

PASSION

CHIRURGIE



PANORAMA

**NUR MUT! HÖCHSTE PRÄZISION
UND FEINSTE NAHTTECHNIKEN –
FASZINATION GEFÄSSCHIRURGIE**

im Fokus

**KONGRESSNACHLESE
DCK 2021**

06 | 11 | 2021

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



BDC 
Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

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



Prof. Dr. med. Dr. med. dent.

Michael Ehrenfeld

Direktor der Klinik und Poliklinik für
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Klinikum der Universität München
Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Chirurgie 2020–2021
Lindwurmstraße 2a
80337 München
michael.ehrenfeld@med.uni-
muenchen.de

Kongressnachlese DCK 2021

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Deutsche Chirurgen Kongress wurde dieses Jahr erstmals als Online-Kongress abgehalten. In der Präkongresswoche (06. bis 10. April 2021) wurden in zwei bis drei Strängen Vorträge aus dem Bereich chirurgische Forschung und sog. „Postersessions“ als Kurzvorträge (Rapid Communications) online gestreamt. Der 12. April wurde als Präsenztage mit limitierter Anwesenheit gestaltet. An diesem Tag erfolgten unter anderem die Kongresseröffnungen der DGAV, der DGMKG und der DGCH. Vom 13. bis 16. April fanden dann wieder Online-Sitzungen statt, die überwiegend in vier Fernsehstudios aufgezeichnet wurden, die im Kongresszentrum Mainz extra dafür eingerichtet worden waren. Die Sitzungen können bis sechs Monate nach Kongressende online abgerufen und angesehen werden (<https://dck-digital.de>).

Die Kongressevaluation ist noch nicht ausgeführt, aber es gab eine Vielzahl positiver Rückmeldungen bezüglich der Qualität der Beiträge und der professionellen technischen Abwicklung.

Gleichwohl kann jetzt schon festgestellt werden, dass insgesamt über 3.000 registrierte Teilnehmer den Kongress besucht haben. Durchschnittlich haben zwischen 1.200 und 1.600 Teilnehmer parallel den Livestream verfolgt (über alle vier bis fünf Streams hinweg). Im Strang der DGAV waren es durchschnittlich 500 bis 800 Teilnehmer, im Strang der DGMKG rund 200 bis 230 Teilnehmer, den Sessions der DGCH folgten durchschnittlich rund 250 Teilnehmer. Neben den DGCH und

ihren zehn Mitgliedsgesellschaften haben die Bundeswehr, der BDC und der Deutsche Berufsverband der Pflegeberufe eigene Sessions veranstaltet, einige davon als interdisziplinäre und interprofessionelle Sitzungen.

Alle Besucher in Mainz waren entweder gegen Covid19 geimpft oder wurden tagesaktuell per Schnelltest getestet. Es wurde erfreulicherweise keine Infektion festgestellt und dokumentiert.

Ich möchte diese Gelegenheit nutzen, allen zu danken, die daran geglaubt haben, dass trotz der Corona-Pandemie ein erfolgreicher Kongress gestaltet werden kann, und die im besonderen Maße am Zustandekommen des Kongresses beteiligt waren. Dazu gehören insbesondere der Vorstand der DGCH, die beteiligten Fachgesellschaften, die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle DGCH und die Kongressorganisation wikonet, die mit kurzem Vorlauf äußert professionell den Kongress organisiert hat. Ein besonderer Dank geht an die Industrie, die mit virtuellen Ständen und Industriesymposien den Kongress fantastisch unterstützt hat.

Der 139. DCK 2022 ist vom 05. bis 08. April erstmals in der Messe Leipzig geplant, dann unter der Präsidentschaft von Prof. Hauke Lang, Mainz. Momentan ist ein Hybrid-Kongress angedacht, aber es kann derzeit nicht sicher prognostiziert werden welche Kongressform, speziell in Hinblick auf die Corona-Pandemie, möglich sein wird.

Prof. Dr. Dr. Michael Ehrenfeld
Präsident DGCH

Ehrenfeld M: Kongressnachlese DCK 2021.
Passion Chirurgie. 2021 Juni; 11(06):
Artikel 01.



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

HERAUSGEBER

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

DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen,
Prof. Dr. med. Hauke Lang, Prof. Dr. med. Andreas Seekamp
Generalsekretär: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Schatzmeister: Prof. Dr. med. Jens Werner

BDC

Präsident: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
V.i.S.d.P.
Vizepräsidenten: Dr. med. Peter Kalbe,
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg

Justitiar: Dr. jur. Jörg Heberer, Berlin/München
Geschäftsführerin: Dr. med. Friederike Burgdorf

REDAKTION

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer (V.i.S.d.P.)
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Dr. med. Friederike Burgdorf
Katrín Kammerer (Tel: +49 (0) 30 28004-202 |
passion_chirurgie@bdc.de)

VERLAG

schaefermueller publishing GmbH
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
info@schaefermueller.de | Tel: +49 (0)30 76180 625
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.
Cover © mainzplus CITYMARKETING/wikoneet,
S. 40-41 Bilder von Pixabay und Unsplash

ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

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



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

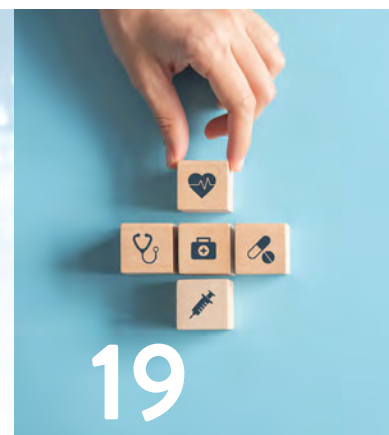
EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

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

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****KONGRESSNACHLESE DCK 2021**

M. Ehrenfeld

4**SCHAUFENSTER****6****CHIRURGIE****6***im Fokus***CHIRURGISCHE FORSCHUNG:
INNOVATIVE CHIRURGISCHE
TECHNIKEN**

T. Vogel, H. Feussner, K. Kaczc

12**WUNDMANAGEMENT IN KLINIK
UND PRAXIS MIT VERTRETERN
DER KOSTENTRÄGER**

P. Kalbe

14

Executive Summary
Perioperative Schmerztherapie mit
Nichtopioidanalgetika – Gemeinsame
Empfehlung der Deutschen Schmerzgesellschaft,
der DGAI und der DGCH

U. Stamer, J. Erlenwein, S. M. Freys,
T. Stammschulte, D. Stichtenoth, S. Wirz

17**CHIRURGIE⁺****17**

Vorankündigung Webinare



- 19 **Safety-Clip:** Der Patientensicherheitsindex – angewandt am Kernprozess „Interdisziplinäres perioperatives Management“ *M. Fleischer*
- 24 Hygienemanagement in der ambulanten Praxis *D. Welsch*
- 26 **Hygiene-Tipp:** Was sagt uns die „Reproduktionszahl“ einer Infektionskrankheit?
W. Popp, L. Jatzwauk, R. Schmithausen, W. Kohnen
- 28 **Rezension:** Chirurinnen *F. Fritze-Büttner*
- 29 Personalia
- 31 RECHT**
- 31 F+A: KBV IT-Sicherheitsrichtlinie verbindlich *J. Heberer*

32 GESUNDHEITSPOLITIK

- 32 **BDC-Praxistest:** Zweitmeinungsverfahren Schulterarthroskopie *P. Kalbe*
- 35 Ärztliche Approbationen aus Drittstaaten
F. Burgdorf, C. J. Krones
- 38 Geben und Nehmen: ein neuer Facharzt wird generiert *J. Seifert, M. Abele-Hom*
- 40 Deutscher Ärztetag 2021

42 INTERN

- 42 DGCH**
- 42 Kommentar des Generalsekretärs *H.-J. Meyer*
- 46 Präsidentenrede anlässlich des 138. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie *M. Ehrenfeld*
- 49 Vize-Präsidentenrede anlässlich des 138. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
T. Schmitz-Rixen
- 52 Bildergalerie zur Eröffnungsveranstaltung

- 55 Ehrungen, Preisverleihungen und Vergabe von Stipendien
- 57 Wahl der Präsidentin 2023/2024
- 59 Der Corza Medical Organspendelauf 2021 der DGCH – eine virtuelle Erfolgsgeschichte *M. Anthuber*
- 61 Einladung zum DCK 2022 *H. Lang*
- 64 Protokoll der DGCH-Mitgliederversammlung 2021
M. Ehrenfeld, H.-J. Meyer, J. Werner
- 66 Ausschreibung Preise und Stipendien 2022
- 68 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
S. Tenckhoff
- 72 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 76 DGCH-Präsidium ab 1. Juli 2021
- 78 Meine Daten haben sich geändert

81 INTERN

- 81 BDC**
- 81 BDC|News
- 82 Nachruf zum Tod von Prof. Dr. med. Tilman Mischkowsky
J.-A. Rüggeberg, H.-J. Meyer, P. Kalbe, F. Burgdorf
- 83 Termine BDC|Akademie
- 87 Lifestyle-Angebote im Juni 2021
- 88 BDC|Landesverbände

92 PANORAMA

- 92 Nachwuchskampagne NurMut! Höchste Präzision und feinste Nahttechniken – Faszination Gefäßchirurgie
K. Schick
- 97 Bilderrätsel (mit Auflösung Bilderrätsel 03/1/2021)

ELEKTIVE OPERATIONEN

DGCH/BDC und DGAI/BDA empfehlen Mindestabstände zwischen Covid-19-Infektion/-Impfung und elektiven Operationen



Ein elektiver operativer Eingriff sollte frühestens sieben Wochen nach Symptombeginn einer Covid-19-Infektion erfolgen. Das empfehlen DGCH/BDC und DGAI/BDA. Studiendaten legen nahe, dass die postoperative Morbidität und Letalität bei einer vorliegenden Covid-19-Infektion signifikant erhöht sind.

Zur Frage dagegen, welcher Abstand zwischen einer Impfung gegen Covid-19 und einer Operation idealerweise liegen sollte, ist die Datenlage noch dünn. Jüngst publizierte Ergebnisse weisen allerdings darauf hin, dass das Komplikations- und Letalitätsrisiko bei einer perioperativ erworbenen Covid-19-Infektion deutlich erhöht ist. So raten DGCH/BDC und DGAI/BDA zu einer – möglichst vollständigen – präoperativen Immunisierung vor elektiven Eingriffen. Das gilt vor allem für Risikopatienten und für Patienten mit maligner Grunderkrankung.

Nach einer Empfehlung des UK Surgical Royal College können elektive Operationen grundsätzlich bereits kurz nach einer Covid-19-Impfung durchgeführt werden. Allerdings kann der Impfstoff selbst zu systemischen Ereignissen wie Fieber oder grippeartigen Symptomen führen, die jedoch in der Regel innerhalb einer Woche abklingen. DGCH/BDC und DGAI/BDA empfehlen daher einen Abstand von mindestens einer Woche zwischen Impfung und Operation. So können auftretende Symptome korrekt entweder der Impfung oder der Operation zugeordnet werden. Noch besser wäre ein Abstand von zwei Wochen, um zunächst das Eintreten einer kompetenten Immunantwort nach der Impfung abzuwarten.

Zur kompletten Meldung

Empfehlungen der DGCH zur Terminierung elektiver operativer Eingriffe nach Covid-19 Infektion und Impfung – BDC|Online https://www.bdc.de/empfehlungen-der-dgch-zur-terminierung-elektiver-operativer-eingriffe-nach-covid-19-infektion-und-impfung/?parent_cat=259

Aktuelle

BDC|Umfrage

BDC gemeinsam mit der DGCH

Arbeitsbedingungen und Vereinbarkeit von Familie & Beruf in der Chirurgie

Wie zufrieden sind Chirurg:innen mit ihrer Arbeitssituation und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf? Die Umfrage will die aktuelle Arbeitssituation in der Chirurgie widerspiegeln. Mit den Ergebnissen der Umfrage möchten wir gemeinsam aktiv zu einer lösungsorientierten Diskussion beitragen.

Zielgruppe: Chirurginnen und Chirurgen aller Fachbereiche

Zur Umfrage: www.surveymonkey.de/r/Arbeitsrahmen_Chirurgie



Ambulantes Operieren

– Ihre Mission. Unsere Lösungen.

Egal, was die Zukunft bringt – mit uns sind Sie bestens gerüstet.



◀ Mehr erfahren



Projektplanung



OP-Ausstattung



Praxisorganisation



Sterilgutaufbereitung



Finanzierung



Technischer Service

www.getinge.de

GETINGE

Pressemeldung des BDC vom 2.6.2021: BDC-Präsident weist auf die große Bedeutung der Transplantations- chirurgie hin

© Istock/Martin-Lang



Das bekannte Potenzial der Transplantationschirurgie lässt sich nur dann ausreichend nutzen, wenn auch genügend Spenderorgane zur Verfügung stehen. Da-rauf macht auch der Präsident des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC), Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, nachdrücklich aufmerksam.

Deutschland liegt seit längerem bei der Zahl der Organspender in Europa auf einem der hinteren Plätze, was die Statistik der International

Registry in Organ Donation and Transplantation (IRODaT) belegt. Am 5. Juni 2021 findet nun der diesjährige Tag der Organspende statt, er steht unter dem Motto „Entscheide dich“. Unter diesem Aspekt appelliert H.-J. Meyer: „Wir können die Bevölkerung nicht oft genug auffordern, sich mit diesem schwierigen und gesellschaftlich relevanten Thema zu befassen.“

Zur kompletten Pressemeldung: https://www.bdc.de/organspenden-bdc-praesident-weist-auf-die-grosse-bedeutung-der-transplantationschirurgie-hin/?parent_cat=268



IM FOKUS

Kongress- nachlese DCK

:02 :43 :080

:586 :89 :403

:253 :684 :01

:99 :RP_809



Korrespondierender Autor:

Dr. med. Thomas Vogel

Klinikum rechts der Isar
der Technischen Universität München
Klinik und Poliklinik für Chirurgie
Ismaninger Str. 22
81675 München
thomas.j.vogel@tum.de



Prof. Dr. med. Hubertus Feussner

Klinikum rechts der Isar
der Technischen Universität München
Klinik und Poliklinik für Chirurgie



Prof. Dr. med. Dr. h.c. Konrad Karcz

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Transplantationschirurgie der Ludwig-
Maximilians-Universität München

Vogel Th, Feußner H, Karcz K:
Chirurgische Forschung: Innovative
chirurgische Techniken. Passion Chirurgie.
2021 Juni; 11(06): Artikel 03_01.



Diesen Artikel finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de) unter
der Rubrik Wissen | Fachgebiete |
Fachübergreifend.

Chirurgische Forschung: Innovative chirurgische Techniken

Sitzung im Rahmen des DCK 2021
„Innovative chirurgische Maßnahmen“
Live-Stream am Freitag, 09. April 2021,
16:00–17:15 Uhr

Die Chirurgie steht heute zwischen der Forderung nach immer schonenderen Therapieformen, gleichzeitiger Kostenreduktion und der Verbesserung der Ergebnisqualität. Die größte Hoffnung liegt hier in der Digitalisierung unseres Faches.

Die Vision besteht in einer kognitiven, kollaborativen Diagnose- und Therapieumgebung mit einer Art künstlichen Intelligenz, die den Behandlungsführenden in der Entscheidungsfindung und der praktischen Durchführung der erforderlichen Aktionen unterstützt. Es gibt bereits zahlreiche Versuche der Umsetzung einer derartigen Umgebung. Dieser Thematik wurde in der Session „Innovative chirurgische Techniken“ im Rahmen des 138. Deutschen Chirurgen Kongresses Rechnung getragen. Die Moderation wurde hierbei durch Prof. Dr. Hubertus Feußner (Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München), Prof. Dr. Dr. hc. Konrad Karcz (Klinikum Großhadern, LMU München) und Dr. Thomas Vogel (Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München) übernommen.

Bereits in der Keynote-Lecture durch Professor Karcz wurde hier eindrücklich die Rolle der augmentierten Realität und der künstlichen Intelligenz in der computergestützten Chirurgie beleuchtet. Das Thema wurde aufgegriffen von der Arbeitsgruppe um Kolbinger et al. aus dem Uniklinikum Dresden mit „Development of an intelligent surgical guidance system

for robot-assisted rectal resection“. Hier wurde für die tiefe anteriore Rektumresektion eine computerbasierte Assistenz entwickelt. Insgesamt wurden 62 Videos einer robotisch assistierten Rektumresektion zwischen 2017 und 2020 aufgenommen. Auf deren Grundlage wurde ein neuronales Netz trainiert, welches dem Chirurgen die Identifikation anatomischer Strukturen, wie zum Beispiel dem Ureter oder der „holy plane“, erleichtern sollte. Insgesamt konnte gezeigt werden, dass eine intraoperative Bild-basierte Analyse funktioniert und eine praktikable Möglichkeit der Entscheidungsunterstützung bietet. Schlussendlich könnte dies langfristig zu einer Verringerung der Operationszeit, einer niedrigeren Komplikationsrate und auch einer kürzeren Krankenhausverweildauer führen. Um derartige künstlich intelligente Systeme zu kreieren, ist eine möglichst genaue Annotation der zugrundeliegenden Daten notwendig. Doch wie kann eine derartige Annotation effizient durchgeführt werden und muss hier immer auf Experten zurückgegriffen werden? Genau diesen Fragen widmet sich die Forschungsgruppe rund um Chen et al. aus dem Universitätsklinikum Heidelberg mit dem Thema „Towards Efficient Annotation of Laparoscopic Image Data for Artificial Intelligence and Cognitive Robotics in Surgery“. Hier wurden Videodaten mit n=188 Szenen aus laparoskopischen Cholezystektomien von fünf Medizinstudenten mit einer Software (Semantic Segmentation Editor) nach einem standardisierten Protokoll annotiert.

