chirurgen
 burgdorf@bdc.de



Claudia Kunze,
 Marketing/Kommunikation
 Berufsverband der Deutschen
 Chirurgen
 kunze@bdc.de

Grundlage war ein Online-Fragebogen mit insgesamt 73 Detailfragen, die sich auf folgende Themenbereiche konzentrierten:

- 1.) Zufriedenheit mit den Leistungen und Angeboten des BDC,
- 2.) Wichtigkeit der Leistungsangebote des BDC,
- 3.) Wahrnehmung der Öffentlichkeitsarbeit und gesundheitspolitischen Vertretung durch den BDC sowie
- 4.) Priorisierung der Themenfelder bezüglich der strategischen Ausrichtung des Verbands.

Darstellung der Ergebnisse

Die Gesamtergebnisse der Umfrage zeigen eine positive Grundhaltung der Mitglieder zum BDC. Eine besonders hohe Anerkennung lässt sich am Fort- und Weiterbildungsangebot, an der BDC-Rechtsberatung, den verschiedenen Versicherungsangeboten sowie der Passion Chirurgie erkennen.



Was uns als BDC besonders freut: Unter allen befragten Mitgliedern liegt die Weiterempfehlungsrates an KollegInnen bei über 93 Prozent!

Den individuellen Kommentarfeldern konnten wir beispielsweise entnehmen: „Der BDC kümmert sich um alle Belange“, „Reicht so“, „Bin mit allem zufrieden“.

Die Bewertung unserer Mitglieder zu den einzelnen BDC-Leistungen und -Angeboten fielen in der Interpretation im Schulnotensystem folgendermaßen aus:

- Seminare zur Facharztvorbereitung: 1,7
- Seminarangebot der BDC|Akademie: 1,9

- Enthaltene Versicherungen im BDC-Mitgliedsbeitrag: 1,9
- (z. B. Berufs-Rechtsschutz-, Praxisvertreter-Haftpflicht-Versicherung)
- Mitgliederzeitschrift PASSION CHIRURGIE: 2,0
- Persönliche Rechtsberatung: 2,0
- Beteiligung am Deutschen Chirurgenkongress (DCK): 2,1
- Logbücher: 2,1
- Nur-Mut Workshops: 2,1
- Zufriedenheit mit der Information an die Mitglieder: 2,2

Welche Wünsche und Anregungen haben wir von Ihnen erhalten?

Die Befragung hat verdeutlicht, dass unseren Mitgliedern die Präsenz des BDC in der Öffentlichkeit sowie bei der berufspolitischen Interessenvertretung ein wichtiges Anliegen ist. In diesem Zusammenhang hat die Mehrheit der Befragten eine Intensivierung der externen Kommunikationsarbeit des BDC angeregt.

In der folgenden Darstellung zeigt sich die Priorisierung der Themenfelder für die zukünftige strategische Ausrichtung des BDC. Für die befragten Mitglieder führt das Thema Weiterbildung die Top 5-Liste an:

1. Weiterbildung
2. Zusammenarbeit mit anderen Fachgesellschaften und Einheit in der Chirurgie
3. Nachwuchsarbeit
4. Wirtschaftliche Rahmenbedingungen
5. Service für leitende Ärzte: Leitfaden zur praktischen Umsetzung bei neuen Gesetzen

- Arzt in Weiterbildung 5,24 %
- Gesellschafter in BAG (Gemeinschaftspraxis) oder im MVZ 3,75 %
- Angestellter in Praxis, BAG (Gemeinschaftspraxis) oder im MVZ 3,40 %
- Management/MDK/Öffentlicher Dienst 2,27 %
- Studierende: 0,35 %

ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Unsere Mitgliederbefragung, durchgeführt vom 14. Januar bis 12. Februar 2020, zeigte mit 1337 Teilnehmern eine erfreuliche Resonanz. Diese sind die wichtigsten Ergebnisse: 93% der Mitglieder würden den BDC im Kollegium weiterempfehlen. Die höchste Zufriedenheit lässt sich am Fort- und Weiterbildungsangebot, an der Passion Chirurgie, an den Versicherungsangeboten und im Bereich der Rechtsberatung erkennen. Die Mehrheit der Befragten wünscht sich eine Intensivierung der externen Kommunikationsarbeit und der berufspolitischen Interessenvertretung und priorisiert diese als Aufgabengebiet in der zukünftigen Ausrichtung des BDC.

Wir danken allen TeilnehmerInnen für Ihr Engagement!

Themenfelder wie digitale Anwendungen, beispielsweise das Telekonsil, aber auch Selektivverträge wurden insgesamt niedriger priorisiert.

Wer waren die TeilnehmerInnen?

