

PASSION **C**HIRURGIE

PANORAMA

60 JAHRE BDC:
NACHWUCHSCHIRURGEN
MIT KLAREN ZUKUNFTS-
VORSTELLUNGEN

im Fokus

DERMATOCHIRURGIE
LAPPENPLASTIK

12 | IV | 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

BDC steuert sicher durch die Corona-Krise



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

Liebe BDC-Mitglieder,

das Jahr 2020 geht so zu Ende wie es begonnen hat: Die Corona-Pandemie bestimmt unseren Alltag und schränkt unser soziales Leben massiv ein. Ein Ende ist – trotz erster hoffnungsvoller Signale auf einen wirksamen Impfstoff – noch nicht absehbar. Als Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) stehen wir auch im Zentrum des Geschehens. Der erste Lockdown im Frühjahr dieses Jahres hat zu einem massiven Einbruch an planbaren Operationen in den Kliniken geführt. Das darf sich so pauschal möglichst nicht wiederholen.

Es ist unstrittig, dass angesichts der Dynamik des Infektionsgeschehens Kapazitäten für die Behandlung von COVID-Patienten freigehalten und Regelbehandlungen reduziert werden müssen, aber letztere sollten eben nicht vollständig eingestellt werden. Der BDC hat sich in der zweiten Welle öffentlich dafür stark gemacht, dass sogenannte planbare Operationen und Interventionen, insbesondere auch bei malignen Erkrankungen, in erforderlichem Umfang unter strenger Indikationsstellung weiterzuführen sind und bereits im Frühjahr während der ersten Welle haben die DGCH, DGAI, BDC und BDA ein detailliertes Papier vorgelegt, wie mit planbaren Eingriffen unter Corona-Bedingungen umgegangen werden sollte. Konstruktives Abwägen und verantwortliches Mitarbeiten in dieser Pandemie lautet unsere Devise.

Wie so viele Unternehmen und Organisationen im öffentlichen Leben haben auch wir beim BDC einen Digitalisierungsschub absolviert. Präsidiumssitzung, Mitgliederversammlung und weitere, über die Jahre lieb gewordenen Zusammenkünfte mit den Kolleginnen und Kollegen fanden in diesem Jahr erstmalig virtuell statt – und haben reibungslos funktioniert! Hierfür auch noch einmal ein herzliches Dankeschön, auch an alle

MitarbeiterInnen in der Geschäftsstelle, die daran mitgewirkt und dies ermöglicht haben. Über das große Interesse unserer Mitglieder, sich einzuloggen und digital an den Veranstaltungen teilzunehmen, haben wir uns sehr gefreut. Den in der Mitgliederversammlung neu gewählten MandatsträgerInnen an dieser Stelle noch einmal Gratulation zur Wahl und gutes Gelingen bei der Ausübung des Mandats.

Die BDC-Akademie ist von Corona besonders stark betroffen: Unterjährig mussten zahlreiche Seminare abgesagt werden. Das war nicht nur für das gesamte Team eine belastende Zeit, es hat auch zu relevanten wirtschaftlichen Einbußen für den BDC geführt. Umso erfreulicher ist es, den Start unserer neuen BDC|eAkademie ankündigen zu können. Seit dem 06. November haben wir alle Fortbildungsangebote in der eAkademie zusammengeführt und viele neue Formate wie beispielsweise Podcasts eingeführt. Klicken Sie doch einmal hinein und geben uns Ihr Feedback! Was gefällt, was gefällt nicht? www.bdc-eakademie.de

2020 ist der BDC 60 Jahre alt geworden! Das ist eine ordentliche Wegstrecke und wir haben Anfang dieses Jahres Sie in einer Mitgliederbefragung um Ihre Meinung gebeten. Wir haben viele anerkennende und konstruktive Rückmeldungen erhalten. Sie sollten im Rahmen einer Strategiesitzung diskutiert werden. Wegen „Corona“ musste diese leider aufgeschoben werden. Aber verschoben ist nicht aufgehoben. Es werden auch wieder bessere Zeiten kommen.

Bleiben Sie und Ihre Familien weiterhin gesund! Ein frohes Weihnachtsfest und kommen Sie gut in das neue Jahr.

Ihre

Dr. Friederike Burgdorf



Burgdorf F: Editorial: Reminiszenz 2020.
Passion Chirurgie. 2020 Dezember, 10(12):
Artikel 01.



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

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
Karin 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
www.schaefermueller.de

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

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 BDC steuert sicher durch die Corona-Krise F. Burgdorf

4 SCHAUFENSTER

5 CHIRURGIE

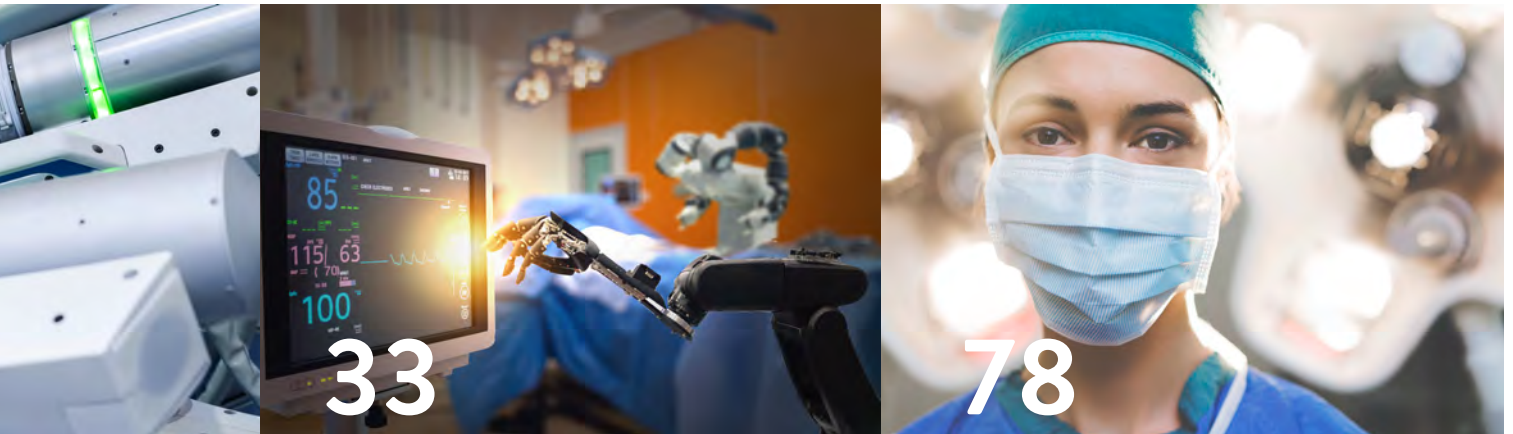
im Fokus

5

DERMATOCHIRURGIE –
LAPPENPLASTIKEN N. Krezdorn, P. M. Vogt

10 CHIRURGIE⁺

- 10 Fortbildung on demand – mit der BDC|eAkademie
sind Sie flexibel & ortsunabhängig
- 12 **Akademie aktuell:** Curriculum Robotische Chirurgie
im oberen Gastrointestinaltrakt für Oberärzte und
leitende Klinikchirurgen H. Fuchs
- 15 Webinar-Termin im Januar 2021: S1-Leitlinie
„Verletzungen der subaxialen Halswirbelsäule“
- 16 Die chirurgische Indikation im Kontext
medizinischer, gesellschaftspolitischer und
ökonomischer Entwicklungen J. Jähne
- 24 **Hygiene-Tipp:** Berufskrankheiten durch Infektionen
A. Nienhaus, W. Popp, L. Jatzwauk, R. Schmithausen, W. Kohnen



- 25 **Rezension:** Frakturen und Luxationen im Wachstumsalter *P. Schmittenbecher*
- 27 UpDate – Abrechnung dermatochirurgischer Eingriffe *P. Kalbe, J. Rüggeberg*
- 31 Personalia
- 35 RECHT**
- 32 F+A: Entschädigung für D-Ärzte wegen Corona *J. Heberer*

33 GESUNDHEITSPOLITIK

- 33 BDC-Praxistest: Robotik in der Chirurgie – Zwischenfazit eines außeruniversitären Versorgers

38 INTERN

- 38 DGCH**
- 38 Kommentar des Generalsekretärs *H.-J. Meyer*
- 41 Mitgliederversammlung DGCH 2020
- 43 Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, zu Live-Übertragungen von Operationen und Interventionen in Deutschland
J. Gummert, W. Harringer, H.-J. Meyer, M. Ehrenfeld
- 47 15 Jahre Aktionsbündnis Patientensicherheit aus Sicht der DGCH *H. Bauer*
- 55 Ernennungen & Auszeichnungen
- 56 Nachruf zum Tod von Prof. Dr. med. Martin Bartel

- 58 Nachruf zum Tod von Prof. Dr. med. Dr. h.c. Paul Hermanek
- 61 Spendenauf Ruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 64 DGCH-Präsidium ab 1. Oktober 2020
- 72 Meine Daten haben sich geändert
- 68 BDC**
- 68 BDC|News
- 69 Höhere Beiträge für einen zukunftsorientierten BDC
H. Mayer
- 71 Rundum gut versorgt: Profitieren Sie vom erweiterten BDC-Servicepaket für niedergelassene Ärzte
- 72 PresseSPIEGEL
- 74 Termine BDC|Akademie
- 77 Lifestyle-Angebote im Dezember 2020

78 PANORAMA

- 78 Nachwuchschirurgen mit klaren Zukunftsvorstellungen *B. Braun*
- 81 Auflösung Bilderrätsel 2020 – Gewinner

Auszeichnung Deutscher Ärztinnenbund

„MUTIGE LÖWIN“ ENGAGIERT SICH FÜR GERECHTE ARBEITSBEDINGUNGEN



Weil ein neuer Chef kam, der seine eigenen Leute mitbrachte, wurde PD Dr. Doreen Richardt von ihrer Arbeit an der Klinik für Herz und thorakale Gefäßchirurgie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein freigestellt. Das wollte die Ärztin – obwohl es durchaus eine übliche Praxis ist – nicht hinnehmen und ging vor Gericht. Sie bekam Recht und machte damit die Zustände in der medizinischen Personalführung öffentlich.

Dem Deutschen Ärztinnenbund war das eine Ehrung wert. Dr. Doreen Richardt erhielt die Ehrennadel in Form eines Löwinnenkopfes mit Reißzahn für ihr berufspolitisches Engagement. Sie habe sich vorbildlich für gerechte Arbeitsbedingungen eingesetzt, so die Begründung. Doreen Richardt: „Es freut mich, dass die ergangenen Urteile Effekte zeigen. An Universitäten gibt es nun Bestrebungen, die Berufungsverfahren zu verändern. Außerdem hat sich das rechtliche Verhältnis zwischen Universitäten und universitären Arbeitgebern, wie den Universitätskliniken, konkretisiert. Es wurde klargestellt, dass universitäre Arbeitgeber arbeitsrechtliche Entscheidungen nicht in allen Konstellationen losgelöst von Universitäten treffen können.“

Zum Video: <https://bit.ly/DRichardt>

BDC-ANALYSE Umsetzung der Coronavirus-Test- verordnung in der Chirurgie



Wir haben versucht, die Essenz aus der aktuellen Rechtsverordnung in einigermaßen allgemeinverständliche Hinweise zu formulieren. Rechtlich bindend ist aber stets der Verordnungstext. Bei Unklarheiten empfiehlt es sich, zusätzlichen Rat beim zuständigen Gesundheitsamt, der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Landeskrankenhausgemeinschaft einzuholen.

Zur BDC-Analyse: <https://bit.ly/TeststrategieBDC>

Der BDC hat detailliert die Inhalte und die Umsetzungen der Nationalen Teststrategie untersucht und erläutert sie für Sie zum Nachlesen. Diese hat Relevanz vor allem in Bezug auf das präoperative Testen asymptomatischer Patienten.

IM FOKUS

Dermato- chirurgie

Dermatochirurgie – Lappenplastiken

Für die Wiederherstellung des Haut-Weichteilmantels steht ein großes Spektrum chirurgisch rekonstruktiver Maßnahmen zur Verfügung. Dieses reicht von Sekundärheilung, Naht, Nah- und Fernlappenplastik über mikrochirurgische Verfahren hin zu biologischen und biotechnischen Methoden.

**Korrespondierender Autor:****PD Dr. med. Nicco Krezdorn**

Stellvertretender Klinikdirektor
und leitender Oberarzt
Brandverlezztenzentrums
Klinik und Poliklinik für Plastische,
Ästhetische, Hand- und
Wiederherstellungschirurgie
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neubergstr. 1
30625 Hannover
Krezdorn.Nicco@mh-hannover.de

**Univ.-Prof. Dr. med. Peter M. Vogt**

Direktor
Klinik für Plastische, Ästhetische, Hand-
und Wiederherstellungschirurgie
Medizinische Hochschule Hannover
vogt.peter@mh-hannover.de

Krezdorn N, Vogt PM: Dermatochirurgie –
Lappenplastiken. Passion Chirurgie.
2020 Dezember, 10(12): Artikel 03_01.



Weitere Artikel zum Thema finden Sie
auf BDC|Online unter der Rubrik Wissen |
Fachgebiete | Plastische/Ästhetische
Chirurgie.

Die Ursachen von Defekten des Hautinteguments können mannigfaltig sein und umfassen in den häufigsten Fällen

- Entfernung von benignen und malignen Tumoren
- Brandverletzungen und Narben
- Traumatische Verletzungen
- Wundinfektionen und Wundheilungsstörungen

Grundsätzlich ist bei allen Defekten ein vollschichtiger Wundverschluss anzustreben, sowohl aus onkologischen, funktionalen, infektiologischen und nicht zuletzt ästhetischen Gründen. Vollschichtig beschreibt hierbei eine Gewebebedeckung bestehend aus Haut (Epidermis und Dermis) sowie Unterhautfett- und -bindegewebe, im Idealfall mit einer Verschiebeschicht zum Untergrund. Lappenplastiken sind jedoch nicht nur auf die Haut beschränkt, sie können Faszien, Fett, Muskel wie auch Knochenanteil in verschiedenen Kombinationen umfassen.

Nach dermatochirurgischen Eingriffen, die häufig eine Hauttumorresektion beinhalten, ist bei geplanter adjuvanter Strahlentherapie ein vollschichtiger Hautweichteilmantel unumgänglich, um Wundheilungsstörungen und Strahlenschäden zu vermeiden.

In einigen Fällen bei kleineren Defekten insbesondere im gut durchbluteten Gesichtsbereich kann über eine Sekundärheilung ein Direktverschluss des Defekts erreicht werden (**Abb. 1**).

Bei kleinen Arealen ist oft auch ein Primärverschluss möglich. Gerade jedoch bei größeren Defekten ist ein primärer Wundverschluss in vielen Fällen nicht mehr spannungsfrei möglich. Um Wunddehiszenzen und -heilungsstörungen zu vermeiden, erfolgt ein Wundverschluss daher in solchen Situationen regelhaft unter der Verwendung von Lappenplastiken.

Per Definition ist ein „Lappen“ eine Gewebeinheit mit eigener Blutversorgung, die von einem Spenderareal in ein Empfängerareal verbracht wird. Diese können formal zum einen nach ihrer Lokalisation in Bezug auf den zu deckenden Defekt klassifiziert werden:

- Lokale Lappenplastiken
- Nahlappenplastiken
- Fernlappenplastiken
- Freie Lappenplastiken

Weitere Klassifikationen beschreiben die vasculäre Versorgung des Lappens, hier z. B. nach der Klassifikation von Mathes und Nahai für die Versorgung von verschiedenen Muskellappenplastiken [1]. Andere Klassifikationen beschreiben die Zusammensetzung der Lappenplastik, z. B. als Hautfasziellappen (faszio-kutan), Muskelhautlappen (myo-kutan) oder Knochenmuskelhautlappen (osteo-myo-kutan).

Als Grundsatz der rekonstruktiven Chirurgie besteht der Anspruch, möglichst „Gleiches mit Gleichem“ zu ersetzen. Dieser Anspruch wiederum definiert die bestmöglichen Spenderareale und damit die entsprechenden verfügbaren Lappenplastiken.



Abb. 1: Beispiel der Sekundärheilung nach Resektion eines Rezidivs eines Basalioms am Nasenflügel

Ein entscheidender Aspekt im Rahmen im Rahmen des Defektverschlusses ist die – je nach Lokalisation, Alter und Allgemeinzustand des Patienten variable – Dehnbarkeit der Haut.

Hierbei können unter entsprechender Mobilisation des Subkutangewebes bei Erhalt des subdermalen Plexus auch große Defekte (z. B. an der Thoraxwand) mittels sogenannter Dehnungslappenplastiken verschlossen werden.

Als Beispiel sei hier der Verschluss eines großen Hebe-Defekts am Rücken nach

Melanomresektion mittels eines gestielten Insellappens genannt, wie in **Abbildung 2** dargestellt.

Das gleiche Prinzip wird bei dem Einsatz von subkutanen Expandern genutzt, um so über einen längeren Zeitraum von mehreren Monaten Haut im Spenderareal so zu präexpandieren, dass im Anschluss eine Defektdeckung mit dieser Dehnungslappenplastik möglich wird. Als Beispiel ist hier der Einsatz eines Expanders zur Defektdeckung nach Exzision eines großen Tierfellnaevus an der Schulter gezeigt (**Abb. 3**).

Lokale Lappenplastiken umfassen verschiedene Schnittformen, wie Brückenlappen, Transpositions-lappen, Rotationslappen oder Vorschublappen. Diese eignen sich insbesondere für Defektverschlüsse im Bereich des Gesichts, wie hier (**Abb. 4**) am Beispiel eines Defekts nach Basaliomresektion mittels Wangenrotationslappen.

Nahlappenplastiken ähneln den lokalen Lappenplastiken von den Schnittführungen oft, kommen aber aus funktional-ästhetisch benachbarten Gewebeuntereinheiten, während Fernlappenplastiken aus entfernten

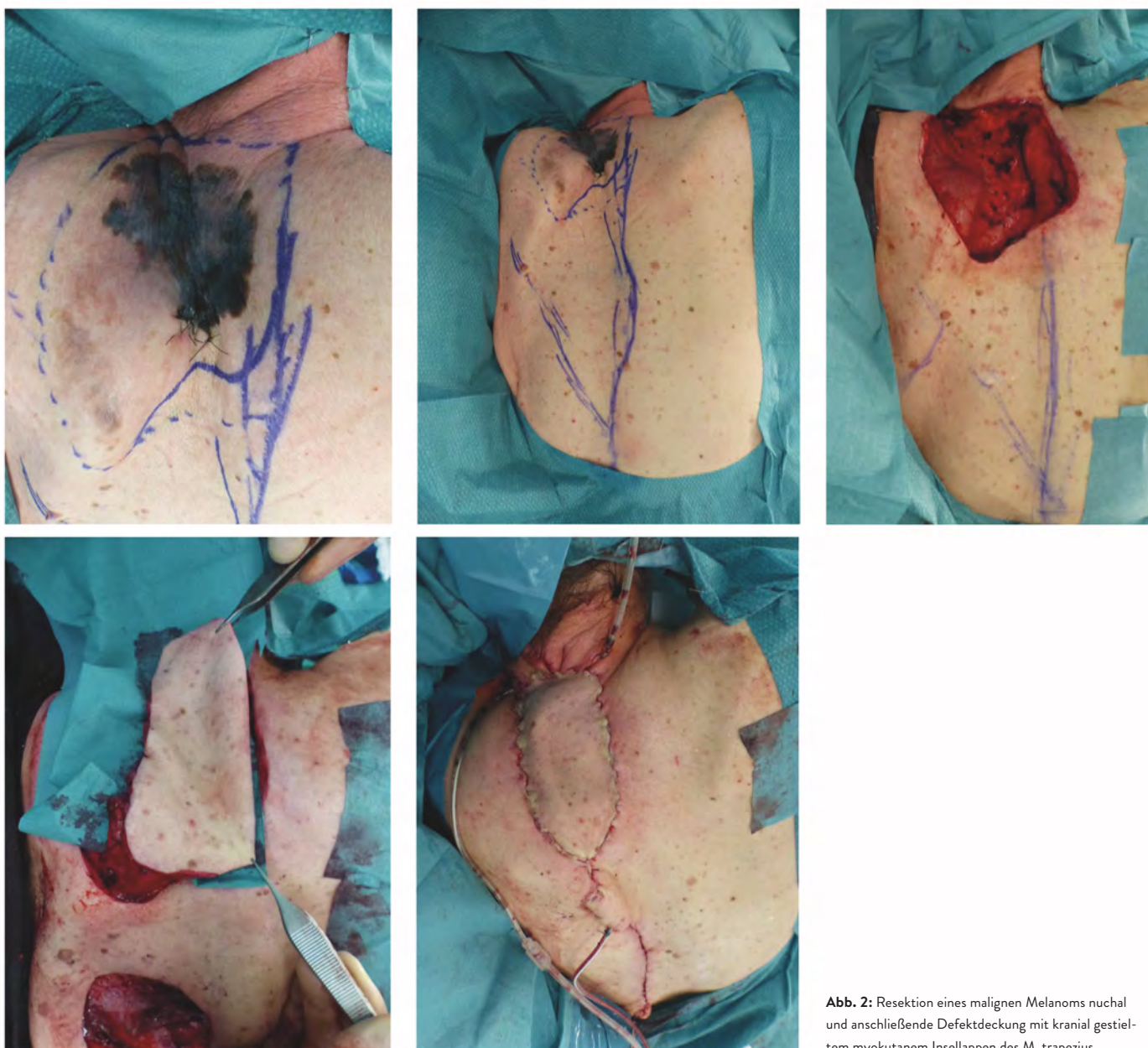


Abb. 2: Resektion eines malignen Melanoms nuchal und anschließende Defektdeckung mit kranial gestieltem myokutanem Insellappen des M. trapezius

Geweberegionen in den Defekt an einem Gefäßstiel eingebracht werden. Hierzu zählen z. B. der Leistenlappen zur Defektdeckung im Bereich der Hand oder der gestielte VRAM von der Bauchdecke zur Defektdeckung im Bereich der Leiste und des Oberschenkels oder auch der Omentum-majus-Lappen zur Defektdeckung im Bereich des Sternums.

Größere Defekte, die nicht mittels lokaler oder Fernlappenplastik gedeckt werden können, beziehungsweise aufgrund des Defekts spezifische Anforderungen an die Deckung mit sich bringen, bedürfen oft eines freien Lappens. Häufig sind es auch Hohlräume nach ausgedehnten Resektionen, deren Totraum ausreichend ausgefüllt werden muss oder der Einsatz von Fremdmaterial wie Prothesen oder Kunstknochen, die einer gut durchbluteten Muskellappenplastik bedürfen. Aber auch Voroperationen oder zusätzliche Einschränkungen wie z. B. Rollstuhlpflicht machen den Einsatz freier Lappenplastiken notwendig. Nicht zuletzt sind es auch zunehmend ästhetische Ansprüche der Patienten, die in die gemeinsame Entscheidungsfindung zu einer optimalen Lösung der zugrundeliegenden Problematik einfließen.

Allen freien Lappenplastiken ist gemein, dass die zu verpflanzende Gewebereinheit an einem dezierten Gefäßstiel mit arteriellem Zu- und venösem Abfluss abgesetzt und im Bereich der Empfängerregion mikrochirurgisch anastomosiert wird. Über die Zeit haben sich einige solcher Lappenplastiken aufgrund ihrer jeweiligen Eigenschaften besonders als klassische freie Transplantate etabliert. Dazu zählen insbesondere die M-latissimus-dorsi-Lappenplastik als zumeist myokutane Lappenplastik, der Anterior lateral thigh (ALT)-Lappen als fasziokutaner Lappen sowie der Deep inferior epigastric artery perforator (DIEP)-Lappen als fasziokutaner Lappen insbesondere zur Brustrekonstruktion.

Beispielhaft ist in **Abbildung 5** ein Defektverschluss nach Resektion eines Plattenepithelkarzinoms am Unterschenkel mittels freier Lappenplastik dargestellt.



Abb. 3: 13j. Mädchen mit ausgedehntem Tiefellnaevus im Bereich der rechten Schulter. Präexpansion der umgebenden Haut durch Expander und Auffüllen über 3 Monate. Im Anschluss Resektion des Naevus und Defektverschluss mit der präexpandierten Haut.



Abb. 4: 78j. Patient mit einem Basaliom im Bereich der Wange und Defektverschluss nach RO-Resektion mittels Wangenrotationslappenplastik.

Eine Vielzahl an anatomischen wie radiologischen Studien hat die über vaskuläre Perforatoren versorgte Perfusionsareale, sog. Perforasome, eine Vielzahl an möglichen Lappenplastiken in nahezu allen Körperregionen identifiziert [2]. Solche Perforatoren können je nach ihrem Verlauf zur Haut eingeteilt werden (direkt/indirekt, myokutan/septokutan). Diese können nach entsprechender duplexsonographischer präoperativer Markierung z. B. für perforatorbasierte Propeller- bzw. Rotationslappenplastiken oder als freies Lappenplastat verwendet werden. In allen Fällen muss auch hier immer kritisch in Bezug auf zu erwartende Hebedefekte bzw. Hebmorbidität in Zusammenschau der Gesamtsituation des Befundes und des Patienten entschieden werden.

Je nach betroffener Region ergeben sich verschiedene Anforderungen an eine mögliche

Lappenplastik. Aufwändige Rekonstruktionen mit der Rekonstruktion spezieller Gewebereinheiten können auch in mehrzeitigen Eingriffen erfolgen. Hierdurch kann z. B. eine verbesserte autonomisierte Durchblutung der geplanten Lappenplastik durch Umschneiden und temporäres Zurücklegen (sog. Delay) erreicht werden [3]. Auch die Einbringung von präformierten autologen Knorpeltransplantaten und ihrer Vaskularisierung mit dem Lappen vor der geplanten Gewebverpflanzung als sog. Prälaminiierung sind mögliche Techniken [4].

In besonderen Fällen, in denen aufgrund von Voroperationen oder Bestrahlungen keine adäquaten Anschlussgefäße für ein freies Transplantat vorhanden sind, ist zuvor die Anlage einer arterio-venösen Gefäßschleife (AV-loop) notwendig, um so die Möglichkeit einer Lappendeckung zu schaffen. Bei



Abb. 5: Patientin mit einem ausgedehnten Plattenepithelkarzinom im Bereich des linken Unterschenkels. Der Verschluss des Haut- weichteildefekts erfolgte durch einen freien myokutanen M. latissimus dorsi Lappen.

besonders ausgedehnten Defekten kann auch eine Kombination aus mehreren freien Lappen aus unterschiedlichen Regionen notwendig werden, die untereinander mikrochirurgisch anastomosiert werden.

Im Rahmen von einzeitigen Eingriffen können komplexe Rekonstruktionen fächerübergreifend geplant und durchgeführt werden, wie z. B. bei der Defektdeckung nach Rektumresektion mittels Vertical Rectus abdominis Muskellappen (VRAM)-Lappen oder der Thoraxwandrekonstruktion mittels Latissimus-dorsi-Lappenplastik.

Aufgrund von verbessertem anatomischem Verständnis wie auch verbesserten technischen Möglichkeiten haben sich die rekonstruktiven Möglichkeiten von Lappenplastiken kontinuierlich weiterentwickelt. So ist die Inklusion von Lymphknoten und entsprechende Anastomosierung von Lymphbahnen zur Prävention und auch Behandlung von Lymphödemen möglich geworden. Die Inklusion von sensiblen Nerven erlaubt so zum Beispiel die Rekonstruktion innervierter Brüste, die Verwendung von innervierten Muskellappen die funktionelle Rekonstruktion des Mundwinkels nach Fazialisparese.

In der Kombination mit modernen immunsuppressiven Therapiekonzepten können mit diesen Techniken ganze funktionelle Einheiten wie ein Gesicht oder eine obere Extremität im Sinne einer Allotransplantation als kombinierte komplexe Gewebeplastiken rekonstruiert werden [5].

Eine wichtige Voraussetzung bei der Verwendung jedweder Lappenplastik ist eine genaue Kenntnis der anatomischen, funktionellen wie ästhetischen Einheiten sowohl der Empfänger- wie auch der Spenderregion, um dauerhaft zufriedenstellende Ergebnisse erzielen zu können. Idealerweise findet daher im Rahmen einer engen interdisziplinären Zusammenarbeit bereits vor elektiv geplanten onkologischen Resektionen eine gemeinsame Planung statt, um die onkologisch erforderliche Schnittführung und spätere Defektdeckung aufeinander abzustimmen.

Während lokale Lappenplastiken auch im ambulanten Setting gut für den Verschluss von kleineren Hautdefekten verwendet werden können, sollten aufwändige Rekonstruktionen in spezialisierten plastisch-chirurgischen Kliniken mit entsprechender Expertise versorgt werden.

LITERATUR

- [1] Mathes S, Nahai F. Classification of the Vascular Anatomy of Muscles. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 1981;67(2):177–187.
- [2] Saint-Cyr M, Wong C, Schaverien M, Mojallal A, Rohrich R. The Perforasome Theory: Vascular Anatomy and Clinical Implications. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2009;124(5):1529–1544.
- [3] Erdmann D, Sundin B, Moquin K, Young H, Georgiade G. Delay in Unipedicled TRAM Flap Reconstruction of the Breast: A Review of 76 Consecutive Cases. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2002;110(3):762–767.
- [4] Guo L, Pribaz J. Clinical Flap Prefabrication. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2009;124:e340–e350.
- [5] Thuong M, Petruzzo P, Landin L, Mahillo B, Kay S, Testelin S et al. Vascularized composite allotransplantation – a Council of Europe position paper. *Transplant International*. 2018;32(3):233–240.



Fortbildung on demand – mit der BDC|eAkademie sind Sie flexibel & ortsunabhängig



BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

Tel: 030/28004-120

Fax: 030/28004-108

akademie@bdc.de

Bleiben Sie am Ball und investieren weiter in Ihr berufliches Fortkommen. Wir möchten Sie unterstützen und bieten Ihnen mit der neuen Plattform **BDC|eAkademie** verschiedenste Fortbildungsformate an. Mit einem einzigen Login haben Sie jetzt auf www.bdc-eakademie.de Zugang zu allen digitalen BDC-Angeboten. Mehr als 600 Fortbildungsmodule und kombinierte, multimediale Lernpakete stehen auf der E-Learning Plattform des BDC für die fachlich qualifizierte Fortbildung für ChirurgInnen bereit.

Mittlerweile ein Klassiker der BDC|eAkademie: Nehmen Sie jeden Monat an unserer **Webinar-Reihe „Leitlinien in der Chirurgie“** live und interaktiv per Chat teil und sammeln Sie hierbei Ihre CME-Fortbildungspunkte. Oder holen Sie die bereits vergangenen Sessions flexibel, ortsunabhängig und bequem on demand als Aufzeichnung nach. Mittlerweile sind über 30 Leitlinien aus allen chirurgischen Fachdisziplinen in der BDC|eAkademie abrufbar.

Neu am Programm der BDC|eAkademie die zweite **Webinar-Reihe „Chirurgie Aktuell“**. Bleiben Sie auf dem Laufenden und hören Sie jeden Monat online die aktuellen Themen der

Chirurgie, fachübergreifend und interdisziplinär. Diskutieren Sie online mit den Experten aktuelle Entwicklungen Ihres chirurgischen Alltags.

Ebenfalls neu für die kurze Fortbildung zwischendurch: Seit November ist die **Podcast-Serie „Perioperative Medizin“** am Start, die für alle chirurgischen Fachdisziplinen die wichtigsten Themen des perioperativen Management als kurze Lerneinheiten zum Download im Audioformat zusammenfasst. Und weitere Podcast-Folgen sind bereits in Planung!

Noch mehr digitale Fortbildungsservices für ChirurgInnen finden Sie auf BDC|eAkademie. Gut zu wissen: Viele Online-Fortbildungen stehen den BDC-Mitgliedern als Service der Akademie kostenfrei zur Verfügung. Einfach Suchbegriff eingeben und passende E-Learnings finden, **einfach starten:** www.bdc-eakademie.de 

BDC: Fortbildung on demand – mit der BDC|eAkademie sind Sie flexibel & ortsunabhängig. *Passion Chirurgie.*
2020 Dezember, 10(12): Artikel 04_01.



Besuchen Sie unsere eAkademie, Informationen finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik BDC|Akademie | eAkademie.



Aller guten Dinge sind eins!

Die neue BDC|eAkademie mit
4 digitalen Fortbildungsservices:

- ➔ Online-Kurse
- ➔ Webinare
- ➔ Podcasts
- ➔ Seminarunterlagen

JETZT
eine
Plattform
für alles



BDC  **AKADEMIE**
Einfach starten!

www.bdc-eakademie.de

Curriculum Robotische Chirurgie im oberen Gastrointestinaltrakt für Oberärzte und leitende Klinikchirurgen

Die roboterassistierte Chirurgie wurde vor nunmehr 20 Jahren in die Klinik eingeführt und ist nicht nur aus diesem Grund mehr als nur ein Hype. In den ersten zehn Jahren nach Markteinführung lag der Fokus der Robotik vor allem in der Urologie, nun aber ist die Viszeralchirurgie der weltweit am schnellsten wachsende Sektor der Robotik. Kritisiert werden vor allem die hohen Anschaffungs- aber auch laufenden Kosten der

Robotereinheiten. Allerdings häufen sich in den letzten Jahren auch gute evidenzbasierte Konzepte, die einen Einsatz in der Viszeralchirurgie in Zentren rechtfertigen. So stehen aktuell viele Abteilungen vor der Entscheidung, den Einstieg in die Robotik zu wagen. Gleichzeitig drängen neue Anbieter mit interessanten und vor allem kostengünstigeren Produkten auf den Markt. So entstehen aktuell neue Tools aus den Bereichen künstlicher

**PD Dr. med. Hans F. Fuchs**

Leiter roboterassistierte
minimal-invasive Chirurgie
Facharzt für Viszeralchirurgie &
Spezielle Viszeralchirurgie
Klinik und Poliklinik für
Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und
Transplantationschirurgie
Uniklinik Köln (AöR)
Kerpener Straße 62
D-50937 Köln
hans.fuchs@uk-koeln.de



Abb. 1: Module des Curriculums „Robotische Chirurgie“ im Überblick

Intelligenz und bildgestützter Chirurgie, aber vor allem auch durch immer bessere Simulationssysteme (Virtual-, Enhanced- oder Mixed-Reality), welche die robotische Chirurgie in einem völlig neuen Kontext interessant erscheinen lassen.

Die Komplexität der Systeme, aber auch die in Deutschland mit Robotersystemen durchgeführten Eingriffe, erfordern völlig neue Trainings- und Simulationsmethoden für den Einstieg aber auch für die Weiterbildung. Eine strukturierte Ausbildung im Kontext der Weiterbildung zum Viszeralchirurgen oder speziellen Viszeralchirurgen findet aktuell in aller Regel nicht statt. Dennoch werden Kenntnisse in der Robotik in aller Regel von Chefärzten erwartet. Somit stehen viele angehende Oberärzte oder leitende Klinikchirurgen im Laufe ihrer Karriere vor der Entscheidung, wie sie sich in diesem Bereich am besten aufstellen.

Standard. In Anlehnung hieran haben sich bereits ähnliche Methoden im europäischen Ausland etabliert. In Deutschland sind klinische sogenannte „Fellowships“ die Ausnahme. Meist basieren diese Programme auf mehrmonatiger spezialisierter Ausbildung mit den Bausteinen Simulation, Training im „Wetlab“, aber auch modularem Training mit Proctoring im Operationssaal.

Der BDC hat zur Verbesserung dieser Ausbildungslücke eine neue Seminarreihe unter Federführung von PD Dr. med. Hans F. Fuchs, Leiter der Roboterassistierten Chirurgie am Universitätsklinikum Köln und Vertreter der Oberärzte im BDC, aufgelegt. Das Programm ist modular aufgebaut und erstreckt sich vom Webinar zum Einstieg in die Thematik über einen Basiskurs mit Simulation in Berlin über einen Kurs im State-of-the-Art Wetlab „IRCAD“ in Straßburg mit „Hands-on“ bis hin zur OP-Hospitation in Köln.