Schließlich konnte gezeigt werden, dass für eine qualitativ gute Annotation nicht unbedingt ein erfahrener Chirurg zu Rate gezogen werden muss. Dies ist eine wichtige Arbeit in Hinblick auf die Organisation zukünftiger

Auswertungen großer Datenmengen als Grundlage künstlich intelligenter Systeme. Auch in der Traumatologie gibt es für diese bereits interessante und wichtige Einsatzmöglichkeiten. Hiermit hat sich die Arbeitsgruppe um Erne et al. (Universität Tübingen, BG Unfallklinik Tübingen) beschäftigt mit „Artificial intelligence in detection of acetabular fractures – Chances and limitations of Deep Convolutional Neural Networks“. In der Arbeit wurde auf Boden von Bilddaten (Computertomografie) eine automatische Detektion von Acetabulumfrakturen evaluiert. Hierzu wurden Daten von 2003 bis 2019 ausgewertet. Insgesamt konnten 159 Datensätze inkludiert werden. Eine Software wurde anhand von 80 Prozent der Daten trainiert und schließlich mit 20 Prozent getestet. Mit einer Genauigkeit von 82,8 Prozent wurden durch die Software Frakturen erkannt. Hiermit konnten mit der Literatur vergleichbare Ergebnisse erzielt werden. Die Arbeit stellt nun eine Grundlage für eine multizentrische internationale Studie dar und hat eindrücklich bewiesen, dass derartige Softwarelösungen zukünftig einen festen Stellenwert in der Diagnostik einnehmen könnten.

In Bezug auf die chirurgische Versorgung von Acetabulumfrakturen gab es ebenso

spannende neuartige Ansätze. Ellmerer et al. (BG Unfallklinik Tübingen/Murnau, Universitätsklinikum Stuttgart) zeigten erstmals eine minimalinvasive laparoskopische Operationsmethode („Minimally invasive plate osteosynthesis in acetabular fractures – concept study of a new modular plating system“). Hier kommt ein patentiertes modulares Plattenosteosynthesesystem zum Einsatz. Besonders vielversprechend scheint die Praktikabilität des Systems, welches sich mit den üblichen laparoskopischen Instrumenten implantieren lässt. Weitere Arbeiten bezüglich der biomechanischen Stabilität wurden bereits auf den Weg gebracht. Zuletzt darf eine besonders spannende Arbeit ebenfalls aus Tübingen nicht unerwähnt bleiben. Diese weckt Hoffnungen im Bereich der Transplantationschirurgie. Kriegsmann et al. stellten ein System zur Leberperfusion vor, welches mehr als 53 Stunden ex vivo eine Transplantatperfusion gewährleistete („Defined automatic Normothermic Liver Perfusion during more than 53 hours including integrated dialysis and simulated physiological diaphragmatic movement“). Gerade zur Expansion des Spenderpools und auch im Bereich der experimentellen Forschung stellt dieses Ergebnis einen großartigen Erfolg dar. Mithilfe einer

speziellen Perfusionslösung und der Simulation der natürlichen Atemexkursionen des Menschen wurde die Leber (Tiermodell, Schwein) nicht nur erfolgreich perfundiert, sondern der initiale Status nach Explantation sogar im Laufe der Zeit verbessert. Dieses Ergebnis wurde anhand der Messung der Transaminasen und des histologischen Bildes der Leber dargestellt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eindrücklich gezeigt wurde, dass die „Digitalisierung“ der Chirurgie bereits in vollem Gange ist und allmählich immer mehr Wahrnehmung der chirurgischen Öffentlichkeit findet. Sie schließt sich hier unausweichlich dem Trend der heutigen Zeit an, der mittlerweile alle Lebensbereiche erfasst hat. Die Akademisierung der Chirurgie stellt hier einen wichtigen Schritt in Hinblick auf zukünftige Entwicklungen dar. Anstatt technologischen Neuerungen stiefmütterlich zu behandeln werden diese zunehmend honoriert. Dies schafft Motivation für nachfolgende Arbeiten junger Forscher der Chirurgen und somit Grundlage neuer Innovationsprozesse. ○



Weiterbildung stapelweise?

... oder mit System



eAKADEMIE

Einfach starten!

ONLINE
KURSE

WEBINARE

PODCASTS

MEDIATHEK

BDC|PODCASTS

PODCASTS



Der BDC hat seine erste Podcastreihe zum Thema „Perioperative Medizin“ in enger Kooperation mit chirurgischen Experten veröffentlicht. Die Reihe für alle chirurgischen Fachdisziplinen steht auf der eAkademie kostenfrei zur Verfügung.

Ziel des Formats ist es, vor allem AssistenzärztInnen in Weiterbildung auf ihrem Weg zum Facharzt für Chirurgie zu unterstützen.

Kompaktes Wissen „To Go!“

www.bdc-eakademie.de



Das **Weiterbildungsbuch** des BDC
für alle chirurgischen Fachsäulen



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

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

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



Von wegen „früher war alles besser“!

Beste Aussichten dank Vakuumversiegelungstherapie* mit PICO[◇].



Die AIRLOCK-Technologie™ von PICO[◇] sorgt für einen konstanten Unterdruck in der Wunde und Wundumgebung – auch bei tieferen Wunden. Der Unterdruck fördert die Durchblutung¹, Reduktion von Ödemen und Bildung von Granulationsgewebe.² Für weniger Wundheilungsstörungen und einen schnelleren Weg zum Wundverschluss.

+ PICO[◇] – Wundversorgung 2.0

Smith+Nephew

Mehr Infos zur EBM-Ziffer und Erstattung



Ausgezeichnetes Design:



reddot winner 2021

Smith & Nephew GmbH
www.vakuumversiegelungstherapie.de

*auch NPWT oder Unterdruck- bzw. Vakuumversiegelungs-Therapie (VVS) genannt

1 Ma Z et al. Exp Ther Med 2016; 11(4): 1307-1317.
2 Dunn R et al. Int J Surg 2011; 9(3): 258-262.



Wundmanagement in Klinik und Praxis mit Vertretern der Kostenträger





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

BDC-Sitzung im Rahmen des DCK 2021
„Wundmanagement in Klinik und Praxis
(mit Vertretern der Kostenträger)“
Live-Stream am Freitag, 16. April 2021
13: 30–15: 00 Uhr

Der BDC bleibt am Ball mit seinem Engagement für die Verbesserung der Versorgungsqualität für Patienten mit chronischen Wunden. Beim diesjährigen Chirurgenkongress (DCK) wurde ein Versprechen aus dem DCK 2019 umgesetzt, als bei einer Vortrags-sitzung zum gleichen Thema die Forderung aufkam, in einer Folgeveranstaltung auch die Kostenträger mit in die Pflicht zu nehmen.

Bei der mit mehr als 550 Chat-Teilnehmern sehr gut besuchten Hybridsitzung am dies-jährigen Kongress-Freitag machte Dr. Glockemann vom Wundzentrum Hannover den Aufschlag. Neben der Darstellung der verschiedenen Pathomechanismen chronischer Wunden beklagte er vor allem den häufig verschleppten Verlauf durch verzögerte Überweisungen zum Spezialisten. Er bedauerte vor allem, dass die Leitlinien der Wundbehandlung teilweise nicht bekannt seien und oft über Monate mit ungeeigneten Wundauflagen behandelt werde. Außerdem unterbleibe häufig eine Ursachenabklärung. Die unzureichende Abbildung der Behandlung chronischer Wunden im EBM und die permanente Regressgefahr im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung würden diese Spezialisierung für niedergelassene Chirurgen außerhalb von Sonderverträgen unattraktiv machen, obwohl ein großer Behandlungsbedarf bestehe.

Professor Storck trug anschließend seine Erfahrungen aus einer Wundambulanz an einem städtischen Krankenhaus in Karlsruhe bei. Er hob insbesondere auf die Komplexität der Ursachenklärung ab und betonte, dass dazu eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team und auf den jeweils geeigneten Versorgungsebenen erforderlich sei. Er wies auf die Bedeutung der aktuell überarbeiteten Leitlinien der AWMF zur Behandlung chronischer Wunden und auf die Stellungnahmen des deutschen Wundrates hin.

Mit Spannung erwartet wurde vor allem die Positionierung der Vertreter der AOK Niedersachsen. Frau Apothekerin Silke Nimbach berichtete aus ihren Erfahrungen bei der Verordnungsprüfung und kritisierte u.a., dass teilweise langdauernd ungeeignete silberhaltige Wundauflagen verordnet würden. Die Leitlinien seien offenbar nicht bei allen Ärzten bekannt. Herr Markus Dehning als Leiter des Unternehmensbereiches Versorgungsmanagement der AOK zeigte sich dann erfreulicherweise offen für die Gestaltung eines Versorgungsvertrages nach Paragraph 140 SGB V. Dies allerdings zunächst nur als Pilotprojekt mit einer begrenzten Anzahl von Partnern.

Dieses Angebot war auch ein zentrales Thema der sich anschließenden lebhaften Diskussion. Von chirurgischer Seite wurde kritisiert, dass im Rahmen dieses Pilotprojektes nicht-ärztliche Wundmanager eine zentrale Rolle als Case Manager spielen sollen. Dies lege die Vermutung nahe, dass hier ein hohes Maß an Delegation oder sogar Substitution angestrebt werde. Auf die überragende Bedeutung ärztlicher und speziell chirurgischer Kompetenzen bei der Beurteilung chronischer Wunden wurde hingewiesen. Professor Storck forderte die Berücksichtigung der aktuellen AWMF-Leitlinien bei der Ausgestaltung der im geplanten Vertrag festgelegten Behandlungspfade. Professor Betzler schlug vor, den Vertrag gleich bundesweit mit allen Allgemeinen Ortskrankenkassen auszurollen, was von den AOK Vertretern als schwierig bewertet wurde. Herr Dehning betonte aber die Vorteile, wenn eine große Versorgerkrankenkasse wie die AOK mit einem hohen Marktanteil ein solches Pilotprojekt auflegen würde. Insgesamt fand diese Ankündigung großes Interesse auf der Ärzteseite und es wurde eine unterstützende Kooperation von Seiten der kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) und vom Berufsverband der deutschen Chirurgen (BDC) zugesagt. ○

Kalbe P: Wundmanagement in Klinik und Praxis mit Vertretern der Kostenträger. *Passion Chirurgie*. 2021 Juni; 11(06): Artikel 03_02.



Diesen Artikel finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de) unter
der Rubrik Wissen | Fachgebiete |
Fachübergreifend.



Korrespondierende Autorin:
Prof. Dr. med. Ulrike Stamer
 Arbeitskreis Akutschmerz, Deutsche
 Schmerzgesellschaft e.V., Berlin
 Universitätsklinik Bern
 Inselspital
 Freiburgstraße
 3010 Bern/Schweiz
 ulrike.stamer@dbmr.unibe.ch

Joachim Erlenwein
 Wissenschaftlicher Arbeitskreis
 Schmerzmedizin, Deutsche
 Gesellschaft für Anästhesiologie und
 Intensivmedizin e.V., Nürnberg
 Klinik für Anästhesiologie
 Geschäftsführer Schmerzmedizin
 Universitätsmedizin Göttingen

Stephan M. Freys
 Chirurgische Arbeitsgemeinschaft
 Akutschmerz, Deutsche Gesellschaft
 für Chirurgie e.V., Berlin
 Chirurgische Klinik
 DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus
 Bremen

Thomas Stammschulte,
Bern/Schweiz
 ehemalige Institution
 Arzneimittelkommission der deutschen
 Ärzteschaft, Berlin

Stamer U, Erlenwein J, Freys SM,
 Stammschulte T, Stichtenoth D, Wirz
 S: Executive Summary – Perioperative
 Schmerztherapie mit Nichtopioidanalgetika.
 Passion Chirurgie. 2021 Juni; 11(06):
 Artikel 03_01.



Diesen Artikel finden Sie auf
 BDC|Online (www.bdc.de) unter
 der Rubrik Wissen | Fachgebiete |
 Fachübergreifend.

Executive Summary

PERIOPERATIVE SCHMERZTHERAPIE MIT NICHTOPIOIDANALGETIKA – GEMEINSAME EMPFEHLUNG DER DEUTSCHEN SCHMERZGESELLSCHAFT, DER DGAI UND DER DGCH

EXECUTIVE SUMMARY

Hintergrund: Nichtopioidanalgetika werden bei vielen Patienten zur perioperativen Analgesie eingesetzt. Zu einigen praktischen Fragen beim Einsatz von Nichtopioidanalgetika liegen z. T. nur wenig Informationen aus Studien vor, und in Krankenhäusern existieren häufig keine Konzepte zum Vorgehen, z. B. zur Patientenaufklärung und zum Zeitpunkt der perioperativen Gabe.

Methodik: Eine Expertengruppe der beteiligten Fachgesellschaften hat konsensbasierte Empfehlungen zum perioperativen Einsatz von Nichtopioidanalgetika erarbeitet und in einem strukturierten formalen Konsensus Prozess verabschiedet.

Ergebnisse: Die Arbeitsgruppe stimmt überein, dass Nichtopioidanalgetika Bestandteil eines perioperativen multimodalen Analgesiekonzepts sein sollen und Patienten präoperativ über Nutzen, Risiko und alternative Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden sollen. Die präoperative Patienteninformation und -edukation soll auch eine Schmerz- und Analgetikaanamnese umfassen und Patienten mit Risikofaktoren für starke Schmerzen und eine Schmerzchronifizierung identifiziert werden. Unter Berücksichtigung Kontraindikationen können Nichtopioidanalgetika abhängig von der Operationsdauer auch schon prä- oder intraoperativ gegeben werden, um nach Beendigung der Anästhesie ausreichende Plasmakonzentrationen zu erzielen. Nichtopioidanalgetika oder Kombinationen von (Nichtopioid)-Analgetika sollen nur für einen begrenzten Zeitraum gegeben werden. Ein gemeinsam erarbeiteter abteilungsübergreifender Behandlungsstandard

mit dem Nichtopioidanalgetikum erster Wahl, weiteren Therapieoptionen sowie adäquaten Dosierungen, ergänzt durch ein-griffsspezifische Konzepte, soll schriftlich hinterlegt werden. Bei Entlassung aus dem Krankenhaus soll der nachbehandelnde Arzt zu perioperativ gegebenen und aktuell noch eingenommenen Analgetika schriftliche Informationen erhalten. Patienten sollen zu möglichen Nebenwirkungen der Analgetika und ihrer Symptome, die auch nach Krankenhausentlassung auftreten können, und die befristete Einnahmedauer informiert werden.

Schlussfolgerung: Die Anwendung von Nichtopioidanalgetika soll als Bestandteil eines perioperativen multimodalen Analgesiekonzepts mit klaren Vorgaben zu Indikationen, Kontraindikationen, Dosierungen und Behandlungsdauer in einem abteilungsübergreifenden Behandlungsstandard schriftlichen hinterlegt werden.

Die perioperative Gabe von Nichtopioidanalgetika (NOPA) bei Erwachsenen ist etabliert und wird im Kontext analgetischer Konzepte von verschiedenen nationalen und internationalen Leitlinien empfohlen [18, 79].

Zu den NOPA zählen Paracetamol, Metamizol und die NSAIDs (nonsteroidal anti-inflammatory drugs), welche in nichtselektive Cyclooxygenase (COX)-Inhibitoren (traditionelle NSAIDs) und selektive COX-2-Inhibitoren (Coxibe) unterteilt werden. In der perioperativen Phase dienen NOPA meist als Basis einer systemischen Analgesie und können mit Opioiden und ggf. Ko-Analgetika in ein multimodales Analgesiekonzept integriert werden. Zusätzlich benötigte Opioide sollten in der frühen

Dirk Stichtenoth

Institut für Klinische Pharmakologie
Medizinische Hochschule Hannover

Stefan Wirz

für den Arbeitskreis Tumorschmerz der
Deutschen Schmerzgesellschaft
Abteilung für Anästhesie
Interdisziplinäre Intensivmedizin,
Schmerzmedizin/Palliativmedizin
Zentrum für Schmerzmedizin
Weaningzentrum, CURA – GFO-
Kliniken Bonn, Bad Honnef

**Weitere Beteiligte an der
Expertengruppe:**

P Ahrens (Aller-Weser Klinik
Verden), M Dusch, M Gehling (Praxis
für Schmerzmedizin Kassel), HJ
Gerbershagen (Marienkrankenhaus
Gelsenkirchen), S. Heitfeld
(Universität Dresden), W. Koppert
(Medizinische Hochschule Hannover),
EA Lux (St.-Marien-Hospital
Lünen), W Meißner (Universität
Jena), E Pogatzki-Zahn (Universität
Münster), U. Ringeler (Paracelsus-
Klinik Golzheim, Düsseldorf), H
Rittner (Universität Würzburg und
Arzneimittelkommission der deutschen
Ärzteschaft, Berlin), A. Wiebalck
(Bochum).

postoperativen Phase bedarfsabhängig titriert werden und können im weiteren Verlauf als orale Medikation fortgeführt werden. Durch Kombination von NOPA und Opioiden können der Opioidbedarf und zum Teil auch opioidtypische Nebenwirkungen, wie Übelkeit, Erbrechen, Müdigkeit und Sedierung reduziert werden [27, 48, 49]. Für NOPAs wurden in den letzten Jahren zunehmend schwerwiegende oder gar tödliche Nebenwirkungen diskutiert. Hierzu zählen z. B. kardiovaskuläre Ereignisse, die zunächst für Coxibe, später auch für traditionelle NSAIDs beschrieben wurden, oder die Agranulozytose unter Metamizol. Zu einigen konkreten Fragen der perioperativen Anwendung von NOPA bei Erwachsenen liegt jedoch keine oder wenig Evidenz aus klinischen Studien vor. Dabei geht es häufig um praktische Fragen in der täglichen klinischen Anwendung, z. B. um die Patientenaufklärung oder den Zeitpunkt der perioperativen Gabe. Oftmals liegen nur wenig Informationen aus Studien vor und in Krankenhäusern existieren häufig keine Konzepte zum Vorgehen.