Die Mehrheit der Befragten war mit 78 Prozent männlich und entspricht dem Anteil männlicher BDC-Mitglieder (77 Prozent). Der weibliche Anteil betrug 21 Prozent und

Teilnehmer mit der Angabe divers machten 0,7 Prozent aus.

Folgende Angaben erhielten wir zur beruflichen Situation der Teilnehmenden:

- Oberarzt 32,20 %
- Chefarzt 19,63 %
- Niedergelassener Chirurg in Einzelpraxis oder in Praxisgemeinschaft 14,40 %
- Rentner 11,08 %
- Assistenzarzt (Facharzt) 7,68 %

BDC | Landesverbände

BDC | Westfalen-Lippe

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Waldemar Uhl, MHSA

Stellv. Vorsitzender und Regionalvertreter NL
Jerzy Wielowiejski

BDC | Bremen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Heiner Wenk

Regionalvertreter NL
Dr. med. Björn Ackermann

BDC | Hamburg

Vorsitzender
Dr. med. Christopher Wenck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Mansfeld

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Kemnitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gerd Fass

BDC | Schleswig-Holstein

Vorsitzender
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Michael Müller

Regionalvertreter NL
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Bertram Wittrin



DER BDC IN DEN BUNDESLÄNDERN

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

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

www.bdc.de/bdc-landesverbände

BDC | Nordrhein

Vorsitzender
Dr. med. Jüßen Klein

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Werner Boxberg

stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Sven Gregor

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Jürgen Klein

BDC | Hessen

Vorsitzender
Frank Forst

1. Stellv. 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

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 Mühlhölzer
Telefon 030/28004-200
presse@bdc.de

KOOPERATIONSPARTNER



RAHMENVERTRAG FÜR BDC-MITGLIEDER ZUR PRAXISHYGIENE

Der BDC hat für seine Mitglieder einen Kooperationsvertrag mit dem Deutschen Beratungszentrum für Hygiene abgeschlossen. Das Angebot bezieht sich auf Einrichtungen der ambulanten und stationären Versorgung mit und ohne Operationsverfahren. Enthalten sind eine umfassende Beratung, Konzeption und Umsetzung praxishygienischer Maßnahmen, die laut der Empfehlungen des Robert Koch-Instituts durch die Corona-Pandemie noch umfassender gestaltet werden sollen. Im Fokus stehen dabei Kostensenkungen, die Sicherheit der PatientInnen und MitarbeiterInnen sowie Unterstützung im Umgang mit Behörden.

Folgende Leistungen können Sie als BDC-Mitglied zu Vorzugskonditionen erhalten:

- Fachärztliche praxishygienische Beratung
- Individuelles Hygienekonzept inklusive jährlicher Überprüfung
- Reinigungs- und Desinfektionsmanagement
- Beratung im Umgang mit Behörden

Mehr erfahren... <https://www.bdc.de/beratungsangebot-zur-praxishygiene-und-infektionspraevention-zu-sonderkonditionen-fuer-bdc-mitglieder/>

Innovative Führungs- und Personalpraxis im Gesundheitswesen

Ein guter Mediziner oder eine gute Medizinerin muss noch lange keine gute Führungskraft sein. Die meisten Ärzte sind durch ihre Ausbildung nicht darauf vorbereitet, Menschen zu motivieren oder beispielsweise ein Team zu führen, dass sich aus der Generation Y, X und den Babyboomern zusammensetzt und insbesondere auch die jüngeren Generationen haben inzwischen eine eigene Werte- und Arbeitskultur entwickelt, die es zu berücksichtigen gilt.

Aber gerade Kenntnisse im Personalmanagement und in der Personalentwicklung sind heute wichtige Stellschrauben in jedem Krankenhausbetrieb, um langfristig am Markt erfolgreich zu sein. Dazu gehören ebenfalls ökonomische Grundlagen, wie die Entwicklung und Formulierung von Unternehmenszielen und das Know-how über betriebswirtschaftliche Instrumente aus den Bereichen Rechnungswesen, Finanzierung und Investition. In dem BDC |Seminar „Innovative Führungs- und Personalpraxis im Gesundheitswesen“ bekommen die Teilnehmer anschaulich an innovativen Praxisbeispielen die notwendigen Grundlagen vermittelt. Diese Qualifizierungsmaßnahme richtet sich in einem zweitägigen Kompaktkurs an Chef-, Fach- und niedergelassene Ärzte. Das Seminar findet vom 06. bis 07. November 2020 in Berlin statt.