Insbesondere in den USA sind strukturierte robotische Ausbildungsprogramme bereits

Wir möchten Sie herzlich einladen, an diesem Curriculum „Robotische Chirurgie“ in

Fuchs H: Curriculum Robotische Chirurgie im oberen Gastrointestinaltrakt für Oberärzte und leitende Klinikchirurgen. *Passion Chirurgie*. 2020 Dezember, 10(12): Artikel 04_02.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete | Fachübergreifend.

den Modulen eins bis drei teilzunehmen. Das Durchlaufen des gesamten Curriculums ist für den Einstieg in die Robotik bestens geeignet, da es sowohl den theoretischen Hintergrund als auch erste praktische Schritte vermittelt. Diese Seminarreihe wendet sich insbesondere an Fachärzte für Allgemein- und Viszeralchirurgie vor dem Einstieg in die roboterassistierte Chirurgie.

Das **Seminar Modul 1** im Langenbeck-Virchow-Haus der Aesculap Akademie behandelt die relevanten Fragen und technischen Aspekte vor dem Einstieg in die Robotik. Der Fokus liegt hier auf strukturierten Trainingsprozessen und Proctoring, Aufbau eines Roboterzentrums sowie technischen Aspekten verschiedener Hersteller. Das Seminar ist 1,5-tägig aufgebaut mit einem gemeinsamen Abendessen am ersten Tag, um hier einen regen Erfahrungsaustausch zu ermöglichen. Es wurden Referenten aus den wesentlichen

Bereichen der viszeralchirurgischen Robotik (oberer Gastrointestinaltrakt, kolorektale Chirurgie sowie auch fachübergreifend aus der Urologie) gewonnen. Auch soll beleuchtet werden, inwiefern individuelle Trainings, auch in Kooperation mit der Medizintechnikindustrie, notwendig sind.

Das **Seminar Modul 2** im IRCAD ist zweitägig aufgebaut mit einem gemeinsamen Abendessen am ersten Tag, um hier einen regen Erfahrungsaustausch zu ermöglichen. Es wurden Referenten speziell aus dem Bereich oberer Gastrointestinaltrakt der viszeralchirurgischen Robotik gewonnen. Schwerpunkt des Kurses ist Hands-on Roboterchirurgie am Tiermodell in Kleingruppen am Da Vinci-OP-Roboter. Hier sollen Tipps und Tricks von Experten live demonstriert und trainiert werden, um die Lernkurve in der Heimatinstitution möglichst zu verkürzen.

Die Hospitation (**Modul 3**) in Köln ist ebenfalls zweitägig aufgebaut und bereits in der BDC Akademie fest etabliert. Im Zuge der Etablierung der Robotik in unserem Zentrum können parallel zwei roboterassistierte Eingriffe am oberen Gastrointestinaltrakt in zwei Operationssälen demonstriert werden.

Die Module können je nach Kenntnisstand oder Interesse besucht werden. Ein besonderer Fokus dieser Seminarreihe soll die chirurgische Diskussion mit den Teilnehmern sein, so dass wir Sie einladen, Fragen und Probleme aus Ihrer Klinik mit zu den Seminaren zu bringen.

Wir hoffen, dass Sie dieses Seminarkonzept anspricht und würden uns freuen, Sie beim Curriculum „Robotische Chirurgie“ begrüßen dürfen. ○

BDC|AKADEMIE

CURRICULUM ROBOTISCHE CHIRURGIE



Vorbereitungswebinar:

PD Dr. Hans Fuchs, Termin folgt

Modul 1 – Seminar Update Robotische Chirurgie:

PD Dr. Hans Fuchs Berlin 16. – 17.03.21

Modul 2 – Workshop im IRCAD:

PD Dr. Hans Fuchs Strasbourg 02. – 03.09.21

Modul 3 – Hospitation:

PD Dr. Hans Fuchs Köln, Termin folgt

Mehr Informationen und zur Anmeldungen: www.bdc.de/veranstaltungen/



Webinar-Termin im Januar 2021: S1-Leitlinie „Verletzungen der subaxialen Halswirbelsäule“

S1-Leitlinie „Verletzungen der subaxialen Halswirbelsäule“

28.01.2021, 18:00 Uhr

Dr. med. Philipp Schleicher

Zu diesem Seminar laden der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC), die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und Springer Medizin ein. Verletzungen der subaxialen Halswirbelsäule (HWS) sind häufig und können schwerwiegende Folgen haben...

www.bdc-webinare.de

Seit September 2017 gibt es die BDC|Webinare (www.bdc-webinare.de). Bisher wurden auf der Plattform insgesamt 34 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

- „Perioperative Akutschmerztherapie“, 13.01.2021, 18.00 Uhr, Prof. Dr. med. Stephan M. Freys
- Aktueller Stellenwert der transanalen Resektionsverfahren“, 10.02.2021, 18.00 Uhr, Prof. Dr. med. Marco Sailer

Weitere spannende Webinare für 2021 sind in der Vorbereitung: www.bdc-webinare.de. 

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



© iStock/Bortolav

Die chirurgische Indikation im Kontext medizinischer, gesellschaftspolitischer und ökonomischer Entwicklungen

Die korrekte chirurgische Indikation zur Durchführung einer Operation ist eine der wichtigsten Aufgaben in der Chirurgie. Dabei steht der Patientenwille über allem. Die exakte Indikation begründet das Vertrauen des Patienten in die Chirurgie. Durch den gesellschaftspolitischen Wandel und den medizinischen Fortschritt können Änderungen und Ausweitungen der Indikation resultieren. Die chirurgische Indikation darf nicht ökonomischen Zwängen ausgesetzt werden, wobei sich die Chirurgie auch ihrer ökonomischen Verantwortung stellen muss.

„Zuerst erschienen in Zeitschrift für medizinische Ethik, Ausgabe 3/2020“



**Prof. Dr. med. Joachim Jähne,
FACS, MBA**

Senator der Deutschen Gesellschaft
für Chirurgie
Chefarzt der Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Diakovere Friederikenstift und
Henriettenstift
Marienstraße 72-90
30171 Hannover
joachim.jaehne@diakovere.de

Jähne J: Die chirurgische Indikation im Kontext
medizinischer, gesellschaftspolitischer und
ökonomischer Entwicklungen. *Passion Chirurgie*.
2020 Dezember, 10(12): Artikel 04_04.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online
unter der Rubrik Politik.

Nicht erst in diesen Tagen, sondern bereits seit vielen Jahren werden Strukturreformen des gegenwärtigen Gesundheitssystems in Fachkreisen und auch in der breiten Öffentlichkeit thematisiert und kontrovers diskutiert. Diese Diskussionen erörtern auf der einen Seite unter anderem die demografischen Veränderungen, den medizinischen Fortschritt, die sich ändernden Ansprüche an eine gleichermaßen effektive und effiziente Patientenversorgung sowie die zunehmende Digitalisierung. Auf der anderen Seite sind es weit überwiegend ökonomische Fragen, die auf eine Beantwortung warten [1]. Gerade die veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen im Krankenhaus, hervorgerufen durch die Einführung von Fallpauschalen, haben zu erheblichen Umgestaltungen geführt. Sie betreffen gleichermaßen die Strukturen der Krankenhäuser (z. B. die Schaffung von hauptamtlichen ärztlichen Direktoren) und die Ausgestaltung der Verträge der Führungskräfte und besonders auch der Ärzte mit Einführung von Zielvereinbarungen und entsprechender Vergütung. Das Vordringen ökonomischer Denkmuster in ärztliche (und pflegerische) Bereiche – beide auch heute noch durch eine hohe intrinsische Motivation und altruistische Denkmuster gekennzeichnet – führt gegenwärtig in den Krankenhäusern zu Stellenabbau, verdichteten Arbeitsabläufen sowie zu deutlich als schlechter empfundenen Arbeitsbedingungen mit den Konsequenzen von hohen Krankenständen und Nachbesetzungsschwierigkeiten bei freiwerdenden Stellen. Vor diesem Hintergrund überrascht es daher nicht, dass Krankenhäuser und Ärzte mehr und mehr in den Blickpunkt des öffentlichen Interesses gelangen, da die Befürchtung besteht, dass medizinische Leistungen besonders aufgrund des Diktates der Ökonomie und weniger wegen wirklich indizierter Behandlungsnotwendigkeiten erbracht werden [2]. Vielfach wird dabei gerade auf der ärztlichen Seite vergessen, dass daraus ein erheblicher Vertrauensverlust in die ärztliche Tätigkeit resultiert, somit also die Ärzte möglicherweise eines ihrer höchsten Güter – das Vertrauen der Patienten – verspielen [3].

Im Kontext der geschilderten Verhältnisse und Umstände ist das Ziel des vorliegenden Beitrages, aus der Sicht eines Chirurgen

den Stellenwert der Indikation bei den sich wandelnden Rahmenbedingungen aus verschiedenen Blickwinkeln zu beleuchten und einer aktuellen Standortbestimmung zu unterziehen.

ZUR BEDEUTUNG DER CHIRURGISCHEN INDIKATION

Für eine gelingende Patientenbehandlung ist es unerlässlich, dass sich die Arzt-Patienten-Beziehung auf gegenseitiges Vertrauen gründet. Dieses Vertrauen entsteht durch eine Anerkennung der besonderen Situation eines Kranken, der „mit seiner Erkrankung ein von den Selbstverständlichkeiten des Alltäglichen Ausgegrenzter ist“ [4]. Das Fundament für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung ist die angemessene verbale und nonverbale Kommunikation und auf Seiten des Patienten die Anerkennung einer asymmetrischen Beziehungsebene. Trotz einer weiten Verbreitung von medizinischen Inhalten, insbesondere durch das Internet, und die grundsätzlich zu befürwortende partizipative Entscheidungsfindung, befindet sich der Mensch (als Patient) aufgrund der Krankheitssituation immer in einer vom Arzt abhängigen Beziehung.

Dies vorausschickend ist es die herausragende Aufgabe des Chirurgen, auch bzw. gerade in der heutigen Zeit der Sachwalter der Interessen des Patienten zu sein. Dabei geht es nicht darum, das alte paternalistische Beziehungsgefüge zwischen Arzt und Patient wieder aufleben zu lassen, sondern die Interessensvertretung des Chirurgen für den Patienten in einen modernen Zusammenhang zu stellen. Unverändert steht der Patientenwille nach einem noch heute gültigen Urteil des Reichsgerichtes über dem Patientenwohl. Dies bedeutet, dass auch bei noch so eindeutig bestehender Indikation zu einem operativen Eingriff dieser nicht durchgeführt werden darf, wenn sich der Patient nach umfassender Aufklärung und Beratung eindeutig dagegen ausspricht. Solche Situationen sind gerade angesichts der demografischen Entwicklung heute durchaus regelhaft: Zahlreiche ältere und hochbetagte Patienten lehnen einen Eingriff z. B. beim Vorliegen eines Malignoms ab und wählen andere Behandlungsmöglichkeiten. Dies ist seitens der Chirurgie zu akzeptieren.

Unabhängig davon ist die korrekte Indikationsstellung wahrscheinlich nicht nur die vornehmste Aufgabe eines Chirurgen, sondern auch die schwerste. Gerade in Situationen, in denen alternative Behandlungsmöglichkeiten vorliegen, kommt es immer sehr genau darauf an, das Für und Wider eines operativen Eingriffes abzuwägen und auch mit dem Patienten und seinen Angehörigen im Kontext von persönlichen Lebensvorstellungen und alternativen Behandlungsmöglichkeiten zu diskutieren. In jedem Fall sollten die Grundlagen und Erkenntnisse der Evidence Based Medicine (EBM) einfließen, wobei selbstverständlich zu berücksichtigen ist, dass sich die letztendliche Entscheidung immer am Patienten zu orientieren hat.

Dessen ungeachtet ist seitens der Chirurgie auch zu beachten, dass es sich bei der chirurgischen Kunst um eine auf Subjektivität gegründete Tätigkeit handelt. Zwar werden durch randomisierte Studien, bildgebende Verfahren und Laboruntersuchungen objektive Daten erhoben, die in die Bewertung einer Diagnose und einer Behandlung einfließen. Die Indikation und auch die Operation jedoch, nach der Indikationsstellung das zweite Kernstück chirurgischer Tätigkeit, ist in einem hohen Maß von Subjektivität geprägt [5]. Erst durch das chirurgische Können, erworben in vielen Jahren der operativen Tätigkeit, erlangt ein Chirurg die Fähigkeiten, die es möglich machen, eine korrekte Indikation zu stellen und die sich daraus ergebende Operation erfolgreich durchzuführen. Diese Subjektivität chirurgischer Tätigkeit wird in den heutigen Diskussionen um die Relevanz der Chirurgie bzw. ihre Ökonomisierung meist ausgeblendet, ist jedoch aus ärztlich-chirurgischer Sicht ein unverwechselbares Charakteristikum.

Es ist somit festzuhalten, dass die korrekte chirurgische Indikation das wesentliche Kriterium für eine an den Patienteninteressen orientierte Behandlung darstellt. Unter diesem Aspekt sei ein kritischer Blick auf die gerade in den Medien gelobte Initiative „Klug entscheiden“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin gestattet [6]. Es ist zweifelsohne lobenswert, sich mit Untersuchungen und Therapieempfehlungen

auseinanderzusetzen, um dann die bestmögliche Entscheidung zu fällen. Gleichwohl sei die Frage erlaubt: Wurde vor dieser Initiative nicht klug entschieden? Geben die Ärzte damit nicht zu erkennen, dass in der Vergangenheit Entscheidungen gefällt wurden, die unklug waren? Ist es nicht ein Eingeständnis, dass die Indikation, die ohne jede Frage für jede medizinische Disziplin von höchster Bedeutung ist, in der Vergangenheit Schaden genommen hat? Allein bei Betrachtung des ärztlichen Ethos sind solche Initiativen dem Grunde nach entbehrlich.

Natürlich war und ist auch die Chirurgie nicht frei von möglichen Fehlentwicklungen bei der Indikationsstellung. Dies soll hier keinesfalls in Abrede gestellt werden. Allerdings hat die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie dargelegt, dass durch die nach EBM-Kriterien erarbeiteten Leitlinien und bei breit umgesetzter partizipativer Entscheidungsfindung eine klare Maßgabe für die korrekte chirurgische Indikation gegeben ist [7]. Darüber hinaus darf nicht außer Acht gelassen werden, dass auch in der Chirurgie grundsätzlich immer über Alternativen aufgeklärt werden muss und zudem die Patienten inzwischen das gesetzlich verbrieftete Recht auf eine Zweitmeinung haben. Dadurch ist mit einer großen Sicherheit gewährleistet, dass die chirurgische Indikation korrekt gestellt wird. Natürlich wird dieses Recht nicht von jedem Patienten wahrgenommen und sicher auch nicht von jedem Chirurgen beim Beratungsgespräch thematisiert. Durch die vermehrte Prüfung von Behandlungen seitens der Kostenträger und die gestiegenen Anforderungen an die Transparenz des Leistungsgeschehens ist es jedoch absehbar, dass sich dies zunehmend durchsetzen wird und bei Nichtbeachtung unter Umständen erhebliche medico-legale Konsequenzen drohen können. Abschließend sei somit nochmals angemerkt, dass die korrekte Indikationsstellung den Gradmesser für eine ordnungsgemäße chirurgische Therapiemaßnahme darstellt. Wenn sich Chirurgen an der Indikation „vergehen“, schaden sie dem Patienten und damit dem Fach. Von dieser Bewertung unbenommen bleibt die wissenschaftlich fundierte Ausweitung der Indikation im Interesse des medizinischen Fortschrittes, der gerade auch

in der Chirurgie in den letzten Jahrzehnten zu deutlich erweiterten Therapiemöglichkeiten und verbesserten Behandlungsergebnissen geführt hat. Dies wird im nächsten Abschnitt diskutiert.

DIE CHIRURGISCHE INDIKATION UND DER MEDIZINISCHE FORTSCHRITT

Die Geschichte des medizinischen Fortschrittes ist wahrscheinlich so alt wie die Menschheitsgeschichte, wobei klar sein sollte, dass die Schaffung einer funktionierenden Kanalisation und die Erfindung des Kühlschranks wahrscheinlich deutlich mehr zur Steigerung der weltweiten Lebenserwartung beigetragen haben als medizinische Errungenschaften. In der Chirurgie hat es unzählige Verbesserungen gegeben, die hier nur anhand einiger ausgewählter Beispiele genannt seien. Einer der größten Fortschritte wurde bei der Endoprothetik zur Behandlung degenerativer Veränderungen insbesondere des Hüft- und Kniegelenkes erzielt. Darüber hinaus konnten auch in der Transplantationschirurgie z. B. mit der Leber-Lebendspende, in der plastischen Chirurgie mit dem Extremitätenersatz bei Malignomen, in der Herzchirurgie mit dem aortocoronaren Bypass zur Behandlung der koronaren Gefäßerkrankung und in der Gefäßchirurgie bei der Behandlung des Aortenaneurysmas erhebliche Fortschritte erzielt werden. Hinzu kommt, dass in vielen chirurgischen Fächern aus der Reduzierung des Zugangstraumas im Rahmen der minimalinvasiven Chirurgie weitere Verbesserungen der postoperativen Ergebnisse resultierten.

Diese medizinischen Fortschritte gehen immer auch mit einer Änderung und bisweilen auch einer Ausweitung der chirurgischen Indikation einher. Gerade in der prothetischen Versorgung von Gelenkarthrosen wird immer wieder der Vorwurf thematisiert, dass aus monetären Gründen zu viel und zu schnell operiert wird. Dabei wird häufig außer Acht gelassen, dass gerade im Langzeitverlauf konservative Behandlungsmaßnahmen nur einen sehr begrenzten Erfolg haben. Ein weiteres und sehr aktuelles Beispiel ist die Lebertransplantation bei kolorektalen Lebermetastasen [8]. Nach Entfernung des links-lateralen Leberlappens mit gleichzeitiger

Transplantation zweier Lebersegmente sowie nachfolgender sog. zweizeitiger Hepatektomie konnte bei einer allerdings noch kleinen und ausgewählten Patientengruppe eine 5-Jahres-Überlebensrate von 83 % erzielt werden. Dieses Beispiel verdeutlicht eindrucksvoll, dass ursprünglich nicht für möglich gehaltene chirurgische Optionen durch Ausweitung der Indikation zu einem verbesserten Ergebnis bei den betroffenen Patienten führen. Eine solche Ausweitung der Indikation ist keinesfalls abzulehnen – sie ist Ausdruck des Bemühens um eine Optimierung der chirurgischen Behandlungsmöglichkeiten.

Der medizinische Fortschritt bringt es zudem mit sich, dass natürlich auch eine Vermischung mit merkantilen Ansätzen aus der angebotsinduzierten Nachfrage resultiert. Als Beispiel sei an dieser Stelle die metabolische Chirurgie genannt. Durch die rasante weltweite Verbreitung der morbid Adipositas und den unzureichenden Ergebnissen einer konservativen Behandlung hat die Chirurgie einen signifikanten Stellenwert bei der Therapie der Adipositas erhalten. Gerade durch die minimalinvasiven Operationsmethoden können diese Eingriffe bei den multimorbiden Patienten mit niedrigen Komplikationsraten durchgeführt und ausgezeichnete Langzeitergebnisse erzielt werden [9]. In dem Maß, wie die Adipositas zunimmt, werden diese Leistungen natürlich nachgefragt. Gerade in solchen Situationen kommt es dann darauf an, dass nicht jede machbare Operation auch wirklich durchgeführt wird, sondern dass eine kritische Indikationsstellung erfolgt und die Patienten nahezu ausnahmslos das präoperativ geforderte multimodale Behandlungskonzept durchlaufen, um sicher zu stellen, dass auch die notwendige patientenseitige Compliance besteht. An diesem Therapiekonzept wird deutlich, dass gerade auch beim medizinischen Fortschritt die chirurgische Indikation eine herausragende Rolle spielt – sie muss sich immer den neuen Gegebenheiten anpassen.

Auf der anderen Seite wird es in der Chirurgie immer wieder anfänglich strittige Indikationen geben, die im Langzeitverlauf erst den medizinischen Fortschritt mit sich bringen. Als Beispiel sei die minimalinvasive Chirurgie

angeführt. In den Anfängen dieser Operationsmethode – damals noch ohne jede Studie – wurden diese Techniken abgelehnt und die Protagonisten geradezu verteufelt. In den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts setzte der Kieler Gynäkologe Kurt Semm die Laparoskopie zu Entfernung des Blinddarmes ein, und 1985 erfolgte die erste laparoskopische Gallenblasenentfernung. Seit dieser Zeit hat die laparoskopische/minimalinvasive Operationstechnik einen beispiellosen Siegeszug angetreten, wobei die Indikationen schrittweise ausgeweitet wurden. War es für die Viszeralchirurgie anfänglich nur die Gallenblasenentfernung, die für die minimalinvasive Chirurgie in Erwägung gezogen wurde, so eroberte diese Technik im weiteren Verlauf die kolorektale Chirurgie, anfänglich bei benignen, später dann auch bei malignen Grunderkrankungen. Gegenwärtig gibt es nahezu keine viszeralchirurgische Erkrankung, die nicht durch minimalinvasive Maßnahmen behandelbar wäre. Daraus wird ersichtlich, dass sich die chirurgische Indikation gerade bezüglich operativer Techniken immer auch mit dem medizinischen Fortschritt weiterentwickelt und ggf. modifiziert wird. Das Beispiel der minimalinvasiven Chirurgie zeigt zugleich, dass es trotz der Forderung nach randomisierten Studien in der Chirurgie zur Erzielung der höchsten Evidenz oftmals chirurgische Pioniertaten Einzelner sind, die einen medizinischen Fortschritt generieren [10]. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass sich der medizinische Fortschritt auch stets im Diskurs mit den sich ändernden Rahmenbedingungen und den gesellschaftspolitischen Veränderungen befindet. In geradezu klassischer Weise gilt dies für die Präimplantationsdiagnostik und die Möglichkeiten der in-vitro-Fertilisation. Das nachfolgende Kapitel versucht nun eine Betrachtung der chirurgischen Indikation unter Berücksichtigung und im Spannungsfeld gesellschaftspolitischer Veränderungen.

DIE CHIRURGISCHE INDIKATION UND DER GESELLSCHAFTSPOLITISCHE WANDEL

In den letzten etwa zwei Jahrzehnten hat sich die Gesellschaft besonders aufgrund der Digitalisierung und Globalisierung erheblich weiterentwickelt und verändert. Gemäß

Kondratieff befinden wir uns seit dem Jahr 2005 in der sechsten langen Welle der Weltwirtschaft, die durch ganzheitliche und biosoziale Gesundheit sowie Biotechnologie gekennzeichnet ist [11]. Im Zuge der Informationstechnologie, dem sog. fünften Kondratieff-Zyklus, und der ganzheitlichen Gesundheit haben sich die Sichtweisen der Gesellschaft und ihrer Individuen auf die Medizin und auch die Chirurgie deutlich gewandelt. Dieser Wandel lässt sich wie folgt zusammenfassend, aber keineswegs abschließend beschreiben:

Es ist zu einer erheblichen Vernetzung der Gesellschaft und ihrer Individuen gekommen. Im Zuge der Vernetzung und der Präsentation in den digitalen Medien ist gerade in der jüngeren Generation ein erhebliches Ausmaß an Selbstoptimierung zu verzeichnen. Zudem wird das Alter als unausweichliches Phänomen des Menschseins zunehmend negliert, während das Streben nach ewiger Jugend zugenommen hat.

Die Digitalisierung hat zu einer erheblichen Transparenz des Leistungsgeschehens in den Kliniken geführt, wobei gleichzeitig der Qualitätsanspruch an die medizinische Leistungserbringung deutlich zugenommen hat, während das Bewusstsein für das damit meist einhergehende Risiko verloren gegangen ist.

Seitens der Medizin ist es zu zum Teil unrealistischen Heilsversprechen gekommen, die die Erwartungshaltung der Menschen erheblich gesteigert haben, und medizinische Themen haben in der Medienlandschaft einen bedeutsamen Stellenwert erhalten.

Diese Entwicklungen haben auf die chirurgische Indikation einen bedeutsamen Einfluss genommen, der mehrheitlich bewusst erfahren wird, der aber auch im Unterbewusstsein bei der Entscheidungsfindung eine Rolle spielt. Im Zuge der Selbstoptimierung ist es in der letzten Zeit vermehrt zu einer wunscherfüllenden Chirurgie gekommen, die sich besonders in der plastischen Chirurgie entwickelt hat. Fettabsaugung, Brustvergrößerung und -verkleinerung sowie die Intimchirurgie haben in den letzten Jahren steigende Eingriffszahlen zu verzeichnen und

sind Ausdruck dieser Selbstoptimierung. Die ursprünglich eindeutig medizinische Indikation zum Brustaufbau durch Implantate nach Operation eines Mammakarzinoms wird in diesen Fällen durch die Indikation aufgrund des Patientenwillens ersetzt. Unbestritten ist dabei, dass viele Menschen sich in ihrem Körper unwohl fühlen, sodass diese Art der Chirurgie durchaus mit psychischem Leidensdruck gerechtfertigt sein kann. Gleichwohl muss klar sein, dass es sich hierbei um eine Ausweitung der chirurgischen Indikation handelt, die mehr durch gesellschaftliche Tendenzen als durch eindeutige medizinische Gegebenheiten bedingt ist. Selbiges gilt natürlich für die gesamte ästhetische Chirurgie gerade im Alter, wobei es hier durchaus klarere medizinische Indikationen gibt. Beispielhaft sei die Lidkorrektur bei Schlupflidern mit eingeschränktem Gesichtsfeld genannt.

Bedingt durch die Digitalisierung und die Forderung nach einer qualitätsorientierten Chirurgie hat die Transparenz des Leistungsgeschehens in den chirurgischen Kliniken in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Viele Kliniken veröffentlichen ihre Leistungszahlen im Internet, und die Fülle an Zertifizierungen und Behandlungszentren tragen zur Transparenz bei. Auch für die wissenschaftlichen Fachgesellschaften sind Transparenz und Qualität hohe Güter, die entsprechend beworben werden [12]. Natürlich ist es im Interesse des Patienten, wenn er von kenntnisreichen Chirurgen mit hoher Qualität behandelt wird – dies ist völlig unstrittig. Es muss nur klar sein, dass dies auch Einfluss auf die chirurgische Indikation hat, wenn auch möglicherweise mehr im Unterbewussten: Wenn ich weiß, dass meine Behandlungsdaten z. B. im Rahmen von Qualitäts-Sicherungsstudien transparent dargestellt werden, ist nicht auszuschließen, dass komplikationsträchtige Eingriffe wie z. B. die Ösophagus- und Pankreasresektion aus Furcht vor Komplikationen gerade von weniger erfahrenen Chirurgen und in kleineren Kliniken deutlich restriktiver durchgeführt werden. Solche Entwicklungen können nur durch eine konsequente Zentralisierung besonders hoch spezialisierter Leistungen vermieden werden. Darüber hinaus muss aber auch beachtet werden, dass das

Risikobewusstsein für operative Eingriffe in weiten Teilen verloren gegangen ist. Durch die berechtigte Forderung nach Qualität wird jede Abweichung von der Norm, also die Komplikation, sehr rasch als Fehler kategorisiert, ohne sich darüber im Klaren zu sein, dass mit dem Stellen der chirurgischen Indikation immer auch die Verwirklichung von Risiken einhergehen kann. Dies immer wieder zu kommunizieren, ist eine wichtige Aufgabe der Chirurgie und muss ein fester Bestandteil der partizipativen Entscheidungsfindung sein. Im Rahmen dieser Entscheidungsfindung muss es dann auch Aufgabe der Chirurgie sein, unqualifizierte Heilversprechen klar zu stellen und vor allem eine saubere Indikation zu befolgen. Als Beispiel sei hier die sog. narbenlose Chirurgie genannt, die vor einigen Jahren im Rahmen der Weiterentwicklung der minimalinvasiven Chirurgie propagiert wurde. Es handelte sich dabei um die Entfernung von Organen durch die Vagina. Abgesehen von der Tatsache, dass auch diese Chirurgie natürlich nicht narbenlos war, hat sich diese Art der operativen Technik nicht durchgesetzt, sodass für die Zukunft zu wünschen ist, dass hier die Indikation entsprechend streng gestellt wird.

Im Kontext der genannten Entwicklungen muss abschließend berücksichtigt werden, dass die Medien ein hohes Interesse an medizinischen Themen haben. Einerseits ist sehr zu begrüßen, dass die breite Öffentlichkeit möglichst umfassend über Gesundheitsfragen informiert wird, andererseits muss aber ebenso klar sein, dass gerade bei komplikationsreichen postoperativen Verläufen diese sehr schnell wegen der Vermutung eines Behandlungsfehlers in den Medien landen. Wenn dann die chirurgische Indikation fraglich oder gar nicht gegeben war, kann es auch medico-legal problematisch werden. Und auch hier ist nicht auszuschließen, dass gerade wegen des großen Medieninteresses bei schlechten postoperativen Verläufen – und seien sie auch noch so schicksalhaft – die chirurgische Indikation zurückhaltender betrachtet wird, um eben nicht als Chirurg oder als Klinik in den Medien zu erscheinen.

Ungeachtet dieser möglichen Einschränkungen der chirurgischen Indikation tragen die

zunehmende Selbstoptimierung des Menschen, der demografische Wandel mit alten und damit auch kränkeren Patienten und natürlich auch der medizinische Fortschritt dazu bei, dass es insgesamt in den letzten Jahren zu einem erheblichen Anstieg der Interventionen und Operationen gekommen ist und daraus natürlich sowohl in der gesetzlichen als auch privaten Krankenversicherung Kostensteigerungen resultierten. Damit haben Fragen der Ökonomie zunehmend an Bedeutung gewonnen. Dieser Aspekt und seine Bedeutung für die chirurgische Indikation werden nun im letzten Abschnitt erörtert.

DIE CHIRURGISCHE INDIKATION UNTER ÖKONOMISCHEN ASPEKTEN

Ungeachtet von Überlegungen, ob sich Krankenhäuser im Wettbewerb befinden und wirklich marktwirtschaftliche Gegebenheiten bestehen [13], ist zweifelsohne zu konstatieren, dass die Gesundheitswirtschaft in Deutschland einen sehr bedeutsamen Bereich der allgemeinen Geschäftstätigkeit darstellt. Nach Prognosen betrug im Jahr 2018 die Bruttowertschöpfung im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft knapp 370 Mrd. Euro. Damit machen Gesundheitsleistungen mehr als 12 % des Bruttoinlandsprodukts aus. Hinzu kommen jährliche Zuwachsraten von 4,1 % [14]. Angesichts dieser Zahlen verwundert zunächst, dass im Zusammenhang mit medizinischen und besonders chirurgischen Leistungen, die zum sog. ersten Markt der Gesundheitswirtschaft gezählt werden, eine Ökonomisierung beklagt wird, die zweifellos besteht und auch immer bestehen wird. Es wird dabei häufig vergessen, dass die ökonomische Seite der Medizin gerade für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung eindeutig geregelt ist. In §12, Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuches, Fünftes Buch, ist in Satz 1 festgelegt, dass die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen; „sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“ [15] Auch wenn also schon lange

wirtschaftliche Erwägungen bei der medizinischen Leistungserbringung eine Rolle spielen, so hat die Einführung des DRG-Fallpauschalensystems diese Diskussion nochmals deutlich befeuert. Seit Einführung der Fallpauschalen ist es zu einem kontinuierlichen Fallzahlenanstieg in den deutschen Kliniken gekommen, wobei dies gleichzeitig mit einem Bettenabbau und einer verkürzten stationären Verweildauer einherging [16]. Für diese Phänomene wurden schlagzeilenträchtig die Begriffe „blutige Entlassung“ und „stationäres Paradox“ geprägt. Positiver ausgedrückt ist zu konstatieren, dass das DRG-System erstmals zu einer deutlichen Verbesserung der seit Jahren geforderten Parameter für Effektivität und Effizienz geführt hat. Dies ist allerdings bis dato nie thematisiert worden. Stattdessen wird durchgehend angenommen und zum Teil auch durch entsprechende Studien belegt, dass gerade unter dem Primat der Ökonomisierung eine ungerechtfertigte Ausweitung der chirurgischen Indikation bis hin zur Indikationsbeugung erfolgt [17].

In kritischer Selbstreflektion ist in der Tat nicht auszuschließen, dass in vielen Fällen die Indikation zu einem operativen Eingriff gestellt wird, bei dem ökonomische Interessen überwiegen und die alternativen Behandlungsmöglichkeiten, ggf. auch konservativer Art, überhaupt keine Berücksichtigung finden. Aus chirurgischer und besonders auch ärztlicher Sicht ist ein solches Vorgehen mit Verweis auf das ärztliche Ethos und die Moral strikt abzulehnen [18]. Zu Recht wurden daher ausschließlich ökonomische Zielparаметer als Vergütungskomponenten aus den aktuellen Chefarztverträgen herausgenommen. Viele Chirurgen berichten allerdings dennoch über ökonomische Einflüsse auf die Indikationsstellung, weisen die letztendliche Verantwortung allerdings oftmals den kaufmännischen Geschäftsführungen der Krankenhäuser zu [19]. Dies erscheint insofern zumindest fraglich, da chirurgische Kliniken nicht nur den kostenintensivsten Bereich des Krankenhauses, den Operationsaal, betreiben, sondern mit der Erlösstruktur auch entscheidend zum finanziellen Wohlergehen beitragen. Vor diesem Hintergrund ist es unerlässlich, dass sich auch Chirurgen ihrer ökonomischen Verantwortung stellen.

Während dies für niedergelassene und belegärztliche Chirurgen immer schon Realität war, ist diese Dimension der ärztlichen Tätigkeit auch heute noch für viele am Krankenhaus tätige Chirurgen ungewohnt. Durch den zunehmenden Rückzug der Bundesländer aus ihrer Verantwortung zur dualen Finanzierung kommen Krankenhäuser jedoch nicht umhin, zum Erhalt ihrer funktionierenden Infrastruktur und zur Investition in zukunftsweisende Medizintechnologie Renditen zu erwirtschaften. Dies würde sich erst ändern, wenn sich entweder die duale Finanzierung wirklich wieder vollständig realisieren lässt oder aber wenn sich in einem öffentlich zu führenden gesellschaftlichen Diskurs darüber ausgetauscht wird, was die Gesellschaft und jeder Einzelne bereit ist, für ein funktionierendes Gesundheitssystem zu bezahlen. Das Festhalten an der Beitragssatzstabilität jedenfalls erscheint nicht als legitimes Ziel einer rationalen Gesundheitspolitik in Zeiten des demografischen Wandels und des medizinischen Fortschrittes. Da somit von einer unveränderten Finanzierung des Gesundheitssystems auszugehen ist, stellt sich die Frage, wie der Zielkonflikt zwischen sauberer chirurgischer Indikationsstellung einerseits und der Beachtung ökonomischer Erfordernisse andererseits gelöst werden kann. Hier können eine streng qualitätsorientierte Chirurgie und die Grundzüge der Moralökonomie möglicherweise einen erfolgversprechenden Weg weisen.

Wie eingangs erläutert, ist die korrekte chirurgische Indikation zu einer operativen Maßnahme die Voraussetzung für eine gute und patientenorientierte Behandlung. Auf der Basis der Indikation erfolgen die Operation und die postoperative Betreuung. Wenn diese mit einer hohen Qualität erbracht wird, d. h., wenn Komplikationen vermieden werden können, resultiert ein gutes chirurgisches Behandlungsergebnis. Damit ist auch eine ökonomisch erfolgreiche Behandlung gewährleistet, denn Komplikationen in der Chirurgie führen gerade bei den größeren und aufwendigeren Eingriffen zu einem dramatischen Anstieg der Kosten, die durch die Erlöse niemals gedeckt sind [20]. Daraus folgt, dass chirurgische Leistungen mit dem primären Fokus auf die Behandlungsqualität und auf

das Patientenwohl in aller Regel auch mit einem positiven Deckungsbeitrag erbracht werden können. Es muss daher die Aufgabe der Chirurgie sein, permanent die eigene Behandlung zu hinterfragen und nach Verbesserungen zu suchen. In jüngster Zeit waren dies z. B. die Bemühungen um eine Etablierung des Team Time Outs in den deutschen Operationssälen und auch die Unterstützung des Aktionsbündnisses „Patientensicherheit durch chirurgische Fachgesellschaften wie z. B. die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. Leitlinien-orientierte Behandlung, der Aufbau von Registern und die damit verbundenen Studien, die natürlich nicht die randomisierten Studien ersetzen können, und das gesetzlich verbriefte Recht auf eine chirurgische Zweitmeinung sind weitere Maßnahmen, um eine saubere chirurgische Indikationsstellung zu verifizieren. Zukünftig können möglicherweise darüber hinaus die Ergebnisse der Versorgungsforschung und bzw. oder des Comparative Effectiveness Research zu weiteren Optimierungen beitragen [21]. Auch externe Peer-Review-Verfahren, z. B. im Rahmen von Zertifizierungen, können nach eigener Erfahrung zu einer Behandlungsverbesserung führen. In diesem Zusammenhang muss jedem verantwortungsvollen Chirurgen klar sein, dass ein Abweichen von den etablierten und transparenten Vorgaben unter Umständen gravierende medicolegale Konsequenzen hat. Vor diesem Hintergrund wird verständlich, dass entgegen der weit verbreiteten chirurgischen Meinung zum Einfluss der Ökonomie auf die operative Tätigkeit eine gute chirurgische Behandlungsqualität den größten Beitrag für eine auch ökonomisch sinnvolle Therapie darstellt.