Die Empfehlungen umfassen keine detaillierte Nutzen-Risiko-Analyse von NOPA im Vergleich zu alternativen Maßnahmen in der perioperativen Akutschmerztherapie, wie Opiode, Ko-Analgetika, Verfahren der Regional- bzw. Lokalanästhesie und psychologische Interventionen. Hierfür verweisen wir auf die bald erscheinenden, überarbeiteten S3-Leitlinie „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen“. Die S3-Leitlinien können möglicherweise einige der hier ausgesprochenen Empfehlungen in ihrem Empfehlungsgrad geringfügig modifizieren...

Den vollständigen Artikel lesen Sie auf
www.bdc.de.

Dieser Beitrag erscheint parallel in
den Zeitschriften *A&I Anästhesiologie & Intensivmedizin*, *Der Anästhesist*,
Der Chirurg und *Der Schmerz*.



WEBINARE

Vorankündigung Webinare

kostenlos
für
BDC und DGCH
Mitglieder

BDC  AKADEMIE
Einfach starten!



Seit September 2017 gibt es die BDC|Webinare, die im November unter der neuen E-Learning-Plattform www.bdc-eakademie.de mit Online-Kursen, Podcasts und der Mediathek zusammengeführt wurden. Neben den bislang von Experten vorgestellten Leitlinien wird mit der neuen Reihe **Chirurgie Aktuell** das Programm thematisch ausgebaut.

Nach den Live-Präsentationen kann mit dem Referenten und anderen Teilnehmern via Chat diskutiert werden. Und jede Teilnahme an den Leitlinien-Webinaren wird in der Regel mit **zwei CME-Punkten** zertifiziert.

Alle Live-Webinare stehen nach Ablauf im Webinar-Archiv zur Verfügung.

DONNERSTAG, 26. AUGUST 2021, 18:00 UHR

LIVE



LEITLINIE

S1-Leitlinie „Hygieneanforderungen beim ambulanten Operieren“

Dr. med. Michael Wagner

MITTWOCH, 07. JULI 2021, 18:00 UHR

LIVE



CHIRURGIE AKTUELL

Interdisziplinäre Therapieentscheidung bei Oligometastasierung

Prof. Dr. med. Stephan Kersting

Wissen – Fortbildung – Updates

Der Chirurg: 12 mal im Jahr – gedruckt und digital

- Themenschwerpunkt mit Handlungsempfehlungen in jedem Heft
- Aktuelle Operationstechniken im Video
- CME: Evidenzbasierte Medizin zum Punkte sammeln
- Organ der DGCH und der DGAV

Jetzt bestellen



Vorzugspreis für BDC-Mitglieder. Info unter: www.bdc.de/leistungen/zeitschriften-buecher/

SAFETY CLIP

Der Patientensicherheitsindex – angewandt am Kernprozess „Interdisziplinäres perioperatives Management“

REIFEGRAD DES KLINISCHEN RISIKOMANAGEMENTS TRANSPARENT MACHEN

Nicht nur das Management eines Krankenhauses hat großes Interesse an einer hohen Patientensicherheit. Auch Versicherungsunternehmen wollen sehen, ob und wie sich Aktivitäten des Qualitätsmanagements und des klinischen Risikomanagements auf die Patientensicherheit auswirken. Einige Versicherer haben angefangen, eigene Anforderungskataloge zum klinischen Risikomanagement zu erstellen und fordern Antworten von ihren Bestandskunden und potentiellen Kunden ein, denn sie möchten

das Risiko, welches sie übernehmen sollen, besser einschätzen können. Manche Versicherungsunternehmen organisieren sogar eigene oder externe Audits in Kliniken. Nicht zuletzt deswegen ist es für das Krankenhausmanagement notwendig, Aktivitäten des Risikomanagements vor allem in den Hochrisikobereichen und in den Kernprozessen zu etablieren und die Ergebnisse gegenüber den Stakeholdern – zum Beispiel den Haftpflichtversicherern – transparent darzustellen.

Im Folgenden soll am Kernprozess „Perioperatives Management“ dargelegt werden, wie die Ergebnisse einer Messung zur Patientensicherheit konkret aussehen und welche

**Marsha Fleischer**

Risikoberaterin, Business-
Risikomanagerin, Qualitätsmanagerin
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
mbH
Ecclesiastraße 1–4
32758 Detmold
marsha.fleischer@grb.de
www.grb.de

Fleischer M: Safety Clip:
Der Patientensicherheitsindex – angewandt
am Kernprozess „Interdisziplinäres perioperatives
Management“. Passion Chirurgie. 2021 Juni;
11(06): Artikel 04_02.



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

Faktoren das Messinstrument Patientensicherheitsindex umfasst [1].

PERIOPERATIVES MANAGEMENT

Mit „Interdisziplinärem perioperativen Management“ werden alle Prozesse des prä-, intra- und postoperativen Managements bezeichnet. Die Organisation von Abläufen und Zuständigkeiten hat das Ziel, eine möglichst hohe Sicherheit bei Operationen zu gewährleisten [2].

PROZESSE DES PRÄOPERATIVEN MANAGEMENTS

- Prämedikation (Anästhesist)
- Patientenaufklärung (Chirurg)
- OP-Feldkennzeichnung
- Patientenvorbereitung pflegerisch (inklusive Anwendung OP-Sicherheitscheckliste)
- OP-Planung und -Koordination
- Patiententransport
- ...

PROZESSE DES INTRAOPERATIVEN MANAGEMENTS

- Patienteneinschleusung
- Patientenidentifikation (inklusive Anwendung OP-Sicherheitscheckliste)
- Sturzmanagement
- Arzneimitteltherapie (Spritzenkennzeichnung u. a.)
- Airway-Management
- OP-Lagerung
- Team-Time-Out
- Organisation Anästhesie (Überwachung Narkose u. a.)
- Hochfrequenz-Chirurgie
- Zählkontrolle
- Gewebeproben
- Dokumentation Anästhesie (Narkoseprotokoll)
- OP-Dokumentation (OP-Protokoll, OP-Bericht u. a.)
- Überleitung an Aufwachraum (wenn Patient hier und nicht intensivmedizinisch überwacht wird)
- ...

PROZESSE DES POSTOPERATIVEN MANAGEMENTS:

- Überwachung im Aufwachraum
- Schmerzmanagement
- Anordnungs- und Verabreichungsprozedere von Arzneien im Aufwachraum

- Dokumentation im Aufwachraum
- Verlegungsmanagement
- Entlassmanagement nach ambulanten Operationen
- Überwachung im stationären Bereich
- Visitenmanagement
- Arzneimitteltherapie im stationären Bereich
- Patientendokumentation
- ...

Beim perioperativen Management spielen ferner allgemeine Maßnahmen eine wichtige Rolle für die Sicherheit. Dazu zählen unter anderem:

- Einarbeitungsmanagement
- Fort- und Weiterbildungsmanagement
- Einweisung in medizintechnische Geräte
- Notfallmanagement
- Hygienemanagement
- CIRS
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen

Zu jedem der Prozesse gehören Präventionsmaßnahmen, die es umzusetzen gilt. Darunter sind patientennahe und patientenferne Präventionsmaßnahmen. Die Sicherheitsmaßnahmen bei der Arbeit am Patienten sowie die organisatorischen Aspekte im Hintergrund gewährleisten gemeinsam die ganzheitliche Patientensicherheit.

In einem Risiko- und Sicherheitsaudit wird hinterfragt und bewertet, inwieweit diese Präventionsmaßnahmen in der Praxis umgesetzt, sprich erfüllt werden.

BEISPIEL: BEWERTUNG VON PRÄVENTIONSMASSENNAHMEN BEI DER HOCHFREQUENZ-CHIRURGIE

In Interviews und Praxisbeobachtungen werden unter anderem folgende Präventionsmaßnahmen beurteilt:

- Verfahrensbeschreibung: Das Verfahren der Hochfrequenz-Chirurgie (HF-Chirurgie) ist schriftlich festgelegt. Die Zuständigkeit für die richtige Positionierung der Neutralelektrode ist eindeutig geregelt.
- OP-Sicherheitscheckliste: Es ist sicher gestellt, dass Stromleiter (Herzschrötmacher, Metallteile und Piercings) bekannt und wenn möglich entfernt

sind. Dies ist Inhalt der OP-Sicherheitscheckliste und wird in ihr abgezeichnet.

- Alarmsystem: Die HF-Geräte sind mit zuverlässigen Alarm- beziehungsweise Kontrollsystemen ausgestattet.
- Hautkontrolle: Postoperativ wird nach Abnahme der Neutralelektrode die Hautoberfläche kontrolliert. Auffälligkeiten werden in der OP-Dokumentation festgehalten und bei Übergabe des Patienten kommuniziert.

Die Umsetzung dieser Präventionsmaßnahmen beugt im Wesentlichen dem Risiko der Verbrennung vor, das bei der HF-Chirurgie sehr häufig zum Tragen kommt.

Jede dieser Präventionsmaßnahmen ist mit individuellen Gewichtungsfaktoren hinterlegt. Die Gewichtungsfaktoren sind

- Schadensschweregrad (**Tabelle 1**)
- Eintrittswahrscheinlichkeit (**Tabelle 2**)
- Wirksamkeit
- Objektivität

Die Stufen und Interpretationen des Schadensschweregrades und der Eintrittswahrscheinlichkeit sind angelehnt an die österreichische

Norm ONR 49002-2:2014 des Österreichischen Normungsinstituts (ONR 2014) und mit den Erfahrungen aus einer der größten Heilwesen-Schadendatenbank im deutschsprachigen Raum abgeglichen.

EINTEILUNG DER PRÄVENTIONSMASSNAHMEN NACH WIRKSAMKEIT

- Extrem wirksam
- Sehr wirksam
- Wirksam
- Kaum bis gar nicht wirksam

EINTEILUNG DER PRÄVENTIONSMASSNAHMEN NACH OBJEKTIVITÄT

- Ja
- Teilweise
- Nein

Die Objektivität bedeutet, wie realistisch beurteilbar eine Präventionsmaßnahme ist. Es gibt zum einen Präventionsmaßnahmen, die sich mit einer hohen Objektivität bewerten lassen, zum Beispiel: „Das Verfahren der Hochfrequenz-Chirurgie ist schriftlich festgelegt.“ Zum anderen gibt es diejenigen, die zur Nachvollziehung des Behandlungsprozesses sehr relevant, jedoch nicht objektiv genug

beurteilbar sind, zum Beispiel: „Der Operateur kennt den Patienten.“

Wie die zuvor dargestellten Faktoren je Präventionsmaßnahme gewichtet werden, legt das statistische Verfahren der modifizierten Delphi-Methode fest [3].

Den Schadensschweregrad und die Eintrittswahrscheinlichkeit des potentiellen Risikos (zum Beispiel des Verbrennungsrisikos beim Verfahren HF-Chirurgie) haben Arzthaftpflichtjuristen für jede Präventionsmaßnahme bewertet. Den Wirkfaktor sowie die Objektivität haben klinische Experten des Gesundheitswesens bestimmt.

Letztendlich kann somit jede Präventionsmaßnahme, die in einem Audit auf den Prüfstand gestellt werden soll, mit dem Risiko, dem sie entgegenwirkt, sowie mit den spezifischen Gewichtungsfaktoren beschrieben werden. Dies ist maßgeblich für die Berechnung des Patientensicherheitsindizes. Allerdings nicht allein: Weitere Parameter wie beispielsweise die Anzahl der zugrunde gelegten, indexrelevanten Präventionsmaßnahmen während eines Audits kommen hinzu.

Tab. 1: Schadensschweregrad in Stufen

unbedeutend	Vorkommnis ohne Folgen
gering	Gesundheitsschaden mit vorübergehenden Folgen (zum Beispiel akute Schmerzen, vorübergehende Einschränkungen in der Beweglichkeit)
spürbar	Gesundheitsschaden mit dauerhaften Folgen ohne relevante Einschränkungen im Alltag (zum Beispiel chronische Schmerzen, dauerhafte Einschränkungen in der Beweglichkeit)
kritisch	Schwerer Gesundheitsschaden mit in der Regel dauerhaften Folgen, die mit relevanten Einschränkungen im Alltag einhergehen, jedoch ohne Hilfe Dritter bewältigt werden können (zum Beispiel massiver Organ- oder Nervenschaden, Lähmungen, Sepsis)
katastrophal	Schwerer Gesundheitsschaden mit dauerhaften Folgen und erforderlicher täglicher Hilfe Dritter im Alltag (dauerhafte Pflegebedürftigkeit, zum Beispiel hypoxischer Hirnschaden, Wachkoma) oder Tod

Tab. 2: Eintrittswahrscheinlichkeiten

unwahrscheinlich	seltener als alle fünf Jahre
sehr selten	alle zwei bis fünf Jahre
selten	häufiger als alle zwei Jahre bis einmal pro Jahr
möglich	häufiger als einmal bis zweimal pro Jahr
häufig	häufiger als zweimal pro Jahr

In einem Sicherheits- und Risikoaudit erfolgt letztendlich die Erhebung des Patientensicherheitsindizes – fachabteilungs-, prozessbezogen oder auf Ebene der Präventionsmaßnahmen –, da der Auditor anhand der Fünferskalierung 0, 25, 50, 75 oder 100 Prozent jede in dem Audit zugrunde gelegte Präventionsmaßnahme hinsichtlich ihrer Erfüllung in der Praxis bewertet. Die Anzahl der zugrunde gelegten indexrelevanten Präventionsmaßnahmen in einem Audit sowie derer hinterlegten gewichteten Einzelparame-ter entsprechend Schadenausmaß, Eintrittswahrscheinlichkeit, Wirkfaktor und Objektivität bilden die Bemessungsgrundlage des Patientensicherheitsindex.

PATIENTENSICHERHEITSINDEX IM AUDIT

Am Beispiel eines realen Audits zum Kernprozess „Interdisziplinäres perioperatives Management“ werden nachstehend die Ergebnisse einer Indexberechnung

Tab. 3: Patientensicherheitsindex nach Prozessaudit „Interdisziplinäres perioperatives Management“

Sicherheitskategorie	Index
Präoperativ	
Prämedikation	100
Patientenaufklärung (Chirurg:in)	81
OP-Feldkennzeichnung	60
Patientenvorbereitung (pflegerisch)	92
OP-Planung/-Koordination	70
Patiententransport	75
Intraoperativ	
Patienteneinschleusung	64
Patientenidentifikation	52
Sturzmanagement OP	59
Arzneimitteltherapie (Spritzenkennzeichnung u. a.)	80
Airway-Management	100
OP-Lagerung	100
Team-Time-Out	65
Organisation Anästhesie (Überwachung Narkose u. a.)	79
HF-Chirurgie	100
Zählkontrolle	100
Gewebeproben	65
Dokumentation Anästhesie	100
OP-Dokumentation	100
Überleitung Aufwachraum	97
Postoperativ	
Überwachung Aufwachraum	100
Schmerzmanagement	75
Anordnungs-/Verabreichungsprozedere Arzneien Aufwachraum	82
Dokumentation Aufwachraum	100
Verlegungsmanagement	98
Entlassmanagement ambulante Operationen	88
Überwachung stationärer Bereich	91
Visitenmanagement	77
Arzneimitteltherapie im stationären Bereich	81
Patientendokumentation	83
Allgemein	
Einarbeitungsmanagement	81
Fort- und Weiterbildungsmanagement	90
Einweisung medizinische Geräte	98
Notfallmanagement	48
Hygienemanagement	100
CIRS	40
M&M-Konferenzen	31

Tab. 4: Legende der Farben des Patientensicherheitsindex

sehr hohes Sicherheitsniveau	Der Indexwert ist ≥ 95
mittleres Sicherheitsniveau	Der Indexwert ist ≥ 80 und < 95
ungenügendes Sicherheitsniveau	Der Indexwert ist < 80

exemplarisch aufgezeigt. Die Präventionsmaßnahmen sind definierten Sicherheitskategorien zugeordnet. Die Sicherheit bewegt sich auf einer Skala von 0 bis 100. Der Wert 100 bedeutet, dass das bestmögliche Sicherheitsniveau erreicht ist (siehe **Tabelle 3** und zugehörige **Tabelle 4** = Farblegende für den Patientensicherheitsindex).

FAZIT: EIN SEHR FLEXIBLES, NÜTZLICHES MESSINSTRUMENT

Der Patientensicherheitsindex ist flexibel anwendbar. Mit dem Index kann der Reifegrad des klinischen Risikomanagements gemessen werden, sei es in einem Fachbereich, in mehreren Hochrisikobereichen, auf Prozessebene – hier in der Grafik Kernprozess „Perioperatives Management“ – oder sogar nur zu einzelnen Präventionsmaßnahmen.

Das Qualitäts- und Risikomanagement kann durch Instrumente wie Audits, CIRS, Beschwerdemanagement und anderes mehr Risiken erkennen. Der Patientensicherheitsindex ermöglicht es darüber hinaus, nach einem Sicherheits- und Risikoaudit das Patientensicherheitsniveau aufgrund valider und reliabler Kennzahlen tatsächlich zu bestimmen und damit bewertbar zu machen. Dies stellt für das Krankenhausmanagement eine echte Grundlage dar, um Entscheidungen im Sinne eines ganzheitlichen Risikomanagements zu treffen. Zudem kann es seinen Stakeholdern, zum Beispiel den Haftpflichtversicherern, die Wirksamkeit etablierter Sicherheitsmaßnahmen objektiv darlegen.