Hier geht's zur Anmeldung: <https://www.bdc.de/events/innovative-fuehrungs-und-personalpraxis-im-gesundheitswesen-06-07-november-2020-berlin/>



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

Termine BDC|Akademie

CURRICULUM BASISCHIRURGIE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
25.09.2020	26.09.2020	Leipzig	2020-21521	Seminar: Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Dr. med. Ehrhardt Weiß	100,00	200,00

FACHARTZTVORBEREITUNG

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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	2020-22530	Facharztseminar Allgemeinchirurgie	Dr. med. Jens-Peter Stahl; Prof. Dr. med. Maximilian Schmedding	350,00	550,00
08.02.2021	12.02.2021	Berlin	2021-23691	Facharztseminar Gefäßchirurgie	Prof. Dr. med. Andreas Greiner	350,00	550,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
05.10.2020	06.10.2020	Norders- tedt	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
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	online	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

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!

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
17.10.2020	18.10.2020	Berlin oder online	2020-24708	Abschlusscolloquium Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		
11.12.2020	12.12.2020	Berlin	2020-24620	Update perioperative Medizin	Prof. Dr. med. Alexander Schachtrupp; Prof. Dr. med. Johann Pratschke; Dr. med. Ralf Roland Lorenz	350,00	450,00

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
24.10.2020		online	2020-27706	Abrechnungsseminar EBM	Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg	50,00	80,00
24.10.2020		online	2020-27701	Abrechnungsseminar GOÄ und BG	Dr. med. Peter Kalbe	50,00	80,00
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
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
27.11.2020	28.11.2020	Berlin	2020-26535	Führungsseminare für Chirurginnen: Modul 3 – Erfolgsstrategien in eigener Sache	Dr. med. Gunda Leschber; Prof. Dr. med. Katja Schlosser; Sabine Schicke	450,00	650,00

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

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

SPONSOREN DER BDC|AKADEMIE

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

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

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

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



LIFESTYLE- ANGEBOTE

im September 2020

%

15 %



COFFEE CIRCLE: 15 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER.

25 %



HESSNATUR: 25 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER.

55 %



SENNHEISER: BIS ZU 55 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER.

23 %



FITNESS FIRST: BIS ZU 23 %
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.

BILDERRÄTSEL



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

Schicken Sie Ihre Antwort unter dem Stichwort „Passion Chirurgie QIII/2020“ an bilderraetsel@bdc.de. Einsendeschluss ist der 15. Oktober 2020. Die Auflösung dieses Rätsels finden Sie im Impressum der nächsten gedruckten Ausgabe im Dezember 2020.

Unter allen richtigen Einsendungen der ersten drei Quartalsausgaben (QI, QII, QIII) verlosen wir 2020 wieder ein Android-Tablet. Die Auslosung wird Mitte November stattfinden und der Gewinner in der QIV/2020 bekannt gegeben.

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





Work-Life-Balance hält Einzug auch in der Chirurgie



Interview mit Dr. Frauke Fritze-Büttner aus der Jubiläumsartikelserie zu 60 Jahre BDC.

Die leitende Oberärztin und Fachärztin für Chirurgie, Viszeralchirurgie und spezielle Viszeralchirurgie, Frau Dr. Frauke Fritze-Büttner, über den Spagat zwischen Job und Beruf, das Mutterschutzgesetz und ihre Motivation, Chirurgin zu werden.

PC: Was war Ihr Impuls bzw. Ihre Motivation Chirurgin zu werden?

Fritze-Büttner: Den festen Wunsch Ärztin zu werden, hatte ich bereits in der achten Schulklasse. Einen Patienten durch eine Operation zu heilen oder auch zu retten, war Faszination und mein persönlicher Antrieb zugleich, diesen Beruf zu ergreifen. Im Übrigen gegen den Ratschlag meines Vaters, der selbst Mediziner war. Er dachte an all diese Hindernisse wie

» ZUR PERSON



**Dr. med. Frauke
Fritze-Büttner**

Frau Dr. Frauke Fritze-Büttner ist leitende Oberärztin und Fachärztin für Chirurgie, Viszeralchirurgie und spezielle Viszeralchirurgie, Sana-Kliniken AG, Sana Klinik Lichtenberg. Frau Dr. Fritze-Büttner ist Mutter eines Sohnes.

überlange Arbeitszeiten und die mitunter schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

PC: Mehr als 60 Prozent der Medizinstudierenden sind weiblich. Als Chirurginnen arbeiten aktuell nur 17 Prozent. Warum ist das Fach Chirurgie offenkundig nicht so attraktiv für Frauen?

FB: Zu berücksichtigen ist, dass innerhalb der chirurgischen Fachdisziplinen der Anteil an Frauen variiert, so sind viel mehr Chirurginnen viszeralchirurgisch als kardiochirurgisch tätig. Ein Teil der Medizinstudentinnen schreckt sicherlich vor dem Alltag in der Chirurgie zurück – auch weil die Arbeit in einem chirurgischen Fach nicht immer planbar ist. Zum anderen sollten sich die jungen Kolleginnen selbstbewusst den chirurgischen Beruf zutrauen, der neben handwerklicher Geschicklichkeit eine hohe Einsatzbereitschaft und Courage erfordert.