Neben diesen qualitätsorientierten Ansätzen, die besonders durch die Chirurgie selbst umgesetzt werden können, tragen aber auch ökonomische Grundprinzipien dazu bei, dass die chirurgische Indikation und damit letztlich der Patient keinen Schaden nimmt. In diesem Zusammenhang sei auf die soziale Verantwortung des Krankenhauses hingewiesen [22]. Es ist wohl unstrittig, dass nur rentable Krankenhäuser langfristig für eine innovative Patientenbehandlung geeignet sind. Auch ist Gewinnmaximierung im Prinzip eine moralische Pflicht für langfristigen Wohlstand

[23]. Gleichzeitig ist von der Chirurgie unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes der Sozialgesetzgebung anzuerkennen, dass sich die Patientenbehandlung immer auch an den entsprechenden Ressourcen des Krankenhauses zu orientieren hat – dies setzt die Anerkennung der Endlichkeit dieser Ressourcen voraus. Daher sollten Krankenhäuser moralische Normen und Ideale unter den Bedingungen einer modernen Wirtschaft in ihre Geschäftsprinzipien implementieren, die eine Handlungs- und Ordnungsorientierung geben können [24]. Es erscheint sinnvoll, dass im Krankenhaus nicht nur eine Medizin-, sondern auch eine Geschäftsethik implementiert wird, die ökonomische Verbindlichkeiten, transparente Kommunikationsstrukturen und individuelle Selbstbindung an moralisch-ethische Standards im Sinne eines „Code of Conduct“ und eines „Code of Ethics“ beinhaltet [25]. In dem Maße, wie Chirurgen die ökonomischen Limitationen anerkennen sollten, sollten die Geschäftsführungen verinnerlichen, dass ärztliche Entscheidungen nicht über ökonomische Anreize gesteuert werden dürfen. Denn dies untergräbt langfristig das Vertrauen der Patienten in die Krankenhausbehandlung, sodass dem Grunde nach sich die Kliniken die Geschäftsgrundlage ihrer Daseinsberechtigung entziehen. So kann die Übernahme von sozialer Verantwortung dazu beitragen, dass Spannungsfelder zwischen der chirurgischen Indikation (im Sinne des Patientenwohls) und den ökonomischen Gegebenheiten (Gewinnstreben einer Klinik) möglicherweise aufgelöst werden. Anders

ausgedrückt: Wenn sich die Chirurgie und die Ökonomie darauf verständigen, alle Handlungen nach dem Prinzip ‚Vom Patienten(wohl) denken‘ auszurichten, wird es gelingen, dass die chirurgische Indikation in einen vernünftigen Ordnungsrahmen eingebunden ist.

ABSCHLUSSBEMERKUNG

Die chirurgische Indikation zu einem operativen Eingriff gründet sich auf objektivierbaren Ergebnissen aus (randomisierten) Studien und in einem erheblichen Anteil auf dem Erfahrungswissen des Chirurgen, der die Indikation stellt. Auf der korrekt gestellten Indikation baut sich das Vertrauen des Patienten auf. Dabei handelt es sich nicht nur für den Chirurgen, sondern für jeden Arzt um ein sehr hohes Gut, das unter allen Umständen zu schützen ist. Über allem aber steht der Patientenwille, der stets zu beachten ist. Alle Änderungen und/oder Ausweitungen der chirurgischen Indikation, sei es aus Gründen des medizinischen Fortschrittes oder gesellschaftspolitischer Veränderungen, haben sich am ärztlichen Ethos und dem Patientenwillen zu orientieren. Eine chirurgische Indikation aus ökonomischen Erwägungen ist strikt abzulehnen. Gleichwohl müssen sich auch Chirurgen im Kontext ihrer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung und aufgrund des Solidargedankens des deutschen Gesundheitssystems ihrer ökonomischen Verantwortung stellen. Die aktuelle Covid-19-Pandemie wird die Gesellschaft mit der Frage konfrontieren, welches Gesundheitssystem wir wollen.

Es wird gleichzeitig um die Beantwortung der Frage gehen, wie viel die Gesellschaft bereit ist, für ein funktionierendes Gesundheitssystem auszugeben. Prävention und Fragen der Public Health werden aller Voraussicht nach einen höheren Stellenwert haben als bisher. Auch die Diskussion um die Anzahl der Krankenhäuser wird wahrscheinlich in einem ganz anderen Licht geführt werden. Die Chirurgie sollte auch in diesen Fragen der Sachwalter der Patienteninteressen sein.

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

Dieses Manuskript wurde während der SARS-CoV-2 Epidemie im März und April 2020 erstellt. Die langfristigen Auswirkungen dieser Epidemie auf die Strukturen und die zukünftige Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems sind gegenwärtig nicht absehbar und bleiben daher unberücksichtigt. Mögliche Auswirkungen wurden in der Schlussbemerkung thematisiert.

Der Autor dankt Prof. Dr. Hartwig Bauer, Senator der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, sowie Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, für die kritische Durchsicht des Manuskriptes.



RECHT &
VERSICHERUNG

Versicherungs- angebote des BDC



Diese Leistungen sind in Ihrem BDC-Mitgliedsbeitrag enthalten:

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

Weitere Versicherungsangebote für BDC-Mitglieder über Rahmenverträge

Exklusiv und marktführend

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

- ✓ Berufs-Haftpflicht-Versicherung
- ✓ Sachversicherungen für Betriebsausstattung
- ✓ Betriebsunterbrechung und Ertragsausfall
- ✓ Absicherungslösungen für IT- und Cybergefahren
- ✓ Absicherung von Vermögensschäden aus Management- und Geschäftsführungs-Risiken
- ✓ Rundum-Sorglos-Paket Rechtsschutz
- ✓ Private und betriebliche Kranken- und Altersvorsorge, Unfall-Versicherungen
- ✓ Versicherungsschutz für Berufseinsteiger

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

BDC-VERSICHERUNGSSERVICE

ECCLESIA MED GMBH

Klingenbergstr. 1-4, 32758 Detmold

Telefon: 05231 / 603 6363 oder kostenlos unter: 0800 603 603 0 | Fax: 05231 / 603 60 6363

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de



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

Prof. Dr. med. Albert Nienhaus

Stellvertretender Institutsdirektor

Bereichsleitung CVcare

UKE Hamburg

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

Krankenhaushygiene/Umweltschutz

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Dr. med. Ricarda Schmithausen

Universitätsklinikum Bonn (UKB)

Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit (IHPH)

Dr. rer. nat. Wolfgang Kohnen

Stellvertretender Abteilungsleiter Krankenhaushygiene

Beauftragter für das Qualitätsmanagement

Abteilung für Hygiene und Infektionsprävention

Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für

Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)

Nienhaus A, Popp W, Jatzwauk L, Schmithausen R, Kohnen W: Hygiene-Tipp: Berufskrankheiten durch Infektionen. *Passion Chirurgie*. 2020 Dezember; 10(12): Artikel 04_05.



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

HYGIENE TIPP

Berufskrankheiten durch Infektionen

Im Gesundheitswesen können Infektionen nach der Berufskrankheiten-Ziffer BK 3101 („Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war“) anerkannt werden.

Tab. 1: Gemeldete und anerkannte Berufskrankheiten für das Jahr 2017

Infektionskrankheit (n=8.612)	Meldepflichtig und gemeldet	Anerkannt*
gesamt	977	512
Hepatitis B	28	9
Hepatitis C	29	15
HIV-Infektionen (AIDS)	4	2
MRSA	39	1
Skabies	212	172
Tuberkulose	222	98
Latente Tuberkulose	251	201
Influenza	4	1
Keuchhusten	6	0
Masern, Röteln, Mumps	32	5

* Im Berichtsjahr entschiedene Fälle

Im Jahr 2020 dominiert die durch COVID-19 verursachte BK 3101. Zum Stichtag 9. Oktober 2020 wurden von der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 6.938 Fälle als BK 3101 anerkannt.

Grundsätzlich müssen für die Anerkennung drei Voraussetzungen vorliegen:

- Kontakt mit SARS-CoV-2-infizierten Personen im Rahmen der beruflichen Tätigkeit im Gesundheitswesen und
- relevante Krankheitserscheinungen, wie zum Beispiel Fieber oder Husten, und
- positiver Nachweis des Virus durch einen PCR-Test.
- Bei einem chronischen Verlauf einer COVID-19 kann auch ein Antikörper-test für die Anerkennung einer BK ausreichend sein.

Auf jeden Fall sollte bei Erfüllung dieser Voraussetzungen jede COVID-19-Infektion bei Mitarbeitern im Gesundheitswesen als BK 3101 angezeigt werden.

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



REZENSION

Frakturen und Luxationen im Wachstumsalter



Frakturen und Luxationen im Wachstumsalter

Lutz von Laer, Dorien Schneidmüller,
Anna-Kathrin Hell
7. vollständig überarbeitete
Auflage 2020
488 S., 660 Abb.
199,99 Euro
ISBN: 9783132417564

Beim Verlag bestellen:

<https://bit.ly/Rezension-Frakturen>

Rezensent:

Prof. Dr. Dr. med.

Peter Schmittenbecher

Städt. Klinikum Karlsruhe gGmbH
Kinderchirurgische Klinik
Moltkestr. 90
76133 Karlsruhe
peter.schmittenbecher@klinikum-karlsruhe.de

Schmittenbecher P: Rezension: Frakturen und Luxationen im Wachstumsalter. *Passion Chirurgie*. 2020 Dezember, 10(12): Artikel 04_06.



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

Die 7. Auflage des „von Laer“ kommt in neuem Format, mit neuen Ko-Autorinnen und mit mancher inhaltlichen Veränderungen auf einen Markt, der sich in den letzten Jahrzehnten vielseitiger gestaltet hat. Dennoch gilt dieses Buch in vielen Fachgesprächen, bei Kongressen und in Gutachten sowie bei Gericht als deutschsprachiges Standardwerk der Kindertraumatologie und es gehört sicher unverändert in den Schrank eines jeden kindertraumatologisch aktiven Kinderchirurgen, Unfallchirurgen oder Kinderorthopäden.

Im Vorwort der aktuellen Auflage wird die Notwendigkeit einer guten Kommunikation mit dem Patienten und seinen Eltern dankenswerterweise hervorgehoben. Der allgemeine Teil mit Grundsätzlichem, Philosophischem und Kritischem zu Wachstum, Heilung und deren Störung, zu Verletzung, Prognose und Prävention sowie zu Diagnostik, Therapie und Nachsorge umfasst mit fast 100 Seiten etwa ein Viertel des Buchvolumens. Ihm folgen im speziellen Teil die einzelnen Verletzungsregionen, besondere Konstellationen (Misshandlung, Geburtstrauma, pathologische Frakturen) und besondere Lokalisationen (Becken, Wirbelsäule).

Ein Highlight sind unverändert die Ausführungen zum Wachstum und seinen Störungen sowie zur Wachstumsprognose. Neue klinische Bilder z. B. zu Rotationsfehlern oder Achsendeformitäten erleichtern die Übertragung des Gelesenen in die tägliche klinische Anwendung. Auch die vielen treffenden Röntgenbilder in den theoretischen und grundsätzlichen Kapiteln sind ein absoluter Pluspunkt. Die weltweit akzeptierte und in vielen Publikationen angewandte AO-Klassifikation wird jetzt zumindest auf einer Seite dargestellt. Im Diagnostikkapitel ist die kritische Betrachtung unreflektierter Bildgebung für viele lehrreich, man benötigt

sicher nicht alle Bilder, die gemacht werden! Einzelne, als obsolet bezeichnete Methoden wie die Arthrografie können im gut begründeten Einzelfall intraoperativ (Radiushalsfraktur vor Erscheinen des Kopfkernes) hilfreich sein. Die zunehmenden Möglichkeiten der Ultraschalldiagnostik werden auch in der neuen Auflage nur limitiert erwähnt. In der Therapieübersicht findet man neue, instruktive Bilder zur Gipskeilung. Zur Nachsorge wird viel Praktisches und Pragmatisches bzgl. der radiologischen und klinisch-funktionellen Kontrollen dargelegt. Der Schulsport sollte dagegen in Zeiten von Bewegungsarmut und selbstgewählter Mobilitätsbeschränkung nicht zu kritisch gesehen, sondern eher in seiner Notwendigkeit unterstützt werden.

Die sperrigen und international völlig unüblichen und schwer verständlichen Begriffe „Fugenschaft- und Fugengelenkfrakturen“ müssen aufgrund der Wortschöpfung durch den Erstautor wohl ebenso bleiben wie die „Drohgebärde“ der Kadi-Läsionen, die zwar gerne zitiert wird, aber an der Verknennung der entsprechenden Diagnosen kaum etwas geändert hat.

Im speziellen Teil imponieren der systematische Aufbau der einzelnen Kapitel, die instruktiven tabellarischen Übersichten an den Kapitelanfängen und die Algorithmen und nochmals mehr als in den früheren Auflagen das sehr gute und breit gefächerte Bildmaterial, das auch vor seltenen Problemen nicht Halt macht. Da entschuldigt man, dass einzelne Bilder (z. B. Abb. 21.4 und 5, Abb. 25.20) „produziert“ erscheinen. An der Klavikula ist die ESIN bei distalen und proximalen Frakturen allerdings eher ungeeignet, bei Schaftfrakturen von Sportlern aber durchaus indiziert; hierzu fehlen leider technische Tipps und Bilder. Am Ellenbogen wird das Vorgehen suprakondylär, kondylär und am proximalen

Radius differenziert dargelegt, diese Kapitel sind hervorragend ausgearbeitet und bieten eine solche Vielzahl an Bildern und Aspekten, dass sich schon dafür der erneute Kauf des Buches lohnt. Leider findet der Fixateur nach Slongo suprakondylär zur Vermeidung einer offenen Reposition – obwohl klinisch vielfach bewährt – weiterhin keine Erwähnung. Er erspart den dorsalen offenen Zugang! Und auch bei der Korrektur ist er weniger aufwändig als die in Kapitel 21 dargestellten Systeme. Würde man beim Radiuskopf (nicht Köpfchen – Caput radii, nicht Capitulum) den intramedullären Nagel immer belassen, wäre die direkte Freigabe zur Bewegung möglich, was funktionell positiv sein kann. Bei der Monteggia-Verletzung kann die sehr proximale Ulnafraktur auch mit einem von distal eingebrachten ESIN statt mit einer Platte versorgt werden. Trotz dieser kritischen Anmerkungen profitiert jeder Kindertraumatologe davon, die Ellenbogenkapitel dieses Buches zu studieren. Am Unterarm sind die Therapieempfehlungen deutlich aktiver und operativer geworden, diese Entwicklung der letzten Jahre wird gut nachvollzogen dargelegt und wohl begründet.

An der unteren Extremität werden die kritischen Lokalisationen Schenkelhals, Knie, proximale Tibia und Sprunggelenk ihrer Bedeutung entsprechend hervorragend abgehandelt. Dazu sind rund ums Knie die vielen guten Abbildungen wieder eine reine Freude des Lesers. Nichts ist lückenlos und vieles bleibt sicher auch bei der großen Erfahrung der AutorInnen individuell; so kann am Schenkelhals die Hüftplatte gerne auch für die laterale Fraktur und zur Korrektur eingesetzt werden, subtrochantär kann die ESIN auch geschlossen erfolgen. Am Femurschaft kann man den verriegelten ESIN/Endcaps primär belasten. Bei der Eminentiafraktur ist bildlich leider nur ein „historischer Fall mit retrograder Schraube“ dargestellt. Die anti-varische Effizienz der ESIN am (isolierten) Tibiaschaft hängt von der korrekten technischen Realisation ab. Am OSG studiert man wieder gerne die weiter verbesserten Skizzen zu den verschiedenen Frakturen. Die fehlende Beurteilbarkeit resorbierbarer Implantate hätte sich mit neuerer Literatur als der von 2008 überzeugender angehört. Das Battered Child kommt leider

zu kurz, gerade dem Unerfahrenen könnten hier mehr typische Frakturen gezeigt werden, damit er sie als verdächtig erkennt. Auch bei den Geburtstraumen lässt die sonst so reichliche Bebilderung zu wünschen übrig. Bei den pathologischen Frakturen durch juvenile Knochenzysten sollte die diagnostische Effizienz einer Stanzbiopsie nochmals überdacht werden, da ja die potentielle Malignität an jeder Ecke versteckt sein könnte; nutzen würde dann nur die radikale Curretage.

Erfreulicherweise ist das Literaturverzeichnis wieder ausgedruckt verfügbar.

Der „von Laer“ bleibt, was er immer war: Ein hervorragendes kindertraumatologisches Lehrbuch, das auf einer klinischen Erfahrung aufbaut, die ihresgleichen sucht. Besonders die kritischen Kommentare zu allzu Etabliertem sind erfrischend und regen zum Nachdenken an. Der Griff zum neuen „von Laer“ wird sich weiterhin lohnen. ○

Zukunft gestalten



Herzmedizin 2021

DIGITAL

26. - 28. Februar 2021

www.dgthg-jahrestagung.de



www.dgpk-jahrestagung.de



UpDate – Abrechnung dermatochirurgischer Eingriffe

Auch wenn aus dem Selbstverständnis der Chirurgeninnen und Chirurgen die Dermatochirurgie eher als „Kleinkram“ oder „Wimmerlchirurgie“ läuft, bildet dieses Spektrum doch einen nicht unerheblichen Umsatzanteil einer chirurgischen Praxis. Immerhin steht die Abrechnung der Ziffern aus dem Kapitel Oberflächenchirurgie an erster Position der Leistungen bezogen auf die Vergütungshöhe. In letzter Zeit häufen sich Probleme mit den Kostenträgern, weswegen eine nochmalige Darstellung der korrekten Abrechnung wichtig erscheint.

Die Abrechnung dermatochirurgischer Leistungen aus dem Kapitel 31.2.2 ist neben den allgemeinen Voraussetzungen zur Erbringung ambulanter operativer Leistungen (Genehmigung der KV zum Ambulanten Operieren) gebunden an spezifische Leistungsinhalte, die sich unmittelbar aus den nachfolgend aufgeführten und Bestandteil des EBM darstellenden Präambeln zu den jeweiligen Kapiteln ergeben. Prinzipiell können nur abgerechnet werden Exzisionen mit Eröffnung der Haut und/oder Schleimhaut und Angabe des jeweiligen OPS-Codes. Im Falle der



Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg

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



Dr. med. Peter Kalbe

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

Rüggeberg JA, Kalbe P: UpDate – Abrechnung
dermatochirurgischer Eingriffe. *Passion Chirurgie*.
2020 Dezember, 10(12): Artikel 04_07.



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

Dermatochirurgie sind nur die OPS-Codes für eine **radikale und ausgedehnte Exzision** abrechnungsfähig. Das bedeutet, dass die in der Präambel genannten Größendefinitionen Geltung haben (größer 4cm² resp. größer 1cm³). Ausgenommen von dieser Größenvorgabe sind Eingriffe an Kopf und Händen. Alles andere fällt unter die Leistungsziffern 02300 ff. und sind trotz des im Prinzip gleichen Aufwands schlecht und zudem innerhalb des Budgets finanziert. Die Größe des Excidats bestimmt die Frage, ob ein Eingriff unter 31101 oder nur unter 02300-02302 berechnet werden darf. Der Hinweis auf die eigentlich höhere Kunst, einen kleinen Tumor kosmetisch subtil zu präparieren, hilft nicht, es gilt ausschließlich die metrische Dimension. Es ist bekannt, dass sich kaum jemand daran hält, ebenso sehen wir aber die Tendenz der KVen, rigoros zu streichen, wenn die Bedingungen nicht nachweislich erfüllt sind.

Um für spätere Plausibilitätsprüfungen gewappnet zu sein, empfiehlt es sich, die Größenangaben im OP-Bericht oder durch Auflegen eines Maßbands bei Foto-Dokumentation zu dokumentieren. Der Verweis auf Größenangaben des Pathologen ist ungeeignet, da die Präparate nach der Entnahme und dann auch durch Fixierung und Färbung erheblichen Schrumpfungsprozessen ausgesetzt sind. **Maßgeblich ist allein die Dokumentation des Operateurs.** Letztlich ist es eine Frage des individuellen Fingerspitzengefühls, ob Sie ein kleines Pendelfibrom tatsächlich unter der GOP 31101 abrechnen wollen und stattdessen ein kleines Basaliom nicht besser mit ausreichendem Sicherheitsabstand, den Sie notieren, entfernen.

Für die Abrechnung von Leistungen aus dem Kapitel 31.2.2 (Definierte Eingriffe an der Körperoberfläche, also für die Dermatochirurgie) ist eine histologische Untersuchung des entnommenen Materials oder eine Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes Voraussetzung. Auch hier gibt es immer wieder Streichungen durch die KV, weil diese Bedingung nicht beachtet wird, auch wenn z. B. ein eindeutiges Atherom entnommen wurde.

Die Abrechnung mehrerer Exzisionen in gleicher Sitzung wird über die Definition von Simultaneingriffen (Präambel Anhang 2, Satz 2,3,13 und 14) geregelt. Grundsätzlich setzt ein Simultaneingriff eine vollendete Schnittnaht-Zeit von 15 Minuten für den konkreten Zusatzeingriff voraus. Die Summation mehrerer kürzerer Zeiten ist nicht zulässig. Die jeweiligen Zeiten sind über das OP- oder das Narkose-Protokoll zu dokumentieren. Im Prinzip ist das möglich, wenn z. B. Strukturen an verschiedenen Orten entfernt werden. Allerdings muss der Zweiteingriff grundsätzlich **mindestens 15 Minuten** verbrauchen, was eher selten vorkommt. In diesen Fällen kann durchaus an mehreren Tagen operiert werden, aber mit einem **Abstand von mindestens drei Tagen!**

Der Ansatz der Gebührenordnungsziffern (31102) für eine histographisch kontrollierte Exzision ist abweichend von der reinen OPS-Systematik im EBM eindeutig gebunden an den Nachweis eines malignen Befundes. (Präambel Anhang 2 Satz 10). Das wird von den KVen pragmatisch und ohne weitere Kontrollen (abgesehen von der möglichen Vorlage des Histobefundes) umgesetzt. Es erfordert naturgemäß die entsprechende Diagnose im ICD. Im Klartext: Die Ziffer wird gestrichen, wenn keine passende Diagnose vorliegt, aber (leider) auch nicht automatisch hochgesetzt.

Wenn eine Leistung mit histographischer Aufarbeitung angesetzt wird (z. B. die GO-Nr. 31102) sind alle ggf. notwendigen operativen Nachexzision damit abgegolten und können nicht gesondert abgerechnet werden. (s. dazu die Präambel zum Anhang 2 unter 10. Dies stellt auch eine Ausnahme zur Regelung unter 8. im genannten Anhang dar). Konsequenter Weise muss der Ansatz der GO.-Nr. 31102 in die Go.-Nr. 31101 korrigiert werden, wenn die histographische Aufarbeitung keinen malignen (oder semimalignen, z. B. Basaliom) Befund ergeben hat. Es ist auch zu beachten, dass die Anlage eine Fadenmarkierung allein **nicht** zur Abrechnung der histographischen Leistung berechtigt.

ORIGINALTEXTE DES EBM

PRÄAMBEL 4.3.7 EBM

1. Die Verwendung der Begriffe klein/groß, kleinflächig/großflächig, lokal/radikal und ausgedehnt bei operativen Eingriffen entspricht den Definitionen nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen Schlüssel für Operationen und sonstige Prozeduren gemäß § 295 Abs. 1 Satz 4 SGB V: Länge: kleiner/größer 3 cm, Fläche: kleiner/größer 4 cm², lokal: bis 4 cm² oder bis zu 1 cm³, radikal und ausgedehnt: größer 4 cm² oder größer 1 cm³. Nicht anzuwenden ist der Begriff „klein“ bei Eingriffen am Kopf und an den Händen.
2. Operative Eingriffe setzen die Eröffnung von Haut und/oder Schleimhaut bzw. eine primäre Wundversorgung voraus, soweit in den Leistungsbeschreibungen nicht anders angegeben. Punktionen mit Nadeln, Kanülen und Biopsienadeln fallen nicht unter die Definition eines operativen Eingriffs.
3. Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen.

PRÄAMBEL KAPITEL 31.2.2

Dermatochirurgische Eingriffe

1. Die Berechnung dermatochirurgischer Eingriffe setzt die obligate histologische Untersuchung entnommenen Materials und/oder eine Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes voraus.
2. Für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen **31096**, **31097** und **31098** gelten die Anforderungen der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III.

PRÄAMBEL ANHANG 2 (AUSZUG)

1. Die nachfolgende tabellarische Aufstellung umfasst die nach OPS codierten operativen Eingriffe der Abschnitte **31.2** und **36.2**, die zugeordnete OP-Leistung, die OP-Kategorie, die in diesem Zusam-

menhang berechnungsfähigen Überwachungskomplexe, die postoperativen Behandlungskomplexe bei Durchführung auf Überweisung und bei Durchführung durch den Operateur sowie die zugeordneten Narkoseleistungen. Die Zuordnungen der OPS-Codes zu den OP-Kategorien gelten für ambulante und belegärztliche Operationen gleichermaßen. Die den OPS-Codes zugeordneten OP-Leistungen, Überwachungskomplexe sowie die Narkosen sind in der Tabelle jeweils gesondert für die Kapitel **31** und **36** ausgewiesen. Nach belegärztlichen Eingriffen sind keine Gebührenordnungspositionen des Abschnitts **31.4** berechnungsfähig, daher ist dort keine Zuordnung erfolgt.

2. Erfolgen mehrere operative Prozeduren unter einer Diagnose und/oder über einen gemeinsamen operativen Zugangsweg, so kann nur der am höchsten bewertete Eingriff berechnet werden.
3. Abweichend von 2. kann bei Simultaneingriffen (zusätzliche, vom Haupteingriff unterschiedliche Diagnose und gesonderter operativer Zugangsweg) die durch das OP- und/oder das Narkoseprotokoll nachgewiesene Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffes durch die zusätzliche Berechnung der entsprechenden Zuschlagspositionen berechnet werden. Die berechnungsfähige Höchstzeit bei Simultaneingriffen entspricht der Summe der Zeiten der Einzeleingriffe. Als Berechnungsgrundlagen für Simultaneingriffe gelten folgende Zeiten:
 - Kategorie 1: 15 Minuten,
 - Kategorie 2: 30 Minuten,
 - Kategorie 3: 45 Minuten,
 - Kategorie 4: 60 Minuten,
 - Kategorie 5: 90 Minuten,
 - Kategorie 6: 120 Minuten.
4. Bei den Gebührenordnungspositionen **31097**, **31107**, **31117**, **31127**, **31137**, **31147**, **31157**, **31167**, **31177**, **31187**, **31197**, **31207**, **31217**, **31227**, **31237**, **31247**, **31257**, **31267**, **31277**, **31287**, **31297**, **31307**, **31317**, **31327**, **31337**, **31347**, **36097**, **36107**, **36117**, **36127**, **36137**, **36147**, **36157**, **36167**, **36177**, **36197**, **36207**, **36217**, **36227**, **36237**, **36247**, **36257**, **36267**, **36277**, **36287**, **36297**, **36307**, **36317**, **36327**, **36337** und **36347** kann die über die Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten hin-

ausgehende Schnitt-Naht-Zeit durch die entsprechenden Zuschläge berechnet werden. Die Schnitt-Naht-Zeit ist durch das OP- oder Narkoseprotokoll nachzuweisen.

5. Abweichend von Nr. 8 der Präambel zum Abschnitt **31.2** und Nr. 4 der Präambel zum Abschnitt **36.2** sind Revisionen und Zweiteingriffe wegen Wundinfektionen und postoperativen Komplikationen unter Angabe des Erst-OP-Datums, der aufgetretenen Komplikation und der ICD-10-Codierung (T79.3, T81.0 bis T81.7, T84.5 bis T84.7, T85.1 bis T85.8) berechnungsfähig. Ist bei malignen Erkrankungen eine Zweitoperation (Erweiterung des Eingriffs, Nachresektion) erforderlich, so ist diese mit dem ICD-Code Z48.8 gemeinsam mit dem ICD-Code des Malignoms zu kennzeichnen und kann ebenfalls abweichend zu den Präambeln **31.2.1** Nr. 8 und **36.2.1** Nr. 4 berechnet werden. Die Regelung der Präambel **2.1** Nr. 10 zum Anhang **2** zum EBM bleibt davon unberührt.
6. Die alleinige Abrechnung eines temporären Wundverschlusses ist nur zur Konditionierung des Wundgrundes zulässig, wenn mindestens 3 operative Eingriffe erforderlich waren.
7. Bei der Codierung der operativen Versorgung von Frakturen bezieht sich die Lokalisationsangabe auf die Fraktur, bei der Entfernung des Osteosynthesematerials auf den Zugangsweg.
8. Für den jeweiligen Eingriff qualifizierende Begriffe (z. B. lokale vs. radikale Exzision) gelten die Definitionen nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen Schlüssel für Operationen und sonstige Prozeduren gemäß § 295 Abs. 1 Satz 4 SGB V.
9. Die Berechnung einer histographischen Leistung kann nur bei malignen Befunden erfolgen, der histologische Befund ist vorzuhalten. Der temporäre Wundverschluss und die ggf. erforderliche Nachresektion(en) sind nicht gesondert abrechenbar.
10. Die Kombination mehrerer Verfahren setzt voraus, dass alle einzelnen Verfahren in diesem Anhang genannt sind.
11. Erfolgen unterschiedliche operative Eingriffe gleichzeitig durch zwei Operateure einer Berufsausübungsgemeinschaft bzw.

eines medizinischen Versorgungszentrums, so ist der Haupteingriff entsprechend der höchst bewerteten Kategorie abzurechnen. Der parallel dazu stattfindende Simultaneingriff durch den zweiten Operateur kann entsprechend dem OP- bzw. Narkose-Protokoll mit den entsprechenden Zuschlägen für Simultaneingriffe berechnet werden. Die Narkose kann in diesem Fall nur entsprechend des Haupteingriffs berechnet werden.

12. Bei der Berechnung von Zuschlagspositionen für die Erbringung von Simultaneingriffen gemäß Nr. 3 ist – sofern die Teileingriffe unterschiedlichen Unterabschnitten der Kapitel 31 oder 36 des EBM zugehören – die am höchsten bewertete Zuschlagsposition 31xx8 oder 36xx8 der für den Simultaneingriff relevanten Unterabschnitte in Anrechnung zu bringen.
13. Maßgeblich für die Berechnung der Zuschlagspositionen für Simultaneingriffe nach Nr. 3 ist nicht die Überschreitung der kalkulatorischen Schnitt-Naht-Zeit der Kategorie des Haupteingriffs, sondern die Überschreitung der tatsächlichen Schnitt-Naht-Zeit des jeweiligen Haupteingriffs.
14. Beidseitige Eingriffe an paarigen Organen oder Körperteilen fallen unter die Regelungen nach Nr. 3, sofern die Seitenlokalisa-

tion nicht am OPS-Code benannt wird und gesondert bewertet ist. Die entsprechenden OPS-Codes sind in der tabellarischen Aufstellung unter der Rubrik „Seite“ mit einem Doppelpfeil gekennzeichnet.

TIPPS

- Dokumentation der Größen, wobei ein guter Chirurg eher mit ausreichendem Abstand und vor allem in die Tiefe exziiert. Die Größenangaben des Pathologen sind wegen der Schrumpfung der Präparate ungeeignet.
- Immer Histologie gewinnen, Fotos gehen auch, sind aber umständlich.
- Mehrere Excision auf mehrere Tage verteilen mit Abstand von drei Tagen. (Mo-Do, Di-Fr)
- Maligne Befunde in der Diagnosecodierung erfassen, dann Abrechnung nach 31102.
- Nachexcisionen nach 31102 sind nicht abrechnungsfähig. Ggf. erste Excision nach 31101 abrechnen und mit Zeitversatz Nachresektion mit 31102.
- Die Leistungstexte der GOP 02300 bis 02302 beachten. Was dort aufgelistet wird, muss auch so abgerechnet werden. Deshalb niemals eine Warze unter dieser

Diagnose erfassen, sondern immer als gutartige Hautveränderung (ICD d23ff).

Im weitesten Sinn gehört zur Dermatochirurgie auch die Spaltung von Abszessen. Grundsätzlich sind diese unter 02301 abzurechnen, was häufig dem damit verbundenen operativen Aufwand nicht gerecht wird. Da weder eine primäre Naht noch üblicherweise eine histologische Untersuchung erfolgen, sind die Bedingungen für die Excisionschirurgie nicht erfüllt. In begründeten Ausnahmen (bei entsprechender Größe und hohem Aufwand) kann man auf die OPS-Ziffern 5-896ff. ausweichen. Diese beschreiben die Entnahme nekrotischen Gewebes (Wunddebridement, großflächig, mit Entnahme von erkranktem Gewebe), abzurechnen je nach Lokalisation unter 31101 oder 31102. Achtung: Auch hier gilt die Größendefinition und die Verpflichtung zu Photo oder Histologie! Für ein einfaches Furunkel sicher nicht geeignet, wohl aber für ausgedehnte Nekrosenabtragungen und tiefe Abszesse.

Immer gilt: sorgfältig dokumentieren und im Rahmen bleiben! Es heißt zwar: Nur der tote Fisch schwimmt mit dem Strom, aber wer aus der Menge heraussticht, wird auch erwischt.



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.

DEZEMBER 2020

Dr. med. Erik Altenburg ist neuer Chefarzt der Unfallchirurgie, Orthopädie, Wiederherstellungschirurgie und Handchirurgie am Kreiskrankenhaus Prignitz gGmbH in Perleberg. Er wechselte von den KMG Kliniken AG Klinikum Pritzwalk, wo er Oberarzt der Klinik für Traumatologie, Orthopädie und Fußchirurgie war.

Dr. med. Florian Glass, bisher leitender Arzt der chirurgischen Fachklinik, hat zum 01.09.2020 die cheftätliche Leitung der Maria-Theresia-Klinik in München übernommen.

Dr. med. Heiko Graffstädt, Facharzt für Kinderchirurgie und spezialisiert auf die Behandlung von Neugeborenen, Kindertraumatologie und Laserchirurgie, trat bereits zum 01. Mai 2020 die Stelle als Chefarzt der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie am St. Joseph Krankenhaus in Berlin an. Er arbeitet bereits seit 2005 im SJK war seit 2013 leitender Oberarzt der Klinik.

Prof. Dr. Dr. med. habil. Bernd Michael Harnoss ist seit Juni 2020 Chefarzt der neuen Klinik für Gefäßchirurgie am KMG Klinikum Luckenwalde. Der Facharzt für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie war zuvor Chefarzt der Gefäßchirurgie der KMG Kliniken in Pritzwalk.

Dr. med. Fabian A. Helfritz ist seit September 2020 der neue Chefarzt der Klinik für Allgemeine- und Viszeralchirurgie am Bürgerhospital und Clementine Kinderhospital in Frankfurt am Main. Helfritz wechselte vom Universitätsklinikum Frankfurt, wo er zuvor als Oberarzt tätig war.