LITERATUR

- [1] Zum Thema Patientensicherheitsindex siehe auch die Safety Clips „Sicherheitsindex in chirurgischen Fachabteilungen“ (10/2018) sowie „riskala.INDEX – Patientensicherheitsindex“ (8/2013).
- [2] Perioperatives Management: Abstract (2021), from https://www.amboss.com/de/wissen/Perioperatives_Management; abgerufen am 13. März 2021.
- [3] Zinn W., Fleischer M. (2015): Bewertung und Evaluation des klinischen Risikomanagements durch einen Sicherheitsindex. In Gausmann, P., Henniger, M., & Koppenberg, J. Patienten-Sicherheits-Management. Berlin/Boston: de Gruyter, 425–432.

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

Ecclesiastraße 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

Hygienemanagement in der ambulanten Praxis

BZH-ANGEBOT FÜR BDC-MITGLIEDER

Die Hygiene in medizinischen Einrichtungen, so auch in ambulanten Praxen, ist ein bedeutender Faktor für die Infektionsprävention und die Personal- und Patientensicherheit in den Einrichtungen. Es gilt, eine Vielzahl an gesetzlichen Vorgaben

und Verordnungen einzuhalten – vom Infektionsschutzgesetz bis zur Trinkwasserverordnung. Praktisch spielen vor allem die Interpretation und Umsetzung der Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention und Krankenhaushygiene (KRINKO) des Robert Koch-Institutes eine wichtige Rolle.



Dipl.-Kfm. Dirk Welsch
Geschäftsführer
Deutsches Beratungszentrum für
Hygiene
BZH GmbH
Schnewlinstr. 4
79098 Freiburg/Brsg.
info@bzh-freiburg.de
www.bzh-freiburg.de

SPRECHEN SIE UNS AN:

Katja Stauffer
Vertriebsinnendienst
stauffer@bzh-freiburg.de
Tel.: 0761 / 202 678 – 36

Bei Überprüfungen durch die Aufsichtsbehörden steht in ambulanten medizinischen, ganz besonders operativen Einrichtungen ein funktionierendes Hygienemanagement im Vordergrund und wird genau unter die Lupe genommen. Dieses beinhaltet zum Beispiel die Erstellung von Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen (SOP), Dokumentation in der Instrumentenaufbereitung, Durchführung der Infektionssurveillance, Vorhaltung von Hygienefachpersonal und vieles mehr.

Für Mitgliedspraxen des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) bietet das BZH eine bedarfsgerechte praxishygienische, auf Wunsch auch individuell konfigurierte, Beratung an. Diese beinhaltet u. a. eine jährliche praxishygienische Begehung durch eine Hygienefachkraft. Hier können nicht nur sämtliche praxishygienischen Alltagsprobleme besprochen, sondern auch Pflichtschulungen oder praxishygienische Fortbildungen zu bestimmten Themen durchgeführt werden. Außerdem unterstützen wir Sie u. a. bei der Erstellung von Hygieneplänen sowie im Umgang mit Behörden, wie beispielsweise den Gesundheitsämtern.

Wir bieten Ihnen und Ihrer Einrichtung ein bedarfsgerechtes, sicheres und maßgeschneidertes Hygienekonzept auf Basis aktueller Anforderungen und wissenschaftlicher Erkenntnisse. Mit selbiger Fachexpertise ist jede ambulant operierende Einrichtung in sachlicher, fachlicher und besonders auch rechtlicher Hinsicht adäquat aufgestellt. Jede Einrichtung hat dabei eine feste und regional angesiedelte Hygienefachkraft als Betreuung,

auf Wunsch kann zusätzlich oder bei Bedarf ein Facharzt für Hygiene hinzugezogen werden oder ist als Hintergrundberatung telefonisch oder schriftlich verfügbar.

Folgende Leistungsbausteine sind hierbei (auch additiv) kombinierbar:

- Betreuung durch eine feste Hygienefachkraft, auch vor Ort
- Beratung durch einen Facharzt für Hygiene/Infektiologie
- Bauhygienische Beratung
- Durchführung von Schulungen und Fortbildungen, vor Ort und/oder über unsere moderne E-Akademie
- Infektiologische Beratung

Das Deutsche Beratungszentrum für Hygiene ist mit seinem interdisziplinären Team von Krankenhaushygienikern, Mikrobiologen, Naturwissenschaftlern sowie hochqualifizierten Hygienefachkräften eines der größten Hygieneinstitute Europas.

Alle Mitglieder des BDC haben zu Sonderkonditionen des geschlossenen Rahmenvertrages exklusiv Zugang zu diesen Leistungen.

SPRECHEN SIE UNS AN:

Katja Stauffer
Vertriebsinnendienst
stauffer@bzh-freiburg.de
Tel.: 0761 / 202 678 – 36

Welsch D: Hygienemanagement in der ambulanten Praxis. Passion Chirurgie. 2021 Juni; 11(06): Artikel 04_03.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Qualität&Patientensicherheit | Hygiene.

**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. 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)

Popp W, Jatzwauk L, Schmithausen R, Kohnen W:

Hygiene-Tipp: Was sagt uns die „Reproduktionszahl“ einer Infektionskrankheit? Passion Chirurgie. 2021 Juni; 11(06): Artikel 04_04.



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

Was sagt uns die „Reproduktionszahl“ einer Infektionskrankheit?

Die Reproduktionszahl ist dank der COVID-19-Pandemie zu einer täglichen Maßzahl geworden. Sie beschreibt, wie viele Menschen eine infizierte Person im Mittel ansteckt.

Der Startwert R_0 (Basisreproduktionszahl) beschreibt, wie viele Menschen durch einen Infizierten angesteckt werden, wenn es noch keine Immunität in der Bevölkerung gibt und keine Maßnahmen ergriffen wurden:

Infektion	Basisreproduktionszahl
Diphtherie	2 – 4
Influenza	1 – 2
Keuchhusten	5 – 15
Masern	12 – 18
Mumps	4 – 7
Pertussis	5 – 17
Polio	5 – 6
Pocken	4 – 7
Röteln	6 – 7
SARS(-CoV-1)	2 – 3
SARS-CoV-2	2 – 4
Windpocken	10 – 12

Die Reproduktionszahl wird durch die Kontagiosität (Ansteckungsfähigkeit) der Krankheitserreger bestimmt. Die als B.1.1.7 bezeichnete „britische“ Corona-Variante scheint eine höhere Reproduktionszahl als 4 aufzuweisen und kann sich daher rasch ausbreiten.

Durch Kontaktbeschränkungen, Infektionsschutzmaßnahmen und zunehmende Immunität wird die Reproduktionszahl verringert. Solange sie über 1 ist, steigt die Anzahl der Neuinfektionen weiter an. Wenn sie unter 1 ist, sinkt die Anzahl der Neuinfektionen.

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

▶ Jetzt anmelden: 
www.bdc-eakademie.de

Rezension: Chirurginnen



Chirurginnen

Klimpel, Volker: Chirurginnen
2021, 188 Seiten, gebunden,
Kaden Verlag Heidelberg
ISBN 978-3-942825-87-0
EUR 24,80 (inkl. MwSt.)

Beim Verlag bestellen:

<http://bit.ly/BuchChirurginnen>

Rezensentin:

Dr. med. Frauke Fritze-Büttner
Ltd. Oberärztin
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Sana Klinikum Lichtenberg
Fanningstraße 32
10365 Berlin
frauke.fritze@sana-kl.de

Fritze-Büttner F: Rezension:
Chirurginnen. Passion Chirurgie.
2021 Juni, 11(06): Artikel 04_05.



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

Die Diskussion um das Thema „Frauen in der Chirurgie“ gewinnt in der letzten Zeit zunehmend Interesse. Insbesondere, weil die Chirurginnen auf sich aufmerksam machen. „Chirurginnen“ von Volker Klimpel erscheint also genau zum richtigen Zeitpunkt.

Das Buch ermöglicht eine Zeitreise durch die Geschichte der Chirurgie. Unterteilt in zwei größere Kapitel gelingt es dem Autor, nicht nur die langjährige Entwicklung der Chirurginnen kurzweilig zu erzählen. Er erinnert nach aufwendiger Recherche in zahlreichen Kurzportraits an Chirurginnen, die einen Teil der Medizingeschichte geschrieben haben. Dabei verfolgt der Autor nicht das Ziel der Vollständigkeit, zeigt aber die Vielfalt und Außergewöhnlichkeit chirurgischen Wirkens von Frauen. Volker Klimpels historischer Auszug der Chirurginnen-Geschichte beginnt im 4. Jahrhundert vor Christus mit Phanostrate und endet in der Gegenwart. Frauen galten analog „Eva“ als „Verursacherinnen des Sündenfalls der Menschheit“, wodurch ihnen die Fähigkeit, heilen zu können, abgesprochen wurde. Patriarchalische gesellschaftliche Strukturen erschwerten ihre Entwicklungsmöglichkeiten und versperrten interessierten Frauen den Weg in die Chirurgie.

Klimpel erläutert nachvollziehbar, wie sich Frauen „enthusiastisch, hartnäckig und unbeirrbar“, chirurgisch durchsetz(t)en. 1950 wurden die Frauen bereits in der „DDR“ formal als gleichberechtigt anerkannt. In der Bundesrepublik wurde erst 27 Jahre später die „Hausfrauenehe“ aus dem Gesetzbuch gestrichen. Nachdem bereits einige Chirurginnen erfolgreich als Chefärztinnen tätig waren, leitete, mit der Ernennung zur Ordinaria, Frau

Prof. Dr. Henne Bruns 2001 in Deutschland eine neue Ära ein.

Erste Zulassungen zum Studium, in den USA bereits 1833 beginnend, in Deutschland erstmals 1899, eröffneten Frauen endlich die Möglichkeit, anerkannt eine medizinische Ausbildung zu beginnen. Viele chirurgisch Tätige fanden ihre erste Anerkennung und Verwirklichung auf gynäkologisch-chirurgischem Gebiet, bis eine immer weitere Differenzierung auch eine Spezialisierung möglich machte. Spannend ist dargestellt, welche Innovationen auf Chirurginnen zurückzuführen sind: Virginia Apgar etablierte den Apgar-Score, Helmtraut Arziger-Jonasch entwickelte das Syspur-derm als synthetischen Hautersatz, Nina Starr Braunwald entwickelte und implantierte die erste künstliche Herzklappe, Helen („Leni“) Büchter gilt als Nestorin der ostdeutschen Handchirurgie, um nur wenige zu nennen. Die kurzweiligen biographischen Auszüge beschreiben die Willenskraft, das Engagement und heroische Einsätze für das Ziel, die Berufung zum Lebenstraum werden zu lassen. Geschildert werden aber auch eindrücklich gesellschaftlich und politische Hindernisse sowie familiäre Unwägbarkeiten.

Reflektiert man diese Aspekte in der heutigen Zeit, wird klar, dass Chirurginnen – trotz der Überzahl bei den Medizinstudierenden – noch nicht den Platz einnehmen, der ihnen in einer gleichberechtigten Gesellschaft zustehen würde. Hier bleibt also noch viel zu tun. Volker Klimpel geht hierfür einen wichtigen Schritt, denn der Blick zurück ist ein guter Ausgangspunkt, die Gegenwart zu verstehen und die Zukunft zu gestalten.



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.

APRIL 2021

Dr. med. Boris Hoz nahm zum 1. Februar 2021 seine Tätigkeit als Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie am Evangelischen Krankenhaus Ludwigsfelde-Teltow auf. Er war zuvor Oberarzt der Fachabteilung für Chirurgie der Immanuel Klinik Rüdersdorf.

Dr. med. Michael Moritz ist seit dem 01. Januar 2021 Sektionsleiter der Gefäßchirurgie Agaplesion Evangelisches Krankenhaus Gießen.

Dr. med. Gerd-Uwe Neukamp wechselte nach 13-jähriger Chefarztstätigkeit am HELIOS St. Josefs-Hospital Bochum-Linden an das HELIOS Klinikum in Warburg. Dort leitet der Chirurg mit den Schwerpunkten Spezielle Viszeralchirurgie und Proktologie seit Anfang des Jahres die Allgemein- und Viszeralchirurgie.

Dr. med. Ingo Lukas Schmalbach ist der neue Chefarzt der Thoraxchirurgie des Friedrich-Ebert-Krankenhauses Neumünster. Seit 16 Jahren ist Schmalbach Arzt der Abteilung, zuletzt als Leitender Oberarzt.

Dr. med. Matthias Schneider, vorher Chefarzt der Gefäßchirurgie am Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift, wechselte bereits im Oktober des letzten Jahres nach Ratzeburg. Dort ist er Chefarzt der Gefäßchirurgie des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg.

Prof. Dr. med. Andreas Sandler ist neuer Chefarzt für die Allgemein- und Viszeralchirurgie am Marienhospital Ankum-Bersenbrück der Niels-Stensen-Kliniken. Er wechselte vom Hufeland Klinikum in Bad Langensalza.

Dr. med. Harald von Suchodoletz, zuvor Chefarzt der Klinik für Kinderchirurgie der

HELIOS Kliniken Schwerin, wechselte nach Greifswald, wo er nun die Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie der Universitätsmedizin leitet.

Rita Wächtershäuser ist neue Departmentleiterin der Allgemein- und Viszeralchirurgie der Asklepios Sächsische Schweiz Klinik Sebnitz. Die Fachärztin für Chirurgie und Viszeralchirurgie war zuvor langjährige Oberärztin am Helios Klinikum Pirna.

Prof. Dr. med. Heiner Wenk wechselte nach fast 25-jähriger Chefarztstätigkeit im Klinikum Bremen-Nord gGmbH als ärztlicher Direktor an die Klinik Lilienthal in Niedersachsen.

Dr. med. Thomas Wölk ist neuer Chefarzt am HELIOS Klinikum Warburg. Nach Jahren als Chefarzt in Koblenz und Aachen, war er in einer orthopädischen Praxis in der Schweiz tätig, bevor er im Januar 2021 die Leitung der Orthopädie und Unfallchirurgie in Warburg übernahm.

MAI 2021

PD Dr. med. Ilona Funke, Leiterin Medical Policies & Development der Hirslanden-Gruppe, übernahm zum 1. April 2021 die Position Group General Manager Clinical Services bei Mediclinic International plc, dem Mutterhaus von Hirslanden. Damit wird sie die Gesamtverantwortung für die klinische Strategie der drei Divisionen des Konzerns tragen.

Dr. med. Markus Graf, Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, übernahm zum 1. März 2021 die Chefarztposition der Unfallchirurgie und Orthopädie des Düsseldorfer St. Martinus-Krankenhauses. Er leitete zuvor viele Jahre das Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie am Rhein-Maas-Klinikum in Würselen bei Aachen.



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

Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling, Seminarleiter in der BDC-Akademie und Direktor der Klinik für Viszeral- und Gefäßchirurgie am Zentrum für Minimal-Invasive Chirurgie am Vivantes Klinikum Spandau, ist im November 2020 zum neuen Präsidenten der Deutschen Herniengesellschaft (DGH) gewählt worden.

PD Dr. med. Stefan Limmer leitet bereits seit Februar 2021 die Thoraxchirurgie und thorakale Endoskopie der Zollernalbklinikum gGmbH in Albstadt. Der Facharzt für Gefäß-, Thorax-, Allgemein- und Viszeralchirurgie hat sich auf minimalinvasive Eingriffe spezialisiert.

Dr. med. Dietmar Loitz leitet seit zwölf Jahren die Unfallchirurgie und Orthopädie am Helios Klinikum Salzgitter zusammen mit seinem Chefarztkollegen Dr. med. Thomas Wachtel. Seit dem 10.03.2021 übernehmen die beiden zusätzlich die Leitung der Unfallchirurgie und Orthopädie der HELIOS Albert-Schweitzer-Klinik in Northeim.

Dr. med. Katja Staade übernahm zum 01.03.2021 die Chefarztposition der Allgemein- und Viszeralchirurgie der Schön Klinik Düsseldorf und kehrt damit an die Klinik zurück, in der sie bereits von 2013 bis 2016 Chefarztin war. In den Jahren dazwischen war sie am HELIOS Klinikum Niederberg als Leiterin der Allgemein- und Viszeralchirurgie in Velbert tätig.

Dr. med. Robert Varga ist seit kurzem der neue Chefarzt der Abteilung konservative Orthopädie, Manuelle Medizin und Schmerzmedizin der Sana Klinik München. Er war zuvor Oberarzt der Orthopädie der Rommel-Klinik Bad Wildbad.

Prof. Dr. med. Elke Wagler, ehemals Chefarztin der Chirurgie der Pleißenal-Klinik in Werdau, leitet seit Januar 2021 die Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Onkochirurgie der Muldentalkliniken in Grimma und Wurzen.

Dr. med. Mohamed Zaatar übernahm im April 2021 die Leitung der Klinik für Thoraxchirurgie an der Evangelischen Lungenklinik in Berlin-Buch. Der ehemalige Oberarzt der Ruhrlandklinik der Universitätsmedizin Essen, übernahm die Nachfolge von Frau Dr. med. Gunda Leschber, die sich in den Ruhestand verabschiedete.

JUNI 2021

Dr. med. Lope Estévez Schwarz hat zum 01. April 2021 die cheftätliche Leitung der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie der Havelland Kliniken GmbH an den Standorten Nauen und Rathenow übernommen. Er war zuvor Oberarzt am St. Joseph-Krankenhaus Berlin.

Reyadh Haidan, der bereits als Leitender Oberarzt der Gefäßchirurgie der Sana-Kliniken Cham tätig war, übernahm zum 01. März 2021 die Leitung der Abteilung. Er ist Facharzt für Gefäßchirurgie, spezialisiert in der Endovaskulär Chirurgie.

PD Dr. med. Mia Kim übernahm bereits im Februar 2021 die ärztliche Leitung der Allgemein- u. Viszeralchirurgie der München Klinik Harlaching. Sie war zuvor Leiterin der Koloproktologie der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Transplantations-, Gefäß- und Kinderchirurgie am Universitätsklinikum Würzburg.