PC: Sie sind selbst Mutter eines Sohnes. Wie schaffen Sie den Spagat zwischen Job und Familie?

FB: In meinem Falle kann ich auf ein gut funktionierendes familiäres Back-up zurückgreifen: Das heißt, mein Mann unterstützt mich und auch die Großeltern springen mal ein. Ich habe aber auch das persönliche Ziel, die Klinik zu einer gewissen Uhrzeit zu verlassen, um dann auch intensiv Zeit mit meinem Sohn verbringen zu können. Um dies umsetzen zu können, hilft auch unsere Abteilungskultur, in der die Vereinbarkeit von Beruf und Familie Priorität hat.

PC: Inwieweit spielt es eine Rolle, dass es in der Chirurgie nur wenig weibliche Vorbilder gibt?

FB: Das stimmt. In der Vergangenheit war die Chirurgie ein männlich dominiertes Fach. Die Chirurginnen profilierten sich erst in den letzten Jahrzehnten. Als ich 1996 an der chirurgischen Klinik in Greifswald anfang, waren wir von zirka 23 Kollegen nur drei Frauen. Das ändert sich nun erfreulicherweise, wenn auch langsam.

PC: Studien zeigen, dass besonders viele Medizinstudierende im Praktischen Jahr (PJ) abspringen. Muss sich die Ärztesunft nicht darüber Gedanken machen, wie das PJ attraktiver gestaltet werden kann?

FB: Wir müssen die Studierenden für unser Fach begeistern. Das geht vor allem, wenn wir auf sie eingehen und sie in unsere Tätigkeit einbeziehen. Dazu gehören Vorlesungen, Bedside-Teaching und Nahtkurse. Wichtig ist aber auch, dass wir ihnen Wertschätzung entgegenbringen und ihnen vorleben, wie ein gutes Team funktioniert und wie man auch in unserer Profession eine Work-Life-Balance umsetzen kann.

PC: Das Mutterschutzgesetz, das eine Hürde für angehende Chirurginnen darstellte, wurde inzwischen reformiert, sodass auch schwangere Chirurginnen ihre Weiterbildung fortsetzen können. War das eine ausreichende Reform oder gibt es noch Handlungsbedarf?

FB: Leider ja, es ist nach wie vor so, dass schwangere Chirurginnen ihre operative Tätigkeit nicht oder nur sehr erschwert fortführen können. Das Problem sind die „unverantwortbaren Gefährdungen“. Die Ärztinnen könnten unter Umständen zum Beispiel Röntgenstrahlen, Narkosegasen oder auch Infektionskrankheiten ausgesetzt sein, die die Gesundheit von Mutter und Kind gefährden könnten. Und weil die Haftungsfrage ungeklärt ist, entscheiden Arbeitgeber in der Regel sehr restriktiv.

Im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ist mittlerweile ein Ausschuss eingerichtet worden, der in Fragen des Mutterschutzes beratend tätig ist. Das hat aber bislang noch keine Auswirkungen auf die Praxis der Chirurginnen. Das heißt, junge angehende Chirurginnen, die schwanger werden, müssen mit Unterbrechungen in ihrer operativen fachärztlichen Weiterbildung rechnen.

PC: Flexible Arbeitszeiten, die den Beruf mit der Familie vereinbaren, sind nicht nur für Chirurginnen, sondern auch für ihre männlichen Kollegen ein großes Thema. Inwieweit sind die Arbeitgeber schon darauf eingestellt und was müsste sich da noch tun?

FB: Das Thema betrifft im Grunde alle Fachrichtungen. Ich bin überzeugt davon, dass es ein Umdenken bei den Chefärzten und Geschäftsführungen der Kliniken geben wird. Einfach, weil sich die jungen ÄrztInnen den Arbeitsplatz künftig aussuchen können. Und da spielen die Themen Teilzeit, Überstundenerfassung und -ausgleich, Elternzeit – für Mütter und Väter –, Kinderbetreuung und flexible Arbeitszeiten, angepasst an die Organisationsstrukturen der Abteilung, eine ganz große Rolle. Auch über Jobsharing sollten wir uns zunehmend Gedanken machen. Warum sollen sich nicht zwei KollegInnen eine Stelle teilen?



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

Mühlwinkel I: Work-Life-Balance hält Einzug auch in der Chirurgie. *Passion Chirurgie*. 2020 September, 10(09/III): Artikel 09_01.



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



TachoSil® – ruhig Blut!

Durch die Kraft der Natur.



TachoSil®
Versiegelungsmatrix

Auch als
Pre-rolled TachoSil®

TachoSil® Versiegelungsmatrix

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