Prof. Dr. med. Robert Hierner wechselte bereits im Juli 2020 als Chefarzt vom Krankenhaus Bethanien in Moers nach Duisburg. Dort leitet er die Plastische, Ästhetische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Johanniter-Krankenhaus Rheinhausen.

Lampros Iskos Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Viszeralchirurgie, leitet seit dem 01.09.2020 die Chirurgie des Marien-Hospital Erftstadt-Frauenthal in Erftstadt.

Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Kersting, MBA, hat den Ruf auf eine W3-Professur für Allgemeine und Viszeralchirurgie der Universität Greifswald angenommen und ist seit 01. Oktober 2020 Direktor der Klinik und Poliklinik für Allgemeine, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie der UMG. Zuvor war er leitender Oberarzt und stellvertretender Klinikdirektor der Chirurgischen Klinik des Universitätsklinikums Erlangen.

Dr. med. Henning F. Lausberg wechselte zum 15.08.2020 vom Universitätsklinikum Tübingen, wo er Oberarzt der Klinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie war, an das Klinikum Bayreuth GmbH. In Bayreuth ist er nun Chefarzt der Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie.

Winfried Reichert, Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzbezeichnung spezielle Unfallchirurgie und vorheriger leitender Oberarzt, ist seit September 2020 Chefarzt der Unfallchirurgie am Kreiskrankenhaus Lörrach.



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

Frage & Antwort



Entschädigung für D-Ärzte wegen Corona



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

Heberer J. F+A: Entschädigung für D-Ärzte wegen Corona. 2020 Dezember; 10(12): Artikel 04_08.



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

FRAGE:

Ein niedergelassener Arzt fragt an, ob eine finanzielle Entschädigung für D-Ärzte durch die zuständigen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung vorgesehen ist, da es aufgrund der coronabedingten Schulschließungen etc. zu einem Patientenrückgang im D-Arztbereich kam.

ANTWORT:

Die Entschädigungssituation für D-Ärzte ist nach derzeitigem Kenntnisstand des Verfassers in diesen Fällen leider schlecht.

Denn zum einen besteht ein Anspruch auf Zuschüsse nach dem SGB VII nur, wenn eine D-Arztpraxis ihre Ressourcen zur Bekämpfung der Coronafolgen anderweitig (meinem Verständnis nach somit anders als zur üblichen Patientenbehandlung) einsetzt. § 1 S. 1 Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG) macht die Gewährung von Zuschüssen nach diesem Gesetz davon abhängig, dass der soziale Dienstleister mit der Antragstellung erklärt, alle ihm nach den Umständen zumutbaren und rechtlich zulässigen Möglichkeiten auszuschoöpfen, um Arbeitskräfte, Räumlichkeiten und Sachmittel in Bereichen zur Verfügung zu stellen, die für die Bewältigung von Auswirkungen der Coronavirus SARS-CoV-2 Krise

einsetzbar und geeignet sind, insbesondere in der Pflege und in sonstigen gesellschaftlichen und sozialen Bereichen. Das SodEG greift auch nur, wenn es hierdurch zu unmittelbaren oder mittelbaren Beeinträchtigungen für den Betrieb, die Ausübung, die Nutzung oder die Erreichbarkeit von Angeboten der sozialen Dienstleister kommt (§ 2 S. 3 SodEG). Es gilt derzeit noch bis 31.12.2020.

Zum anderen lehnt auch die DGUV für D-Ärzte Ausgleichszahlungen ab. Dies deshalb, da dies mangels einer rechtlichen Grundlage nicht gerechtfertigt werden könne. Zum anderen würde eine solche Zahlung zu einer unzumutbaren Situation für die Mitgliedsunternehmen führen, da hierdurch die Beiträge steigen würden, was sich wiederum belastend auf die pandemiebedingt geschwächte Finanzlage der Unternehmen auswirken würde. Als weiteren Punkt stellt die DGUV auf die eigene kritische Finanzlage ab, nachdem bereits die gesetzlich vorgeschriebene Rücklagenmindesthöhe unterschritten werden musste (siehe hierzu auch: Dr. med. Karsten Braun, DGUV lässt Durchgangsärzte während der Coronapandemie hängen, unter: www.bit.ly/DGUVCorona).

D-Ärzten bleiben somit lediglich die bekannten Hilfsmaßnahmen u. a. des Staates oder der KV.



PRAXIS TEST

Robotik in der Chirurgie – Zwischenfazit eines außeruniversitären Versorgers

VORWORT

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

schon immer wurde die Chirurgie von einem starken Innovationsdrang angetrieben. Viele Meilensteine der medizinischen Entwicklung lassen sich auf die unermüdliche Gier nach Verbesserung zurückführen, die schon viele Granden unserer Zunft beseelte und noch heute zentraler, leidenschaftlicher Bestandteil des Fachs ist. Doch nicht jede Weiterentwicklung ist auch gleichzeitig ein Fortschritt. Nur weil es geht, muss es nicht besser sein. Manche Trends wie die Laparoskopie schlagen nachhaltig durch, andere wie NOTES ver-dämmern nach kurzem Glanz als Mauerblümchen. Die robotische Chirurgie ist ein solcher

Prof. Dr. med. Ludger Staib

Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Klinikum Esslingen
Hirschlandstraße 97
73730 Esslingen
L.Staib@klinikum-esslingen.de

Trend, dessen Schicksal aber noch nicht entschieden ist. Unter dem Druck von Innovation, Konkurrenz und Marketing der Industrie fällt es bei dem Thema Robotik nicht leicht, sich zwischen „Speerspitze“ und „Ewiggestrigem“ zu entscheiden, auch wenn oder besser gerade, weil die bisherigen Forschungsergebnisse keine klare Richtung vorgeben. Der vorliegende Erlebnisbericht zur Einführung der robotischen Chirurgie in einem Versorgungskrankenhaus kann da leider auch nur ein Zwischenfazit bieten. Doch vielleicht erleichtert er doch dem einen oder anderen die Entscheidung, Neues zu wagen oder eben auch mal zu lassen. So oder so – zweifellos geht Robotik im Operationssaal uns alle an!

Spannende, erhellende Lektüre wünschen

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

Im politisch gewollten Wettbewerb um die Patientenaquise stellt sich nach den Universitäten auch für viele außeruniversitäre viszeralchirurgische Kliniken in Deutschland die Frage nach dem Einstieg in die Robotik. Während in den Universitäten die wissenschaftliche Evaluation neuer Operationsmethoden grundsätzlich eine wichtige Rolle spielt, steht in den Versorgungskrankenhäusern dabei klar der konkurrierende Innovationsdruck im Vordergrund. Des Weiteren erfordern die hohen Kosten in Anschaffung und Unterhalt eine Auslastungsoptimierung.

Vielfach existieren Robotersysteme bereits in den urologischen Kliniken, die in Deutschland nahezu flächendeckend bereits über ein DaVinci™-System verfügen. Schrittweise werden deshalb seit ca. 15 Jahren zunehmend auch gynäkologische und viszeralchirurgische Kliniken als Nutzer der kosten- und zeitintensiven Robotiksysteme gewonnen, um Aufwand und Ausgaben zumindest auf mehrere Kliniken zu verteilen. Als Folge präsentieren mittlerweile zahlreiche Chirurgen ihre robotischen Erfahrungen bei zunehmend anspruchsvollen Indikationen auf Kongressen und Workshops. Diese Entwicklung verstärkt den Eindruck, dass eine moderne Visceralchirurgie robotische Operationen geradezu anbieten muss, möchte sie ein innovatives Image im Wettbewerb aufbauen, pflegen und behalten. So vehement viele Patienten ihre Vorbehalte gegen die sogenannte „Apparatemedizin“ äußern, so sehr suchen sie trotzdem Kliniken mit ausgeprägtem Innovationsimage auf.

Sicher ist der reine Marketingfaktor allein keine langfristig überzeugende Triebfeder für die Einführung neuer Operationstechniken. Doch manchmal überrollt die technische Möglichkeit die wissenschaftliche Evidenz. Und so lässt die Marktentwicklung in der robotischen Chirurgie Trends erkennen, die stark an die Einführung der Laparoskopie erinnern. In der aktuellen Literatur existiert bis heute keinerlei Evidenz, dass robotische Operationen den konventionellen minimalinvasiven Operationstechniken überlegen sind. Diese Datenlage kennen wir aus den Anfängen der minimalinvasiven Chirurgie (MIC) und dennoch konnte die Laparoskopie sich sehr schnell flächendeckend etablieren. Der anfänglich nachhaltig geforderte, wissenschaftliche Nachweis eines messbaren und statistisch nachweisbaren Vorteils der MIC gegenüber konventionell durchgeführten Eingriffen wurde in fast allen Parametern erst zu einem Zeitpunkt nachgeliefert (oder auch gar nicht gefunden), zu dem die Operationstechnik bereits fester Bestandteil des chirurgischen Alltags geworden war.

Letztlich hatten die Patienten zu Fuß entschieden, welches Verfahren sie in Anspruch nehmen wollten. Die postulierten Vorteile der Minimalisierung des Zugangstraumas, die vermeintlich raschere Rekonvaleszenz bei gleicher Sicherheit und die kleinen Narben sowie eine ordentliche Portion naiver Technikgläubigkeit waren letztlich ausschlaggebend. Die höheren Kosten, welche die minimalinvasive Chirurgie im Vergleich zur offenen Technik erzeugt, hat dann der Marktdruck absorbiert. Sie werden

Staib L: BDC-Praxistest: Robotik in der Chirurgie – Zwischenfazit eines außeruniversitären Versorgers. *Passion Chirurgie*. 2020 November; 10(11): Artikel 05_01.



Weitere Artikel zum Thema Robotik finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Wissen|Fachgebiete.

mittlerweile nicht mehr hinterfragt, sondern als systemimmanent akzeptiert. Eine ähnliche Entwicklung könnte die Robotik in den nächsten Jahren zeigen.

Wir möchten deshalb in diesem Zwischenfazit unsere bisherigen Erfahrungen beim Einstieg in die Robotik teilen. In unserem kommunal geführten 600-Betten-Klinikum der Zentral- und Schwerpunktversorgung existiert keine Urologie. Daher war der Druck, ein Robotiksystem zu erwerben, bislang geringer als an vielen anderen Orten. Dagegen gab es jedoch Bestrebungen der thoraxchirurgischen Klinik, einen Operationsroboter am Klinikum zu etablieren. Die Kliniken für Viszeralchirurgie und für Thoraxchirurgie stellten daher im ersten Schritt einen Projektplan zur Einführung eines Robotiksystems auf.

VORBEREITUNG

Folgende Themenkomplexe waren vor Beginn des Robotik-Projektes zu klären:

- **Datenlage:** Wie ist der aktuelle Kenntnisstand zur Robotik? Sind die Systeme sicher und alltagstauglich? Existiert publizierte Evidenz, dass Patienten und/oder Operateure im Vergleich zur minimal-invasiven Operation profitieren?
- **Spektrum:** Welche Operationen sollen mit dem Robotiksystem durchgeführt werden? Welche Kliniken sollen beteiligt sein?
- **Strategie:** Welche Ziele sollen mit der Robotik verfolgt werden? Soll eine strategische Entscheidung für die Robotik gefällt werden? Welche Rolle spielt der Marketingeffekt? Lässt sich mit der Robotik eine Steigerung der Attraktivität des Klinikums erreichen? Trägt die Robotik in einem kompetitiven Umfeld zur Patienten- und Erlössicherung bei?
- **Kosten:** Ist allen Beteiligten klar, dass Robotik (zunächst) kostenintensiv ist? Soll eine Kosten-Nutzen-Rechnung unter Betrachtung der Anschaffungskosten und Unterhalts- und Verbrauchskosten erfolgen?
- **Zukunft:** Welche Möglichkeiten der Weiterentwicklung des Systems existieren, z. B. Image-guided Surgery, vollautonome Systeme? Wie sicher wird das gewählte Robotikunternehmen im kompetitiven Umfeld fortbestehen und das System auch langfristig warten können?

Nachdem die Kernfragen ausführlich diskutiert und in einem Projektplan verankert worden waren, bildeten wir ein ärztlich-pflegerisches Team, das sich die Kompetenz zur Durchführung robotischer Operationen auf Kongressen und Workshops, bei Hospitationen und auf speziellen Trainingskursen erwarb.

Folgende Punkte mussten im Vorfeld geklärt sein, bevor das Robotiksystem am Klinikum eingeführt werden konnte:

- Erstinformation der Geschäftsführung, transparente Kostenschätzung
- Festlegung eines favorisierten Systems, Bewertung der Alternativen
- Referenzbesuch beim Hersteller und in einer Referenz-Klinik
- Erstellung eines Projektplans incl. Zeitplan
- Zusammenstellung eines Robotik-Teams, Benennung von Ansprechpartnern, regelmäßige Informationen:
 - Beteiligte operative Kliniken
 - Geschäftsführung, Einkauf, Medizin-Controlling
 - OP-Manager, Anästhesie, Anästhesie-Pflege
 - OP-Pflege
 - Medizin-Technik
 - Hygiene-Team
 - Sterilisation
 - Medizin-Controlling
 - Extern: technischer und strategischer Ansprechpartner der Firma
 - Zentrum-Koordination/Register/Begleitstudien
- Finanzierung klären, evtl. Sponsoren suchen
- Operationsspektrum festlegen (mit leichten Eingriffen starten, Schwierigkeitsgrad steigern)
- Mögliche Operationszahlen kalkulieren
- Kosten kalkulieren (Anschaffungskosten, Folgekosten, Servicegebühr, Fallkosten, Lizenzkosten, Ausbildungskosten für OP-Team, Proctor-Kosten für OP-Begleitung)
- Finanzierungsmodell klären (Rabatte, Mietkauf, Leasing)
- Installierbarkeit im OP prüfen (Größe mind. 35m², Preinstall-Check)
- Sonstiges: Versicherung klären, Robotik-Aufklärung formulieren
- Simulationsprogramme für Operationen nutzen

- Checkliste mit Bewertungskriterien für die Anschaffung festlegen
- Welche Begleitprojekte sollen laufen? Aufklärungen? Ethik-Voten einholen

UMSETZUNG

Die Entscheidung fiel für das System Senhance™ (TransEnterix Inc., Morrisville, North Carolina, U.S.A.) mit zunächst drei von vier möglichen Roboterarmen. Das System ermöglicht über eine „offene Plattform“ die Nutzung des eigenen Videosystems, der Ports und der gewohnten, neuerdings auch abwinkelbaren Instrumente (3 mm und 5 mm), die über Adapter magnetisch an die Arme angedockt werden [1]. Der Operateur steuert die Kamera mit seinen Augen- und Kopfbewegungen über einen Eye-Tracker. Über ein *Forced Feedback* erhält er vom System die Rückmeldung über seine Zug- und Druckkräfte auf das operierte Gewebe (siehe Abb. 1). Das System Senhance™ erhielt als zweites medizinisches Operationssystem das CE-Zertifikat und wird seit 2017 weltweit angewendet. Verschiedene Fallberichte zeigten die sichere Anwendbarkeit in der Viszeralchirurgie (Hernien, Cholezystektomie, Fundoplicatio, Dickdarmchirurgie, bariatrische Chirurgie), Gynäkologie und Urologie [2–5]. Die klinischen und medizintechnischen Daten werden nach Patienteneinwilligung prospektiv in einer internationalen Begleitstudie (TRUST) erfasst.

Nachdem die räumliche, personelle und finanzielle Umsetzbarkeit geklärt war, konnte das ausgewählte Robotersystem Anfang Januar 2020 im Klinikum installiert werden. Das Team wurde sowohl im Trainingslabor des Herstellers als auch vor Ort intensiv geschult. Anfang Februar 2020 konnten die ersten Operationen unter Assistenz eines mit dem System erfahrenen Proctors (Aufsicht) erfolgen, wir starteten mit Leistenhernien, Cholezystektomien, Fundoplicationes und einem Lungeneingriff. Bis August 2020 konnten 47 robotische Eingriffe durchgeführt werden. Die Eingriffszeiten lagen, bedingt durch die Einstellung der Operationsarme und der Lernkurve des Operateurs, anfangs deutlich über den Zeiten der herkömmlichen minimalinvasiven Operationen, waren mit zunehmender Erfahrung jedoch rückläufig. Ernsthafte Komplikationen traten durch die



Abb. 1: Konsole des robotischen Senhance-Systems. Zu erkennen sind die entspannte Sitzhaltung des Operators, der Eye-Tracker (schwarzer Balken unterhalb des Monitors), das Bedienungsddisplay am unteren Bildschirmrand, und die Handles mit Forced Feedback, die analog zu MIC-Handstücken bedient werden. Operation: TAPP.



Abb. 2: Ausrichtung der Roboterarme des robotischen Senhance-Systems. Zu erkennen sind die drei separat stehenden Roboterarme, die Magnet-Andockung der Instrumente und die Position des assistierenden Personals. Operation: TAPP.

Nutzung des robotischen Systems nicht auf; einmal kam es zu einem technischen Ausfall eines Roboterarmes, der Eingriff wurde konventionell minimalinvasiv beendet. Ein anderes Mal wurde eine unter Antikoagulation stehende bariatrische Patientin acht Stunden nach robotisch assistierter Schlauchmagenanlage revidiert, um eine kleinere Blutung im OP-Situs zu stillen. Der nachfolgende Verlauf blieb unkompliziert.

Der operative Projektplan beinhaltet drei Schwierigkeitsstufen:

- Stufe 1: Leistenhernie, Cholezystektomie
- Stufe 2: Fundoplicatio, Sigmaresektion, Magenresektion
- Stufe 3: Rektumchirurgie, einfache Leber- und Pankreasresektion

Aktuell wurde im Klinikum Esslingen die Stufe 2 erreicht. Die Eingriffe der Stufe 1 sind nach

unserer Einschätzung als robotische Lehrreingriffe zu betrachten, da bei der bisherigen Erlössituation auch in Zukunft keine Kostendeckung zu erzielen sein wird (s. u.). Bei jeder Stufe ist der chirurgische Proctor im OP anwesend und assistiert dem Team. Außerdem ist bei allen neuen Operationen ein medizintechnischer Spezialist des Robotikunternehmens vor Ort anwesend, um bei der hohen technischen Komplexität den reibungslosen Betrieb sicherzustellen und Hilfestellung bei der Einstellung der Roboterarme zu leisten. Schrittweise wurden mittlerweile zehn Pflegekräfte und sechs Chirurgen in der Handhabung des Systems geschult. Wesentliche neue Lernschritte, auch für die chirurgische Assistenz, waren das sterile Einpacken und Einstellen der drei Roboterarme (vergleichbar mit der Handhabung eines Röntgen-C-Bogens) sowie das Andocken und Ausrichten der Kamera und der Operationsinstrumente (siehe **Abb. 2**).

KOSTEN

Es wurde eine 14 Monate dauernde Erprobungsphase mit ca. 120 Eingriffen im Sinne einer Unternehmenspartnerschaft vereinbart, in der die drei genannten Schwierigkeitsstufen durchlaufen werden sollen. Parallel werden die Verbrauchskosten, die Erlöse und die Systemhandhabung in der Praxis analysiert, um am Ende der Erprobungsphase über eine definitive Anschaffung entscheiden zu können. Die zu betrachtenden Kosten bestehen aus den Anschaffungskosten (ca. 1,8 Mio. € für ein dreiarmliges System; Abschreibung über sieben Jahre), den Personalkosten (ein Chirurg an der Konsole, ein Chirurg und eine Pflegekraft am OP-Tisch) und den Verbrauchs- und Service-/Wartungskosten. Letztere werden auch durch die Verwendung der Ultraschallmesser und der abwinkelbaren Instrumente beeinflusst.

Es empfiehlt sich, bereits bei Vertragsabschluss eine detaillierte Kostentransparenz (Rabatte, Lizenzkosten, Serviceumfang, Ersatzbeschaffung, Systemerweiterung, Schulungskosten) herzustellen. Für das Senhance™-System liegen allerdings noch keine systematischen, praxisrelevanten viszeralchirurgischen Kostenanalysen vor. Jedoch sind durch das Konzept der „offenen Plattform“ mit Verwendung der klinik-eigenen Videosysteme und Ports um ca. 30 bis

40 Prozent geringere Kosten als bei einem da Vinci™-System zu erwarten. In der randomisierten, multizentrischen ROLARR-Studie zur robotisch-assistierten Rektumresektion wurden 2017 Anschaffungskosten von 510.000 bis 2,125 Mio. € (Umrechnungsfaktor 1 US\$ = 0,85 €) und jährliche Unterhaltskosten von 68.000 bis 144.400 Euro zuzüglich des Verbrauchsmaterial angegeben. Bei einer System-Laufzeit von sieben Jahren wurden daraus robotische Fixkosten von 1.370 Euro (plus Verbrauchsmaterial!) errechnet [6]. Damit wäre im aktuellen DRG-System eine Kostendeckung auch für die Rektumresektion kaum realisierbar. Ziel sollte in der Viszeralchirurgie sein, dass in Zukunft robotisch unterstützte Verfahren bei komplexeren viszeralchirurgischen Eingriffen („ab Rektumresektion aufwärts“) zumindest kostendeckend angeboten werden können. Weitere Kliniken wie die gynäkologische und die kinderchirurgische Klinik könnten nach entsprechendem Training sukzessive in die robotische Chirurgie integriert werden. Eine Erweiterung des Systems um einen weiteren robotischen Arm sowie um eine navigierte Bildgebung (*Image-Guided Surgery*) wären denkbar.

ZWISCHENFAZIT

- Der Einstieg in das robotische Operieren kann in einer viszeralchirurgischen Klinik nach gründlicher Vorbereitung innerhalb von einem Jahr realisiert werden.

- Das gewählte Senhance™-System ist sicher zu handhaben und unter Anleitung bei fundierten minimalinvasiven Vorkenntnissen als „digitale Laparoskopie“ gut erlernbar. Die Operationszeiten verlängern sich.
- In einem Projektplan sollten mehrstufige Schwierigkeitsgrade der robotisch geplanten Operationen definiert werden, die sich das Team dann unter Assistenz eines Proctors schrittweise erarbeitet.
- Möglichst mehrere Disziplinen (z. B. Urologie, Gynäkologie, Thoraxchirurgie, Kinderchirurgie) sollten in das Projekt strukturiert eingebunden werden, um die Kosten zu verteilen und das System sinnvoll auszulasten.
- Die Finanzierung der Anschaffungs- und der Folgekosten muss im Vorfeld geklärt werden, ggf. sind potentielle Sponsoren einzubinden.
- Projektbegleitend sollte eine fortlaufende Aufwands- und Kostenanalyse sowie eine qualitätssichernde Dokumentation durchgeführt werden, auf deren Basis nach einem definierten Zeitraum schließlich eine Kaufentscheidung getroffen werden kann.

LITERATUR

- [1] Montlouis-Calixte J, Ripamonti B, Barabino G, et al., Senhance 3-mm robot-assisted surgery: experience on first 14 patients in France, *J Robot Surg* 2019 Oct;13(5):643-647. Epub 2019 Apr 5.

- [2] Schmitz R, Willeke F, Barr J, et al., Robotic Inguinal Hernia Repair (TAPP) First Experience with the New Senhance Robotic System, *Surg Technol Int* 2019, May 15;34:243-249
- [3] Schmitz R, Willeke F, Darwich I, et al., Robotic-Assisted Nissen Fundoplication with the Senhance Surgical Robotic System: results and technical aspects; *J Robotic Surg* 2019 Nov 10;35:113-119.
- [4] Darwich I, Stephan D, Klöckner-Lang M, et al., A roadmap for robotic-assisted sigmoid resection in diverticular disease using a Senhance® Surgical System: Technical Aspects and Early Results; *J Robotic Surg* 2019, <https://doi.org/10.1007/s11701-019-00980-9>
- [5] Melling N, Barr J, Schmitz R, et al., Robotic cholecystectomy: first experience with the new Senhance robotic system, *J Robot Surg* 2019 Jun;13(3):495-500
- [6] Jayne D, et al., Effect of Robotic-Assisted vs Conventional Laparoscopic Surgery on Risk of Conversion to Open Laparotomy Among Patients Undergoing Resection for Rectal Cancer: The ROLARR Randomized Clinical Trial, *JAMA* 2017 Oct 24;318(16):1569-1580

Kommentar des Generalsekretärs



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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)

Luisenstr. 58/59

10117 Berlin

h-jmeyer@dgch.de

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

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

die Sommermonate haben die meisten von uns hoffentlich relativ unbeschwert erleben dürfen, auch bei weiterhin bestehender Pandemie mit entsprechenden, in den Bundesländern unterschiedlichen Restriktionen, so auch bei den innerdeutschen Reisebeschränkungen. Die Rate der Neuinfektionen mit Covid-19 war moderat, wobei die Regeln zum alltäglichen Vorgehen mit Tragen eines Mund-Nasenschutzes, Händehygiene und Abstand halten (AHA-Regeln) weitgehend befolgt worden sind. Diese Maßnahmen sind vom Minister Spahn, mittlerweile selbst von einer Covid-19-Infektion genesen, als „Charaktertest“ unserer Gesellschaft bezeichnet worden, wobei jeder in diesen besonderen Zeiten Verantwortung für sich selbst und für seine Mitmenschen tragen sollte.

Trotz aller dieser Appelle hat sich die Pandemielage seit einigen Wochen entscheidend gewandelt und die für das Jahresende 2020 vorhergesagte sogenannte zweite Welle mit dynamischem Anstieg an Neuinfektionen ist bereits jetzt eingetreten. Die von der Bundeskanzlerin prophezeiten 20.000 neuen Infektionen an einem Tag sind bereits erstmals am 6. November 2020 mit 21.506 beim Robert-Koch-Institut (RKI) registrierten positiven Testergebnissen übertroffen worden. Waren anfänglich die steigenden Infektionsraten mit der Zahl der Urlaubsrückkehrer und vermehrten privaten Feierlichkeiten erklärt

worden, stiegen die Infektionen jedoch rasant weiter an, sodass sich die Bundeskanzlerin zusammen mit den Bundesländern entschlossen haben, zum 02. November 2020 einen erneuten, allerdings partiellen und zeitlich limitierten Lockdown einzuführen, womit zum zweiten Mal in unserem Land kollektiv alle Veranstaltungen, kulturell und wissenschaftlich, deutlich reduziert werden müssen. Nach verschiedenen Umfragen wurde die Entscheidung zum modifizierten Lockdown weitgehend akzeptiert, denn 78 Prozent aller Befragten sind der Meinung, dass die Pandemie zurzeit das wichtigste Problem in Deutschland ist und fast der gleiche Anteil sagt aus, dass ohne strengere Regeln die Pandemie nicht zu beherrschen sei. Nach dem „Deutschlandtrend“ vom 05. November 2020 befürworten 86 bzw. 78 Prozent die weitere Öffnung der Schulen und Kindertagesstätten bzw. Kontaktbegrenzungen, während dieses nur 47 bzw. 39 Prozent bezüglich des Verbots von Amateur- oder Freizeitsport bzw. der Schließung von Restaurants positiv einstufen. Die psychischen Auswirkungen durch die Pandemie scheinen für die Mehrheit der Bürger noch tolerabel, auch wenn sich nach einer Forsa-Umfrage durch das Bundesarbeitsministerium 70 Prozent der Erwachsenen durch die Sorge um die Gesundheit von Angehörigen emotional belastet fühlen. 55 Prozent leiden unter der Ungewissheit des weiteren Verlaufs der Pandemie. 15 bzw. 10 Prozent sehen finanzielle Schwierigkeiten bzw. die fehlende Trennung von Heimarbeit und Privatleben als gravierend an.

COVID-19-PANDEMIE: ZUKÜNFTIGE STRATEGIEN

Gerade der ungewisse Verlauf der Pandemie, vor allem nach dem Ende des zweiten Lockdown im Dezember, führt auch in der Politik zur Suche nach einer langfristigen Strategie, ohne dabei die derzeitige Situation weder zu verharmlosen noch um Panik auszulösen. Das Hauptproblem liegt aber nun gerade darin, dass weiterhin keine wirklich sicheren Konzepte diesbezüglich vorliegen. Dieses scheint auch für das „Lagebild des gemeinsamen Krisenstabs BMI-BMG Covid-19“ zuzutreffen, dass sich in einer vielseitigen Fleißarbeit vor allem auf Daten des RKI und der Deutschen interdisziplinären Vereinigung der Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) bezieht. Auch andere Strategiepapiere, wie solche von der Bundesärztekammer (BÄK), Netzwerk evidenzbasierte Medizin, Kompetenznetz Public Health Covid-19 oder Thesenpapiere von Schrappe et al. bzw. gemeinsame Erklärungen von sechs Wissenschaftsorganisationen, u. a. die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, weisen lediglich Konsensus hinsichtlich der AHA-Regeln, erweitert durch die Nutzung der Warn-App und Lüftungsvorgaben ebenso wie deutliche Kontakteinschränkungen auf.

Ein Positionspapier der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat zu lebhaften Diskussionen – vor allem bezüglich der Definition von Risikogruppen – und eindeutiger Ablehnung durch die Deutsche Gesellschaft für Virologie geführt. Nachdrücklich wird dabei die Notwendigkeit eines Teillockdown hervorgehoben. Tatsache bei allen diesen Stellungnahmen ist, dass es in der jetzigen Situation keine allein gültige Lösung zur wirklichen Beherrschung der Pandemie gibt. Vielleicht kann bei dieser Problematik die Einrichtung eines ärztlichen Pandemierates durch die BÄK mit Vertretern aller Fachgesellschaften ein wenig weiterhelfen. Dabei ist es sicherlich auch sinnvoll, die Forderung der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände nach einem einheitlichen Gesamtkonzept, in dem sich alle Fachgebiete und auch der öffentliche Gesundheitsdienst wiederfinden können, zu unterstützen.

Ein möglicher echter Lichtblick zeichnet sich nun mit den ersten Zwischenergebnissen

einer Phase-3-Studie mit dem RNA-Impfstoff BNT162b2 des deutschen Herstellers Biontech mit dem US-Partner Pfizer ab. Am 08. November 2020 waren 43.583 Probanden in weltweit 154 Zentren in die Studie aufgenommen worden, von denen 38.955 die zweite Dosis des Impfstoffes erhalten hatten. Die randomisierte Studie ist mit Gabe des Impfstoffes oder Placebos doppelblind durchgeführt worden. Die Zwischenauswertung erfolgte bei Auftreten von 94 bestätigten Erkrankungen, wobei die meisten Fälle im Placeboarm aufgetreten waren. Ernsthafte Sicherheitsbedenken konnten nicht verzeichnet werden. Die Wirksamkeit wird derzeit mit über 90 Prozent angegeben. Ein weiterer Vorteil des Impfstoffes liegt darin, dass nach Einschätzung der Industrie innerhalb kurzer Zeit große Mengen von Impfstoffdosen hergestellt werden können. Generell werden die Ergebnisse dieser Studie als sehr vielversprechend angesehen, obwohl noch weitere Details abgewartet werden müssen, so die Veröffentlichung von Primärdaten oder Ergebnisse in den verschiedenen Altersgruppen. Der Antrag auf Notfallzulassung ist zwar noch nicht gestellt worden, trotzdem haben bereits jetzt die ständige Impfkommission, der Deutsche Ethikrat und die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina erstmals im deutschen Gesundheitswesen gemeinsame Empfehlungen zu Prioritätsvorgaben eines noch nicht zugelassenen Impfstoffes vorgelegt. Demnach sollen nach dem ersten Konzept folgende Personengruppen vorrangig geimpft werden: Menschen im hohen Lebensalter und mit bestimmtem Vorerkrankungen, im Gesundheitswesen tätige Mitarbeiter in stationären und ambulanten Einrichtungen sowie Personen mit besonderen Funktionen im Gemeinwesen, vor allem, wenn sie Kontakt zu Risikogruppen aufweisen, so bei der Polizei, Lehrern oder Mitarbeitern im öffentlichen Gesundheitsdienst. In Absprache mit den Bundesländern ist dafür die Einrichtung von 60 Impfstationen geplant. Auch wenn große Hoffnung in den neuen Impfstoff gesetzt wird, ist nicht vor Jahresende mit der Verfügbarkeit desselben zu rechnen und bei einer Impfbereitschaft in Deutschland von etwa 50 bis 60 Prozent benötigt es erhebliche Zeit bis eine gewisse Immunität der Bevölkerung erreicht ist. Bei aller Zuversicht auf einen

in Kürze zur Verfügung stehenden effektiven Impfstoff muss man realistisch bleiben und weiterhin die erweiterten AHA-Regeln mit reduzierten persönlichen Kontakten konsequent einhalten.

GESUNDHEITSPOLITIK

Während sich die herrschende Pandemie also immer mehr zu einer Marathonbelastung entwickelt, geht die Legislaturperiode der großen Koalition nach etwa drei Jahren so langsam in die letzte Runde. Trotz dieser Tatsache wird der Gesundheitsminister Spahn nicht müde, neue Anordnungen oder Gesetzentwürfe zu erlassen, teilweise mit vielversprechenden Titeln und dann noch als sogenannte Sammel- oder Omnibusgesetze. Bei dem Kabinettsentwurf eines dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite sind nun allerdings die unbefristeten Sonderbefugnisse des Gesundheitsministers und seines Ministeriums (BMG) gestrichen worden. Das Gesetz selbst, u. a. mit Entschädigungsregelungen für Eltern, digitale Einreisemeldung, Nutzung tiermedizinischer Labore etc., wird voraussichtlich im Dezember 2020 in Kraft treten.

GESUNDHEITSVERSORGUNGS- UND PFLEGEVERBESSERTUNGSGESETZ (GPVG)

In diesem relativ überschaubaren Sammelgesetz mit einem Umfang von nur 47 Seiten finden sich unterschiedliche Themen. In der vollstationären Altenhilfe sollen zusätzlich 20.000 Stellen für Pflegehilfskräfte eingerichtet werden, die vollständig durch die Pflegeversicherung zu finanzieren sind. Ein Hebammenstellen-Förderprogramm mit 65 Millionen Euro pro Jahr soll von 2021 bis 2023 aufgelegt werden, wodurch etwa 600 zusätzliche Hebammenstellen geschaffen werden können. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) soll im nächsten Jahr einen Bundeszuschuss aus Steuermitteln in Höhe von fünf Milliarden Euro erhalten, wobei aus den Finanzreserven der Krankenkassen einmalig acht Milliarden Euro in den Gesundheitsfonds überführt werden. Krankenkassen können zudem erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge erhalten. Schließlich

können Kinderkrankenhäuser, die die Voraussetzungen für einen Sicherstellungszuschlag erfüllen, ab 2021 in die pauschale Förderung ländlicher Krankenhäuser in Höhe von jeweils 400.000 Euro jährlich einbezogen werden. Die Krankenkassen haben erneut diese Pläne heftig kritisiert, weil sie das Gesetzespaket für nicht nachhaltig ansehen und einen massiven Eingriff in die Finanzreserven der Kassen bemängeln. Der vorgesehene Bundeszuschuss sei bei weitem nicht ausreichend und damit könnte der GKV eine finanzielle Misere drohen. Aus Sicht der Ärzteschaft werden in diesem Gesetz wirklich wichtige Themen, wie Bürokratieabbau, Reform der Vergütungsstrukturen oder der Notfallversorgung, vermisst; letztere beiden Punkte sollen in dieser Legislaturperiode wohl gar nicht mehr angegangen werden.