Prof. Dr. med. Moritz Kleine übernahm bereits zum Anfang des Jahres 2021 die Position des Chefarztes der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie und Koloproktologie des Vinzenzkrankenhauses in Hannover.

Dr. med. Ronald Lützenberg ist seit Anfang Januar Chefarzt der neuen Klinik für rekonstruktive Chirurgie am St. Raphael Krankenhaus in Ostercappeln. Er kam vom Universitätsklinikum Magdeburg, wo er Leiter des Zentrums für interdisziplinäre rekonstruktive Chirurgie der Klinik für plastische und ästhetische Chirurgie war.

Prof. Dr. med. Kai Megerle wechselte bereits zum Anfang des Jahres 2021 von der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar, an die Schön Klinik München Harlaching, wo er nun Chefarzt der Hand- und Ellenbogenchirurgie, Mikrochirurgie und Plastischen Chirurgie ist.

Dr. med. Steffen Nirmaier ist seit 1. April 2021 neuer Chefarzt der Chirurgie im Nardini-Klinikum in Zweibrücken. Der Wechsel erfolgte nach zehn Jahren Chefarztstätigkeit im Krankenhaus Rodalben.

Dr. med. Georgios Papapostolou ist der neue Chefarzt der Gefäßchirurgie am St. Elisabeth Hospital Iserlohn. Der Facharzt für Chirurgie und Gefäßchirurgie und Spezialist der endovaskulären Chirurgie war zuvor Oberarzt am St. Josef-Hospital – Klinikum der Ruhr-Universität Bochum

Dr. med. Christian Rusu ist seit dem 15. März 2021 neuer Chefarzt der Unfall-, Wiederherstellungs- und Gelenkchirurgie des AHK Viersen. Er wechselte vom DIAKOVERE Friederikenstift Hannover, wo er als Oberarzt der Orthopädie und Unfallchirurgie tätig war.

PD Dr. med. Peter Schenker übernahm zum 01. April 2021 die cheftätliche Leitung der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Städtischen Klinikum Solingen. Er war zuletzt leitender Oberarzt der Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus in Bochum.

Matthias Trede ist seit Januar 2021 Sektionsleiter der Gefäßchirurgie am Klinikum Bremen Nord. Er war zuvor langjähriger leitender Oberarzt in der Klinik für Allgemein-, Gefäß- und Viszeralchirurgie am Klinikum Bremen Nord.

Frage & Antwort



KBV IT-Sicherheitsrichtlinie verbindlich



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

Justitiar BDC

Rechtsanwalt und Fachanwalt für

Medizinrecht

justitiar@bdc.de

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob die von der KBV erlassene IT-Sicherheitsrichtlinie verbindlich ist, da er von seinem EDV-Dienstleister ein neues und teures Servicepaket angeboten bekommen habe zur Umsetzung dieser Richtlinie.

ANTWORT:

Die IT-Sicherheitsrichtlinie der KBV ist gemäß § 75b Abs. 4 S. 1 SGB V für Vertragsärzte verbindlich.

Allerdings beinhaltet die Richtlinie an sich unterschiedliche Anforderungen an die Vorgabenerfüllung, da es hier sowohl Muss-/Soll-Vorschriften, deren Vorgaben erfüllt werden müssen bzw. sollten, als auch lediglich Kann-Vorschriften gibt, deren Erfüllung eine reine Empfehlung darstellt.

Insofern müsste nun beurteilt werden, ob das Servicepaket der EDV-Firma lediglich Muss-Vorgaben enthält oder ob hier auch Kann-Vorgaben miteingeschlossen sind, deren Erfüllung ja nicht zwingend wäre. Eine solche Beurteilung muss anhand der konkreten Umstände im Einzelfall vorgenommen werden, da die Vorgaben auch von der

Praxisgröße bzw. der vorgehaltenen Geräte abhängen.

Denn die Richtlinie unterscheidet zwischen allgemeinen Vorgaben für alle Praxen und zusätzlichen Vorgaben für mittlere und große Praxen sowie Praxen mit medizinischen Großgeräten. Welcher Größeneinstufung eine Praxis unterfällt, hängt von der Anzahl der ständig mit der Datenverarbeitung beschäftigten Personen ab. Die zusätzlich zu erfüllenden Vorgaben für Praxen mit medizinischen Großgeräten, wie z. B. CT oder MRT, sind unabhängig von der Praxisgröße zu erfüllen, da es hier ausschließlich auf die Vorhaltung solcher Geräte ankommt.

Die konkreten Anforderungen werden in den Anlagen 1 bis 5 zur Richtlinie dargestellt. Die Anlagen 1 und 5 gelten dabei für alle Praxen. Anlage 2 gilt zusätzlich für mittlere Praxen, Anlage 3 für große Praxen und Anlage 4 für Praxen mit medizinischen Großgeräten.

Nachdem diese Richtlinie bestehendes Datenschutzrecht lediglich konkretisiert, wäre somit in jeder Praxis zu prüfen, inwieweit die Vorgaben nicht ohnehin bereits im Praxisalltag umgesetzt sind.

Die KBV hat auf ihrer Homepage und einer gesonderten Onlineplattform zur ITSicherheitsrichtlinie unter folgenden Links nähere Details und Hilfestellungen zu den Anforderungen bereitgestellt: <http://bit.ly/KBV-IT-Sicher> und www.bit.ly/KBV-Display. Viele dieser Vorgaben sind bereits ab 01.04.2021 zu erfüllen. ○

Heberer J. F+A: KBV IT-Sicherheitsrichtlinie verbindlich. 2021 Juni; 11(06): Artikel 04_07.



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

PRAXIS TEST

BDC-Praxistest: Zweitmeinungsverfahren Schulterarthroskopie

VORWORT

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Der Anspruch auf das Einholen einer Zweitmeinung ist in der GKV-Versorgung bereits seit 2015 gesetzlich verankert. Gesetzlich versicherte Patient:innen besitzen also einen Rechtsanspruch, vor planbaren Operationen eine zweite, unabhängige ärztliche Meinung einzuholen. Die Indikationen sind noch sehr eingeschränkt (Hysterektomie, Tonsillektomie, Schulterarthroskopie, Knie-TEP,

Amputation bei diabetischem Fuß), aber seit dem Start des Verfahrens in 2018 werden sie erweitert und sollen konsequent ausgebaut werden.

Ein Fortschritt, könnte man meinen, um das hohe Lied auf den Patientenschutz zu singen, doch die genauere Betrachtung lässt viele Fragen offen. Dass die Auswahl der zu hinterfragenden Therapien in der anfänglichen Testphase begrenzt bleibt, liegt auf der Hand. Die exakte Auswahl der zu prüfenden Verfahrensvorschläge ist aber zu wenig transparent



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

und imponiert so fast willkürlich. Und warum – wie bei vielen anderen Maßnahmen der bürokratischen Qualitätsprüfung – erneut fast nur operative Eingriffe auf dem Prüfstand stehen sollen, wird auch nicht klar. Müssen konservativ tätige Ärzte nicht geprüft werden? Oder sind Medikationsfehler weniger relevant? Das wohl nicht, aber dafür nicht so teuer. Immerhin plant das IQWiG bei den 15 in 2021 neu vorgeschlagenen Indikationen aber jetzt mit der Myokardszintigraphie auch eine nicht-interventionelle Maßnahme. Das umweht jetzt aber alles wieder der Odem der vermeintlichen operativ-interventionellen Überversorgung. In Zeiten, in denen Teile der doch immer so klammen GKV ohne Skrupel Maßnahmen der Physiotherapie und Homöopathie entlohnen, denen es an jeglichem wissenschaftlichen Unterbau mangelt, oder über 200 Millionen Euro ins Marketing stecken (sollte die Deutsche Handballnationalmannschaft wirklich für die AOK werben?), hören viele doch die Nachtigall trapsen. Man will Geld sparen – so weit, so gut. Aber muss man dafür den vermeintlichen Patentschutz instrumentalisieren, und wieder mal die Ärzte diskreditieren? Kooperative Qualitätssicherung geht anders. Richtig offensichtlich werden die Ziele des Programms bei der Auswahl der Zweitmeinungsexperten, denn die Vorgaben sind so lau, dass sie nicht ganz so weit entfernt an die Zulassung zum Heilpraktiker erinnern. Expert:in für die Zweitmeinung wird man schnell – 800 sind es bundesweit allein für die drei Starter Hysterektomie, Tonsillektomie oder Schulterarthroskopie. Da herrscht also kein Mangel. Und die anderen sind alles Trottel und Betrüger? Armes Deutschland. Und wenn man dann doch keinen Second-Opinion-Expert findet, helfen die Kassen gerne mit Ihren eigenen Spezialisten aus. Denn das sind ja bekanntermaßen, die, die sich in allem am besten auskennen. Eh klar.

Fragt man drei Ärzte zu einem medizinischen Thema erhält man bekanntlich

vier Meinungen. Die Überprüfung strittiger Indikationen ist deshalb richtig und notwendig. Die Zweitmeinung ist aber genau deshalb auch schon seit Jahrzehnten Bestandteil des Arzt- und Patientenalltags. Eine Standardisierung des Verfahrens mag notwendig sein, aber dann braucht es veritable Experten und eine generelle Ausdehnung auf alle ärztlichen Maßnahmen. Kostet dann aber mehr. Eine Mengenbegrenzung – und um die geht es doch tatsächlich – erreicht man wissenschaftlich viel fundierter über die Fachgesellschaften. Vielleicht braucht es da mehr Druck, aber sie sind die richtigen Hebel. Noch schneller und klarer geht es nur über Rationierungen, doch dieses böse Wort traut sich kein Funktionär oder Politiker auszusprechen. Da beschimpft man lieber die Ärzte.

Das Thema ist heiß – oder sollte man zurzeit besser sagen „geht viral“? Grund genug für uns, das Zweitmeinungsverfahren am Beispiel der Schultereingriffe genauer zu beleuchten.

Erhellende Lektüre wünschen

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



In der Passion Chirurgie 07/08/2020 erschien ein Artikel zum neu etablierten Zweitmeinungsverfahren Schulterarthroskopie. Die praktische Umsetzung und erste Erfahrungen wurden jetzt durch eine BDC-Umfrage evaluiert. Als Modell-Region wurde die KV Niedersachsen ausgewählt. Dort besaßen zum Zeitpunkt der Umfrage 27 Orthopäden und Unfallchirurgen die Genehmigung als Zweitmeinung und wurden auf der Homepage der KVN aufgeführt. Davon haben 19 den kurzen

Kalbe P: BDC-Praxistest: Zweitmeinungsverfahren
Schulterarthroskopie. Passion Chirurgie. 2021
Juni; 11(06): Artikel 05_01.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen |
Fachgebiete | Fachübergreifend.

Fragebogen zu den praktischen Erfahrungen ausgefüllt und anonym zurückgesandt.

Hier die Tendenz der Antworten:

- Die meisten Zweitmeiner hatten noch keine oder sehr wenige Anfragen. Von diesen wurde das Verfahren besonders kritisch beurteilt.
- Dagegen hatten wenige Zweitmeiner in der kurzen Zeit seit der Implementierung des Verfahrens (Anfang 2020) einstellige bis niedrig zweistellige Patientenzahlen.
- Das Verfahren wurde allgemein als bürokratisch und aufwändig, jedoch sinnvoll aus Patientensicht beurteilt. Einige Zweitmeiner sind der Auffassung, dass die Patienten auch ohne das Verfahren zu Ihnen gekommen wären.
- Die Indikation zur subakromialen Dekompression als isolierte Maßnahme werde zu häufig gestellt und stelle den häufigsten Kritikpunkt dar. Gelegentlich seien konservative Behandlungsmaßnahmen noch nicht ausgeschöpft gewesen.
- Oft fehle der konservative Therapieversuch.
- Bei der Indikation zur Schulter-TEP würden teilweise unrealistische Erwartungen geweckt.
- Bei Patienten mit einem langen Leidensweg und hohem Leidensdruck wurden im Rahmen der Zweitmeinung keine „unnötigen Indikationen“ für Schulteroperationen gesehen.
- Die Honorierung für die Zweitmeinung wird als unzureichend beurteilt.
- Einer der Zweitmeiner kritisiert, dass für die Zulassung keine eigenen Erfahrungen mit der zu prüfenden Operationsmethode vorausgesetzt werden.
- Die eigene Beteiligung als Zweitmeiner für die KV wurde als nicht notwendig betrachtet, weil die Patienten ohnehin bei ihnen vorgestellt würden. Die niedergelassenen Haus- und Fachärzte der Region wüssten am besten, wer eine kompetente Zweitmeinung abgeben könne.
- Die Zweitmeinung betreffe nicht nur die Indikation zur Arthroskopie, sondern auch andere operative Eingriffe an der Schulter und konservative Maßnahmen.
- Eigene Operationsindikationen seien – soweit bekannt – nie durch Zweitmeinung anderer Kollegen negiert worden.
- Das Zweitmeinungsverfahren im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung (Heilverfahrenskontrolle gemäß Nr. 35 UV-GOÄ) wurde als nützlich bewertet.
- Auch von einem der Schulter-Spezialisten wird kritisiert, dass für die KV-Zulassung als Zweitmeiner keine eigenen Erfahrungen mit der zu prüfenden Operationsmethode vorausgesetzt werden.

Darüber hinaus wurden drei erfahrene und überregional bekannte Schulterchirurgen vom BDC angeschrieben und um ihre Erfahrungen und eine Einschätzung des Verfahrens gebeten. Zwei davon haben geantwortet:

- Die Abgabe einer Zweitmeinung stelle für sie keine Neuerung, sondern Routine dar, allerdings in sehr geringem Umfang im Vergleich zur gesamten Anzahl von Schulterpatienten.



'The End



Ärztliche Approbationen aus Drittstaaten

VOR DER ANERKENNUNG LIEGT EIN LANGER WEG – DAS MUSS SICH ENDLICH ÄNDERN!

EIN TYPISCHER FALL

Assistenzärztin für Chirurgie, 31 Jahre, Studium 2009–2015 in Bogotá, Kolumbien, erste Deutschland-Erfahrung im PJ-Tertial Chirurgie am UK Köln, Studienabschluss mit Auszeichnung, danach 3-jährige Tätigkeit als chirurgische Assistenzärztin in Bogotá.

Rückkehr nach Deutschland 2018, September 2018 viszeralchirurgische Hospitation in einer Großstadt in Nordrhein-Westfalen, Oktober 2018 Stellenangebot.

ANTRAG AUF BERUFSERLAUBNIS OKTOBER 2018 – GENEHMIGUNG JUNI 2019:

Die Bezirksregierung hatte vergessen eine E-Mail zu versenden.

ANTRAG AUF KENNTNISPRÜFUNG NOVEMBER 2018 – TERMIN NOVEMBER 2020:

Ladefrist 14 Tage, Prüfungsinhalt undefiniert, Prüfungsort 222 km entfernt, vorheriger Kontakt mit der Prüfungskommission nicht möglich. 6 von 7 Prüflingen fallen bei fragwürdigen Inhalten durch.



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



Prof. Dr. med. Carsten J. Krones
Leiter Themen-Referat „Leitende
Krankenhauschirurg:innen“ im BDC
Chefarzt
Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Marienhospital Aachen
Zeise 4
52066 Aachen
carsten.krones@marienhospital.de

Burgdorf F, Krones CJ: Ärztliche Approbationen aus Drittstaaten. *Passion Chirurgie*. 2021 Juni; 11(06): Artikel 05_02.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Aus-, Weiter- und Fortbildung.

Dieser Weg durch die Instanzen mit dem Ziel der Anerkennung einer Approbation aus einem „Drittstaat“ hat mit dem Antrag auf Erteilung einer Berufserlaubnis im Herbst 2018 begonnen und ist fast drei Jahre später 2021 noch immer nicht abgeschlossen. Fälle wie dieser beherrschen seit Jahren die Kollegengespräche – nicht nur in Kongresspausen –, und die nächste Sitzung behandelt dann wieder Nachwuchssorgen und Vakanzen in der Stellenbesetzung sowie den allgemeinen Ärztemangel. Problematisch ist der Zeit- und Ressourcenaufwand auf allen Seiten.

Dramatisch sind jedoch die Konsequenzen für die Antragstellerin: Eine temporäre Berufserlaubnis gilt für maximal zwei Jahre. Davor ist eine Bezahlung arbeitsrechtlich illegal. Während der Berufserlaubnis ist die Bezahlung nicht tarifgebunden. Die Zukunft der persönlich wie fachlich geschätzten und auch dringend benötigten Kollegin bleibt also seit 2018 und bis auf weiteres prekär. Harsche Kritik an dem Anerkennungsverfahren für Medizinabsolventen aus Drittstaaten hagelt es seit Jahren. Diskutiert wurde viel – über die Migration aus Osteuropa, den Mangel an Fachkräften und die verschiedenen Flüchtlingskrisen – verbessert hat sich wenig. Stattdessen hat das Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz („Anerkennungsgesetz“) die bürokratischen Wege zusätzlich verlängert. 2012 wurde der Rechtsanspruch auf Prüfung und ggf. Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen verankert, und noch Jahre später als überragender Meilenstein der Integration gefeiert. Mit dem Gesetz hat sich das gesamte Antragsvolumen aber deutlich erhöht, während die Bearbeitung immer noch hinterherhinkt. Auch zahlreiche Ärztetage haben sich in den Jahren mit dem Thema befasst. Im Mittelpunkt standen dabei immer die gleichen Themen: zu hohe bürokratische Hürden für die Antragsteller:innen, unübersichtliche Verfahrensabläufe, ein zu hoher finanzieller Aufwand, z. B. bei der Anforderung ergänzender Nachweise, keine Differenzierung zwischen den Herkunftsländern sowie mangelnde Einheitlichkeit, Transparenz und Objektivität der regional abweichenden Prüfverfahren.