GESUNDHEITSVERSORGUNGSWEITERENTWICKLUNGSGESETZ (GVWG)

Dieser Referentenentwurf des BMG kann in der Tat als echtes Omnibusgesetz bezeichnet werden, in dem zahlreiche geplante Vorhaben, die wegen der Corona-Pandemie liegen geblieben sind, nun doch noch auf den Weg gebracht werden sollen. Dieses Opus weist bei einem Umfang von 138 Seiten und 62 Unterpunkten auch Veränderungen an insgesamt 15 Gesetzen und Verordnungen auf. Generelles Ziel ist es, eine bisher qualitativ hochwertige medizinische Versorgung durch weitere Reformen zu verbessern, wobei vor allem Qualität und Transparenz gesteigert, Netzwerke verstärkt und strukturelle Verwerfungen beseitigt werden sollen. In diesem Sammelsurium an geplanten Vorhaben seien exemplarisch nur einige erwähnt. Die meisten Diskussionen und Stellungnahmen hat sicherlich der Punkt 30, also die besondere Rolle der KBV bei der Notfallversorgung, hervorgerufen. Demnach soll die KBV beauftragt werden, bundesweit einheitliche Vorgaben und Qualitätsanforderungen bei der Ersteinschätzung in den Notfallambulanzen zur Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit und als Abrechnungsvoraussetzung zu erstellen und dies lediglich im Benehmen mit dem Spitzenverband der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Ein solches Konzept erinnert sehr

stark an den Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung, dass seit Januar dieses Jahres nicht weiterverfolgt worden ist. Von der DKG wird dieses Vorhaben erneut als Affront gegenüber den Krankenhäusern angesehen, wobei den kassenärztlichen Vereinigungen die entsprechende medizinische Kompetenz abgesprochen wird. Auch der Marburger Bund zeigt sich „verwundert“ über einen solchen Plan, während der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) darin einen massiven Eingriff in die Organisationshoheit der Krankenhäuser sieht. Ein anderer Punkt in diesem Entwurf sieht die Festlegung weiterer Mindestmengenvorgaben in der Krankenhausversorgung vor, deren Durchsetzung konsequent verfolgt werden soll, wobei durch den gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auch Anforderungen zur Struktur- und Prozessqualität definiert werden sollen. Der G-BA soll außerdem zwei neue Zweitmeinungsverfahren pro Jahr vorlegen. Nach Vorstellung des BMG sollen die Pflegepersonalquotienten auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht werden. Zur Qualitätssicherung sollen zukünftig klinische Sektionen verlässlich und planbar über einen Zuschlag in angemessener Höhe refinanziert werden. Außerdem ist ein Disease-Management-Programm Adipositas geplant, in dem vor allem die Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer bei entsprechender Dokumentation effektiver gestaltet werden soll. Auf weitere Einzelheiten in diesem Mammutgesetzesentwurf, wie Reform des Notlagentarifs von privatversicherten Personen oder die Verpflichtung zu einer Berufshaftpflicht für die Vertragsärzte sei nicht weiter eingegangen.

ARBEITEN IM HOMEOFFICE

Im Rahmen der herrschenden Pandemie wurden vom Bundesarbeitsministerium Pläne für ein Recht auf ein Homeoffice vorgestellt. Nach einer repräsentativen Umfrage von Bitkom e. V. unter 1.005 Personen ab 16 Jahren in Deutschland lehnen 56 Prozent der Befragten einen generellen gesetzlichen Rechtsanspruch auf ein Homeoffice ab. Bei der Frage zu einer bestimmten Anzahl von Tagen im Jahr mit Wahl des Arbeitsortes wurde dies in

der Altersgruppe bis 30 Jahren mit 51 Prozent begrüßt, die Älteren lehnten in 58 Prozent ein solches Vorgehen ab. Knapp die Hälfte der Befragten empfinden das Recht auf ein Homeoffice gegenüber Kollegen, die diese Möglichkeit nicht wahrnehmen können, als ungerecht. 40 Prozent befürchten weniger Austausch unter den Mitarbeitern. Fast jeder Dritte ist der Meinung, dass im Homeoffice weniger gearbeitet wird, unter den Gegnern sind es sogar 45 Prozent. Schließlich zeigen sich 17 Prozent um die Datensicherheit besorgt. Aufgrund dieser Umfrageergebnisse empfiehlt Bitkom, dass eher Anreize für zeit- und ortsflexibles Arbeiten durch den Staat statt übermäßiger Regulierung aufgezeigt werden sollten, so steuerliche Gleichsetzung mit Berufspendlern oder steuerliche Erleichterungen durch Anerkennung von Werbungskosten. Obwohl Arbeiten in häuslicher Umgebung in der jetzigen Sondersituation sicherlich sinnvoll erscheint und durchaus positive Erfahrungen vorliegen, sieht die Mehrheit der Befragten einen gesetzlichen Anspruch auf ein Homeoffice jedoch eher kritisch. In einer Zeit, in der zwangsläufig der Arbeitsalltag durch zahlreiche Videokonferenzen, Hybrid-Kongresse und auch Heimarbeit bestimmt wird, sollte man sich vielleicht auch einmal an den Ausspruch des nicht ganz unumstrittenen russischen Schriftstellers Maxim Gorki erinnern: „Liebt das Buch. Es wird euch freundschaftlich helfen, sich im stürmischen Wirrwarr der Gedanken, Gefühle und Ereignisse zurechtzufinden.“

Abschließend zwei Anmerkungen aus dem Geschäftsbereich der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Erstmals in der Geschichte unserer Gesellschaft ist die Vorstands- und Präsidiumssitzung sowie Mitgliederversammlung unter dem Präsidenten Professor M. Ehrenfeld und dank der Aktivitäten des ersten Vizepräsidenten, Professor T. Schmitz-Rixen, per Videokonferenz am 16./17. Oktober 2020 erfolgreich durchgeführt worden. Der DCK 2021 wird derzeit als Hybrid-Kongress mit einer wohl eintägigen Präsenzveranstaltung geplant, natürlich abhängig von der weiteren Entwicklung der Pandemiesituation.

Erneut kann ich Ihnen allen nur wünschen: Bleiben sie weiterhin gesund!

Mitgliederversammlung DGCH 2020



Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld
Präsident
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)



Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)



Prof. Dr. med. Jens Werner
Schatzmeister
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

TOP 1: ERÖFFNUNG DURCH DEN PRÄSIDENTEN

Der **Präsident** eröffnet die Mitgliederversammlung per **ZOOM-Online-Meeting am 17.10.2020 um 11.30 Uhr** und weist auf Folgendes hin: Es wurde satzungsgemäß rechtzeitig unter Angabe der Tagesordnung durch mehrmalige Veröffentlichungen in der Mitgliederzeitschrift „Passion Chirurgie“, auf der DGCH-Homepage und per Mail eingeladen. Änderungsanträge sind nicht eingegangen. Lt. Satzung besteht bei jeder ordnungsgemäß einberufenen Mitgliederversammlung ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienenen Mitglieder Beschlussfähigkeit.

Auf die Abstimmung der Tagesordnung entfielen von 25 abgegebenen gültigen Stimmen 25 Ja-Stimmen (100,0 %), sodass der vorgelegten bzw. präsentierten Tagesordnung zugestimmt wurde.

TOP 2: WAHLEN

Der **Generalsekretär** erläutert die satzungsgemäßen unterschiedlichen Vorgaben zur Bestätigung bzw. Wahl von Mitgliedern des geschäftsführenden Vorstands bzw. des Präsidiums sowie den Wahlmodus für ordentliche Mitglieder. Zum Wahlleiter wurde Herr Prof. Dr. Hartwig Bauer vorgeschlagen:

Auf Herrn **Prof. Dr. Hartwig Bauer**, Wahlleiter, entfielen von 25 abgegebenen gültigen Stimmen 25 Ja-Stimmen (100,0 %), sodass die Wahl bestätigt wurde.

Der **1. Vizepräsident** teilt mit: An den Eingängen zum virtuellen Saal wurde die Legitimation der Teilnehmer der Mitgliederversammlung überprüft. Der **Generalsekretär** stellt die Kandidaten vor, wie sie bereits

veröffentlicht worden waren. Weitere Vorschläge sind nicht eingegangen:

1. **3. Vizepräsident 2020/21 und Präsident 2022/23:**

Herr Prof. Dr. Andreas Seekamp, Kiel

2. **Leitender Universitätschirurg:**

Herr Prof. Dr. Stefan Fichtner-Feigl, Freiburg

3. **Leitender Krankenhauschirurg:**

Herr Prof. Dr. Carsten J. Krones, Aachen

4. **Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung:**

Herr Dr. Dr. Markus Mille, Erfurt

Nach Bestätigung, dass nur Mitglieder der DGCH im virtuellen Saal sind, erfolgt die Wahl mittels anonymer Stimmabgabe.

Nach abgeschlossener Auszählung dankt der Präsident dem Wahlleiter und gibt das Wahlergebnis bekannt:

1. **Bestätigung durch die Mitgliederversammlung:**

Auf Herrn **Prof. Dr. Andreas Seekamp**, 3. Vizepräsident 2020/21 und Präsident 2022/23, entfielen von 25 abgegebenen gültigen Stimmen 24 Ja-Stimmen (96,0 %) bei 1 Enthaltung.

2. **Wahl durch die Mitgliederversammlung:**

- Auf Herrn **Prof. Dr. Stefan Fichtner-Feigl**, Leitender Universitätschirurg, entfielen von 25 abgegebenen gültigen Stimmen 23 Ja-Stimmen (92,0 %) und 2 Enthaltungen.
- Auf Herrn **Prof. Dr. Carsten J. Krones**, Leitender Krankenhauschirurg, entfielen von 25 abgegebenen gültigen Stimmen 25 Ja-Stimmen (100 %).
- Auf Herrn **Dr. Dr. Markus Mille**, Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausab-

teilung, entfielen von 24 abgegebenen gültigen Stimmen 23 Ja-Stimmen (96,0 %) bei 1 Enthaltung.

Der **Präsident** fragt die anwesenden Prof. Dr. Seekamp, Prof. Dr. Fichtner-Feigl und Dr. Dr. Markus Mille, ob sie die Wahl annehmen. Dies ist der Fall und sie bedanken sich für das Vertrauen. Der abwesende Kandidat (Prof. Dr. Carsten J. Krones) hat vorab dem **Generalsekretär** mitgeteilt, dass er die Wahl annehmen werde, falls diese für ihn positiv ausfallen sollte. Der **Präsident** stellt damit den erfolgreichen Abschluss des Wahlvorgangs fest und dankt allen anwesenden Mitgliedern für die Teilnahme an der Wahl und ihr Vertrauen.

TOP 3: BERICHT DES PRÄSIDENTEN

Mittels einer Präsentation geht der **Präsident** auf wichtige Punkte seit der Absage des DCK 2020 ein. Der zentrale Bestandteil seines Berichtes liegt auf der pandemiebedingten Absage des DCK 2020 und der Umsetzung des DCK2021 als geplanten Hybridkongress.

Des Weiteren informiert der **Präsident** die Mitglieder darüber, dass eine zukünftige Zusammenarbeit mit der MCN AG als Kongressorganisator nicht mehr realisierbar ist. Dabei geht er auf zwei Punkte näher ein:

Es wird über ein gemeinsames Treffen der DGCH mit der MCN AG Ende Juli in Nürnberg berichtet, bei dem eine vorläufige interne Kongressabrechnung präsentiert wurde. Laut der MCN AG sei durch ihre „erbrachten“ Leistungen eine Unterdeckung in Höhe von insgesamt ca. 344.000,00 € entstanden. In diesem Zusammenhang stellt der **Präsident** klar, dass diese vorläufige Abrechnung eine Mischung aus realen Kosten und entgangenen bzw. fiktiven Einnahmen (von MCN) darstelle. Folglich teilte die MCN AG der DGCH mit, dass sie sich zukünftig nicht in der Lage sieht, den bis 2021 geltenden Rahmenvertrag weiter aufrecht zu erhalten, da sie ein finanzielles Risiko nicht weiterhin tragen könne. Deshalb hat MCN dem Vorstand der DGCH zwei neue Vertragsentwürfe vorgelegt, in denen das wirtschaftliche Risiko ausschließlich und vollständig bei der DGCH liegen sollte. Da die Verträge in der

dargelegten Form nicht von der DGCH akzeptiert werden konnten, wurden die weiteren Verhandlungen unter juristischer Beratung (Kanzlei Dr. Heberer, München) durchgeführt, wobei am ehesten ein Auflösungsvertrag mit der MCN AG angestrebt wird. Ferner wird ein alternativer Kongressorganisator gesucht. Zudem gibt der **Präsident** eine Umfrage zur favorisierten Kongressform des DCK 2021 zur Kenntnis. Aufgrund der aktuellen Pandemielage und den COVID-19 Einschränkungen, die sich nach heutigem Stand bis Mitte des nächsten Jahres ziehen könnten, muss das Gesamtkongressszenario neu strukturiert werden. Mehrheitlich wird folgende Kongressgestaltung favorisiert:

„Durchführung eines reduzierten Präsenzkongresses an einem anderen Ort als München, wobei Berlin, insbesondere das Langenbeck-Virchow-Haus präferiert wird. Zusätzlich soll ein umfangreiches Onlineangebot unter Einbeziehung aller chirurgischen Fachgesellschaften angeboten werden.“

Es gibt keine Fragen oder Anmerkungen zu diesem Bericht.

TOP 4: BERICHT DES GENERALSEKRETÄRS

Der **Generalsekretär** stellt die Aktivitäten des geschäftsführenden Vorstands und einiger Arbeitsgemeinschaften sowie des Studienzentrums unter Pandemiebedingungen dar. Keine weitere Diskussion.

Der **Präsident** dankt im Anschluss dem Generalsekretär für seine Ausführungen und seine engagierte Arbeit.

TOP 5: BERICHT DES SCHATZMEISTERS

Der **Schatzmeister** bedankt sich bei allen, die ihn stets in seiner Tätigkeit unterstützen, und erläutert die Entwicklung der Mitgliederzahlen.

Er legt Rechenschaft über Einnahmen und Ausgaben für das Geschäftsjahr 2019 ab und stellt den Haushaltsplan für das Kalenderjahr 2020 vor, welcher durch die Mitglieder zur Kenntnis genommen wird.

Der **Präsident** unterrichtet die Anwesenden, dass die Kassenprüfer, Herr Prof. Dr. Germer und Herr Prof. Dr. Köckerling, ihren Bericht schriftlich eingereicht haben. In dem Jahresabschluss wurden keine Unstimmigkeiten gefunden, sodass eine einwandfreie Beleg- und Kassenführung festgestellt werden konnte.

Herr **Dr. Kalbe** stellt als Mitglied der DGCH den Antrag auf Entlastung des Vorstands für das Geschäftsjahr 2019. Der **Präsident** bittet um entsprechende Abstimmung. Das geschieht bei Enthaltung des geschäftsführenden Vorstands. Der Antrag wurde mit überwiegender Mehrheit von den anwesenden Mitgliedern angenommen. Damit ist der Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2019 genehmigt und der Vorstand für das Geschäftsjahr 2019 entlastet.

Der **Präsident** dankt dem Schatzmeister für seine geleistete Arbeit.

TOP 7: VERSCHIEDENES

Der **Präsident** bedankt sich bei Herrn Prof. Dr. Schmitz-Rixen für seinen außerordentlich hohen Arbeitseinsatz im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Abschließend spricht der **Präsident** dem Vorstand, den Damen der Geschäftsstelle, dem Generalsekretär sowie allen Mitgliedern seinen Dank für ihr Engagement in der Gesellschaft aus und schließt die Sitzung um 13.00 Uhr.



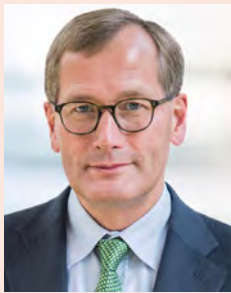
© iStock/PhonlamaiPhoto

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, zu Live-Übertragungen von Operationen und Interventionen in Deutschland

Live-Übertragungen von Operation und Interventionen haben auf Grund der technischen Möglichkeiten inzwischen eine lange Tradition und werden auf Fachkongressen zum Zwecke der Fort- und Weiterbildung genutzt. Durch moderne Informationstechnologien können Operationen inzwischen weltweit ohne jegliche zeitliche Verzögerungen übertragen werden. Live-Operationen werden auch an medizinischen Fakultäten

inklusive der akademischen Lehrkrankenhäuser zur Ausbildung eingesetzt, um Studierenden authentisch die Atmosphäre von Operationssälen zeigen zu können, häufig mit der Möglichkeit für die Studierenden, Fragen zu stellen und offene Punkte zu klären.

Der edukative Wert von Live-Übertragungen wird seit langem kontrovers diskutiert,



Prof. Dr. med. Jan Gummert
Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie
Herz- und Diabeteszentrum NRW
Uniklinik der Ruhrniv. Bochum
Thorax- u. Kardiovaskularchirurgie



PD Dr. med. Wolfgang Harringer
Leiter Fach-Referat Herzchirurgie
im BDC
2. Vize-Präsident der Deutschen
Gesellschaft für Thorax-, Herz- und
Gefäßchirurgie
Chefarzt der Klinik für Herz-, Thorax-
und Gefäßchirurgie
Klinikum Braunschweig

Gummert J, Harringer W, Meyer HJ, Ehrenfeld M:
Positionspapier der Deutschen Gesellschaft
für Chirurgie, zu Live-Übertragungen von
Operationen und Interventionen in Deutschland.
Passion Chirurgie. 2020 Dezember; 10(12):
Artikel 06_04.



Diesen Artikel finden Sie auf
BDC|Online unter der
Rubrik Wissen | Recht & Versicherung.

ebenso die damit einhergehende potentielle Patienten-Gefährdung.

Daher wurden bereits in den Jahren 2007 und 2008 Positionspapiere von wissenschaftlichen Fachgesellschaften in den USA und in Japan zu diesem Thema publiziert, um durch verbindliche Regeln den Patientenbedürfnissen umfänglich Rechnung zu tragen. Dabei wurden die Aspekte der Patientensicherheit, die Anforderungen an das Format sowie Regeln für das Management von unvorhergesehenen Ereignissen und ethische Aspekte berücksichtigt.

Seit geraumer Zeit haben einige Medien wiederholt Initiativen gestartet, auch im deutschsprachigen Raum Live-Übertragungen von Operation und Interventionen im frei zugänglichen Fernsehen anzubieten.

Aus diesem Anlass ergibt sich für die wissenschaftlichen Fachgesellschaften die Notwendigkeit, auch für Deutschland ein Konsensuspapier zu erstellen, um verbindliche Regeln im Umgang mit Live-Operationen zu etablieren.

Die beteiligten Fachgesellschaften möchten ihren Mitgliedern mit diesem Konsensuspapier eindeutige und verbindliche Regeln zur Verfügung stellen, auf die man sich berufen kann.

NUTZEN UND RISIKEN VON LIVE- ÜBERTRAGUNGEN VON OPERATIONEN

Grundsätzlich wird anerkannt, dass durch Live-Übertragungen invasiver Eingriffe die Besonderheiten einer Methode bzw. Verfahrens realitätsnah dargestellt werden können. Allerdings muss gleichzeitig bedacht werden, dass bei Live-Übertragung häufig die Bedingungen, unter denen der Eingriff durchgeführt wird, von der alltäglichen Routine abweichen und der betroffene Patient damit potenziell einem höheren Risiko ausgesetzt sein kann.

Nach Ansicht der Fachgesellschaften ist es nicht auszuschließen, dass die Tatsache der Live-Übertragung Einfluss auf die Qualität der Leistung aller an der OP beteiligten Personen hat. Sei es, weil man besonders motiviert

ist, eine gute Leistung zu zeigen und damit die Bereitschaft zum Risiko steigt, sei es, weil die ohnehin bestehende Anspannung vor Operationen mit einem hohen Schwierigkeitsgrad durch die Tatsache der Live-Übertragung noch zunimmt.

Live-Übertragungen sollten, damit sie ihren Nutzen zur Fort-, Weiter- und Ausbildung erfüllen können, so gut strukturiert sein, dass der Zuschauer die Entscheidungsprozesse während des Eingriffs nachvollziehen kann. Die notwendigen Instrumente, die einzelnen Schritte der Prozedur sowie die notwendigen begleitenden medizinischen Maßnahmen (z. B. Anästhesie, Kardiotechnik) auf hohem technischem Niveau müssen daher erläutert werden, ohne die Behandlung des Patienten zu verzögern oder gar zu unterbrechen und ihn/sie damit zu gefährden. Die Tatsache, dass man während der Operation sich nicht nur auf die reine medizinische Durchführung konzentrieren kann, sondern parallel dazu auch noch Wissen vermittelt, führt zu einer möglichen Doppelbelastung, die in sich automatisch die Möglichkeit der Gefährdung des Patienten trägt.

Folgende Punkte sind bei der Überlegung, bei einer Veranstaltung Live-Übertragungen von Operationen und Interventionen anzubieten, zwingend zu beachten:

- 1) Live-Übertragungen von Operationen und Interventionen sind ausschließlich im Rahmen von Veranstaltungen mit geeigneter Infrastruktur für medizinisches Fachpersonal und Studierende der Medizin vertretbar.
- 2) Live-Übertragungen dürfen nicht als Marketing-Maßnahme für einzelne Institutionen oder Fachabteilungen dienen. Das vorgenannte (abstrakte) Gefährdungspotential der Live-Übertragung darf nur dann in Kauf genommen werden, wenn daraus ein konkreter edukativer Nutzen für andere Mediziner/Operateure zu ziehen ist.
- 3) Gänzlich abzulehnen sind Live-Übertragungen daher für ein Laienpublikum, da keine Bedeutung für eine sinnvolle Aufklärung gegeben ist und daher Aspekte, die den Bereich des Voyeurismus berühren, in den Vordergrund des Interesses gerückt werden könnten.

FORDERUNGEN DER FACHGESELLSCHAFTEN AN LIVE-ÜBERTRAGUNGEN

Die Live-Übertragung dient der Aus-, Fort- und Weiterbildung, ist aber gleichzeitig auch ein wesentlicher Teil der Behandlung eines individuellen Patienten mit einer möglicherweise lebensbedrohlichen Erkrankung, bei der es zu gravierenden Komplikationen kommen kann. Aus Sicht der Fachgesellschaften ist es aus den vorgenannten Überlegungen heraus mehr als fraglich, ob der Patient bei einer Live-Übertragung ein vergleichbares Risiko wie bei einer unter alltäglichen Bedingungen durchgeführten Operation und Intervention hat.

Für den einzelnen Patienten besteht kein individueller Nutzen, allerdings kann die Live-Übertragung einer OP dazu beitragen, dass Patienten zukünftig von vielfältig fortgebildeten Operateuren/Interventionalisten profitieren.

Folgende Punkte werden obligat gefordert:

- 1) Nur Patienten mit einem niedrigen Risikoprofil dürfen für Live-Übertragungen ausgewählt werden.
- 2) Die Patientensicherheit hat oberste Priorität. Bedürfnisse von Zuschauern sind zu keiner Zeit zu berücksichtigen.
- 3) Die Privatsphäre des Patienten muss bei der Übertragung zu jeder Zeit geschützt und sichergestellt werden. Sensible Patientendaten dürfen nur den jeweiligen Operateuren/Operateurinnen und den direkt an der Behandlung beteiligten Personen (z. B. Anästhesisten) bekanntgemacht werden.
- 4) Regelungen der ärztlichen Schweigepflicht, des Datenschutzes sowie die Persönlichkeitsrechte der Patienten/Patientinnen sind stets zu berücksichtigen.
- 5) Jeder Patient muss schriftlich umfassend über die Rahmenbedingungen der Übertragung informiert und aufgeklärt werden. Hierbei muss ihm insbesondere klar dargelegt werden, dass für ihn selber kein unmittelbarer Nutzen be-

steht. Auch wenn dies (derzeit) noch keinen expliziten Niederschlag in der Rechtsprechung gefunden hat, sehen die Fachgesellschaften die Notwendigkeit, den Patienten insbesondere deutlich darüber aufzuklären, dass mit der Live-Übertragung ein Abweichen von der Routine verbunden ist und im Detail zu schildern, wie eine solche Operation abläuft. Dazu besteht jenseits rechtlicher Notwendigkeiten eine ethische Pflicht.

- 6) Der verantwortliche Operateur/Interventionalist muss den Patienten persönlich aufklären, da nur er – unter Berücksichtigung der Ausführungen unter Ziffer 4 – einschätzen kann, was die Live-Übertragung für ihn bedeutet. Der Patient kann in besonders gelagerten Fällen auch von einem Arzt aufgeklärt werden, der die Aufklärung mit dem Operateur abspricht und der abschätzen kann, welches zusätzliche Gefährdungspotenzial für den Patienten durch die Live-Operation möglicherweise besteht.
- 7) Im Vorfeld müssen verbindlich Prozeduren und besondere Maßnahmen für unvorhersehbare Ereignisse besprochen werden, um die Patientengefährdung zu minimieren. Dazu gehört zum Beispiel die obligate Vereinbarung, dass bei Eintreten ungeplanter Ereignisse die Live-Übertragung sofort zu stoppen ist.
- 8) Sollten Live-Operationen durch Gastoperateure/Gastoperateurinnen durchgeführt werden muss im Vorfeld eine Vorstellung und Untersuchung der Patientin/des Patienten bei diesen Personen ermöglicht werden und der Patient muss über die damit verbundenen Besonderheiten aufgeklärt werden und ihnen zustimmen. Bei Einsatz eines Gastoperators muss ein Facharzt aus der Institution bei der Operation zugegen sein, an welcher die Patientin/der Patient operiert wird, und der die Operation gegebenenfalls übernehmen kann.
- 9) Der deutsche Facharztstandard muss jederzeit eingehalten werden.
- 10) Die Operationen sollen (digital) aufgezeichnet werden.



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

Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
(DGCH)



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

Präsident
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
(DGCH)

Das Konsensuspapier wurde federführend durch J. Gummert, W. Harringer, H.-J. Meyer und M. Ehrenfeld unter Mitwirkung der in der DGCH assoziierten Fachgesellschaften erstellt

Dieser Artikel erscheint auch in der „Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie“ im Dezember 2020, Ausgabe 6.

LIVE-ÜBERTRAGUNG FÜR LAIENPUBLIKUM, INSBESONDERE IM FERNSEHEN

Aus Sicht der Fachgesellschaften sind Live-Übertragungen im öffentlich zugänglichen Fernsehen inklusive Pay-TV abzulehnen. Dies deshalb, weil hier ein edukativer Nutzen nicht ersichtlich ist und man unterstellen muss, dass Marketingaspekte im Vordergrund stehen, die es nicht rechtfertigen, Patienten zusätzlich zu gefährden.

Zudem ist auch die berufsrechtliche und wettbewerbsrechtliche Tragweite derartiger Berichterstattungen zu berücksichtigen. Live-Übertragungen im öffentlich zugänglichen

Fernsehen inklusive Pay-TV werden sich daher am Berufsrecht und Wettbewerbsrecht (insbesondere am Heilmittelwerbe-gesetz und dem Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb) messen lassen müssen, wofür dann auch der Operateur (mit-)verantwortlich ist. Dabei gilt es zu bedenken, dass die Einflussnahme auf die Berichterstattung jenseits der Operation (also Interviews etc.) nur bedingt durch den Arzt beeinflussbar sind.

Auch diese, rein dem Eigenschutz des Operateurs dienenden Überlegungen, sind bei der Beurteilung der Live-Übertragung für Laienpublikum anzustellen, wenngleich das Patientenwohl allein schon ausreichen sollte, derartigen Übertragungen eine Absage zu erteilen.

LITERATUR

- [1] Guidelines on Live Surgery by ASCVTS Aug. 2007, Japanese Society for Cardiovascular Surgery, Japanese Association for Thoracic Surgery, Japanese Society for Vascular Surgery
- [2] Broadcast of Surgical Procedures as a Teaching Instrument in Cardiothoracic Surgery, Robert M. Sade, MD, for the American Association for Thoracic Surgery Ethics Committee and The Society of Thoracic Surgeons Standards and Ethics Committee, The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery c Volume 136, Number 2

15 Jahre Aktionsbündnis Patientensicherheit aus Sicht der DGCH

**HEDWIG FRANÇOIS-KETTNER, DER
LANGJÄHRIGEN VORSITZENDEN DES
APS ZUM 70. GEBURTSTAG**

Aus Anlass des 15-jährigen Bestehens des APS und des Ausscheidens nach vielen Jahren Mitarbeit in dessen Beirat seien im Folgenden aus subjektiver chirurgischer Sicht bzw. der Begleitung des APS durch die DGCH über diese 15 Jahre einige Gedanken zusammengefasst zur heutigen Entwicklung einer Sicherheitskultur, d. h. weg von einer rückwärtsgewandten Schuldkultur hin zu einer vorwärts orientierten Fehler-Lern-Kultur. Die Entwicklung des APS mit seinen eindrücklichen Aktivitäten, getragen von überzeugten und begeisterten Protagonisten, macht deutlich, dass Versorgungsqualität und Patientensicherheit nicht per se im Versorgungssystem gewährleistet, sondern das Ergebnis permanenter Anstrengung sind.

**VOM TRADIERTEN FEHLERVERSTÄNDNIS
ZUR SYSTEMATISIERTEN
FEHLERPRÄVENTION**

Ärzte haben sich dem Leitbild des Patientenwohls schon seit der Antike verpflichtet gefühlt und ein hochstehendes Standesethos entwickelt. Patienten im Rahmen von Diagnostik und Therapie nicht zu schaden im Sinne des „primum nil nocere“ des Hippokrates zählte schon immer zu den Grundwerten ärztlicher Ethik. Fehler passieren; wie wir damit umgehen, bestimmt ganz wesentlich unsere Medizin.

Schon vor rund 150 Jahren kämpfte Theodor Billroth (1829-1884), der zu Recht als der Vater der akademischen Chirurgie gilt und 1872 einer der Gründerväter der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie war, für einen offenen Umgang mit Fehlern:

„Nur armselige, eitle Toren und Schwächlinge scheuen sich, begangene Fehler einzugestehen. Wer die Kraft in sich fühlt, es besser zu machen, wird von dem Bekenntnis eines Irrtums nicht zurückschrecken“ (Theodor Billroth, *Aphorismen zum Lehren und Lernen der medizinischen Wissenschaften* 1886). Er sah darin eine entscheidende Voraussetzung, um es künftig besser machen zu können. Ein schönes Beispiel für eine diesbezügliche Wertevermittlung an den Nachwuchs von zeitnaher Gültigkeit ist der Brief, den Erwin Payr (1836-1907), ebenfalls einer der großen Pioniere der Chirurgie, jedem in seiner Klinik eintretenden Arzt persönlich in die Hand gab: **„Lieber Herr Kollege! Die nachfolgenden Zeilen sollen Sie über die wichtigsten Grundsätze und Richtlinien Ihrer künftigen Tätigkeit in unserer Klinik unterrichten. [...] Jeder muss lernen, jeder macht Fehler. Einen begangenen Fehler verschleiern, halte ich für das Ergebnis eines Charakterfehlers. Gerade deshalb ist das Gelöbnis unbedingter Wahrheit die Vorbedingung meines Vertrauens. [...] [1].“**

Der Bostoner Chirurg Ernest Amory Codman (1869-1940) war einer der engagiertesten Vorämpfer für bessere Standards in der Chirurgie. Auf ihn gehen u. a. die sog. Morbidity- und



Prof. Dr. Hartwig Bauer
 ehem. Generalsekretär
 Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
 Fischervorstadt 61
 84524 Neuötting
 prof.bauer@t-online.de

Mortality- Konferenzen zurück, klinikinterne Diskussionsrunden, auf denen Ärzte über ihre Fehler diskutierten. Er erfasste, analysierte und verglich die Ergebnisse einer medizinischen Behandlung und versuchte, darauf aufbauend Schwachstellen zu identifizieren und zu beheben. Als Eiferer gefürchtet, stellte er Kollegen von anderen Krankenhäusern bloß, indem er sie öffentlich nach ihren Fehlerraten fragte. Antworteten diese, so wie es heute noch üblich ist, diese Daten dürften sie auf Anraten der Anwälte nicht preisgeben, konterte Codman schroff: "Humbug, man soll sich nicht unter den Röcken der Anwälte verstecken". Natürlich stieß er mit dieser provozierenden Art bei seinen Kollegen zunehmend auf Widerstand. Als Mitbegründer des American College of Surgeons musste er 1915 dessen Vorsitz abgeben und ging so als „Märtyrer der Patientensicherheit“ in die Geschichte der Chirurgie ein [2].

Dominierend blieb die Haltung, dass das Auftauchen von Fehlern reflexhaft mit der Suche nach dem Schuldigen mit konsekutiver Bestrafung beantwortet, die Fehleranalyse selbst aber verschleppt wurde. Trat man auch dafür ein, Fehler offenzulegen, so stand doch die Frage nach der Schuld und nicht nach der der Ursache und deren künftiger Vermeidung im Vordergrund. Es war noch ein langer Weg, bis sich verantwortungsethische Gesichtspunkte und ein Teamverständnis in einem multiprofessionellen Ansatz im Gesamtkontext eines effektiven Fehler- und Risikomanagements durchzusetzen begannen.

Nicht als Märtyrer der Patientensicherheit, aber dennoch als ein auch aus den eigenen Reihen viel gescholtener Protagonist kann Prof. Matthias Rothmund, Marburg, gelten, der als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) den 122. Deutschen Chirurgenkongresses in München (5.–8. April 2005) unter das Leitthema PATIENTENSICHERHEIT – PRIMUM NIL NOCERE stellte (Abb. 1).

Unter Bezug auf alarmierende Zahlen der im Jahr 2000 vom Institute of Medicine in den USA veröffentlichten Studie „To err is human“ [3] hat er auch bei uns dringenden Handlungsbedarf angemahnt und vor allem einen offenen Umgang mit Fehlern als Voraussetzung



Abb. 1: Cover des Programms mit dem Leitthema des 122. Deutschen Chirurgenkongresses

für eine neue Sicherheitskultur nicht nur in der Chirurgie gefordert [4]. Seine diesbezüglich wichtigsten Aussagen waren:

- Es muss über Fehler gesprochen werden. Die Null-Fehler-Attitüde darf nicht mehr die Regel sein. Wir müssen Fehleranalyse als Chance sehen, Verbesserungen zu erreichen.
- Zu einer Fehlerkultur gehört auch, dass die Medien differenziert berichten. Wie wir als Reaktion der Medien auf diesen Kongress heute gesehen haben, gelingt das nur wenigen. Fehlerkultur hat mit Begriffen wie Kunstfehler und Ärztepfusch nichts zu tun.
- Wir brauchen in den Krankenhäusern und auch für den Praxisbereich anonyme, nicht- strafende Meldesysteme, in denen man nach dem Schlagwort „no shame, no blame, no name“ Fehler mitteilen kann. Noch wichtiger ist es, Fehler, die fast geschehen wären, zu melden, um ihr Auftreten zu vermeiden.
- Wir brauchen in unseren Kliniken Mortalitäts- und Morbiditäts-Konferenzen, wo offen und ohne persönliche Beschuldigungen über alle unerwünschten Ereignisse gesprochen wird.

Die Reaktion in den Medien schon nach der Eröffnungspressekonferenz war gewaltig.

Bauer H: 15 Jahre Aktionsbündnis Patientensicherheit aus Sicht der DGCH. Passion Chirurgie. 2020 Dezember; 10(12): Artikel 06_05.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Wissen | Qualität & Patientensicherheit.

Negative Schlagworte wie „**Mehr Tote durch Ärztepunsch als im Straßenverkehr**“, „**Internationale Studien liefern schockierende Ergebnisse – Präsident der Chirurgischen Gesellschaft beklagt Politik des Schweigens**“ beherrschten die Kommentare auch renommierter Tageszeitungen, ohne dem Kernanliegen der Bemühungen um eine verbesserte systematisierte Fehlerprävention gerecht zu werden. Das teils verheerende Echo der Medien bereitete damals M. Rothmund und den Chirurgen nicht geringen Ärger. Gegen erhebliche Kritik auch aus den eigenen Reihen galt es entsprechend Stellung zu nehmen [5,6]. Die Diskussion versachlichte sich, die Überzeugung von qualifiziertem Handlungsbedarf wuchs. Im November 2008 erhielt M. Rothmund auf dem Nationalen Qualitätskongress in Berlin den 1. Qualitätspreis für Patientensicherheit als „echter Pionier in Sachen Patientensicherheit“. Die DGCH hat ihn 2010 für seine Verdienste um die Patientensicherheit in der Chirurgie mit dem Rudolf Zenker-Preis ausgezeichnet. Die FAZ schrieb aus diesem Anlass von einer „mutigen Pionierleistung“ [7].

ENTWICKLUNG UND BEDEUTUNG DES APS ALS INTERPROFESSIONELLE PLATTFORM FÜR EINE GELEBTE SICHERHEITSKULTUR

Bereits 2004 hatte Prof. Matthias Schrappe, der spätere Gründungsvorsitzende des APS, in Marburg einen Kongress zum Thema Patientensicherheit veranstaltet, aus dem das am 11. April 2005 in Düsseldorf gegründete „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ e.V. hervorging. Mitglieder des Bündnisses waren neben der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung auch die DGCH sowie weitere medizinische Fachgesellschaften, die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Deutsche Pflegerat, die Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, das damals neu gegründete Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und Patientenverbände sowie Selbsthilfegruppen. Damit sind zahlreiche Akteure aus allen Berufsgruppen in einer dazu erforderlichen Netzwerkorganisation gestartet, um das Gesundheitswesen besser

und sicherer zu machen. Das APS hat dies als öffentliche Aufgabe bewusstgemacht.