Eine Lösung ist immer noch nicht in Sicht. Denn die Herausforderungen sind auch

aufseiten der viel gescholtenen Behörden deutlich: So ist die personelle Ausstattung der zentralen Gutachterstelle für alle Gesundheitsberufe mit ca. 20 Mitarbeiter:innen angesichts des Auftragsvolumens geradezu lächerlich. Aber auch das Verfahren ist nicht ausreichend geregelt. Mal prüfen die Kammern, mal die Universität. Approbationsbehörden und Ärztekammern haben große Schwierigkeiten eine ausreichende Anzahl Prüfer:innen zu gewinnen, um die Antragswellen abzuarbeiten. Da wundert es nicht, dass manche Juroren die klinische Medizin, die ja das primäre Prüfungsfeld stellen sollte, zuletzt in den 90ern oder noch nie verstärkt haben. Prüfen kann man trotzdem, oder? Man hat doch in Deutschland studiert.

Besonders aufwändig ist zudem die Prüfung von Anträgen aus Krisenregionen, wie Ägypten, Irak oder Syrien. In diesen Fällen stellt schon allein die „Echtheitsprüfung“ der Zeugnisse und Studiennachweise eine erhebliche Hürde dar. Eine herkunftsspezifische Zusammenfassung könnte das verbessern, ist aber nicht angedacht. Stattdessen gibt es nicht einmal eine zentrale Registrierung der Bewerber:innen. Dieser Mangel an Übersicht und Transparenz hat den sogenannten „Prüfungstourismus“ ermöglicht, bei dem Kandidaten synchron oder metachron Anträge in verschiedenen Bundesländern stellen, um irgendwo schon durchzukommen.

Es sind also, wie immer, beide Seiten der Medaille zu betrachten: Während auf der einen Seite die Rechte der Kolleg:innen aus Drittstaaten gewahrt werden müssen, gilt es auf der anderen Seite, ein so hohes Gut wie die Patientensicherheit zu schützen. Zwischen diesen beiden Rechtsgütern einen angemessenen Ausgleich herzustellen und dabei auch angemessene Zeitabläufe zu erreichen, dazu müssen die Behörden in die Lage versetzt werden.

WORAN HAPERT ES IM EINZELNEN?

Auf dem Weg zur Anerkennung der ärztlichen Approbation müssen Medizinabsolventen, die aus Ländern außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums stammen, drei Prüfungen durchlaufen: Den Sprachtest,

die Gleichwertigkeitsprüfung und die Kenntnisprüfung. Letztere wird besonders kontrovers diskutiert:

Die Gleichwertigkeitsprüfung ist normativ in der Bundesärzteordnung geregelt und obliegt der jeweiligen Approbationsbehörde auf Landesebene. Geprüft werden Zertifikate und Nachweise ausschließlich nach Aktenlage. Ein Bescheid soll vier Monate nach Vorliegen aller erforderlichen Akten ergehen (Anm. d. Red.: bei unserem Beispiel waren es nach Vorlage aller notwendigen Testate acht). Bis allerdings alle Akten vorliegen, kann es je nach Herkunftsland mitunter dauern. Lassen sich Zweifel an der Echtheit der Unterlagen nicht ausschließen oder die Gleichwertigkeit nicht abschließend beurteilen, kann auch die zentrale Gutachterstelle für Gesundheitsberufe einbezogen werden. Im praktischen Alltag wird auf das Ergebnis der Gleichwertigkeitsprüfung zunehmend verzichtet, da sie sich sehr in die Länge ziehen kann und am Ende mangels Beurteilbarkeit häufig eben trotzdem in der Kenntnisprüfung mündet.

Liefert die Gleichwertigkeitsprüfung kein Ergebnis, folgt eine **mündlich-praktische „Kenntnisprüfung“**. Diese soll spätestens sechs Monate nach dem Bescheid terminiert werden (Anm. d. Red.: Im Beispielfall dauerte es vom Antrag bis zur Prüfung zwei Jahre). Das Testat kann bis zu zwei Mal

wiederholt werden. Verantwortlich sind die Approbationsbehörden. Diese delegieren die Durchführung zu je 50 Prozent an die Landesärztekammern und die Universitäten. Die Inhalte der 30- bis 90-minütigen Kollegialprüfung am Patienten werden in der Approbationsordnung festgelegt. Prüfungsgegenstand sind primär die Fächer Innere Medizin und Chirurgie, die nach Bedarf um unklare Bereiche der Gleichwertigkeitsprüfung ergänzt werden. Eine Ladung ist bis zu fünf Tage vor dem Prüfungstermin möglich. Prüfungs- bzw. Bewertungskriterien werden in der Ordnung jedoch nicht festgelegt. Es gibt auch keine regelhaften Prüferschulungen oder etwa Bewertungsbögen als Feedback für die Prüfer.

WAS KANN UND MUSS VERBESSERT WERDEN?

Um das Nadelöhr der Gleichwertigkeitsprüfung zu beseitigen, schlägt der BDC vor, diese in ihrem Umfang deutlich zu reduzieren: Kann die Gleichwertigkeit im ersten Prüfdurchlauf nach Aktenlage nicht zweifelsfrei beurteilt werden, erfolgt die direkte Überweisung in die Kenntnisprüfung. Eine solcher Ablauf würde eine deutliche Zeitersparnis bedeuten.

Die Kenntnisprüfung könnten die Antragsteller dann in Analogie zum Dritten

Staatsexamen unter den Bedingungen der deutschen Studierenden absolvieren – eine Forderung, die auch der Deutsche Ärztetag bereits aufgestellt hat. Diese Umstellung beinhaltet einen transparenten Leistungskatalog und realistische Ladefristen.

Die normative Umsetzung dieses Vorschlags erfordert nur wenige folgende Anpassungen: zum einen die Verkürzung der Gleichwertigkeitsprüfung gemäß § 3 der Bundesärzteordnung, und zum anderen die inhaltliche Neugestaltung der Kenntnisprüfung gemäß § 37 der geltenden ärztlichen Approbationsordnung, die sich derzeit ohnehin als Entwurf in der parlamentarischen Beratung befindet und zahlreiche Veränderungen erfährt. Es erscheint naheliegend, das laufende Verfahren um diesen Punkt zu ergänzen. Um erstens die Situation von migrationswilligen Kolleg:innen aus Drittstaaten sichtbar zu machen, da zweitens auch chirurgische Kliniken immer mehr auf die Unterstützung ausländischer Kolleg:innen angewiesen sind und um drittens die Rechte unserer Patienten durch die angemessene Erteilung von Zugangsberechtigungen zur ärztlichen Tätigkeit zu wahren, wird der BDC die vorgestellten Vorschläge nach außen vertreten und auch im Vorfeld der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 2021 auf Länderebene einbringen. Ziel ist es, gemeinsam auf ein schlankes und faires Anerkennungsverfahren hinzuwirken. ○

ZAHLEN, DATEN, FAKTEN

Laut Statistik der Bundesärztekammer waren 2017 in Deutschland 392.402 Ärzte tätig. Rund 45.000 (11 Prozent) davon waren ausländische Ärzte, wovon wiederum rund 10.000 Ärzte aus Drittstaaten kamen. 2017 allein wurden in Deutschland **4.300 Verfahren** zu Anträgen von ÄrztInnen aus Drittstaaten auf **Anerkennung der Approbation beschieden**. Ca. 30 Prozent dieser Anträge konnten allein nach Aktenlage beschieden werden (Bundesinstitut für Berufsbildung, BIBB), keine Gleichwertigkeit bestand bei < 1 Prozent.

Geben und Nehmen: ein neuer Facharzt wird generiert

Auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag (DÄT) beschlossen die Delegierten die Einführung eines neuen Facharztes mit dem Titel Innere Medizin und Infektiologie. Dabei handelt es sich um eine Erweiterung des Gebietes Innere Medizin um die Themen Infektionen und Infektionskrankheiten. Und da das Curriculum des neuen Facharztes auch Kenntnisse und Kompetenzen chirurgischer Infektionen beinhaltet, betrifft es direkt bzw. indirekt auch das Gebiet Chirurgie. An diese neue Facharztschaffung ist die Vereinfachung des Curriculums der Zusatzweiterbildung Infektiologie gebunden. Letzteres ist für uns Chirurgen wichtig, denn das jetzige Curriculum ist derart umfangreich, dass es für Kollegen außerhalb der Bereiche Infektiologie, Innere Medizin, Hygiene oder Mikrobiologie nicht machbar ist.

WARUM EIN NEUER FACHARZT, WENN ES DOCH EINE ZUSATZWEITERBILDUNG GIBT?

Die Auseinandersetzung mit den Internisten und Infektiologen hat eine lange Vorgeschichte: Ein Ausgangspunkt dieser Entwicklung war 2004 die Erkenntnis, dass Chirurgen aufgrund der föderalen Regelungen in einem Großteil der Bundesländer gar keinen Zugang zur Zusatzweiterbildung Infektiologie hatten. Diese war, mit wenigen Ausnahmen, den Internisten und Pädiatern vorbehalten.

Da die vom BDC geplanten mehrtägigen Fortbildungsangebote zu speziellen chirurgischen Infektionen keine sinnvolle Alternative darstellen würden, lag es nahe, eine länderweit übergreifende Öffnung der ZWB durch Änderung der Musterweiterbildungsordnung zu fordern.



© iStock/alvarez



Korrespondierende Autorin
Prof. Dr. med. Julia Seifert
 Klinik für Unfallchirurgie und
 Orthopädie
 Unfallkrankenhaus Berlin
 Warenerstr. 7
 12683 Berlin
 Julia.seifert@ukb.de
 Tel: 030-5681-0



Prof Dr. Dr. Marianne Abele-Horn
 Vorsitzende ART-Kommission
 Schrämelsstraße 118
 81247 München

Durch die Einbindung verschiedener Gremien, Fachgesellschaften und der Bundesärztekammer gelang es, die Fachgesellschaftsvertreter zu diesem Thema an einen Tisch zu bekommen.

Ein fächerübergreifendes „Eindringen“ in infektiologische Themen durch eine Öffnung der ZWB wurde von Seiten der Internisten und Infektiologen letztlich nur unter der Maßgabe geduldet, einen eigenständigen Facharzt für Infektiologie zu implementieren. Da dieser Wunsch in den Fachgesellschaften jedoch zunächst nicht mehrheitsfähig war, wurde 2017 ein Kompromiss geschlossen, der zwar eine Öffnung der ZWB Infektiologie vorsah, gleichzeitig diese aber mit einem Curriculum versah, das für die Mehrheit der Nicht-Internisten nicht machbar sein würde. Die Öffnung der ZWB für „alle auf einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung oder in Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie oder in Hygiene und Umweltmedizin tätigen Ärzte“ wurde dann 2018 auf dem DÄT beschlossen.

Die Statistik der Bundesärztekammer spiegelt wider, dass die ZWB Infektiologie trotz der Öffnung 2018 in den vergangenen Jahren nicht an Attraktivität gewonnen hat (siehe Tabelle), da die Inhalte extrem anspruchsvoll und sind damit eine berufsbegleitende Spezialisierung nicht im erwünschten Maße möglich wurde.

Tab 1: Auszug aus der Ärztestatistik der Bundesärztekammer
 (<https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/>)

Jahr	Anzahl	Veränderung Vorjahr in %
2018	769	6,8
2019	827	7,5
2020	895	8,2

Auf anhaltendes Betreiben der Internisten und Infektiologen kam es 2019 nochmals zur Bildung einer „Arbeitsgruppe“ der Fachgesellschaften, die nunmehr eine Überarbeitung des Curriculums der ZWB Infektiologie vornahm und schließlich auch konsentierten. Dabei wurde besonderes Augenmerk auf sog. fächerspezifische Infektionen (Chirurgie,

Orthopädie und Unfallchirurgie, HNO, Gyn, Derma, Urologie u. a.) gelegt, die schwerpunktmäßig je nach Facharztzugehörigkeit zu den allgemeinen fachübergreifenden Kenntnissen und Kompetenzen (z. B. Infektionen bei Niereninsuffizienz, ABS, Infektionssurveillance u. a.) erlernt werden müssen. Die Überarbeitung des Curriculums der Zusatzweiterbildung stellt den von den Internisten lang erwünschten Kompromiss dar, der unsererseits in der Zustimmung zur Schaffung eines neuen Facharztes Innere Medizin und Infektiologie liegt. Dabei spielt die derzeit alles beherrschende SARS-CoV-2-Pandemie auch eine treibende Rolle, da hierdurch der Ärzteschaft von politischer Seite hohe Aufmerksamkeit zukommt und jeder Wunsch nach mehr Angebot zur Fort- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Infektiologie Unterstützung findet.

Da der neue Facharzt gebietsintern agieren muss, der Arzt mit Zusatzweiterbildung Infektiologie aber gebietsübergreifend arbeiten kann, sollte das Konkurrenzdenken nicht im Vordergrund stehen. Laut WBO können Kollegen mit der Zusatzweiterbildung auch andere Fächer und Gebiete bzgl. Diagnostik und Therapie konsiliarisch betreuen und beraten. Dies ist eine Chance, die von Kollegen aller Fachdisziplinen genutzt werden sollte, um miteinander die Infektiologie zu stärken.

LITERATUR

- [1] Dtsch Ärztebl 2017: Internisten fordern „Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie“
- [2] Dtsch Ärztebl 2021; 118(13): A-663 / B-557: Bundesärztekammer: 124. Deutscher Ärztetag vom 4. bis 5. Mai 2021 als Online-Veranstaltung, Programm.
- [3] Fätkenheuer, Gerd; Walger, Peter; Fölsch, Ulrich: Public Health: Infektiologische Expertise nötig
- [4] Dtsch Ärztebl 2019; 116(15): A-734 / B-604 / C-596
- [5] Walger, Peter; Fätkenheuer, Gerd; Herrmann, Mathias; Liese, Johannes; Mertens, Thomas: Infektionsmedizin: Klinische Expertise fördern.
- [6] Dtsch Ärztebl 2017; 114(19): A-948 / B-793 / C-775

Seifert J, Abele-Horn M: Geben und Nehmen: ein neuer Facharzt wird generiert. Passion Chirurgie. 2021 Juni; 11(06): Artikel 05_03.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Aus-, Weiter- und Fortbildung.

Deutscher Ärztetag 2021:

GESUNDHEITSVERSORGUNG ZUKUNFTS- UND KRISENFEST MACHEN

Mit großer Mehrheit beschlossen die Delegierten des 124. Deutschen Ärztetages am 4. und 5. Mai 2021 den Leitantrag der Bundesärztekammer zu den Lehren aus der Corona-Pandemie. Demnach sollten Bund und Länder nun aus den identifizierten Schwachstellen des Gesundheitswesens die Konsequenzen ziehen und die Gesundheitsversorgung zukunfts- und krisensicherer aufstellen. Dazu gehören auch folgende Maßnahmen:

KOMMERZIALISIERUNG BREMSEN



„Menschen statt Margen“ – mit diesem Slogan erteilte der Ärztetag einem rein betriebswirtschaftlichen Denken im Gesundheitswesen eine klare Absage. Krankenhäuser seien Einrichtungen der Daseinsvorsorge und keine Industriebetriebe, die sich nur an Rentabilitätszahlen ausrichten. Im ambulanten Bereich häuften sich die Übernahmen von Arztpraxen durch Fremdinvestoren. Das berge die Gefahr, medizinische Entscheidungen stark an kommerziellen Überlegungen auszurichten. Man müsse die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens – konkret: die flächendeckende Krankenhausversorgung und die starke ambulante hausärztliche und fachärztliche Versorgung – erhalten und ausbauen, statt es auf reine Kosteneffizienz zu trimmen.

KRANKENHAUSPLANUNG PATIENTENGERECHTER GESTALTEN



Die Corona-Pandemie habe gezeigt, dass Personalressourcen und Reserven in der Krankenhausplanung sachgerechter definiert und finanziert werden müssten. Bedarf und Ressourcen seien prospektiv zu ermitteln und in der Planung zu berücksichtigen. Bei den Investitionen brauche man eine dauerhafte additive Kofinanzierung durch den Bund. Bei den Betriebsmitteln müsse man einen fallzahlabhängigen Vergütungsanteil durch eine erlösunabhängige pauschalisierte Komponente zur Deckung fallzahlunabhängiger Vorhaltekosten ergänzen.

KRISENUNTERSTÜTZUNG VON ARZTPRAXEN GESETZLICH FESTSCHREIBEN





Holger Wannenwetsch
 Presse- & Öffentlichkeitsarbeit
 Berufsverband der Deutschen
 Chirurgen e.V. (BDC)
wannenwetsch@bdc.de

Konsequenzen durch die Corona-Pandemie zeigten sich insbesondere auch in den veränderten Abläufen der Arztpraxen. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte behandelten die meisten Covid-19-Patienten. Um den ambulanten Sektor leistungsfähig zu erhalten, sei für den Bedarfsfall der eingeführte Schutzschirm dauerhaft im Sozialgesetzbuch V (SGB V) zu verankern.

DIGITALISIERUNG SINNVOLL VORANTREIBEN



„Mit Sorge“ sehe man bei der Digitalisierung eine „überhastete und vor allem politisch motivierte, viel zu enge Taktung“. Das Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMPG, vom Bundestag am 6.5.2021 beschlossen) sei schon das dritte zur Digitalisierung im Gesundheitswesen in der laufenden Legislatur. Diese Geschwindigkeit berge „die große Gefahr“, Praktikabilität und Patientensicherheit zu vernachlässigen. Vor allem müsse man Sanktionen streichen, die den ärztlichen Bereich betreffen, und Anwendungen verschieben, die nicht direkt der medizinischen Versorgung dienen.