Kurz darauf hat sich der 108. Deutsche Ärztetag in Berlin vom 3. bis 5. Mai 2005 ausführlich mit dem Thema Ärztliches Fehlermanagement/Patientensicherheit befasst und in seiner Entschließung einleitend festgestellt: „Patientensicherheit ist für die Ärzteschaft oberstes Gebot. Das ethische Gebot des „primum nil nocere“ – zuallererst keinen Schaden anrichten – ist so alt wie die Medizin selbst. Aber das Thema ist nicht einfach. Es ist emotional besetzt und mit psychologischen, juristischen und administrativen Schwierigkeiten gepflastert. Missbrauch oder Dramatisierung war in der Vergangenheit bei diesem Thema häufig. Gleichwohl bestehen Handlungsbedarf und neue Handlungsmöglichkeiten“. Das Beschlussprotokoll trägt unverkennbar die Handschrift des Berliner Kammerpräsidenten, APS-Gründungsmitglieds und späteren APS-Vorsitzenden Dr. Günther Jonitz, eines engagierten Förderers der Patientensicherheit auf nationaler wie internationaler Ebene [8].

Das APS hat bei seiner Gründung in einem Mission Statement als Ziele die kontinuierliche Verbesserung der Patientensicherheit und die Förderung eines Fehlerverständnisses (individuelle Verantwortung, Fehlerkette, Kommunikations-Organisations-System) definiert. Außerdem wurde ein Masterplan

Agenda Patientensicherheit 2005 aufgelegt. In diesem Zusammenhang wurde der Entwurf einer Handlungsempfehlung zur Eingriffsverwechslung in der Chirurgie erarbeitet, der möglichst von allen operativen Fächern mitgetragen werden sollte. Damit sollten beispielhaft Verwechslungen vielfacher Art bezeichnet werden (Verwechslung eines Eingriffsorts, z. B. der Körperseite, Verwechslung einer Eingriffsart oder die Verwechslung eines Patienten). Da stets die Ausführung an nicht indizierter Stelle gemeint ist, ließ sich der im Englischen weit gespannte Begriff „Wrong Site Surgery“ im Deutschen am besten mit „Eingriffsverwechslung“ übertragen. Die DGCH hat sich von Beginn an für die klinische Implementierung dieser Handlungsempfehlung (HE) eingesetzt [9] (Abb. 2).

Dieser beispielhaften ersten HE des APS, die breite Beachtung fand, und der späteren HE zur Vermeidung zurückgelassener Fremdkörper („Jeder Tupfer zählt“) unter federführender Mitarbeit des Generalsekretärs der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie und späteren stv. Vorsitzenden des APS, Prof. Hartmut Siebert, sollten viele weitere zu unterschiedlichen Problemfeldern folgen. Diese zahlreichen konsensuell im interdisziplinären und interprofessionellen Ansatz nach klaren methodischen Konzepten entwickelten HE, ergänzt durch entsprechende Patienteninformationen, stellen heute neben den zahlreichen anderen Aktivitäten des APS

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
Handlungsempfehlungen zur Eingriffsverwechslung in der Chirurgie

Das „Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.“ ist am 11.4.2005 in Düsseldorf gegründet worden (www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de). Ihm gehören neben Personen, die sich mit Qualitäts- und Risikomanagement beschäftigen, Vertreter der Selbstverwaltung, von Fachgesellschaften und Patientenverbänden an. Unserer Past President, Herr Prof. Dr. Rothmund, Marburg, der die Patientensicherheit zum Zentralthema des diesjährigen Chirurgenkongresses gemacht hat, ist Mitglied des Vorstands.

Das Aktionsbündnis hat in einem „Mission Statement“ als Ziele die kontinuierliche Verbesserung der Patientensicherheit und die

Förderung eines Fehlerverständnisses (individuelle Verantwortung, Fehlerkette, Kommunikation-Organisation-System) definiert. Außerdem wurde ein Masterplan mit Agenda „Patientensicherheit 2005“ aufgelegt. In diesem Zusammenhang wurde der Entwurf einer Handlungsempfehlung zur Eingriffsverwechslung in der Chirurgie erarbeitet, der möglichst von allen operativen Fächern mitgetragen werden sollte. Nach einer ersten Abstimmungsrunde soll dieser Entwurf, der sich an den Empfehlungen der Australischen Chirurgischen Gesellschaft orientiert, vorgestellt werden und zur Diskussion anregen.

H. Bauer

Empfehlungen zur Prävention von Eingriffsverwechslungen

1 Identifikation Patient
Identifizieren Sie den Patienten anhand des Namens und des Geburtsdatums.
Identifizieren Sie den Patienten anhand des Namens und des Geburtsdatums.
Identifizieren Sie den Patienten anhand des Namens und des Geburtsdatums.
Identifizieren Sie den Patienten anhand des Namens und des Geburtsdatums.

2 Markierung Eingriffsort
Markieren Sie den Eingriffsort mit einem Markierungsmittel.
Markieren Sie den Eingriffsort mit einem Markierungsmittel.
Markieren Sie den Eingriffsort mit einem Markierungsmittel.
Markieren Sie den Eingriffsort mit einem Markierungsmittel.

3 Zuweisung zum richtigen OP-Baum
Zuweisen Sie den Patienten zum richtigen OP-Baum.
Zuweisen Sie den Patienten zum richtigen OP-Baum.
Zuweisen Sie den Patienten zum richtigen OP-Baum.
Zuweisen Sie den Patienten zum richtigen OP-Baum.

4 Team-Check (vor Schnitt)
Führen Sie einen Team-Check durch.
Führen Sie einen Team-Check durch.
Führen Sie einen Team-Check durch.
Führen Sie einen Team-Check durch.

Arbeitsgruppe „Eingriffsverwechslung“:
Prof. Dr. Matthias Rothmund, Klinikum der Philipps-Universität Marburg
Prof. Dr. Matthias Schrappe, Freie Universität Witten/Herdecke.
Mitglieder der Arbeitsgruppe:
Dr. Dieter Conen, Stefan Hansen, Dr. Gesine Hofinger, Albert Karschli, Kai Kolpatzik, Dr. Beate Lechner, Steffen Marionfeld, Fabian Mundt, Michael Petry, Dr. L. Sause.
Redaktion:
Dr. Constanze Lessing

Abb. 2: Beitrag zur Implementierung der HE „Eingriffsverwechslung“ in den Mitteilungen der DGCH [9]

mit seinen Arbeits- und Expertengruppen gewissermaßen einen Markenkern des APS dar (Tab. 1, 2).

Des Weiteren hat das APS über die Jahre eine Vielzahl von Stellungnahmen und Positionspapieren zu aktuellen Gesetzentwürfen und Reformvorhaben verfasst, die, in den entsprechenden Gremien überzeugend vertreten durch ihre jeweiligen Vorsitzenden bzw. Geschäftsführer/Generalsekretär, zunehmend in der öffentlichen Diskussion Beachtung fanden (<https://www.aps-ev.de/stellungnahme/>).

Unter dem Schlagwort *Safe Surgery Saves Lives* wurde im Juni 2008 in Washington eine weltweite WHO-Initiative gestartet. Aus Kontinentaleuropa war neben der DGCH mit Prof. Rothmund, der auch im Vorstand des APS war, nur noch die spanische Chirurgengesellschaft durch ihren Präsidenten vertreten. Kern der Initiative war die Verbreitung einer weltweit erarbeiteten Checkliste, die nach entsprechender Studienlage geeignet erschien, die Zahl der unerwünschten perioperativen Ereignisse auf die Hälfte zu reduzieren. Mit Übertragung der Checkliste ins Deutsche hat sich die DGCH frühzeitig für deren Einführung und routinemäßige Anwendung in deutschen Krankenhäusern eingesetzt [10] (Abb. 3). Es galt vor allem zu vermitteln, dass es beim Einsatz von Checklisten im klinischen Alltag nach den Erfahrungen aus der Luftfahrt um die Etablierung eines Systems sowie einer grundsätzlichen Haltung und nicht nur um die Durchführung von Einzelmaßnahmen der Fehlerprävention geht (nach dem Motto „Checkliste abgehakt – alles gut“) [11] (Tab. 3).

Neben dem Schwerpunktthema „Patient Safety Checklist“ der WHO wurde in den Mitteilungen der DGCH über weitere Beratungsthemen des im 2-Jahresturnus tagenden International Forum on Quality and Safety in Health Care vom Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft Qualität und Sicherheit (CAQS), Prof. C-D. Heidecke, in den Mitteilungen der DGCH berichtet [12 a-c]

Die 2008 gestartete *Aktion Saubere Hände*, eine nationale Kampagne zur Verbesserung der Compliance der Händedesinfektion in

Tab. 1: Publierte Handlungsempfehlungen des APS (<https://www.aps-ev.de/handlungsempfehlungen/>)

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN
• Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie
• Jeder Tupfer zählt – Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet
• Einsatz von Hochrisikoarzneimitteln – Oral appliziertes Methotrexat
• Checkliste für Klinikmitarbeiter – „Prävention von Stürzen“
• Vermeidung von Stürzen älterer Patienten im Krankenhaus – Fakten und Erläuterungen
• Wege zur Patientensicherheit – Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit
• Patientensicherheit durch Prävention medizinproduktassoziierter Risiken
• Arzneimitteltherapiesicherheit im Krankenhaus
• Tipps für eine sichere Arzneimitteltherapie des BMG (Hrsg. BMG)
• Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus
• Intravenöse Applikation von Vincristin sicherstellen
• Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS)
• Hilfestellung zur Umstellung von Luer-Verbindern auf neue verwechslungssichere Verbinder
• Sicher im Krankenhaus – Ein Ratgeber für Patienten
• Umsetzung der Einweisungsverpflichtung für Medizinprodukte
• Patientensicherheit bei der Anwendung von Medizinprodukten fördern: Eindeutige Identifikation und jederzeit verfügbare Begleitinformationen gewährleisten
• Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen.
• Digitalisierung und Patientensicherheit – Risikomanagement in der Patientenversorgung
• Patientensicherheit – Ein entscheidendes Kriterium bei der Beschaffung von Medizinprodukten
• Empfehlung zur Implementierung und Durchführung von Fallanalysen
• Gute Verordnungspraxis in der Arzneimitteltherapie
• Sepsis geht alle an! Handlungsempfehlung für Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe
• LEITFADEN FÜR APS-ARBEITSGRUPPEN ZUR ERSTELLUNG UND VERBREITUNG VON HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN – Ein Prozess in sechs Phasen

Tab. 2: Publierte Patienteninformationen des APS (<https://www.aps-ev.de/patienteninformation/>)

PATIENTENINFORMATIONEN
• Sicher im Krankenhaus – Empfehlungen für Patientinnen, Patienten und ihre Angehörigen
• Tipps des APS zum häuslichen Umgang mit Arzneimitteln
• Sicher in der Arztpraxis – Empfehlungen für Patientinnen, Patienten und ihre Angehörigen
• Prävention von Krankenhausinfektionen und Infektionen durch multiresistente Erreger
• Vermeidung von Stürzen im Krankenhaus
• Nach Operation oder Verletzung: Thrombose in den Beinen vorbeugen
• Reden ist der beste Weg – Ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen nach einem Zwischenfall oder Behandlungsfehler
• Digitalisierung und Patientensicherheit – Checkliste für die Nutzung von Gesundheits-Apps
• Sepsis geht alle an! Was Sie darüber wissen sollten

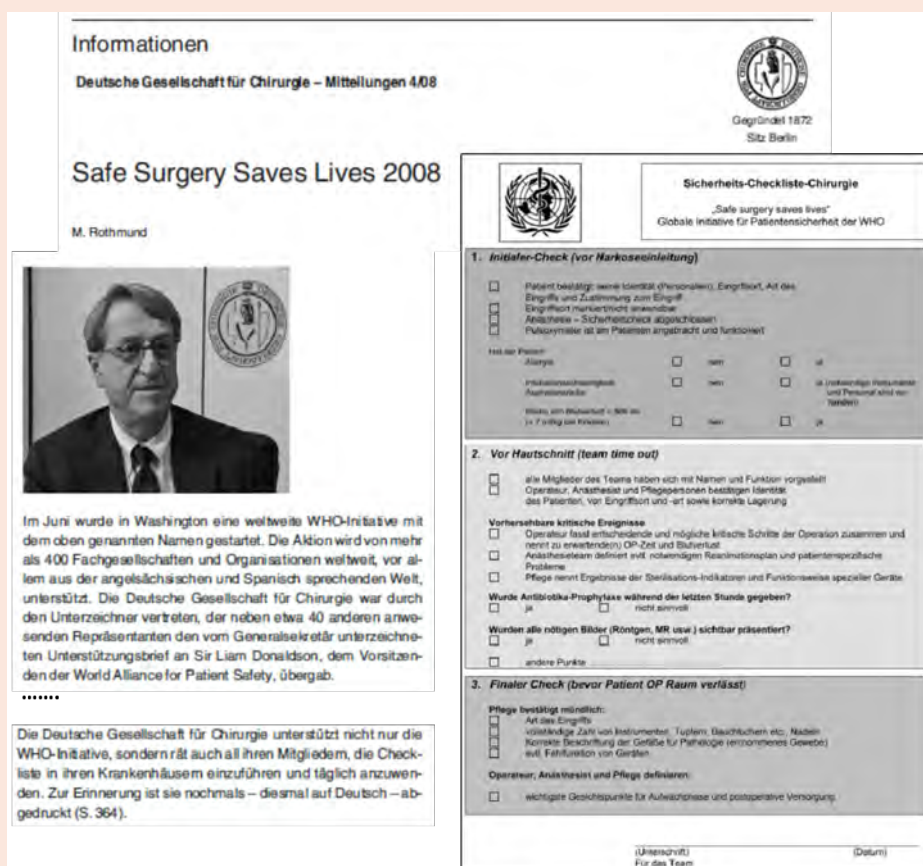


Abb. 3: Beitrag zur Implementierung der Sicherheits-Checkliste der WHO (deutsche Version) in den Mitteilungen der DGCH [10]

Tab. 3: Checklisten zur Fehlerprävention

Checklisten sind ein bewährtes Kontroll-Instrument, um die Sicherheit durch Vermeidung unerwünschter Ereignisse zu erhöhen:
- Sie stellen ein Arbeitswerkzeug dar, das eingesetzt wird als Erinnerungshilfe, um Prozesse gleichbleibend zu strukturieren und um Zuständigkeiten zu regeln. - Ihr Einsatz ist vor allem in den Bereichen sinnvoll, in denen verschiedene Akteure unterschiedlicher Berufsgruppen zusammenarbeiten, in denen es auf gleichzeitigen Einsatz und Monitoring vieler medizinischer Geräte ankommt und in denen kritische Situationen vermehrt auftreten können (Beispiel OP). - Insbesondere in Stress- und Ausnahmesituationen können Checklisten helfen, Gedächtnisfehler zu vermeiden und Entscheidungskorridore aufzeigen, welche die Sachlage überschaubar halten und damit handhabbar machen.

deutschen Gesundheitseinrichtungen, basierend auf der WHO Kampagne „Clean Care is Safer Care“, entstand unter Mitwirkung des APS in gemeinsamer Trägerschaft mit dem Nationalen Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ). Diese Kampagne, seit 2014 gestützt von einem Förderkreis aus einer Vielzahl unterschiedlichster Organisationen, zählt heute zu einer der teilnehmerstärksten Aktionen zur Patientensicherheit weltweit.

2009 hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) die Eröffnung des ersten

Instituts für Patientensicherheit (IfPS) an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn gefeiert. Vier Jahre nach seiner Gründung hatte das APS damit ein wichtiges Ziel erreicht: eine Grundlage für die wissenschaftliche Betrachtung des Themas zu schaffen. Aufgabe des Instituts sollte es sein, die Ursachen von Behandlungsfehlern zu untersuchen sowie Präventionsstrategien zu erarbeiten. In weiteren Projekten sollten die Einführung von Handlungsempfehlungen in den klinischen Alltag evaluiert und in einer groß angelegten Befragung der Stand des klinischen

Risikomanagements ermittelt werden. Darüber hinaus galt es, sog. Patientensicherheitsindikatoren (PSI) zu entwickeln, die dazu dienen, für eine medizinische Einrichtung das Risiko eines unerwünschten Vorfalles während einer Behandlung abzuschätzen. Das IfPS ist das erste universitäre Institut in Deutschland, das sich explizit dem Thema Patientensicherheit in Forschung und Lehre widmet. Es wurde bis 2017 durch eine Stiftungsprofessur des APS unterstützt; die DGCH war bei diesem Projekt als Förderer beteiligt [13].

2010 brachte das APS die viel beachtete Broschüre „Aus Fehlern lernen“ heraus, in der 17 „Profis aus Medizin und Pflege“ über ihre persönlichen Irrtümer und Versagen sprechen und dafür in aller Öffentlichkeit Verantwortung übernehmen. In sehr persönlicher Weise berichteten sie über Episoden, in denen ihnen Fehler unterlaufen sind, und schildern, was sie selbst daraus gelernt haben und was andere daraus lernen können. „**Erschreckende Selbstdiagnose**“, „**Schlampen mit Kranken**“, „**Irren ist ärztlich**“ – so lauteten einige der Schlagzeilen nach der Präsentation der Broschüre. Der Bekennermut und die Enttabuisierung, die Möglichkeit, offen über Fehler zu sprechen, wurde jedoch überwiegend positiv aufgenommen und die öffentliche Diskussion damit intensiv und vor allem nachhaltig beeinflusst und mittlerweile auch weitgehend versachlicht (Abb. 4).

Neben Repräsentativbefragungen deutscher Krankenhäuser zur Umsetzung eines klinischen Risikomanagements im Krankenhaus durch APS und IfPS hat sich die DGCH gemeinsam mit dem APS auch speziellen Evaluationen zur Existenz, Sinnhaftigkeit und Einschätzung der Wirksamkeit von Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheit an chirurgischen Kliniken Deutschlands gewidmet (Abb. 5) und die Evidenzbasierung von Instrumenten zur Verbesserung der Patientensicherheit in der Chirurgie analysiert [14, 15].

Da Berichts- und Lernsysteme im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung gewinnen, beteiligen sich daran immer mehr Krankenhäuser, Fachgesellschaften, Berufsverbände, Ärztekammern, Kassenärztliche

Vereinigungen und andere medizinische Institutionen und Einrichtungen oder implementieren interne Systeme. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), das APS, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Deutsche Pflegerat haben als Projektträger mit dem Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland (<http://www.kh-cirs.de/>) eine Plattform geschaffen, auf der über-regional bedeutsame CIRS-Fälle analysiert, kommentiert und von allen Nutzern gelesen werden können. Die Darstellung von Risikobereichen und der Austausch von Problemlösungen sollen gemeinsames Lernen aller Berufsgruppen im Krankenhaus fördern und Hinweise für das klinische Risikomanagement geben. Notwendig sind vor allem eine gerechte Betriebskultur und eine Atmosphäre des Vertrauens, in der die Mitarbeiter nicht nur ermutigt, sondern sogar belohnt werden für die Weitergabe sicherheitsrelevanter Informationen. Es muss ihnen klar sein, wo die Grenze zwischen einem akzeptablen und einem nicht akzeptablen Verhalten liegt. Erst wenn gut durchdachte Regelsysteme gekoppelt sind mit verantwortungsvollem Handeln, können diese ihre beabsichtigte Wirkung entfalten [11]. Die DGCH hat als Fachgesellschaft zusammen mit den Schweizer Protagonisten um D. Scheidegger [16] ein für Ihre Mitglieder offenes CIRS aufgebaut als Angebot für alle Interessierten, die keine klinikinternen Meldesysteme nutzen konnten. Eingehende Meldungen wurden zeitnah kommentiert (Abb. 6) [17].



Abb. 4: Broschüre „Aus Fehlern lernen“ mit überwiegend positiver medialer Reaktion

Es ist sowohl Ziel als auch Verdienst des APS, fächerübergreifend Disziplinen zusammenzubringen, die traditionell nur wenige Berührungspunkte miteinander haben. Diese Multidisziplinarität sowie das daraus resultierende breite Themen- und Methodenspektrum führen dazu, dass eine Vielzahl von Fragestellungen zur Patientensicherheit aufgegriffen und in ihrer Komplexität bearbeitet werden kann. Ein verbessertes Bewusstsein für Fehler und unerwünschte Ereignisse bei allen an der Versorgung Beteiligten sowie ein kontinuierliches Erfassen und Verbessern werden letztlich einen entscheidenden Anteil an Akzeptanz und langfristigem Erfolg von Patientensicherheitsinitiativen haben.

Das Thema Patientensicherheit ist auf Seiten der Politik auch international hochrangig gewichtet. Mittlerweile finden jährlich globale Ministertreffen zum Thema Patientensicherheit statt. Das APS begeht seit 2015 jeweils am 17. September den Welttag der Patientensicherheit. Die Entscheidung der Vollversammlung der WHO vom 25. Mai 2019, diesen Tag lt. der Vorsitzenden des APS, Frau Dr. Hecker „mit höchsten Würden zu versehen“ und Patientensicherheit mit Blick auf die weltweite Gesundheitsversorgung zu einem Thema höchster Priorität zu erheben, ist für das APS eine schöne Bestätigung. Für den Welttag für Patientensicherheit am 17.09.2020 hat die WHO unter dem Eindruck

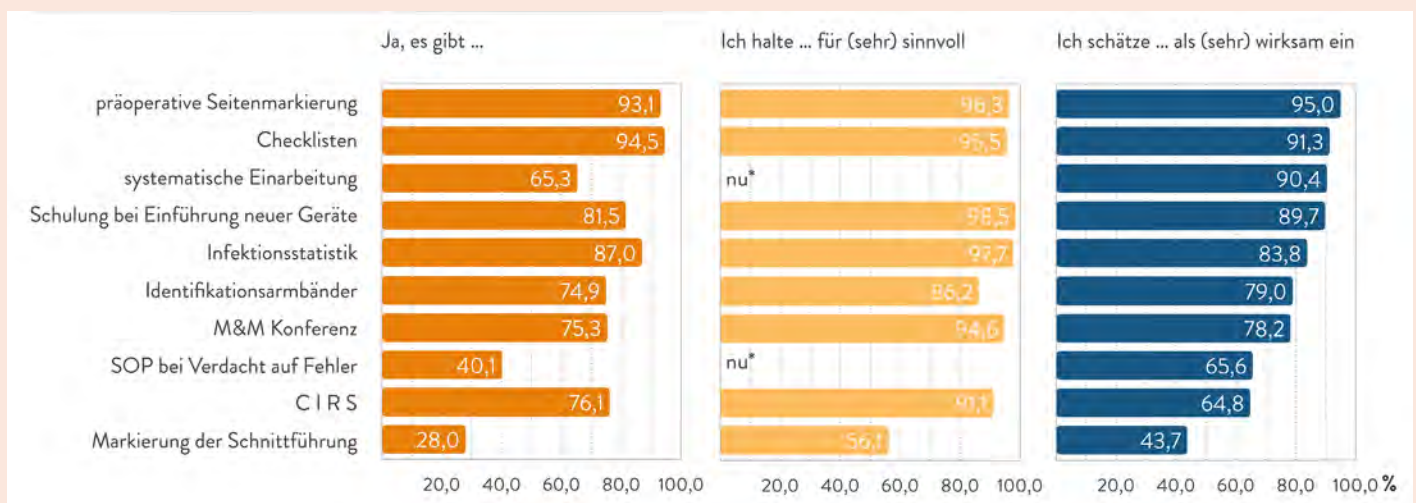


Abb. 5: Existenz, Sinnhaftigkeit und Einschätzung der Wirksamkeit von Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheit an chirurgischen Kliniken Deutschlands [14]

Informationen



Gegründet 1872
Sitz Berlin

CIRS jetzt auf www.dgch.de allgemein geöffnet

Patientensicherheit ist ein wesentliches Qualitätsmerkmal des Behandlungsprozesses. Ein kritisches Element zur Erhöhung der Sicherheit ist die Schaffung einer Sicherheitskultur mit dem Effekt, dass Fehler identifiziert, Ursachen abgeklärt und darauf basierend Maßnahmen zur künftigen Verhinderung dieser Fehler ergriffen werden. Das systematische Erfassen von kritischen Ereignissen (Critical Incident Reporting) steht im Zentrum einer solchen Sicherheits- und Lernkultur. Anonyme, freiwillige Meldesysteme haben im Gegensatz zu obligatorischen das Potenzial, auf einer breiten Basis Systemschwächen und Fehler aufzuzeigen bevor daraus gravierende Komplikationen entstehen.

Die DGCH hat das in der Schweiz entwickelte System CIRS nach Adaptation an die speziellen Belange der Chirurgie seit Oktober 2006 für alle Mitglieder der Gesellschaft im geschützten Bereich eingerichtet. Um eine breitere Nutzung des Systems zu ermöglichen und so CIRS in der Chirurgie als wichtiges Instrument der Fehlererkennung und Fehlerprävention besser zu implementieren, wurde CIRS jetzt im offenen Bereich der Homepage freigegeben.

ben, wie das auch bei Fehlermeldesystem anderer Institutionen, etwa der KBV, der Fall ist. Die Anonymität der Eingaben ist unverändert gewährleistet. CIRS ist somit für alle Chirurgen aller Fachrichtungen nutzbar, eine wichtige Voraussetzung, um zu einer breiteren Akzeptanz und damit wiederum zu einer höheren Effizienz des Systems mit dem Ziel einer verbesserten Patientensicherheit zu kommen. So haben insbesondere auch kleinere Einheiten die Chance, sich einfach und anonym mit Fachkollegen über Zwischenfälle und Vermeidungsstrategien auszutauschen.

Es soll so ein weiterer Schritt dazu getan werden, dass wir für die Chirurgie ein lebendiges Berichtssystem mit repräsentativen Berichtszahlen, fachspezifischen systemorientierten Analysen und vor allem mit plausiblen Verbesserungsstrategien erhalten. CIRS ist ein wichtiger Teil einer gelebten Sicherheitskultur mit dem Ziel, die Patientensicherheit kontinuierlich sicherzustellen und zu erhöhen.

H. Bauer

Abb. 6: Ankündigung der Freischaltung des CIRS der DGCH in den Mitteilungen der Gesellschaft im April 2008 [17]

der Coronapandemie als Themenschwerpunkt SAFE HEALTH WORKERS, SAFE PATIENTS gewählt aus der Überzeugung, dass kein Land und keine Klinik seine Patienten gesund erhalten kann, wenn es das Gesundheitspersonal nicht gesund hält. Das APS hat dazu einen eindrucksvollen Livestream zur Veranstaltung „Patientensicherheit in der Corona-Krise“ angeboten, in dem diskutiert wurde, welche Lehren zur Patientensicherheit sich aus der Corona-Krise ziehen lassen und neue Untersuchungen, Probleme und Lösungsansätze im Bereich der Patienten- und Mitarbeitersicherheit präsentiert wurden.

Seit 2014 vergibt das APS in Kooperation mit starken Partnern jährlich den Deutschen Preis für Patientensicherheit, um die Sicherheitskultur im Gesundheitswesen nachhaltig zu fördern. Ausgezeichnet werden Best-Practice-Beispiele und wissenschaftliche Arbeiten, die die Sicherheitskultur der Patientenversorgung verbessern.

Das 2018 erschienene gewichtige **APS-Weißbuch Patientensicherheit: Wegweiser für zentrale Verbesserungen der Patientenversorgung** [18] hat eine zentrale Botschaft seines Verfassers, Prof. M. Schrappe: „Mehr Patientensicherheit ist machbar, wenn man die richtigen Methoden zur Verbesserung in

Anwendung bringt“. Sicherheitskultur findet in erster Linie im Kopf statt. „Nur wer die innere Bereitschaft hat und wer innerlich von der Notwendigkeit überzeugt ist, wird Sicherheitssysteme auch tatsächlich verwenden“ (Abb. 7). Die Treppe wird von oben gekehrt. Nach dieser alten Volksweisheit liegen die Voraussetzungen für einen erfolgreichen Kulturwandel im Verständnis dafür bei den Führungskräften. Notwendige Reformen, Veränderungen und entsprechende Maßnahmen in der Betriebskultur müssen auf der Führungsebene beginnen. Das Vorbild des Chefs ist entscheidend. Oder, wie es die langjährige Vorsitzende des APS, Hedwig Franco-pis-Kettner 2018 ausdrückte: „Es muss allen klarwerden, dass Patientensicherheit Führungsverantwortung ist“.

AUSBLICK

Die moderne Hightech-Medizin bringt auch wachsende Risiken mit sich. Viele unterschiedliche Berufsgruppen arbeiten in immer mehr Schnittstellen zusammen, immer mehr Medikamente und technische Geräte werden eingesetzt, selbst bei Hochrisiko-Patienten werden komplizierte Eingriffe durchgeführt. Dazu kommen Zeitdruck und hohe Arbeitsbelastung. So gehört heute zu den sehr ernst zu nehmenden fehlerproduzierenden

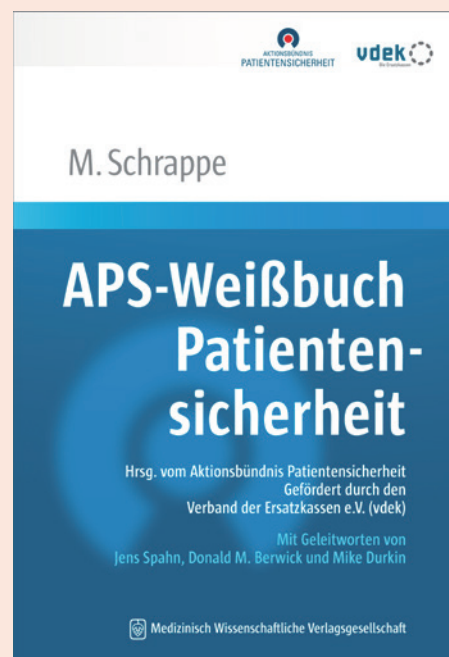


Abb. 7: Zukunftsweisende „Bibel“ des APS: APS-Weißbuch Patientensicherheit: Wegweiser für zentrale Verbesserungen der Patientenversorgung [18]

Bedingungen vor allem auch das unter erheblichem ökonomischem Druck stehende Arbeitsumfeld.

Dass die Chirurgen in Deutschland eine Schlüsselrolle bei der Einführung einer Sicherheitskultur übernommen haben, lag nicht daran, dass sie besonders viele Fehler machten (was die Häufigkeitsangaben nachgewiesener Behandlungsfehler in den jährlich veröffentlichten Statistiken suggerieren könnte), sondern dass chirurgische Fehler besser zu sehen sind als solche in konservativen Fächern. Bei einer Operation gibt es immer einen Täter, eine Tatzeit und einen Tatort. In der konservativen Medizin ist es schwerer, einen Zusammenhang zwischen einer ärztlichen Maßnahme und einem unerwünschten Ereignis herzustellen. Seit in der Inneren Medizin mehr und mehr invasive diagnostische und therapeutische Methoden oder aggressive Chemotherapien angewandt werden, ist die Situation des offensichtlichen Zusammenhangs auch dort häufiger anzutreffen [19, 20].

Das APS hat in den 15 Jahren seines Bestehens einen enormen Beitrag zur Verbesserung der Sicherheit der medizinischen Versorgung in unserem Land geleistet. Es ist längst tief

im Gesundheitswesen verwurzelt und wirkt gerade bei der längst nicht vollzogenen Aufhebung der Sektorengrenzen und bei den unterschiedlichen Interessenlagen der verschiedenen Partner wie eine einigende Klammer im gemeinsamen Ziel, Patientensicherheit kontinuierlich zu verbessern. Chirurgie ist mehr als Operieren und „Patientensicherheit ist mehr als die Vermeidung bestimmter Komplikationen. Sie muss auch als Eigenschaft von Teams, Organisationen und sogar des gesamten Gesundheitswesens verstanden werden. Ihre Innovationskraft ist in den Dienst der Verwirklichung dieses Ziels zu stellen“, so M. Schrappe im APS-Weißbuch Patientensicherheit. Die zentralen Forderungen sind ein erweitertes Verständnis von Patientensicherheit, eine Patientensicherheitskultur in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie eine aktive Einbindung der Patienten in den Behandlungsprozess. Damit wurde nicht nur eine grundlegende Situationsanalyse vorgenommen, sondern zukunftsweisend ein Wegweiser zur sicheren Patientenversorgung mit dem Anspruch „neu denken – gezielt verbessern“ vorgelegt. Dazu gehört vor dem Hintergrund der aktuellen Pandemie auch „die radikale Umorganisation von Versorgungsketten und der aufgesprengte Damm, der bisher die Digitalisierung aufgehalten und nahezu alle bisherigen Versorgungsprozesse „rapide“ verändert hat – so die APS-Vorsitzende R. Hecker aktuell anlässlich einer Sonderveranstaltung des APS am 10.9.2020 in Essen.

Das APS ist und wird auch in Zukunft die Plattform und der Transmitter sein, um diesem gesellschaftlichen Anliegen gerecht zu werden. Die aktuellen Mitgliederinfos des Vorstands und der Geschäftsführung um die Vorsitzende Frau Dr. Hecker belegen eindrucksvoll die vielfältigen Aktivitäten des APS, getragen von einer großen Zahl von hoch kompetenten und engagierten Mitstreiterinnen und Mitstreitern aus unterschiedlichen Professionen. Mit Prof. Dr. C-D. Heidecke, Greifswald, und Prof. Dr. A. Stier, Erfurt, ist die DGCH als Beisitzer im Vorstand bzw. im Beirat des APS weiterhin aktiv vertreten. Über die bisher von der Gründungsphase an in diesen 15 Jahren geleistete immense ehrenamtliche Arbeit hinaus bedarf das APS bei den ständig

wachsenden und auch immer komplexeren Aufgaben allerdings auch einer breiten nachhaltigen Förderung durch eine dauerhaft gesicherte Finanzierung.