MEDIZINSTUDIUM ATTRAKTIVER MACHEN



Auch der wachsende Fachkräftemangel im Gesundheitswesen sei bedenklich. Zu einer erfolgreichen Nachwuchsförderung gehörten genügend Studienplätze sowie eine moderne und qualitativ hochwertige Ausbildung. Der Ärztetag befürwortete zwar die Pläne der Bundesregierung, das Medizinstudium mit einer Reform der Ärztlichen Approbationsordnung an sich ständig verändernde Versorgungsstrukturen, die demografische Entwicklung und die Dynamik der Digitalisierung anzupassen. Dies dürfe aber nicht zu einer kontraproduktiven Ausbildungsverdichtung führen. Um junge Ärztinnen und Ärzte nach der Facharztweiterbildung in der kurativen Medizin zu halten, brauche es attraktive berufliche Rahmenbedingungen in Kliniken und Praxen.

Weitere wichtige Entscheidungen des Deutschen Ärztetages betrafen die Streichung des strikten Verbotes der Suizidhilfe aus der Musterberufsordnung und die Einführung einer Facharzt-Weiterbildung „Innere Medizin und Infektiologie“ im Gebiet Innere Medizin. Gerade für Letzteres hatte sich der BDC nachdrücklich ausgesprochen.

Hier können Sie das Beschlussprotokoll zum 124. Deutschen Ärztetag einsehen. www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/ ○

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,

mein vor einem Vierteljahr beschriebener Optimismus zum Prinzip Hoffnung für das neue Jahr, vor allem auch hinsichtlich der von der Politik angekündigten Impfkampagne zur Beherrschung der bestehenden Covid-19 Pandemie hat sich leider nur teilweise realisieren lassen. Das Virus bestimmt weiterhin unser aller Leben, gesellschaftlich wie auch beruflich, ganz entscheidend, nicht zuletzt auch deshalb, weil eine wirkliche Langzeitstrategie immer noch aussteht. Erwähnenswert erscheinen zumindest die Ausführungen der Aerosol-Wissenschaftler, die nachdrücklich darauf hingewiesen haben, dass die Infektionsgefahr vor allem in Innenräumen bestehe, äußerst selten hingegen im Freien. Trotzdem haben wir mittlerweile die sogenannte dritte Welle erlebt. Am 21. April 2021 wurde vom Bundestag die bundeseinheitliche Notbremse zur Eindämmung der Pandemie beschlossen, die unter anderem nächtliche Ausgangssperren, Fortsetzung der Einschränkung privater Kontakte und teilweise Verbote von Präsenzunterricht vorsah. Bei dann weiter ansteigenden Impfapplikationen, vor allem nach Beteiligung der niedergelassenen Kollegen, sinken die Infektionszahlen derzeit weiter ab. Dennoch haben sich mit Stand vom 19. Mai 2021 in Deutschland insgesamt 3,614 Millionen Menschen mit dem Virus infiziert, wobei 86.665 Patienten an dieser Infektion verstorben sind. Die Dunkelziffern liegen insgesamt wahrscheinlich noch höher, so z. B. in Indien, wo täglich bei einer weiteren

Virusmutation mehr als 4.000 Tote zu beklagen sind. Der Virologe Drostens geht nun davon aus, dass die deutsche Bevölkerung in den kommenden anderthalb Jahren immun gegen das Corona Virus sein wird und zwar entweder durch die Impfung oder die natürliche Infektion. Das Virus wird also endemisch werden, verschwinden wird es nicht völlig, sondern es ist eher mit weiteren Mutationen zu rechnen. Die Impfung gegen das Coronavirus ist somit nach eigener Meinung absolut indiziert und sinnvoll; kaum nachvollziehbar ist aber die jetzt aufgetretene Diskussion um das freie Intervall von 12 Wochen bis zur Zweitimpfung mit dem Impfstoff Vaxzevria von AstraZeneca. Nach Ansicht des Gesundheitsministers, der eine pragmatische Flexibilität anstreben will, kann diese Auffrischimpfung nach einem Intervall zwischen vier und zwölf Wochen erfolgen, wobei die Entscheidung bei der Ärzteschaft liegen soll. Viele kompetente Wissenschaftler äußern sich allerdings sehr skeptisch, da nach allgemeinem Kenntnisstand die höchste Wirksamkeit mit diesem Impfstoff bei einem Abstand von drei Monaten zur Erstimpfung erreicht werden soll. Bei einem solchen Schlingerkurs der Politik mit wenig transparenten Vorgaben überraschen die Ergebnisse einer Umfrage von infratest dimap nicht, dass 65 Prozent der Befragten über die Kommunikation der Coronamaßnahmen unzufrieden sind, was auch in 62 Prozent für das Impfmanagement generell zutreffend ist. Bei einer aktuellen 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner von 72,8 in unserem Land sollten weitere Lockerungen der Pandemieeinschränkungen nach Meinung von Minister Spahn

mit „Vorsicht und Umsicht“ geschehen. Somit sollten wir also weiterhin zur Bewältigung der Pandemie doch auf das Prinzip Hoffnung setzen und uns im Sommer in der Tat eher auf die Nord- statt Südsee freuen.

ÄRZTE-STATISTIK UND MÖGLICHE AUSWIRKUNGEN

Die Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2020 wurden am 8. April 2021 durch die Bundesärztekammer (BÄK) unter dem Titel „Corona Pandemie bremst ärztliche Nachwuchsgewinnung“ vorgestellt, wobei der BÄK-Präsident gleichzeitig hervorhob, dass die konsequente ärztliche Nachwuchsförderung und bessere Ausbildungsbedingungen deshalb dringend auf die politischen Agenden von Bund und Ländern gehören. Die Anzahl an berufstätigen Ärzten ist zwar erneut leicht angestiegen, unsicher bleibt aber, ob eine solche Steigerung den zunehmenden Trend von Teilzeittätigkeiten, demographischen Herausforderungen in der Bevölkerung und die Entwicklung des Altersdurchschnitts der deutschen Ärzteschaft ausgleichen kann. Bei sinkender Zahl der zur Verfügung stehenden Arztstunden wird dies nur schwerlich umsetzbar sein. Denn nach Angaben des Statistischen Bundesamtes waren 2019 etwa 19,4 Millionen Behandlungsfälle im stationären Bereich und in den Praxen jährlich eine Milliarde Arzt-Patienten-Kontakte zu verzeichnen. Für das Jahr 2040 wird zudem eine Zunahme des Anteils der über 67-Jährigen in der Bevölkerung um bis zu 42 Prozent prognostiziert. Unter 536.940 bei den Landesärztekammern gemeldeten Ärzten waren 409.121 berufstätig, was einer Steigerung von 1,7 Prozent im Vergleich zum Vorjahr entspricht. Bei erstmaliger Meldung junger Ärzte bei den Kammern war hingegen ein Rückgang von 1,1 Prozent zu verzeichnen. Bei der im Krankenhaus tätigen Ärzteschaft (n= 211.900; 51,8 Prozent) ergibt sich ein Plus von 2,3 Prozent, bei ambulant Tätigen (n=161.400) von lediglich 1 Prozent. Der Anteil von Ärztinnen unter der berufstätigen Ärzteschaft hat auch 2020 leicht zugenommen und macht jetzt 48,2 Prozent aus. Im Öffentlichen Gesundheitsdienst ist ein deutlicher Anstieg um 14 Prozent auf knapp 3000 Beschäftigte zu verzeichnen. Bei den Facharztanerkennungen ist lediglich ein Anstieg von 0,6 Prozent auf insgesamt 13.861 nachweisbar, wobei die meisten

Anerkennungen mit 2.149 in der Inneren Medizin ausgesprochen wurden. Im Gebiet Chirurgie waren am häufigsten Anerkennungen in der Orthopädie und Unfallchirurgie (n= 947), Viszeral- (n= 441) sowie Allgemeinchirurgie (n= 215) erteilt worden. Die Zuwanderung aus dem Ausland war um 6,8 Prozent auf etwa 56.000 Ärzte angestiegen, allerdings vor allem aus Nicht-EU-Ländern, während der Wechsel innerhalb Europas lediglich eine Zunahme von 1,5 Prozent ausmachte. Vorteilhaft wirkte sich auch ein deutlicher Rückgang der ins Ausland wechselnden Ärzte aus, wobei dieser 10 Prozent bei allen Ärzten und rund 17 Prozent bei Ärzten mit deutscher Staatsangehörigkeit betrug. Bei all diesen Entwicklungen ist besonders der Altersdurchschnitt der im Beruf stehenden Ärzte nicht zu vernachlässigen: Der Anteil der unter 35-Jährigen macht weiterhin weniger als 20 Prozent aus, während 12,6 Prozent aller berufstätigen Ärzte zwischen 60 und 65 Jahre alt sind.

Solche statistisch nicht gerade optimistisch stimmenden Entwicklungen werden noch dadurch verstärkt, dass in zahlreichen Fachgebieten durch die Auswirkungen der Pandemie oftmals die Vorgaben der Weiterbildungsordnung derzeit nicht erreicht werden können. Außerdem sind auch durch die fehlenden Erlöse, besonders im stationären Bereich, personelle Konsequenzen hinsichtlich Einsparung von ärztlichen Planstellen zu befürchten. Bei einer aktuellen Umfrage des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC) gaben beispielhaft 70 Prozent der 278 befragten Chefärzte an, dass der Stellenschlüssel in ihrem Verantwortungsbereich im Durchschnitt um 1,6 Stellen im Vergleich zu 2020 reduziert worden sei. 44 Prozent der Befragten berichteten darüber, dass gegenüber 1,5 Neueinstellungen im Jahr 2020 im Jahr 2021 nur 0,8 Stellen bewilligt und davon innerhalb des ersten Quartals bereits 0,5 Stellen gestrichen worden seien. Die bei solcher Entwicklung weiter verstärkte Arbeitsbelastung führt zwangsläufig zu einer zunehmenden Unzufriedenheit der jungen Ärztegeneration. Nach einer Umfrage des Hartmannbundes unter mehr als 1.200 Ärzten in Weiterbildung denken danach sogar 36 Prozent bei den jetzigen Arbeitsbedingungen über einen Berufswechsel nach. 56 Prozent wünschen sich eine Teilzeitstelle, da fast in der Hälfte der Fälle die anfallenden Überstunden nicht adäquat

dokumentiert werden. Etwa jeder zweite sich in Weiterbildung befindliche Arzt spürt den ökologischen Druck im klinischen Alltag und mehr als 60 Prozent bemängeln die nicht ausreichende Zeit für die Patientenkontakte. Außerdem benötige die Behandlungsdokumentation zu viel Zeit, wobei die Digitalisierung im Arbeitsablauf kaum entsprechend effektiv genutzt werden könne. Bei dem resultierenden und zunehmenden Frust der jetzigen jungen Ärztegeneration über die vielschichtigen nicht ärztlichen Tätigkeiten müssen sicherlich zukünftig die strukturellen und organisatorischen Abläufe im stationären Bereich dringend revidiert und besser angepasst werden.

GESUNDHEITSPOLITIK

Die parlamentarischen Beratungen im Deutschen Bundestag und Gesundheitsausschuss biegen so langsam in die Zielgerade vor den im September 2021 anstehenden Bundestagswahlen ein. Einige der großen Parteien haben dabei bereits ihre Programme vorgestellt. Die Sozialdemokraten vertreten die Meinung, dass der Gesundheitssektor wieder mehr politischer Aufmerksamkeit und Reformen bedarf und stellen die Gesundheitsversorgung neben klimaneutraler Wirtschaft, Mobilitätswende und Digitalisierung in den Mittelpunkt, wobei natürlich die Einführung einer Bürgerversicherung einmal mehr angestrebt werden soll. Auch Bündnis 90/Die Grünen haben ihren Programmtext vorgelegt und führen neben einem Umbau der Krankenhausfinanzierung, Organisation der Notfallversorgung, Digitalisierung im Gesundheitswesen ebenfalls die Bürgerversicherung an. Dadurch soll die Zwei-Klassen-Medizin durch eine solidarisch finanzierte Bürgerversicherung mit einer notwendigen Versorgung für jeden Bürger, unabhängig vom Einkommen, abgelöst werden. In einem weiteren Konzept soll allerdings nicht mehr die private Krankenversicherung (PKV) völlig abgeschafft, sondern bei neuem Finanzierungsmodell mit einkommensabhängigem Beitrag der Wechsel in eine gesetzliche Krankenversicherung erleichtert werden.

Auf dem 124. Deutschen Ärztetag wurde in diesem Kontext auch ein Leitantrag mit Forderung nach einer neutralen Haltung gegenüber dem dualen Versicherungssystem und

der Bürgerversicherung gestellt, wobei auf den Bericht der wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) aus dem Jahr 2020 Bezug genommen wurde. Der Großteil der Delegierten lehnte diesen Änderungsantrag mit 139 Stimmen allerdings ab und stimmte damit für die Beibehaltung der dualen Krankenversicherungsform.

Auch wenn die Reform der ärztlichen Gebührenordnung (GOÄneu) nicht als gesondertes Thema auf dem virtuellen Ärztetag abgehandelt worden ist, kritisierte der Präsident der BÄK in seiner Eröffnungsrede den jahrzehntelangen Stillstand einer solchen Reform. Die ärztliche Version der Gebührenordnung mit nunmehr 5.595 Leistungspositionen liegt jetzt mit entsprechender Bepreisung und bei weiteren Verhandlungen mit der PKV zwar vor. Einer Umsetzung noch in dieser Legislaturperiode wurde aber von Bundesgesundheitsminister Spahn eine klare Absage erteilt und der Vorschlag von Ärzten und PKV für eine reformierte GOÄ lediglich als wichtiger Zwischenschritt angesehen.

DIGITALE-VERSORGUNG- UND PFLEGE-MODERNISIERUNGS-GESETZ (DVPMD)

Dieses Digitalisierungsgesetz ist am 6. Mai 2021 durch den Bundestag nach Berücksichtigung von 25 Änderungsanträgen verabschiedet worden und soll Mitte dieses Jahres in Kraft treten. Daran haben auch die Ablehnung durch den Bundesdatenschützer und die klare Absage durch den 124. Deutschen Ärztetag nichts ändern können. Von Seiten der Ärzteschaft war unter anderem angeführt worden, dass eine zentrale online Datenspeicherung der ärztlichen Schweigepflicht widerspräche und die mit diesem Gesetz resultierende Neuausrichtung des Gesundheitswesens überstürzt und ohne adäquate Berücksichtigung von Argumenten der Patienten und Ärzte vorgenommen worden sei. Tests zur Praktikabilität und Patientensicherheit seien also nicht möglich gewesen, wobei zudem in die eingespielten Abläufe der Patientenbehandlung eingegriffen und einer Plattform-Medizin Vorschub geleistet werde. Der konkrete Nutzen der Telematik für alle Patienten und Ärzte sei nur schwer fassbar und etwaige Sanktionen müssten gestrichen

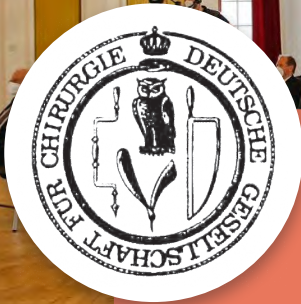
werden. Vom Bundesgesundheitsminister wurde dazu bereits auf der Eröffnung des Ärztetages die Definition einer "überhasteten Digitalisierung" entschieden zurückgewiesen und viel mehr hervorgehoben, dass bei den bisherigen Versäumnissen der Digitalisierung im Gesundheitswesen Schritte nach vorn gemacht werden müssten: Damit werde nicht gehastet, es müsse aber Tempo gemacht werden.

Das Gesetz sieht nun unter anderem vor allem in der ambulanten Medizin die Förderung von Videosprechstunden, Telekonsilen und telemedizinischen Leistungen vor, wobei letztere auch durch die Terminservicestellen der kassenärztlichen Vereinigungen vermittelt werden können. Auch die Kommunikation im Medizinwesen soll sicherer werden. Der elektronische Medikationsplan wird in eine eigene Anwendung überführt und wie bei der elektronischen Patientenakte sollen die Versicherten über eine persönliche Benutzeroberfläche auf diese digitalen Anwendungen zugreifen können. Geplant ist auch die Entwicklung einer sicheren digitalen Identität der Nutzungsberechtigten. In der Pflege sollen ebenfalls Gesundheits-Apps zur Anwendung kommen. Digitale Pflege-(DiPAs) und Gesundheitsanwendungen (DiGAs) sollen helfen, die Gesundheit der Patienten weiter zu stabilisieren und können in der elektronischen Patientenakte gespeichert werden. Der Gesetzgeber übernimmt für die personenbezogenen Komponenten der dezentralen Telematikinfrastruktur die sogenannte Datenschutz-Folgeabschätzung entsprechend der Datenschutz-Grundverordnung, wodurch auch die Ärzte von der datenschutzrechtlichen Verantwortung bei der Bearbeitung personenbezogener Daten entlastet werden sollen. Wie sich alle diese Ziele in der Realität umsetzen lassen und auswirken werden, muss ganz sicher abgewartet werden.