LITERATUR

- [1] Bauer H: Verantwortlichkeit und Werte. In: Euteneier H (Hrsg.) Handbuch Klinisches Risikomanagement. Springer-Verlag Berlin-Heidelberg 2015, S. 67-73
- [2] Albrecht H (2009) Ernest Amory Codman: Ein Märtyrer der Patientensicherheit. <https://www.zeit.de/online/2009/24/chirurgen-fehler>
- [3] Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press; 2000
- [4] Rothmund M Eröffnungsrede des Präsidenten zum 122. Kongress der DGCH. Mitteilungen der DGCH 2005;34:207-210
- [5] Bauer H. Kommentar: Aus Fehlern lernen – Verzerrtes Bild in der Öffentlichkeit. Dtsch Ärztebl 2008;105:664
- [6] Bauer H Aus der Summe der Fehler entsteht ein Schaden. Patientensicherheit: Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern in der Chirurgie. Krankenhaus-umschau. ku Sonderheft Risk Management 8/2005: 10-14
- [7] Flöhl R. Patientensicherheit. Noch mehr Fehlerkultur im Operationssaal. FAZ 2.5.2010 <https://www.faz.net/aktuell/wissen/medizinernaehrung/patientensicherheit-noch-mehr-fehlerkultur-im-operationssaal-1970907.html>
- [8] Beschlussprotokoll des 108. Deutschen Ärztetages vom 03.-06. Mai 2005 in Berlin. www.bundesaerztekammer.de/downloads/Beschluesse108.pdf TOP VII ÄRZTLICHES FEHLERMANAGEMENT/PATIENTENSICHERHEIT S. 24-38
- [9] Bauer H. Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. Handlungsempfehlungen zur Eingriffsverwechslung in der Chirurgie. Mitteilungen der DGCH 2006;35:27-39
- [10] Rothmund M Safe Surgery Saves Lives 2008. Mitteilungen der DGCH 2008;37:363-364
- [11] Bauer H: Fehlerkultur: Sicherheitskultur – Critical Incident Reporting System (CIRS) – Checklisten zur Fehlerprävention – Fehler- und Risikoprävention: Was sieht die Weiterbildung vor? In: Berg D, Bauer H, Broglie

M, Ulsenheimer K, Zwißler B (Hrsg.) Medizin.Recht. Verlag S. Kramarz, Berlin 2013: S. 421-433

- [12] Heidecke CD. Bericht zum International Forum on Quality and Safety in Health Care, a) Berlin 17.-20. März 2009 Mitteilungen der DGCH 3/2009, S. 218-220 https://www.dgch.de/uploads/tx_news/2009-03_DGCH-Mitteilungen.pdf. b) Amsterdam 5.-8. April 2011 Mitteilungen der DGCH 3/2011, S. 258-259 https://www.dgch.de/uploads/tx_news/2011-03_DGCH-Mitteilungen.pdf c) London 16.-19. April 2013 Mitteilungen der DGCH 4/2013, S. 217-219 https://www.dgch.de/uploads/tx_news/2013-04_Chirurgie_Mitteilungen_der_DGCH_01.pdf
- [13] Bauer H: Institut für Patientensicherheit (IfPS) in Bonn eröffnet. Mitteilungen der DGCH 3/2009, S. 246 https://www.dgch.de/uploads/tx_news/2009-03_DGCH-Mitteilungen.pdf
- [14] Rothmund M, Kohlmann Th, Heidecke H-D, Siebert H, Ansorg J Patientensicherheit: Kontinuierliche Verbesserung. Ergebnisse einer online-Umfrage unter Chirurgen zu Instrumenten der Patientensicherheit (DGCH, BDC, APS) Dtsch Ärztebl 2015;112: 1032-1035
- [15] Beyer K, Heidecke C-D Evidenzbasierung von Instrumenten zur Verbesserung der Patientensicherheit in der Chirurgie. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFG) (2015) 109, 230–234
- [16] Kaufmann M, Staender S, von Below G, Brunner HH, Portenier D, Scheidegger D. Computerbasiertes anonymes Critical Incident Reporting: ein Beitrag zur Patientensicherheit Schweizerische Ärztezeitung 2002;83: 2554-2558
- [17] Bauer H CIRS jetzt auf www.dgch.de allgemein geöffnet. Mitteilungen der DGCH 2008;37:138
- [18] Schrappe M (2018) APS-Weißbuch Patientensicherheit: Wegweiser für zentrale Verbesserungen der Patientenversorgung MWV Medizinische Verlagsgesellschaft Berlin
- [19] Kaulen H (2015) Patientensicherheit im OP? Täter, Tat und Tatort. FAZ 10.5.2015
- [20] Rothmund M Editorial Patientensicherheit Der Internist 2020; 61:440-443

ERNENNUNGEN & AUSZEICHNUNGEN

Neue Ärztliche Direktorin an der BG Klinik Tübingen Deutschlands erste Lehrstuhlinhaberin für Unfallchirurgie tritt ihren Dienst an



Prof. Dr. med. Tina Histing ist seit September 2020 neue Ärztliche Direktorin und Direktorin der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie an der BG Klinik Tübingen. Zugleich übernimmt Histing den Lehrstuhl für Unfallchirurgie an der Medizinischen Fakultät der Eberhard Karls Universität Tübingen.

Mit ihr an der Spitze der leitenden Ärzte will die BG Klinik die optimale Versorgung von Schwerstverletzten und Traumapatienten regional und überregional weiter ausbauen. Prof. Histing ist damit die erste Ärztliche Direktorin der Unternehmensgruppe BG Kliniken und Deutschlands erste Lehrstuhlinhaberin für Unfallchirurgie.

Wegen einer zunehmend älteren Bevölkerung in Deutschland sieht Prof. Histing besonders die Alters-traumatologie als zentrales Thema für die Unfallchirurgie der kommenden Jahre. Seit 2016 hat sich im klinikeigenen Zentrum für Alterstraumatologie bereits ein interdisziplinäres Team auf die Versorgung von älteren Patienten spezialisiert. Gemeinsam mit Prof. Histing will die BG Klinik Tübingen nun an bestehende Strukturen anknüpfen und sich auch überregional noch stärker als Zentrum der Spitzenversorgung von Becken- und Acetabulumfrakturen etablieren. Marcus Herbst, Geschäftsführer der BG Klinik Tübingen, freut sich auf die kommende Zusammenarbeit: „Durch ihre ausgesprochene klinische Expertise und ihre Managererfahrungen als geschäftsführende Oberärztin und Lehrbeauftragte des Universitätsklinikums des Saarlandes bringt Prof. Histing exzellente Voraussetzungen für Ihre neuen Aufgaben mit“.

Zusätzlich zu ihrer Position als Ärztliche Direktorin und Direktorin der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie übernimmt die 42-jährige den Lehrstuhl für Unfallchirurgie an der Medizinischen Fakultät der Eberhard Karls Universität Tübingen. Der wissenschaftliche Schwerpunkt der gebürtigen Saarländerin liegt auf der Erforschung der gestörten Frakturheilung, insbesondere bei Stoffwechselerkrankungen und im höheren Alter. Zudem arbeitet Prof. Histing an klinischen Studien zur Beckenchirurgie und Alterstraumatologie. Damit passen ihre universitären Forschungsschwerpunkte ideal zum klinischen Profil der BG Klinik in Tübingen: „Mein Ziel ist es, eine möglichst effiziente Symbiose von innovativer Patientenversorgung für Unfallverletzte, klinischer Forschung und Grundlagenforschung zu schaffen“, erklärt die neue Ärztliche Direktorin ihre Pläne für Tübingen.

Prof. Dr. Michael Bamberg, Leitender Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Tübingen (UKT), möchte in enger Abstimmung mit der neuen Ärztlichen Direktorin die Zusammenarbeit zwischen beiden Kliniken weiter ausbauen. Gemeinsam will man die Strukturen für ein Zentrum für muskuloskeletale Chirurgie schaffen, um dieses auch über den Medizinstandort Tübingen hinaus national und international bekannt zu machen. Sowohl Bamberg als auch Histing schätzen die Voraussetzung hierfür ideal ein.

Prof. Dr. Bernd Pichler, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen, sieht in der neuen Ärztlichen Direktorin der BG Klinik ebenfalls eine große Bereicherung für die unfallchirurgische Lehre in Tübingen: „Prof. Histing hat als Lehrbeauftragte am Universitätsklinikum des Saarlandes zahlreiche innovative Impulse eingebracht. Wir sind davon überzeugt, dass ihre langjährigen Erfahrungen dazu beitragen werden, den Studierenden in Tübingen eine hervorragende und praxisrelevante unfallchirurgische Lehre anbieten zu können.“

Seit Jahren engagiert sich Prof. Histing auch in verschiedenen Gremien und Fachgesellschaften. Unter anderem ist sie Mitglied im Präsidium des Beirates der AOTrauma Deutschland sowie im nicht-ständigen Beirat der DGU (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie). Zudem hat sie bisher die universitären Oberärztinnen und Oberärzte im Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) vertreten.

Nachruf zum Tod von Prof. Dr. med. Martin Bartel



in memoriam
Prof. Dr. med.
Martin Bartel
(*15.07.1934 † 02.09.2020)

Am 2. September 2020 verstarb unerwartet der langjährige Chef der Thorax- und Gefäßchirurgie der Chirurgischen Universitätsklinik Jena, Medizinalrat Prof. Dr. med. habil. Martin Bartel.

Nachruf aus der Sicht eines Freundes und Kollegen.

Martin Bartel wurde am 15. Juli 1934 geboren. Damit gehört er einer Altersgruppe von Chirurgen an, die den Vorzug hatte, von einer Lehrer- generation geprägt worden zu sein, die zu den Pionieren nach dem II. Weltkrieg zählte und die Notwendigkeit einer Spezialisierung frühzeitig erkannte. Wir haben damit den Aufschwung unserer Spezialfächer, nämlich der Thorax-, Gefäß- und Herzchirurgie hautnahe miterlebt und später den Aufbau und den langdauernden Kampf um ihre Daseinsberechtigung an unseren universitären Wirkungsstätten in der frühen DDR mitgestalten können.

Natürlich waren wir „von der Pieke des Fußvolkes“ an jahrelang Allgemeinchirurgen bis

zum Facharzt. Wir mussten alle Stationen einer großen chirurgischen Klinik absolvieren, ehe wir uns in unseren Spezialgebieten festsetzten. Wir haben diese heute leider nicht mehr übliche breite Ausbildung nie bereut.

So hat auch Martin Bartel diesen Weg in einigen Krankenhäusern Thüringens, u. a. Chirurgische Klinik der Medizinischen Akademie Erfurt und in der Chirurgischen Universitätsklinik Jena unter Prof. Theo Becker beschritten. Der junge Facharzt interessierte sich aber bereits Ende der 60er Jahre zunehmend für die Thorax- und Gefäßchirurgie. Von dieser Tätigkeit zeugt neben einer Vielzahl von Publikationen und Vorträgen die Herausgabe des Buches „Einführung in die Mediastinoskopie“ (1967, 1972). Es kam zu einer Zeit heraus, als dieses – heute als Routinemethode in der Thoraxdiagnostik anerkannte Verfahren – noch Neuigkeitswert hatte.

Die Entwicklung der Thoraxchirurgie verlief in unseren Universitätskliniken in Jena und Halle etwa gleichsinnig, d. h. die operative Behandlung der Brustkorberkrankungen wurde von Anfang an von uns Chirurgen ausgeübt. Die Querelen, welche in den Lungenkliniken bis zum Ritterschlag und zur Anerkennung der „operierenden Internisten“ abliefen, blieben uns damit erspart.

Wir hatten beide außer der Thoraxchirurgie ein zweites, damals besonders aktuelles, spezielles Betätigungsfeld gewählt, nämlich Martin Bartel die Gefäßchirurgie und ich die Herzchirurgie. In Jena entwickelte sich diese Kombination frühzeitig unter Bartels Leitung seit den 70er Jahren zur allseits bekannten und geschätzten Abteilung für Thorax- und Gefäßchirurgie. In Halle brauchte es bis 1987, ehe aus der Abteilung für Thorax- und Herzchirurgie heraus die Brustkorbchirurgie verselbständigt wurde.

Wir trugen beide an unseren langjährigen Wirkungsstätten über Jahrzehnte die Last der oft

langdauernden und schwierigen Operationen und ihrer nicht selten komplizierten Verläufe, dazu die notwendige Forschung und studentische Lehre. Wenn ich von Last spreche, weiß ich, wovon ich spreche. Kaum jemand wird im Zeitalter des Arbeitszeitgesetzes ermessen können, wie damals die sog. Routinearbeit auf Station ohne abendliche Begrenzung, die stundenlangen Eingriffe im Operationssaal, die Neueinführung neuer Techniken mit ihren anfänglichen Komplikationen und ihrer „Lernkurve“ und die zahlreichen Dienste bewältigt werden konnten. Dazu kamen abends und oft an Wochenenden die Experimente im Tieroperationssaal, die Vorbereitung der Vorlesungen mit damals noch üblichen zahlreichen Patientenvorstellungen und das Schreiben von Manuskripten für wissenschaftliche Publikationen und Vorträge.

Martin Bartels berufliche Entwicklung gleicht also fast der meinigen, wir wurden nicht nur Kollegen mit etwa gleichlaufenden Interessen und Zielen, sondern auch zu Freunden mit häufigem Austausch. In diesen sehr aktiven 60er bis 80er Jahren habilitierten wir uns, wurden zu Hochschuldozenten ernannt und schließlich zu Professoren der Chirurgie berufen, Martin immer etwas früher. Er erhielt 1993 die Berufung auf die neugeschaffene ordentliche Professur für Thorax- und Gefäßchirurgie verbunden mit dem Direktorat der Klinik.

In der Sektion Thoraxchirurgie der Gesellschaft für Chirurgie der DDR gaben wir als Vertreter der universitären Thoraxchirurgie langjährig mit den Ton an. Martin Bartel war von 1980 bis 1982 Vorsitzender der Sektion und viele Jahre im Vorstand erfolgreich verankert. 1982 organisierte er die 8. Arbeitstagung in Jena. Diese ist mir nicht nur wegen ihres anspruchsvollen wissenschaftlichen Gehaltes, sondern wegen des tollen Rahmenprogramms in guter Erinnerung. Der Festabend fand auf dem Fuchsturm statt und war

bei Bratwurstzeremonie und ausgelassenem Tanzvergnügen ein unvergessliches Erlebnis. Dazu hatte Martin alle Register seines Organisationstalents und seines Charmes gezogen. Auf dieser Tagung wurde auch der Freundschaftsvertrag mit den ungarischen Thoraxchirurgen (Kulka, Keßler, Pinter) feierlich verlängert, wie überhaupt die Pflege der wissenschaftlichen und freundschaftlichen Kontakte mit den osteuropäischen Thoraxchirurgen – es herrschten die Zeiten des Eisernen Vorhangs – zu unseren Herzens-Anliegen gehörte. Viele gemeinsame Tagungen mit diesen Kollegen hatten ein heute bei wissenschaftlichen Kongressen kaum noch anzutreffendes Flair, nämlich eine freundschaftliche, fast familiäre Atmosphäre, die wohl auch der gemeinsam erlebten politischen Situation zuzuschreiben war.

Nun war es uns in der DDR gelungen, die Thoraxchirurgie als selbständige Abteilungen mit Professuren an unseren Universitätskliniken zu etablieren und dieser fortschrittlichen Organisationsstruktur Anerkennung zu verschaffen. Die Wende brachte Veränderungen. Wissenschaftlich waren wir mit Recht bestrebt, unser Licht nicht unter den Scheffel zu stellen, und taten das auch. Martin Bartel, Fredi Baudrexel aus Coswig und ich organisierten deshalb unter teilweise improvisierten Bedingungen bereits 1992 das 7. Trilaterale Symposium Deutschland-Ungarn-CSSR in Bad Schandau, es kamen diesmal nicht nur die ungarischen, tschechischen und polnischen Kollegen, sondern in großer Zahl auch die Thoraxchirurgen aus den alten

Bundesländern, es war eine der Keimzellen für die gesamtdeutsche Thoraxchirurgie. Das Treffen war die erste internationale Veranstaltung nach der Wende und eine bedeutende Drehscheibe zwischen Ost und West.

Martin Bartel gehörte zu den Gründungsmitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie. Die Jahrestagung 1996 wurde von ihm mit großem Erfolg in Jena ausgerichtet und war ebenfalls ein Meilenstein im Zusammenwachsen der deutschen Thoraxchirurgen. Auch hier hatte das Rahmenprogramm wieder ein abendliches Highlight, nämlich eine Exkursion auf die „Schlachtfelder“ aus den Napoleonkriegen bei Jena.

Bei solchem außerordentlichen Fleiß und Engagement blieben natürlich Ehrungen nicht aus. 1996-2000 war er Vorsitzender der Thüringischen Gesellschaft für Chirurgie und dann deren Ehrenmitglied und auch Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie. Und hervorzuheben ist natürlich auch, dass sich viele seiner Schüler habilitierten und bedeutende Chefstellen im ganzen Lande besetzten.

Mit der Selbständigkeit und Erhaltung der von uns geschaffenen selbständigen universitären Spezialabteilungen lief es dagegen nicht so gut. Nach Bartels Emeritierung und vorher schon nach meinem Ausscheiden in Halle wurden die fachlichen Strukturen der alten Bundesländer übernommen und Kliniken für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie in

Jena bzw. für Herz- und Thoraxchirurgie in Halle installiert. Die Folgen für Jena und Halle sind bekannt. Es hat sich inzwischen erwiesen, dass diese Entscheidungen nicht richtig waren und als Anachronismus aufgefasst werden müssen. Aber wir hielten uns an die Feststellung von Horaz „Beatus ille qui procul negotiis“. Bartel behielt seine optimistische, ausgleichende und humorvolle Natur bis ins hohe Alter. Noch an seinem 80. Geburtstag äußerte er: „80 zu werden ist ein glanzvolles Geschenk und keineswegs ein Drama!“

Es ist schwer, ein langes Arbeitsleben mit allen Facetten, die Erwähnung finden müssten, zu beschreiben. Mag es zu Beginn unserer Laufbahn persönlicher Ehrgeiz und Wissensdrang sein, der uns vorwärtstreibt, so mündet er schließlich in eine Bahn, die Verantwortung heißt, und die man weder anlegen und ablegen, sondern nur verspüren kann und wahrnehmen muss. Wir können beide sehr dankbar sein, dass wir chirurgische Ärzte sein durften und nicht Manager sein mussten, Ärzte, die als Leitlinie nur das Gewissen hatten, das zugleich den Qualitätsstandard bestimmte.

Halt und Ausgleich fand Martin Bartel in seiner intakten Familie und mit seiner Frau Rita, denen unser Mitgefühl gehört.

Wir trauern um einen gestandenen Chirurgen, vorbildlichen Kollegen und Freund.

Prof. Dr. med. Heinz Neef, Bockau

Nachruf zum Tod von Prof. Dr. med. Dr. h.c. Paul Hermanek



in memoriam
Prof. Dr. med. Dr. h.c.
Paul Hermanek
(*08.03.1924 † 17.09.2020)

Am 17. September 2020 starb in Erlangen im Alter von 96 Jahren Prof. Dr. med. Dr. h.c. Paul Hermanek, Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Es wird kaum Abdominalchirurgen geben, die in ihrer täglichen Arbeit nicht von den Erkenntnissen der Forschungsarbeiten des Pathologen Paul Hermanek beeinflusst werden. So nachhaltig ist sein Werk, dass viele Kollegen dachten, er sei Chirurg.

Paul Hermanek wurde am 8. März 1924 in Wien geboren. Nach dem Kriegsdienst als Sanitäter absolvierte er sein Medizinstudium in Wien und legte 1950 das Staatsexamen ab. Nach der Facharztausbildung wurde er 1957 Oberarzt am Pathologischen Institut der Allgemeinen Poliklinik Wien und habilitierte sich 1966 in der Pathologie der Universität Wien.

Seine große Zeit kam mit der Berufung nach Erlangen. In der Chirurgischen Klinik hatte der damalige Ordinarius Gerd Hegemann

beschlossen, die Pathologieversorgung neu zu gestalten und eine „Abteilung für klinische Pathologie mit Schwerpunkt Tumorpathologie“, die einzige ihrer Art an deutschen chirurgischen Universitätskliniken, zu etablieren, angeregt durch das amerikanische Vorbild der Surgical Pathology. Es war der Startpunkt für eine einmalige und sehr produktive Zeit: Der richtige Mann (mit neuen Ideen, Konzepten und Begeisterungsfähigkeit) zur richtigen Zeit (Phase eines Umbruchs in der Pathologie) in der richtigen Umgebung (kooperationsbegeisterte Kollegen in der Klinik), die nach seinen neuen Impulsen gierten. Paul Hermanek führte neue Methoden und Konzepte in die Chirurgie ein, unter dem Motto „Histologie- und Stadiengerechte Chirurgie“. Durch Einführung vieler Neuerungen u. a. mit einer direkten Anbindung des Pathologie-Labors an den Operationssaal wurde die Zeit für Schnellschnittuntersuchungen (schnell und sicher) auf unter 5 Minuten verkürzt. Damit schuf er Voraussetzungen, um während der Operation den Chirurgen durch feingewebliche Untersuchungen am Resektionsrand, den regionalen Lymphknoten und benachbarten Organstrukturen wichtige Entscheidungshilfen für die Auswahl der Operationsmethode zu liefern. Die weitgehend standardisierte Untersuchung der gewonnenen Operationspräparate lieferte Daten, die für die Weiterentwicklung der onkologischen Chirurgie bahnbrechend waren.

Er war sich darüber klar, dass die schönsten Befunde und Ergebnisse in der Chirurgie und Pathologie nicht von Wert sind, wenn sie nicht sehr gut dokumentiert sind und so vergleichbare Daten für größere Datenbanken liefern. Aus dieser Erkenntnis entstanden nicht nur das Klinische Krebsregister der chirurgischen Universitätsklinik Erlangen, sondern auch Anleitungsbücher für die Dokumentationen von verschiedenartigsten Daten von Krebspatienten und damit wesentliche Grundlagen

für die Dokumentationsarbeit von Tumorzentren. Sie waren längerfristig konzeptuelle Grundlage für zahlreiche Anforderungen von klinischer und pathologischer Seite, die in die S3-Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft eingegangen und als wesentlicher Baustein einer Qualitätssicherung zu sehen sind. Paul Hermanek konnte über die Jahre eine große Zahl von KollegInnen in der Chirurgie, Urologie und inneren Medizin (Gastroenterologie) für eine Mitarbeit an seinen Konzepten begeistern, die gemeinsam und systematisch weiterentwickelt wurden.

Mit der Breite dieses Ansatzes wurden in Erlangen Grundlagen einer „neuen“ onkologischen Behandlung gelegt. Sie fanden bald Verbreitung in deutschen und europäischen Kliniken und letztlich in der Welt. Die Außenwirkung wurde unterstützt durch die Teilnahme von Paul Hermanek und anderen Erlanger Kollegen an zahlreichen große klinischen Studien, z. B. der Deutschen Magenkarzinomstudie. Paul Hermanek war auf Kongressen ein begeisterter und begeisternder Diskutant, der mit kritischen Fragen besonders junge Wissenschaftler ansprechen konnte. Dabei ging es immer um die Sache und nie darum, jemand persönlich zu belehren. Wenn er kritisiert hat, sagte mir mal ein junger Teilnehmer, dann wusste man, dass die kritisierte Arbeit nicht so gut war, aber man hat sich als Person gefördert gefühlt.

Fragt man nach den Ursachen des Erfolges, stechen sein Arbeitseifer und seine Begeisterungsfähigkeit für die neue klinische Tumorpathologie heraus, gepaart mit Mut, Selbstvertrauen und Können. Diese Eigenschaften wurden auf alle Mitarbeitenden übertragen. Die Konzepte dieser Arbeit wurden von Paul Hermanek in Vorträgen und Arbeiten von hervorragender Didaktik und eindrucksvoller Aussagekraft immer wieder dargestellt. Die Ergebnisse wurden vielfältig

in nationalen und internationalen Zeitschriften veröffentlicht (knapp 1000 Publikation als Erst- und Koautor).

Für seine Verdienste um die Krebsbehandlung erhielt Paul Hermanek 1988 (zusammen mit F. P. Gall) den deutschen Krebspreis und 1996 die K. H. Bauer-Gedächtnis-Medaille. Darüber hinaus wurde er für seine Verdienste mehrfach ausgezeichnet, u. a. 1987 mit dem Johann-Georg-Zimmermann Wissenschaftspreis der Medizinischen Hochschule Hannover, 1991 mit der Ehrenmitgliedschaft der Österreichischen Gesellschaft für Pathologie in Wien, 1993 mit der Max-Lebsche-Medaille der Vereinigung der Bayrischen Chirurgen, 1994 mit der European Award der Europäischen

Society of Surgical Oncology, 1994 mit dem Dr. med. h. c. der Universität Münster, 1997 mit dem Wilhelm-Warner-Krebspreis, 1999 mit der Ehrenmitgliedschaft der Chilenischen Chirurgengesellschaft, 2001 mit der Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, sowie mit zahlreichen weiteren Board-Mitgliedschaften und Ehrenvorlesungen. Er war Herausgeber der 4. Auflage der TNM-Klassifikation maligner Tumoren 1987 und 1992, des TNM-Atlas und des ersten Bandes des TNM-Supplement.

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie verliert mit ihm, der bis ins hohe Alter wissenschaftlich aktiv war, einen Pionier der Chirurgischen Onkologie, einen engen und

kreativen Partner, ein Verfechter der sorgfältigen Dokumentationen und nicht zuletzt einen musischen Opern-begeisterten Menschen, der selber übrigens sehr bescheiden auftrat.

Wir trauern mit seinen 2 Kindern, Enkeln und Urenkel um einen außergewöhnlichen Menschen.

Prof. Dr. med. Christian Wittekind

Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Ordinarius Emeritus

Institut für Pathologie

Universitätsklinikum Leipzig

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr Prof. Dr. med. Karl-Dieter Höhle, Mainz

Herr Dr. med. Amr El-Gibaly El-Gingehy, Stralsund

Herr Dr. med. Bernhard Rauchenberger, Hannover

Herr Prof. Dr. med. Rudolf Schwarzer, Zwickau

Herr PD Dr. med. Klaus Jürgen Husfeldt, Karlsruhe

Herr Dr. med. Diethard Pfeiffer, Reimlingen

Frau Prof. Dr. med. Dorothea Liebermann-Meffert, Freiburg

Herr Prof. Dr. med. Helmut Schmelzeisen, Lahr

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Paul Hermanek, Erlangen Ehrenmitglied

Herr Dr. med. Hans-Jürgen Haß, Magdeburg

Herr Prof. Dr. med. Ernst Rainer de Vivie, Wenningstedt/Sylt

Herr Dr. med. Gerhard Sell, Traunstein

*30.03.1938 †10.04.2020

*25.06.1963 †09.05.2020

*21.08.1941 †21.05.2020

*30.08.1933 †24.07.2020

*30.10.1939 †10.08.2020

*09.02.1938 †02.09.2020

*06.05.1930 †03.09.2020

*11.06.1940 †11.09.2020

*08.03.1924 †17.09.2020

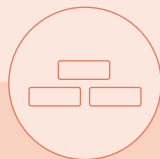
*10.05.1958 †23.09.2020

*05.10.1938 †28.09.2020

*14.07.1933 †31.10.2020

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 Ärztekasse Berlin, IBAN DE54 3006 0601 0005 2983 93, BIC DAAEDEDXXX unter dem Kennwort „Baustein LVH“. Eine Spendenbescheinigung wird Ihnen umgehend zugesandt.

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



Prof. Dr. med. Dr. med. dent. M. Ehrenfeld
Präsident

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

Prof. Dr. med. J. Werner
Schatzmeister

Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

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

BAUSTEIN IN GOLD

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

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

BAUSTEIN IN SILBER

Herr Prof. Dr. med. Leonhard Schweiberer, München
 Herr Prof. Dr. med. Klaus Junghanns, Ludwigsburg
 Herr Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, Neuötting
 Herr Prof. Dr. med. Hendrik Dienemann, Thoraxklinik Heidelberg
 Herr Prof. Dr. med. habil. Dr.-Ing. Dr. med. h.c. Michael Ungethüm,
 Tuttlingen
 Herr Prof. Dr. med. Hartmut Siebert, Schwäbisch-Hall
 Herr Prof. Dr. med. Karl Herbert Welsch, München
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Wysocki, Heidelberg
 Herr Dr. med. Jürgen Meier zu Eissen, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Post, Mannheim
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Mutschler, München
 Frau Prof. Dr. med. Ursula Schmidt-Tintemann, Vaterstetten
 Herr Prof. Dr. med. Matthias Rothmund, Marburg
 Herr Prof. Dr. med. Christian H. Siebert, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Volker 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 Schwemmler, Linden
 Herr Dr. med. Frank U. Zittel, Frankenthal
 in memoriam Prof. Dr. med. Richard Xaver Zittel
 Herr Prof. Dr. med. Wulf Brands, Karlsruhe
 in memoriam Dr. med. Hartmut Wirth, Mannheim
 Herr Prof. Dr. med. habil. Dieter Bokelmann, Essen
 in memoriam Dr. med. Ottmar Kohler, Idar-Oberstein
 Herr Prof. Dr. med. Hermann Bünthe, Münster
 Frau Dr. Eva Appel, Frankfurt/Main
 in memoriam Prof. Dr. med. Alexander Appel
 Herr Prof. Dr. med. Gerhard Schönbach, Freiburg
 Frau Prof. Dr. med. Dorothea Liebermann-Meffert, Freiburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Basel
 Herr Dr. med. Andreas Dörmer, Frankfurt/Main
 Herr PD Dr. med. habil. Klaus H. Fey, Berlin
 in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Linder, Heidelberg,
 Prof. William P. Longmire Jr., Los Angeles
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Köle, Graz
 in memoriam Prof. Dr. med. Adolf Winkelbauer und
 Prof. Dr. med. Franz Spath
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Helmut Wolff, Berlin
 Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Rehbein
 Herr Prof. Dr. med. E. Ulrich Voss, Karlsruhe
 in memoriam Herr Prof. Dr. med. Jörg F. Vollmar
 Herr Dr. med. Christoph Bubb, Landshut

Herr Dr. med. Bernhard Arlt, Herne
 Herr Prof. Dr. Axel Laczkovics, Bochum
 in memoriam Prof. Waldemar Kozuschek, Bochum
 Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau, Bochum
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans Hellmuth Hirsch
 Herr Prof. Dr. med. Otto-Andreas Festge, Greifswald, Herr Dr. med.
 Reinhold Festge, Oelde, Frau Dr. med. Brigitte Festge, Greifswald
 in memoriam Dr. med. Otto Festge
 Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
 Herr Prof. Dr. med. Horst Hamelmann, Kiel
 Herr Prof. Dr. med. Paul Hahnloser, Zürich
 in memoriam Prof. Dr. med. Åke Senning
 Herr Dr. med. Christoph Schüürmann, Bad Homburg

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

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, Höchststadt/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
 Herr Dr. med. Thomas Friess
 in memoriam Prof. Dr. med. Klaus Reichel

DGCH-PRÄSIDIUM

ab 1. Oktober 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	R. Goldbrunner, Köln
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	N.N.
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

MEINE DATEN HABEN SICH GEÄNDERT


☐ Mitgliedsnummer DGCH

☐ Mitgliedsnummer BDC

Titel

Name und Vorname

Klinik/Krankenhaus/Praxis

Abteilung

Klinik-Anschrift

Telefon dienstlich

Privat-Anschrift

Telefon privat

Mobiltelefon

E-Mail-Adresse

Postsendungen bitte an die

☐ Praxis-/Klinikadresse

☐ Privatadresse

☐ 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

eMagazin
10/2020

INHALTSVERZEICHNIS DER eMAGAZIN AUSGABE OKTOBER 2020

EDITORIAL

Transplantationsmedizin in Bewegung
A. Rahmel

SCHAUFENSTER

CHIRURGIE

IM FOKUS

Nierentransplantation und Lebendspende
M. Anthuber, F. Sommer, M. Hoffmann
Was gibt's Neues in der Lebertransplantation?
S. Brunner, F. Brennfleck, H. Schlitt

CHIRURGIE+

Webinar-Termin im November 2020:
S1-Leitlinie „Interdisziplinär abgestimmte Empfehlungen zum Personal- und Patientenschutz bei Durchführung planbarer Eingriffe zur Zeit der SARS-CoV-2-Pandemie“

Umsichtig und vernünftig handeln auf der operativen Intensivstation
R. Kopp, G. Marx, R. Wildenauer

COVID-19: Auswirkungen des Lockdowns auf die operative Patientenversorgung in Deutschland im April 2020
E. Bialas, A. Schleppers, T. Auhuber

Hygieneanforderungen in der ambulanten Praxis
A. Ohnesorge, S. Schulz-Stübner

Unterstützung im Klinikalltag:
Per App OP-timal vernetzt
B. Teigeler

Hygiene-Tipp: Meldepflichten nach Infektionsschutzgesetz
W. Popp, L. Jatzwauk, R. Schmithausen, W. Kohnen

Rezension: Illustrated Abdominal Surgery
W. Schröder, C. Bruns

Personalia

F+A: Tätowierungsentfernung als ärztliche Leistung
J. Heberer

GESUNDHEITSPOLITIK

BDC-Pressmitteilung: Mehr Bundeskompetenz im Gesundheitssektor erforderlich

„Vernetzen. Forschen. Heilen.“
Deutschlands Weg von der reinen Digitalisierung in die KI
J. Seifert, S. Scheithauer, R. Eils, D. Stengel, A. Ekkernkamp

Aktuelle Meldungen

INTERN DGCH

Wahl des Präsidenten 2022/2023
A. Seekamp
Go west – Bericht eines DGCH-Reisestipendiaten über den Aufenthalt in zwei der größten Krebszentren der USA und die Teilnahme am amerikanischen Chirurgenkongress 2019
A. Seifert

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
S. Tenckhoff

Spendenaufwurf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
DGCH-Präsidium ab 1. Juli 2020

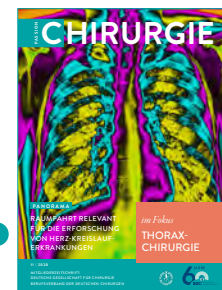
Meine Daten haben sich geändert

INTERN BDC

BDC|News
BDC | Landesverbände
BDC-Pressespiegel
Termine BDC | Akademie
Lifestyle-Angebote im Oktober 2020

PANORAMA

Meist sind es nicht die heroischen Taten
M. Schäffer

eMagazin
11/2020

INHALTSVERZEICHNIS DER eMAGAZIN AUSGABE NOVEMBER 2020

EDITORIAL

Thoraxchirurgie und der BDC
E. Stoelben

SCHAUFENSTER

CHIRURGIE

IM FOKUS

Immuntherapie & Thoraxchirurgie
M. E. Eichhorn
Thoraxchirurgie in Lokalanästhesie
T. Galetin, E. Stoelben

CHIRURGIE+

BDC|eAkademie – einfach starten!
W. Schröder, S. Joachimi

Akademie aktuell: Operationskurs in der Thoraxchirurgie, zehn Jahre Erfahrung
E. Stoelben

Webinar-Termin im Dezember 2020:
S2k-Leitlinie „Operative Therapie der Nebennierentumoren“

Safety-Tipp: Nutzung von Mediation oder mediativen Gesprächstechniken im Krankenhausalltag
K. Hinke

Hygiene-Tipp: Wasser und Abwasser
W. Popp, L. Jatzwauk, R. Schmithausen, W. Kohnen

Glossar perioperativer Prozesszeiten und Kennzahlen: Version 2020
M. Bauer, T. C. Auhuber, R. Kraus, J.-A. Rüggeberg, K. Wardemann, P. Müller, C. Taube, M. Diemer, M. Schuster
Haben Sie diese BG-Ziffern schon mal abgerechnet? – Neues und wenig Bekanntes aus der UV-GOÄ
P. Kalbe

Honorarbericht der KBV vom 1. und 2. Quartal 2018

Personalia

F+A: Verbot geschäftsmäßiger Suizidhilfe
J. Heberer

F+A: Verzicht auf die Aufklärung
J. Heberer

GESUNDHEITSPOLITIK

BDC-Praxistest: Der Bund lockt Kliniken mit Milliarden in die Digitalisierung
F. Burgdorf
Aktuelle Meldungen

INTERN DGCH

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
S. Tenckhoff
Spendenaufwurf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
DGCH-Präsidium ab 1. Oktober 2020
Meine Daten haben sich geändert

INTERN BDC

Einladung zur „digitalen“ BDC-Mitgliederversammlung 2020
BDC | Landesverbände
BDC-Pressespiegel
Termine BDC | Akademie
Veranstaltungshinweise
Lifestyle-Angebote im November 2020

PANORAMA

Raumfahrt relevant für die Erforschung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen
R. Iglauer-Sander



EHRUNG



DR. MED. MICHAEL BARTSCH ERHÄLT WOLFGANG MÜLLER-OSTEN-MEDAILLE 2020

Der BDC verleiht die diesjährige Wolfgang Müller-Osten-Medaille (WMO-Medaille) an Herrn Dr. med. Michael Bartsch aus Roth bei Nürnberg. Diese Auszeichnung wird seit 1997 an Mitglieder vergeben, die sich in besonderem Maße Verdienste um den BDC erworben haben...

...Im Rahmen seiner ehrenamtlichen berufspolitischen Tätigkeit hat sich Dr. Bartsch stets für eine konstruktive Zusammenarbeit des Berufsverbands der niedergelassenen Chirurgen (BNC) mit dem BDC eingesetzt. Er war dabei vor allem in Phasen von politischen Spannungen zwischen den Verbänden ein verlässlicher Ansprechpartner des BDC-Vorstands und regelmäßig um einen sachgerechten Ausgleich bemüht. Mit der Verleihung der Wolfgang-Müller-Osten-Medaille würdigt der BDC dieses außergewöhnliche Engagement.

Zur ausführlichen Meldung: www.bdc.de/category/news/

JOURNALISTENPREIS 2020



ANNA SCHUBERT IST PREISTRÄGERIN DES BDC-JOURNALISTENPREISES 2020

Der diesjährige BDC-Journalistenpreis 2020 geht an die freie Fernsehjournalistin Anna Schubert. Sie hat 2019 für das Gesundheitsmagazin „Visite“ des NDR Fernsehen eine Reportage über einen 50-jährigen an Speiseröhrenkrebs erkrankten Patienten erstellt. Der Film vermittelt anschaulich die einzelnen mit einem DaVinci-Roboter assistierten Operationsschritte am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Kiel. Er erläutert diesen komplexen Eingriff und die Wiederherstellung des oberen Verdauungstraktes in einer für Laien informativen Art und Weise.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer: „Frau Schubert ist es gelungen, einen lebensnahen und zugleich informativen Beitrag zu drehen, der das Fach Chirurgie in seiner umfassenden Leistungsfähigkeit zeigt. Ziel des BDC-Journalistenpreises ist es, die Faszination aller Fächer des Gebiets Chirurgie einem breiten Publikum zu vermitteln.“

Der BDC-Journalistenpreis ist mit 1.500 Euro dotiert. Aufgrund der Corona-Pandemie hat die Verleihung in diesem Jahr virtuell im Rahmen der BDC-Präsidiumssitzung stattgefunden.



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

Höhere Beiträge für einen zukunftsorientierten BDC

Liebe BDC-Mitglieder,

der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) feiert in diesem Jahr sein 60-jähriges Bestehen. Damals fanden sich gerade mal ein halbes Dutzend Gründungsmitglieder zusammen, 1968 waren es bereits 1.433 Mitglieder und heute freuen wir uns über mehr als 17.000 angehende, aktive und auch pensionierte Chirurginnen und Chirurgen in unseren Reihen.

Diese Zahlenreihe verdeutlicht, der BDC hat sich im Laufe der Jahrzehnte unter den medizinischen Berufsverbänden zu einem der größten in Deutschland und auch zur größten Chirurgenvereinigung in Europa entwickelt – das ist für den BDC-Vorstand Anspruch und Herausforderung zugleich.

Eine Befragung unter unseren Mitgliedern vom Anfang dieses Jahres zeigt eine Weiterempfehlungsrate von 93 Prozent. Besonders hohe Zustimmungswerte erfährt – neben den Versicherungsleistungen, der Rechtsberatung und der PASSION CHIRURGIE – die BDC|Akademie mit ihren anspruchsvollen Fortbildungsangeboten. Deswegen haben wir in den vergangenen Monaten besonders intensiv in den Aufbau unserer eAkademie investiert. Diese steht Ihnen seit Anfang November mit einem erweiterten Angebot an Webinaren, Seminarunterlagen und Podcasts zur Verfügung. Und auch einige unserer Präsenzseminare bieten wir gegenwärtig digital an.

Dies halten wir nicht nur unter den heutigen Corona-Bedingungen für eine wichtige Chance, um veränderte Lerngewohnheiten und Lebenswirklichkeiten noch individueller im Kursprogramm berücksichtigen zu

können. Das Akademieprogramm für 2021 ist Ihnen mit dieser Ausgabe der PASSION CHIRURGIE zugegangen. Es beinhaltet neben Bewährtem, Neuheiten wie z. B. ein modulares Kursangebot zur Robotik, den „Ökonomischen Notfallkoffer“ und Hospitationen im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie. Die neue eAkademie sowie neue Kursangebote und -formate wie Podcasts, Lernvideos und Webinare haben eines zum Ziel: Die chirurgische Fort- und Weiterbildung für Sie so einfach und so interessant wie möglich zu gestalten.

Speziell für den Nachwuchs haben wir die Website Chirurg-werden.de überarbeitet und entwickeln derzeit neben Lernvideos mit Prüfungssimulationen auch neue Konzepte für den Kongress „Staatsexamen & Karriere“.

Darüber hinaus haben wir das Service-Angebot mit Sonderkonditionen für niedergelassene BDC|Mitglieder vervollständigt. Dieses beinhaltet nun – neben den für alle BDC|Mitglieder geltenden Angeboten, wie den Versicherungen und dem umfassenden Beratungsangebot – folgende neue Leistungspakete: Hygienemanagement in Klinik und Praxis, Datenschutz, Arbeitssicherheit, Praxismarketing/Internetauftritt und die Praxiswertbestimmung. Zudem konnten die Konditionen der Haftpflichtversicherung verbessert werden, wie wir bereits berichteten.

Mehr als überfällig war schließlich eine grundlegende Erneuerung unserer IT-Infrastruktur in der Geschäftsstelle. Damit wird auch den gestiegenen Anforderungen an den Datenschutz im Kontext der geänderten Datenschutzgrundverordnung und den gestiegenen Cyber-Risiken Rechnung



Dr. med. Hubert Mayer
Schatzmeister des BDC
Kliniken an der Paar Krankenhaus
Aichach
Krankenhausstr. 11
86551 Aichach
dr.hubert.mayer@t-online.de

getragen. Ein Identitätsmanagement für Mitglieder sowie moderne Hard- und Software gehören heute zur unabdingbaren Ausrüstung einer funktionierenden, modernen Arbeitsumgebung. Coronabedingt haben wir zudem die Möglichkeiten für dezentrales Arbeiten ausgebaut.

Unsere Mitglieder haben uns in der Mitgliederbefragung auch ihre Vorstellungen genannt, in welche Richtung es weitergehen soll: Eine Intensivierung der externen Kommunikation und eine stärkere berufspolitische Interessenvertretung sind die am häufigsten genannten Entwicklungsfelder. Ebenfalls wichtig sind den Mitgliedern die Zusammenarbeit mit den chirurgischen Fachgesellschaften und der Einsatz für verbesserte Rahmenbedingungen. Vor dem Hintergrund der geschilderten Modernisierungsprozesse und auch einer veränderten Einnahmesituation durch die Corona-Pandemie sowie Konsolidierungsprozesse in der Industrie, hat die Mitgliederversammlung am 28.11.2020 beschlossen, die Mitgliedsbeiträge zum 01.01.2021 zu erhöhen.

Dazu einige Zahlen und Fakten:

- Letzte allgemeine Beitragserhöhung um 14,7 Prozent (West) und 16,1 Prozent (Ost) vor 19 Jahren.
- Angleichung der Mitgliedsbeiträge West/Ost 2013: Durchschnittliche Erhöhung für Mitglieder aus den neuen Bundesländern um 21,4 Prozent. Anstieg des Lebenshaltungskostenindex in diesem Zeitraum um ca. 25 Prozent.

Um die Arbeit an aktuellen und neuen Themenfeldern zu fördern, ist es notwendig die Beitragsklassifizierungen und die Höhe der Beiträge zu adjustieren. Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis und Ihr Mitwirken! In dem Sinne freue mich auf Ihre Fragen, Anregungen und auch kritisch-konstruktiven Kommentare.

Ihr
Dr. med. Hubert Mayer

Tab. 1: Neue Beitragseinstufung

Dienststatus	Beitrag ab 1.1.2020 einschließlich Versicherung in Euro
Chefärzte, Ärztliche Direktoren, Sektionsleiter	285,00
Niedergelassene (Selbständige), MVZ- und BAG-Gesellschafter (auch angestellt)	245,00
Oberärzte, gehobenes Management	185,00
Angestellte Fachärzte in Klinik/MVZ/Praxis/BAG (ohne Leitungsfunktion/Gesellschafterstatus), Sonstige Angestellte	135,00
Assistenzärzte in Weiterbildung (Status bis Erreichen der Facharzt-Prüfung; maximal 5 Jahre)	112,00
Studierende	20,00



Mayer H: Höhere Beiträge für einen
zukunftsorientierten BDC. Passion Chirurgie.
2020 Dezember; 10(12): Artikel 07_02.

Rundum gut versorgt:

PROFITIEREN SIE VOM ERWEITERTEN BDC-SERVICEPAKET FÜR NIEDERGELASSENE ÄRZTE

Die Mitgliedschaft im BDC hat für ÄrztInnen in der Niederlassung jetzt noch mehr Vorteile. Als Arzt und Ärztin sind Sie Experte auf Ihrem Fachgebiet, in Ihrer Rolle als UnternehmerIn lernen Sie regelmäßig dazu. Um Sie bestmöglich in Ihrem Arbeitsalltag zu unterstützen, haben wir unser Serviceangebot für niedergelassene Ärzte in diesem Jahr weiter ausgebaut und bieten Ihnen, als Ergänzung zu unseren grundlegenden Dienstleistungen, zusätzlich folgende vier Bausteine über Rahmenverträge an, die jeweils ganz **individuell zu ergänzen** sind:

1. ARBEITSSICHERHEIT UND DATENSCHUTZ

Der BDC hat mit der **Protekto Gruppe** eine Kooperationsvereinbarung getroffen, die Ihnen betriebliche Prävention und ein Schutzschild nach außen bietet. Folgende Dienstleistungen sind für Sie abgedeckt:

- Arbeitssicherheit
- Arbeitsmedizin
- Brandschutz
- Datenschutz

2. BERATUNGSANGEBOT ZUR PRAXISHYGIENE UND INFektionsPRÄVENTION

Die Beratung der Praxen erfolgt beim **Deutschen Beratungszentrum für Hygiene** unter Supervision eines Krankenhaushygienikers und umfasst ein breites Leistungsspektrum:

- fachärztliche praxishygienische Beratung
- Beratung in allen Fragen der Praxishygiene und Infektionsprävention,
- die Erstellung eines Hygienekonzepts,
- jährliche Überprüfung vor Ort,
- Reinigungs- und Desinfektionsmanagement
- Beratung der Praxen im Umgang mit Behörden

3. PRAXISMARKETING/INTERNETAUFTRIIT

Bekanntheit steigern: Für Ihre öffentlichkeitswirksame Internetseite und gezieltes Praxismarketing hat der BDC eine Kooperationsvereinbarung mit der Spezialagentur **DocRelations** getroffen:

- Internetauftritt
- Marketing
- Individuelle Leistungen

4. PRAXISBEWERTUNGEN UND -BERATUNGEN

Der BDC hat folgende Leistungen mit **der Unternehmensgruppe Frielingsdorf** abgestimmt, die BDC-Mitglieder zu Sonderkonditionen erhalten:

- Praxiswertgutachten
- KV-Abrechnungs-Check
- Praxisabsicherung für den Todesfall des Praxisinhabers

Wir unterstützen Sie gern auch digital mit unserem neu veröffentlichten WEBINAR zur Praxisniederlassung „**Beratung zur Niederlassung: Was muss man wissen, was vorbereiten?**“ das Ihnen jederzeit on demand auf unserer eLearning-Plattform www.bdc-eakademie.de zur Verfügung steht.

Für Fragen rund um unser Servicepaket Niederlassung sind wir gerne für Sie da: mail@bdc.de.

Service-Angebot für BDC|Mitglieder komplettiert

Hygienemanagement in Klinik und Praxis
DEUTSCHES BERATUNGSZENTRUM FÜR HYGIENE

Arbeitsschutz/Datenschutz
protekto

Praxismarketing/Internetauftritt
DR.

Praxiswertbestimmung
FRIELINGSDORF & PARTNER

Rabattverträge



Mehr Informationen finden Sie auf
BDC|Online unter der Rubrik Leistungen

Presse SPIEGEL

DAS CORONA-VIRUS BEHERRSCHTE IN DIESEM JAHR AUCH DIE PRESSEARBEIT DES BDC. EINIGE AUSZÜGE HABEN WIR FÜR SIE ZUSAMMENGESTELLT.

01. APRIL 2020
ÄRZTEBLATT

**HAUSÄRZTE WÜNSCHEN SICH IN DER
CORONAKRISE MEHR UNTERSTÜTZUNG**

Auch der Berufsverband der Deutschen Chirurgen verwies auf die Notwendigkeit von Schutzkleidung – und warnte in diesem Zusammenhang vor einer weiteren Verknappung von Schutzmasken durch eine Maskenpflicht im öffentlichen Raum. „Wir weisen deswegen darauf hin, dass Schutzmasken für den medizinischen Gebrauch primär den Krankenhäusern, Arztpraxen und Pflegeheimen vorbehalten sein sollten in Zeiten, in denen diese Medizinprodukte nur schwer zu beschaffen sind“, heißt es in einer heutigen Mitteilung.



17. JUNI 2020
ÄRZTEZEITUNG
**BÄK UND PKV VERHANDELN
VERLÄNGERUNG DER
HYGIENEPAUSCHALE**

Gerade erst hat sich die Allianz Deutscher Ärzteverbände in einem Brief an PKV-Verbandsdirektor Dr. Florian Reuther über das Verhalten der PKV in der Krise heftig beschwert. „Man gewinnt den Eindruck, dass die Private Krankenversicherung die Effekte aus der gesundheitspolitisch notwendigen Reaktion zur Eindämmung der

Pandemie dankend entgegennimmt, ohne die allen Beteiligten des Systems Verantwortung für eine dauerhafte Stabilisierung wahrzunehmen“, schreibt der Sprecher der Allianz, Dr. Jörg Rüggeberg. Die Beteiligung der PKV an den Krisenkosten bezeichnet er im Vergleich mit dem GKV-Rettungsschirm als unzureichend.

30. JULI 2020
SÄCHSISCHE ZEITUNG
**OP-STAU IN KLINIKEN HÄLT
NOCH LANGE AN**

Eine neue Studie zeigt, welche Eingriffe wegen Corona am häufigsten verschoben worden. Ärzte fordern, dass das bei einer zweiten Welle besser wird.

Viele Patienten, deren Operation wegen der Corona-Krise verschoben wurde, werden wohl noch mehrere Monate auf den Eingriff warten müssen. Das geht aus einer Studie hervor, die der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) vorgestellt hat.



31. JULI 2020
ÄRZTEZEITUNG
**CHIRURGEN STÄRKEN
DEN NIEDERGELASSENEN
DEN RÜCKEN**

Klinik- und Vertragsärzte beharren sich wegen der bevorstehenden Notfallreform. Jetzt hat Professor Hans-Joachim Meyer, Präsident des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen, ein Machtwort gesprochen. (...)

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) hat nun den Niedergelassenen den Rücken gestärkt. Die Auseinandersetzungen darüber, ob die niedergelassenen Ärzte oder die Ärzte in den Krankenhäusern mehr zur Bewältigung des Ausbruchs des neuartigen Coronavirus beigetragen haben, schade dem Gesundheitssystem insgesamt, wird der Präsident des BDC, Professor Hans-Joachim Meyer, in einer Mitteilung des Verbandes zitiert.

31. JULI 2020
ÄRZTEZEITUNG
**WELCHE OPERATIONEN
WEGEN CORONA AM
HÄUFIGSTEN AUSGESETZT
WURDEN**

Eine Op-Datenauswertung offenbart, welche Eingriffe am häufigsten wegen der Corona-Pandemie verschoben wurden. Nun gehe es darum, den Rückstau abzubauen und Pandemiepläne künftig besser anzupassen, betonen die Chirurgen.

Op's, die am häufigsten aufgrund der COVID-19-Pandemie verschoben wurden, sind Katarakt-Op's (Rückgang von -79 Prozent), die Entfernung der Rachenmandeln (-82 Prozent) und die Implantation von Kniegelenkendoprothesen (-80 Prozent). Insgesamt seien Op's während des medizinischen Shutdowns um 41 Prozent zurückgegangen, meldet der Berufsverband der Deutschen Chirurgen unter Berufung auf ein bundesweites Benchmarking-Programm für Op-Prozesszeiten.

31. JULI 2020 BERUFSVERBAND NIEDERGEGLASSENER CHIRURGEN E.V. ONLINE BDC KRITISIERT „KLEINLICHEN STREIT UM ERFOLGE IN DER PANDEMIEBEWÄLTIGUNG“

In die aktuelle Auseinandersetzung zwischen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und den Kassenärztlichen Vereinigungen um bisher erreichte Erfolge in der Pandemiebewältigung hat sich nun auch der Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC) eingeschaltet. Er bezeichnete den Streit als „unangemessen“ und erklärte, er werde „der Tragweite dieser weltweiten medizinischen Krise nicht gerecht“. So sagte BDC-Präsident Prof. Hans-Joachim Meyer: „Der Streit darum, ob die niedergelassenen Ärzte, die nach eigenen Aussagen sechs von sieben Covid-19-Patienten erfolgreich behandelt haben oder ob die Ärzte in den Notfallambulanzen und auf den Intensivstationen der Krankenhäuser den Ausbruch des Sars-CoV-2 maßgeblich haben bewältigen können, ist wenig nachvollziehbar und schadet dem Ansehen unseres Gesundheitssystems insgesamt.“

AUGUST 2020 FOCUS GESUNDHEIT MYTHEN-CHECK: HÖREN ÄRZTE TATSÄCHLICH MUSIK IM OP?

„Musik im OP gibt es sicherlich in Einzelfällen, sofern Chefarzt und Klinikleitung es erlauben. Hierzulande ist es unseres Wissens nach aber kein flächendeckendes Phänomen“, erklärt der Berufsverband der Deutschen Chirurgen.

03. AUGUST 2020 BYMED MEDTEC NEWS VERSCHOBENE OPS: CHIRURGEN FORDERN ANPASSUNG VON PANDEMIEPLÄNEN

Die Auswertung von Daten eines bundesweiten Benchmarking-Programms für OP-Prozesszeiten

hat einen Rückgang der Operationen von 41 Prozent während des Shutdowns im April ergeben (Details auch in der Infografik weiter unten). Das Ziel des medizinischen Shutdowns, elektive Operationen weitestgehend zu verschieben und den medizinischen Betrieb von Volllast in einen auf COVID-19 ausgerichteten Notbetrieb umzuwandeln, wurde in den Krankenhäusern vorbildlich umgesetzt, so der Bundesverband der Deutschen Chirurgen (BDC).



07. AUGUST 2020 MARBURGER BUND ZEITUNG DIE HÄLFTE DER BEATMETEN STARBEN

Ein Benchmarking belegt den Rückgang der Operationen im April von 41 Prozent. ... Prof. Hans-Joachim Meyer, Präsident des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen: „Das Ziel des medizinischen Lockdowns, ..., wurde in den Krankenhäusern vorbildlich umgesetzt.“

28. SEPTEMBER 2020 DEUTSCHES ÄRZTEBLATT GOÄ: HYGIENEPAUSCHALE BIS JAHRESENDE VERLÄNGERT

Kritik kommt vom Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) und vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ). ... „Wir werden sicherlich nicht die Hälfte an Desinfektionsmittel und Schutzkleidung anwenden, ohne unsere Patienten zu gefährden“, erklärte Jörg-A. Rüggeberg, Vizepräsident des BDC. Die Krankenkassen seien zu Beginn der Pandemie durch den Gesetzgeber verpflichtet worden, anhand eines umfangreichen Rettungsschirms, die Kliniken und Arztpraxen vor den finanziellen Folgen der Pandemie abzusichern.

16. OKTOBER 2020 DEUTSCHES ÄRZTEBLATT PFLEGEPERSONAL- UNTERGRENZEN: VIER NEUE BEREICHE AB 2021

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) hält die Ausweitung der PPUG hingegen grundsätzlich für richtig. „Pflegepersonaluntergrenzen dienen zuallererst der Patientensicherheit und sind ein wirkungsvolles Instrument, um die Arbeitsbedingungen in der Pflege und im ärztlichen Dienst zu verbessern“, meint BDC-Präsident Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer.

01. NOVEMBER 2020 ÄRZTENACHRICHTENDIENST BDC FORDERT „LOCKDOWN MIT AUGENMASS“

Die akute Versorgung darf sich auch in der Corona-Pandemie nicht nur auf Covid-19-Patienten beschränken. Patienten mit anderen komplexen Krankheitsbildern müssten den gleichen Anspruch auf akute Versorgung haben, fordert der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC).



04. NOVEMBER 2020 HEALTH & CARE MANAGEMENT CHIRURGEN FORDERN PLANBARE OPS WEITERZUFÜHREN

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) warnt davor, im November erneut geplante OPs zu verschieben. „Ein zweiter Stau elektiver Operationen ist den Patienten nicht zuzumuten“, sagt Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Präsident des BDC.

Termine BDC|Akademie

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
05.03.2021	06.03.2021	Ort offen	2021-21520	Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Prof. Dr. med. Ehrhardt Weiß	100,00 €	200,00 €
18.03.2021	20.03.2021	Bochum	2021-21665	Common Trunk	Dr. med. Jörg Sauer, Prof. Dr. med. Vallböhmer	350,00 €	550,00 €
22.04.2021	24.04.2021	Berlin	2021-21503	Praktisches Seminar A, V & G	Dr. med. Jörg Sauer	400,00 €	600,00 €

FACHARTZVORBEREITUNG							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
08.02.2021	12.02.2021	Berlin	2021-23691	Gefäßchirurgie	Prof. Dr. med. Andreas Greiner	350,00 €	550,00 €
01.03.2021	05.03.2021	Berlin	2021-22570	Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller	350,00 €	550,00 €
25.03.2021	27.03.2021	Berlin	2021-23920	Plastische Chirurgie	Prof. Dr. med. Heinz-Herbert Homann	350,00 €	550,00 €
26.04.2021	30.04.2021	Hamburg	2021-23820	Orthopädie/Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Lars G. Großterlinden	350,00 €	550,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
24.02.2021	26.02.2021	Augsburg	2021-23610	Spezielle Unfallchirurgie Teil 2	Prof. Dr. med. Edgar Mayr	350,00 €	550,00 €
16.03.2021	17.03.2021	Berlin	2021-24630	Update Robotische Chirurgie	PD Dr. med. Hans Fuchs	350,00 €	550,00 €
19.03.2021	20.03.2021	Berlin	2021-23685	Viszeralchirurgie Kompakt: Beckenbodenchirurgie	PD Fr. med. Annett Gauruder-Burmester	350,00 €	550,00 €
29.04.2021	30.04.2021	Bremen	2021-23612	Osteosyntheseverfahren an der oberen Extremität	Prof. Dr. Michael Paul Hahn	400,00 €	600,00 €

**Dieser Zeitschrift liegt das neue Programm der BDC|Akademie 2021 bei, sollte es in Ihrer Ausgabe fehlen, melden Sie sich, wir schicken es gern nochmal zu:
akademie@bdc.de**

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
26.02.2021	27.02.2021	Nürnberg	2021-24712	Abschlusscolloquium hygienebeauftragte Ärzte (Bundeskongress Chirurgie)	Prof. Dr. med. Axel Kramer		

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
05.02.2021	06.02.2021	Berlin	2021-26534	Führungsseminar für Frauen Modul 4	Dr. med. Gunda Leschber/Sabine Schicke	450,00 €	650,00 €
11.02.2021			2021-24714	Seminar G-DRG-Update 2021 – digitale Veranstaltung	Prof. Dr. med. Thomas Auhuber	200,00 €	400,00 €
16.04.2021		München	2021-25850	Rehabilitations-medicin / -management	Dr. med. Werner Boxberg	150,00 €	250,00 €
16.04.2021		München		Kindertraumatologie für D-Ärzte	Dr. med. Werner Boxberg	150,00 €	250,00 €
16.04.2021	17.04.2021	München		Praxis-Optimierung	Dr. med. Peter Kalbe	350,00 €	500,00 €
23.04.2021	24.04.2021	Berlin	2021-26535	Führungsseminar für Frauen Modul 5	Dr. med. Gunda Leschber/Sabine Schicke	450,00 €	650,00 €

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

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

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



Kompaktkurs – geeignet für alle Ärzte

Hygienebeauftragter Arzt (HBA)

Mit der Smart-Learning-Methode

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

- Zertifizierter Kurs
- Anerkannte strukturierte curriculare Fortbildung gemäß Mustercurriculum der Bundesärztekammer
- 21 Online-Lernmodule
- Nur 2 Tage Präsenzveranstaltung am Wochenende
- Teilnahmebescheinigung
- 2 Jahre Learning Community - Ärzte

BDC  **AKADEMIE**
Einfach starten!


meduplus
60
CME-
Punkte!


Jetzt anmelden:

www.bdc-eakademie.de

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 Dezember 2020

%

15 %



PHILIPS: 15 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

27 %



BLOMUS: 27 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

15 %



COFFEE CIRCLE: 15 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

30 %



FLACONI: 30 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

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





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

Nachwuchschirurgen mit klaren Zukunftsvorstellungen

Es liegt nahe zu einem Jubiläumsanlass, die Gedanken in die Vergangenheit schweifen und eigene Erlebnisse und Erfahrungen wieder aufleben zu lassen. Den am ersten Viertelpunkt seines beruflichen Lebensweges stehenden Chirurgen drängen jedoch eher Fragen zur Zukunft unseres faszinierenden Fachgebietes. Eine ganz zentrale Frage betrifft den chirurgischen Nachwuchs. Nachwuchssorgen bedrücken alle medizinischen Fachgebiete. Lösungswege zu erarbeiten sollte eine der vornehmsten Aufgaben einer Standesorganisation sein. Zunächst gilt es, ausreichend Kollegen für das Fach zu gewinnen und zu begeistern; genauso wichtig ist es jedoch die richtigen zu finden und noch wichtiger sie zu motivieren und gut auszubilden.

Entsprechend einem Klassiker unter den Vorurteilen gerade älter eingessener Chirurgen und Chirurgen will der Nachwuchs eigentlich alles nur auf dem Silbertablett: Etwas überspitzt formuliert, dürfte es danach in Zukunft nur absolut planbare Eingriffe geben mit festen Schnitt- und Nahtzeiten, ohne Gefahr der Überschreitung der Regelarbeitszeit, denn Arbeit ist eben nicht Leben, pünktlicher Feierabend, dann Freizeit – eine Balance zwischen „Work“ und „Life“. Und wenn die OP zu lange dauert, muss man diese vielleicht zwischen mehreren Operateuren teilen – quasi „surgery sharing“ als Maximalvariante des „Job sharing“.

Dieses Vorurteil verkennt aber doch in seiner pauschalisierenden Art manch berechtigten Anspruch der nachwachsenden Generation. Diese Vorstellungen anzuerkennen und zu berücksichtigen, ist ein wesentlicher Schritt, um junge Ärzte für unser Fachgebiet zu interessieren und dem zunehmend

empfundene Nachwuchsmangel (vgl. Vallböhmer et. al, Passion Chirurgie 2018) zu begegnen.

Die aktuelle Weiterbildungsumfrage des BDC und Perspektivforums Junge Chirurgie zeigt ganz deutlich, dass es auf die reine Arbeitszeit viel weniger ankommt, als auf den Inhalt der Arbeit. Arztfremde Tätigkeiten und ein mit Aufgaben fern von der Patientenversorgung überfrachteter Alltag sind wesentliche Faktoren die zur Unzufriedenheit des Nachwuchses führen. Wer hier einen zukunftssträchtigen Arbeitsplatz schaffen will, der sollte den Tagesablauf seiner Weiterbildungsassistenten genau analysieren. Wo werden sinnvolle, versorgende Tätigkeiten ausgefüllt, wo sind vielleicht weniger beliebte, aber notwendige Tätigkeiten und wo solche, die problemlos auch auf andere Berufsgruppen übertragen werden könnten.

Bei adäquater Delegation führt das nicht nur zur Zufriedenheit beim ärztlichen Personal, sondern es lohnt sich auch betriebswirtschaftlich. Gleiches gilt auch für die Kinderbetreuung. Gemäßigte Überschreitungen der Arbeitszeit sind weniger relevant, wenn die eigenen Kinder gut betreut sind. Auch hier gibt es deutschlandweit tolle Beispiele und Nachweise zu den Effekten hinsichtlich der Mitarbeiterzufriedenheit bei gleichzeitiger Rentabilität.

Die Jobzufriedenheit im Fach Chirurgie ist nach einer großen Umfrage unter Weiterbildungsassistenten auch von einer fairen und transparenten Verteilung von Weiterbildungsoperationen abhängig; mehr als 70 Prozent (!) der Umfrageteilnehmer beklagen ein Fehlen einer fairen, dafür aber oft von der Sympathie der Op-Organisatoren abhängige, Verteilung

Braun BJ: 60 Jahre BDC: Nachwuchschirurgen mit klaren Zukunftsvorstellungen. Passion Chirurgie. 2020 Dezember, 10(12): Artikel 09_01.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Wissen | Panorama | BDC-Spektrum.

der Operationen oder anderer ausbildungsrelevanter Eingriffe. Neben einem Bewusstsein für die Problematik können moderne Softwarelösungen mehr Transparenz und Gerechtigkeit schaffen. Auch gut organisierte Klinikfortbildungen, Unterstützung bei externen Weiterbildungsmaßnahmen, Mentoring durch erfahrenere Klinikmitarbeiter, Logbücher und Weiterbildungsgespräche, die ordnungsgemäß geführt werden, sind Punkte, die laut der zitierten Umfrage sowohl das Fach Chirurgie wie auch die Ausbildungsstätte attraktiv machen. Wir, die erfahrenen Chirurgen, sind es, die den Nachwuchs, die künftigen Mitarbeiter, heranziehen und fachlich qualifizieren. Wer einen solchen Rahmen

für die Weiterbildungsassistenten schaffen kann, der darf der Zukunft entspannt entgegen schauen.

Weitere Anregungen zum Thema bieten die Kurse, Arbeiten und auch Themenreferate unseres Jubiläumsprotagonisten BDC. Mit Analysen der Bedürfnisse von Weiterbildungsassistenten, Publikationen und Fortbildungen wird das mittlerweile 60-jährige Geburtstagskind nicht müde für diese Verbesserungen einzustehen und bei den Studierenden mit seinen Fortbildungen und Informationsveranstaltungen einen fruchtbaren Boden zu bereiten, auf dem dann durch persönliche Begeisterung und gute Arbeitsverhältnisse

der Nachwuchs von morgen heranwachsen kann.

Last not least: Den perfekten Arbeitsplatz gibt es schlicht nicht. Bedürfnisse und Ansprüche an einen idealen Berufszustand schwanken interindividuell und im Laufe der Karriere auch intraindividuell, trotz der gerne pauschal wahrgenommenen Nachwuchsgeneration. Es liegt also immer auch ein großes Stück Eigenverantwortung in der Wahl der späteren Ausbildungsstelle. Das verbirgt sich im neudeutschen Wort „Career fit“. Diesen Kompatibilitätscheck zwischen eigenem Anspruch und angebotener Stelle muss jeder für sich selbst machen. 

BILDERRÄTSEL



AND THE WINNER IS ...

Dr. med. T. Vogel aus Moers

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

AUFLÖSUNGEN

AUSGABE I/2020

SCHLEUDERTRAUMA



AUSGABE II/2020

DAVINCI-ROBOTER



AUSGABE III/2020

MUSKELKATER





Biogel® OP-Handschuhe – Schutz und Präzision

INFEKTIONSSCHUTZ – SO WICHTIG WIE NIE ZUVOR

Der Infektionsschutz des medizinischen Personals und der Patienten im Krankenhaus ist gerade in Zeiten von COVID-19 so wichtig wie nie zuvor. Daher nimmt die Wahl der richtigen Schutzausrüstung, zu der u. a. Masken, Hauben und Mäntel gehören, auch im OP-Saal einen hohen Stellenwert ein.

Welche Rolle spielen aber qualitativ hochwertige OP-Handschuhe beim Schutz vor Infektionen, nicht nur im Zusammenhang mit COVID-19? Darüber haben wir uns mit Dr. med. Yasser Abdalla, Chefarzt der Klinik für Neurochirurgie und Direktor des Wirbelsäulenzentrums des Nordwest-Krankenhauses Sanderbusch, unterhalten.

Welche Änderungen hat Ihr Krankenhaus eingeführt, um den Schutz des medizinischen Personals vor COVID-19 zu unterstützen?

Zunächst mussten und müssen natürlich Masken ausnahmslos bei jedem Patientenkontakt getragen werden. Aber auch das Tragen von Handschuhen außerhalb der OP-Räume gehört zu den Maßnahmen, die als Schutz vor COVID-19 sehr effektiv sind. Dadurch hatten wir im ärztlichen Betrieb seit Beginn der Pandemie keine Infektionen mit dem SARS-CoV-2-Erreger.

Neben Infektionen mit dem SARS-CoV-2-Erreger besteht natürlich auch das Risiko, sich mit weiteren, durch Blut übertragbare, Viren zu infizieren. In diesem Zusammenhang spielen Nadelstichverletzungen eine Rolle. Haben Sie oder ein enger Kollege schon jemals eine Nadelstichverletzung erlebt und wenn ja – wie haben sich diese Erfahrungen auf Sie oder den Kollegen beruflich und persönlich ausgewirkt?

Kann ein Chirurg mit „Nein“ antworten? Dann hat er noch nie operiert. Mehrfach sogar.

Nach einer Nadelstichverletzung denkt man natürlich nach über Fragen wie: „Welche Infektion könnte der Patient haben? Welche Erkrankung, welche Viren könnten übertragen werden?“ Mich persönlich haben diese Überlegungen insofern verändert, als dass ich heutzutage nur noch mit doppelten Handschuhen operiere. Die Messlatte in Bezug auf Schutz habe ich für mich so hoch gehängt, dass ich ohne ein doppeltes Handschuhsystem überhaupt nicht mehr operiere.

Warum ist die Doppelbehandschuhung bei Ihrer Arbeit als Chirurg wichtig?

Wegen des Schutzes, der Sicherheit! Es gibt für den Chirurgen nichts Wichtigeres als die Hände. Meine Hände sind meine Instrumente. Doppelte OP-Handschuhe schützen mich und geben mir ein Sicherheitsgefühl.

Welche Vorteile bringt das Biogel® Indikatorsystem für Ihre Arbeit als Chirurg mit sich?

Das System schützt mich und mit dem Biogel PI Micro habe ich einen Handschuh, der die Taktilität bzw. Sensitivität an den Fingerspitzen gewährleistet. Das Indikatorsystem ist so präzise, dass man eine Perforation bemerkt, die mit bloßem Auge eigentlich nicht erkennbar wäre, denn man sieht frühzeitig die blaue Indikatorfarbe des Unterziehandschuhs. Dieses schnelle Warnsystem ist sehr kompetent und praktisch und ich bin durch die doppelte Behandschuhung zusätzlich geschützt. Und obwohl ich zwei Handschuhe übereinander trage, habe ich den Eindruck, ich hätte nur einen an.

Verringert die Verwendung von Doppelhandschuhsystemen Ihrer Meinung nach die Ausfallrate der Handschuhe und das Risiko einer Kreuzkontamination?

Ja, beides hat sich bei uns im Haus deutlich verringert. Hier sind zwar alle Chirurgen u. a. gegen Hepatitis B geimpft, aber es gibt noch viele andere Infektionsrisiken. Man darf auch nicht vergessen, dass Doppelhandschuhsysteme ebenfalls eine Sicherheit für die Patienten darstellen, denn auf der Haut befinden sich trotz sterilen Waschens immer noch Keime, die auf die Wunde des Patienten übertragen werden, wenn ein Handschuh kaputt geht. Das Doppelhandschuhsystem bietet also Sicherheit für Chirurg und Patient.

Wie arbeitet Ihr Krankenhaus daran, postoperative Wundinfektionen und Infektionen durch mit Blut übertragene Viren zu reduzieren? Wie hat sich dies in den letzten Jahren verändert?

Wir sind mittlerweile dazu übergegangen, jeden Verbandwechsel, besonders am Kopf oder in anderen kritischen Bereichen, komplett steril durchzuführen, das heißt Kittel, Haube, Mundschutz, sterile Handschuhe. Das hat dazu geführt, dass wir unter 1 % postoperative Wundinfektionen haben.

Unterstützen Biogel® OP-Handschuhe Sie bei der Minimierung von postoperativen Wundinfektionen (Surgical Site Infections)?

Ja! Warum? Einfaches Prinzip: Wenn ich eine Perforation frühzeitig entdecke, gehen Keime von meiner Haut nicht auf den Patienten über. Diese Infektionsquelle entfällt also.



Dr. med. Yasser Abdalla, Chefarzt der Klinik für Neurochirurgie und Direktor des Wirbelsäulenzentrums des Nordwest-Krankenhauses Sanderbusch

Mölnlycke Health Care GmbH

Grafenberger Allee 297

40237 Düsseldorf

www.molnlycke.de





TachoSil® – ruhig Blut!

Durch die Kraft der Natur.



Auch als
Pre-rolled TachoSil®

TachoSil® Versiegelungsmatrix

Zusammensetzung: 1 cm² enthält: Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,0 I.E. Sonstige Bestandteile: Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E101), Natriumchlorid, Natriumcitrat, L-Argininhydrochlorid.
Anwendungsgebiete: TachoSil® wird bei Erwachsenen zur unterstützenden 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