DEUTSCHER CHIRURGENKONGRESS (DCK) 2021 UND ORGANSPENDELAUF

Abschließend seien noch einige erfreulichen Aspekte zu diesen beiden Veranstaltungen angeführt, wobei unser aller Dank besonders dem hohen Einsatz des Präsidenten, M. Ehrenfeld, des Vizepräsidenten, T. Schmitz-Rixen,

und M. Anthuber sowie den Veranstaltungsorganisationen, der wikonect GmbH und der km Sport-Agentur, gilt. Beim erstmals in der Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) geplant durchgeführten Online-Kongress wurden in der Prä-Kongresswoche vom 6. bis 10. April 2021 zahlreiche Postersitzungen und Beiträge aus der chirurgischen Forschung ausgestrahlt. Unter exakter Beachtung hygienischer Vorgaben folgte dann nach einem sogenannten Präsenztage am 12. April 2021, unter anderem mit der Mitgliederversammlung und Eröffnungsveranstaltung der DGCH, vom 13. bis 16. April der Jahreskongress, wobei die Sitzungen aus dem Kongresszentrum Mainz aus vier Studios ausgestrahlt wurden und auch eine virtuelle Teilnahme der Sitzungsvorsitzenden und Referenten möglich war. Der technische Ablauf erfolgte in der Regel ohne relevante Störungen. Sehr erfreulich gestalteten sich die Teilnehmerzahlen mit insgesamt 3.530 Anmeldungen. Die Zuschaltungen im Livestream erreichten sogar exzellente Ergebnisse, die bei durchschnittlich 600 bis sogar über 1.000 Besucher lagen. Diese Kongressform fand damit auch hohe Zustimmung bei den Beteiligten und sollte in Zukunft entsprechend mitberücksichtigt werden. Nach bisheriger Analyse planen aber auch etwa 80 Prozent der Befragten eine persönliche Teilnahme am DCK 2022 in Leipzig, dessen Vorbereitungen bereits angelaufen sind. Der ursprünglich als Präsenzveranstaltung geplante, schon fast traditionelle Organspendelauf musste ebenfalls virtuell stattfinden und wurde am 16. April 2021 um 18:00 Uhr gestartet. Wie im Vorjahr unterstützten erneut zahlreiche Prominente via Videobotschaften den Lauf, der ebenfalls durch die Magie der großen Zahlen imponierte. Denn zum Meldeschluss standen mehr als 4.000 Läuferinnen und Läufer auf der Starterliste, dies ist eine hoch signifikante Steigerung gegenüber dem Vorjahr. Nochmals kann man also den Präsidenten und Organisatoren für die Realisierung dieser Veranstaltungen und die erzielten Ergebnisse nur gratulieren und ganz herzlich danken. Mit Ausblick auf den DCK 2022 in Leipzig hoffen wir jetzt also auf eine mögliche Präsenzveranstaltung im Jubiläumsjahr der DGCH und natürlich auf ähnlich hohe Teilnehmerzahlen!



Nachlese Chirurgenkongress 2021

BEITRÄGE

- 46 PRÄSIDENTENREDE ANLÄSSLICH DES 138. KONGRESSES DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
- 49 VIZE-PRÄSIDENTENREDE ANLÄSSLICH DES 138. KONGRESSES DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
- 52 BILDERGALERIE ZUR ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG
- 54 IMPRESSIONEN VOM DCK DIGITAL 2021
- 55 EHRUNGEN, PREISVERLEIHUNGEN UND VERGABE VON STIPENDIEN
- 57 WAHL DER PRÄSIDENTIN 2023/2024
- 59 DER CORZA MEDICAL ORGANSPENDELAUF 2021 DER DGCH – EINE VIRTUELLE ERFOLGSGESCHICHTE
- 61 EINLADUNG ZUM DCK 2022
- 64 PROTOKOLL DER DGCH-MITGLIEDERVERSAMMLUNG 2021
- 66 AUSSCHREIBUNG PREISE UND STIPENDIEN 2022

CHIRURGENKONGRESS 2021 PRÄSIDENTENREDE

Präsidentenrede anlässlich des

138. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie



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

Direktor der Klinik und Poliklinik für
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Klinikum der Universität München
Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Chirurgie 2020–2021
Lindwurmstraße 2a
80337 München
michael.ehrenfeld@med.uni-
muenchen.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen, meine sehr
verehrten Damen und Herren,

der Deutsche Chirurgen Kongress (DCK) ist eine Institution mit beinahe 150-jähriger Tradition, unter seinem Dach sind jedes Jahr Chirurgen zum wissenschaftlichen, fachlichen aber auch gesellschaftlichen Austausch zusammengekommen. Was bisher nur globale Katastrophen wie die beiden Weltkriege bewirkt haben, nämlich die Absage beziehungsweise komplette Umgestaltung des Kongresses, hat 2020 und 2021 ein bis dahin weitgehend ohne Beachtung gebliebenes Virus scheinbar mühelos geschafft. Womöglich werden Sie jetzt denken, jeder spricht über das Virus und die Pandemie, nun auch noch unser Präsident. Ich will mich jedoch nicht an den unzähligen Spekulationen beteiligen, die täglich über die Medien verbreitet werden, aber ganz ausblenden kann und darf man es nicht, es ist das beherrschende Thema seit letztem Frühjahr und wird auch

in Zukunft manche Veränderungen mit sich bringen.

Herr Professor Schmitz-Rixen, der amtierende Präsident der DGCH 2019/2020, musste im letzten Jahr erleben wie ein komplett vorbereiteter Kongress wegen des ersten Lockdowns kurzfristig abgesagt werden musste. Dies hat zu einer erheblichen zeitlichen und organisatorischen Belastung sowohl für den geschäftsführenden Vorstand als auch für die Geschäftsstelle der DGCH geführt. Glücklicherweise konnten die finanziellen Schäden der DGCH in einem erträglichen Rahmen gehalten werden. Um das hervorragende Engagement unseres Past-Präsidenten zu würdigen, wird nicht nur der Präsident, sondern auch der Past-Präsident zu Ihnen sprechen.

Nach der Absage des DCK 2020 und unter dem Eindruck der abebbenden ersten Welle der Corona-Pandemie war zunächst geplant,

CHIRURGENKONGRESS 2021 PRÄSIDENTENREDE

den DCK 2021 wie üblich als Präsenzkongress in der Messe München durchzuführen, aufgrund der Hygieneauflagen jedoch mit reduzierter Teilnehmerzahl und reduzierter Industrieausstellung. Die anflutende zweite Welle hat dann dazu geführt, dass zum ersten Mal in der Geschichte der DGCH ein Online-Kongress mit stark reduziertem Präsenzteil geplant wurde. Auch die Kongressagentur wurde gewechselt und zum ersten Mal findet der Kongress nicht in Berlin oder München statt. Als neuer Kongressort wurde das Kongresszentrum Mainz ausgewählt, das von Seiten seiner Größe und der IT-Infrastruktur für das neue Kongressformat hervorragend geeignet erschien. Dieses Jahr sind nicht die Anzahl der Sitzungssäle und die Fläche für die Industrieausstellung die Kriterien für die Auswahl des Kongressortes, sondern logistische Gründe und insbesondere die IT-Infrastruktur. Wir leben in besonderen Zeiten. Man kann sich an dieser Stelle nur vage vorstellen, welch enormer Organisationsaufwand damit verbunden war.

Ungeachtet unserer Planung verläuft die Pandemie mit eigener Dynamik, der sich niemand entziehen kann/konnte. Inzwischen sind wir inmitten der 3. Welle, das Virus mutiert und die Pandemie diktiert das Geschehen, das Sie alle in den Medien verfolgen und das ich hier nicht näher kommentieren möchte. Es kommentieren ohnehin zu viele, nicht immer sind die Beiträge verständlich und häufig geben sie nicht die gewünschte Orientierung, sondern stiften zusätzliche Verwirrung. Bis zuletzt war nicht sicher, ob der Präsenztage wie geplant stattfinden kann, für alle Präsenzveranstaltungen wurde eine Online-Version entworfen.

Der 138. DCK hat das Motto Kompetenz – Kreativität – Kommunikation, von jeher drei wesentliche Elemente des chirurgischen Denkens und Handelns. Hervorragende Kompetenz, erworben durch strukturierte Aus-

Weiterbildungen ist nicht nur unser Anspruch, sondern insbesondere das, was unsere Patientinnen und Patienten, Kolleginnen und Kollegen sowie die Studierenden von uns erwarten. Kreativität ist auch in Zeiten herausragender diagnostischer Möglichkeiten und individueller patientenspezifischer Planungen speziell in der Chirurgie immer dann nötig, wenn unerwartete Ereignisse, insbesondere auch während operativer Eingriffe, eintreten. Die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten sowie Kolleginnen und Kollegen, dazu gehört auch der wissenschaftliche Austausch während eines Kongresses, speziell heute unter Einsatz neuer Medien, ist ein wesentliches Element unseres Berufslebens. Mit Kolleginnen und Kollegen sind hier nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern alle Akteure im Gesundheitswesen, auch die Pflege, medizinische Assistenzberufe und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Verwaltungen gemeint. Schnelle Kommunikation der Verläufe, Gefahren und der Zahlen war und ist insbesondere auch in der Pandemie essentiell, um kreativ Strategien entwickeln zu können.

Im Rahmen des Kongresses wird erneut der inzwischen traditionsreiche – Organspendelauf stattfinden, auch dieses Jahr dezentral und virtuell. Natürlich kann niemand wirklich virtuell laufen, der Begriff beschreibt den Prozess. Jeder läuft für sich, kann sich über eine App registrieren und damit laufen alle virtuell zusammen, aber nicht faktisch. Die unvermindert aktuelle Organspendeproblematik muss im Fokus der Öffentlichkeit und Politik bleiben.

Partnerland des diesjährigen 138. Kongresses ist Österreich, ein Land, zu dem wie zu keinem anderen jahrzehntelange enge fachliche und menschliche Verbindungen bestehen. Zwei der in diesem Jahr neu ernannten Ehrenmitglieder der DGCH sind Österreicher.

Die Covid-19-Pandemie hat in der Patientenversorgung, Forschung und Lehre zu erheblichen Mehrbelastungen des gesamten medizinischen Personals nicht nur in Kliniken, sondern auch in Praxen geführt. Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen waren und sind bis an ihre Belastungsgrenzen gestoßen. Zusätzlich zu dieser außerordentlichen Situation sind die altbekannten Probleme des Gesundheitswesens geblieben, wenngleich sie zurzeit weniger Aufmerksamkeit erhalten. Genannt seien hier nur exemplarisch die Unterfinanzierung des Gesundheitssystems speziell, aber nicht allein in der universitären Medizin, die teilweise falschen Anreize im Vergütungssystem, die Probleme der Nachwuchsgewinnung in den chirurgischen Fächern, die Mindestmehrgeld Diskussionen, die Personaluntergrenzende Diskussion sowie die mangelhafte IT-Infrastruktur. Der Bundesgesundheitsminister ist ausführlich auf den letzten Punkt eingegangen, auch auf die Zeitschiene. Es muss dringend etwas geschehen, unser Anspruch muss sein, zur internationalen Spitze zu gehören und uns nicht mit einem Platz im Mittelfeld zufrieden zu geben. Wenn gleich die Covid-Pandemie im letzten Jahr extrem viele Ressourcen gebunden hat, wird die DGCH die sonstigen Herausforderungen nicht nur im Auge behalten, sondern aktiv bearbeiten und versuchen, zu gestalten und Einfluss zu nehmen.

Wir alle wissen nicht, wie es bezüglich der Auswirkungen der Pandemie weitergehen wird. Wird sie verschwinden und in einigen Monaten Geschichte sein, oder werden wir lernen müssen trotz Impfungen und Hygienemaßnahmen mit ihr leben zu müssen, zumindest für längere Zeit? Sicher scheint jedoch, dass sie Spuren hinterlassen wird, vermutlich auch in der Art und Weise, wie wir unseren Beruf ausüben, Patienten behandeln, unterrichten, forschen. Es wird wahrscheinlich

CHIRURGENKONGRESS 2021 PRÄSIDENTENREDE

weniger gereist werden, webbasierte Formate haben in Patientenbehandlung, Unterricht und Forschung Einzug gehalten und sie werden wahrscheinlich bleiben. Wieder einmal zeigt sich die Aktualität des Kernsatzes der Heraklidischen Lehre, *panta rhei*, alles fließt. Charles Darwin beschrieb das Prinzip des *Survival of the Fittest*, wer nicht vermag sich anzupassen, sich weiterzuentwickeln und neue Strategien zu entwerfen und umzusetzen, droht zu verschwinden beziehungsweise an Bedeutung zu verlieren.

Wir haben uns als DGCH bewegt und angepasst und ein neues Kongressformat entwickelt. Trotz und gerade wegen der Covid-19 bedingten Einschränkungen ist es an der Zeit, den interpersonellen und interprofessionellen fachlichen und menschlichen Austausch wieder aufzunehmen, uns den neuen und alten Herausforderungen zu stellen und

unsere Medizin und unser Gesundheitssystem weiterzuentwickeln, und zwar mehr denn je mit Kompetenz, Kreativität und durch Kommunikation.

Erlauben Sie mir an dieser Stelle noch ein paar persönliche Worte. Ich bin stolz, Ihnen in Kooperation mit unserem Vorstand und der Wikonect GmbH trotz dieser erschwerten Umstände einen Kongress dieses Formats bieten zu können. Es ist mir eine Ehre als erster Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg und Vertreter einer der kleineren Mitglieds-gesellschaften, Präsident dieser Gesellschaft sein zu dürfen. Gerade die kleineren Gesellschaften sehen den Mehrwert, Mitglied in einer Dachgesellschaft wie der DGCH sein zu können, die auf politischer Ebene immer wieder unterstützt und die chirurgischen Fächer zusammenhält.

Ohne ein unermüdliches Team im Hintergrund, welches trotz aller Schwierigkeiten zusammengehalten hat und alle Wegänderungen immer wieder aufs Neue professionell mitgegangen ist, wäre dies alles hier heute und in den kommenden Tagen nicht möglich gewesen. Ich möchte mich an dieser Stelle voller Dankbarkeit und in aller Form bei dem Organisationsteam und dem Vorstand bedanken.

Ich hoffe, wir werden trotz der besonderen Situation in diesem Jahr einen erfolgreichen Kongress haben, die ersten Eindrücke vom Präkongress letzte Woche sind vielversprechend. Die DGCH lebt, ist vital und stellt sich jeder Herausforderung. Sie ist sich ihrer Tradition bewusst, aber auch willens, bereit und fähig neue Wege zu gehen.

Ich danke Ihnen!

CHIRURGENKONGRESS 2021 VIZE-PRÄSIDENTENREDE

Vize-Präsidentenrede anlässlich des

138. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie



Univ.-Prof. Dr. med.
Thomas Schmitz-Rixen
DGCH-Präsident 2019–20
Frankfurt/Main

Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Die Rede des Pastpräsidenten an dieser Stelle zu lesen, hat etwas von kaltem Kaffee und der Zeitung von gestern. Die eigentliche Präsidentenrede aus dem vergangenen Jahr ist bedauerlicherweise wie der Kongress mit seinem eindrücklichen Motto **Intelligenz, Intuition und Individualität** dem Coronavirus zum Opfer gefallen. Ich möchte auch gar nicht zurückblicken, sondern vielmehr darauf zu sprechen kommen, was seit einiger Zeit die Runde macht: **Nach der Pandemie wird Nichts so sein wie vor der Pandemie.**

Ich glaube, die Mehrzahl von uns wird inhaltlich nur begrenzte Vorstellungen haben, was dies bedeutet und wann das eigentlich anfängt. Unsere Virologen¹ gehen ja von

einem Dauerzustand aus. Die Chirurgie in Deutschland hat spontan und flexibel auf alle Anforderungen entsprechend reagiert. Wenn jedoch die Gesundheitspolitik zukünftig ähnliche Vorstellungen entwickelt wie zum derzeitigen Umgang mit der herrschenden Pandemie, dann könnten wir verloren sein. Aus den Defiziten können wir jedoch lernen.

Unsere rückständige Digitalisierung, ein überentwickelter Schutz der informationellen Selbstbestimmung, die unterentwickelte Struktur einer Netzwerkforschung, die fehlende Zentralisierung medizinischer Ressourcen und ein Verwirrung stiftender Föderalismus hat die Pandemie als disruptiver Katalysator enttarnt. Gleichzeitig hat sie sich aber auch als Innovationstreiber entwickelt.

¹ Gender Hinweis: Allein aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher, weiblicher und weiterer Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechtsformen. Dies impliziert keinesfalls eine Benachteiligung der jeweils anderen Geschlechter, sondern ist als geschlechtsneutral zu verstehen.

CHIRURGENKONGRESS 2021 VIZE-PRÄSIDENTENREDE

Denn langsam entwickelt sich aus den Defiziten eine Vision, die wir als DGCH mit ihren assoziierten Fachgesellschaften über gut kommunizierte Missionen strategisch entwickeln sollten, damit nicht unser Nachwuchs mit einem gewissen Recht die zusätzliche Existenz und Alimentation einer Dachgesellschaft in Frage stellt.

Hierbei hat uns die Pandemie sogar geholfen, da sie den wissenschaftlichen und auch berufspolitischen Wert der DGCH als Sprachrohr für alle assoziierten Fachgesellschaften und sogar im Verbund mit fachfremden Gesellschaften (HNO, Anästhesie, Augenärzte etc.) wieder in den Focus gerückt hat. Als Partner der AWMF haben wir wichtige Handlungsanweisungen zum Schutz von Patienten und Personal, zur Priorisierung von operativen Eingriffen, der Testung und Impfung vor elektiven Eingriffen und dem Wiedereinstieg nach dem chirurgischen Lockdown erarbeitet und mit großer Reichweite publiziert. Eine einzelne Fachgesellschaft hätte es in dem Dschungel

von gesundheitspolitischen Kompetenzen schwerer, Gehör zu finden. Auch unser SDGC/ChirNet-Antrag auf Begleitforschung zur Frage der Folgen der Pandemie auf Nicht-COVID Erkrankte hat Aufmerksamkeit erregt, aber leider keine Förderung erhalten.

Seit 1872 ist die Erprobung von neuen Behandlungsverfahren unser satzungsgemäßer Auftrag und wer unseren gut besuchten Präkongress verfolgt hat, konnte den gesamten Entwicklungsprozess von molekularen Ansätzen bis hin zu robotergestützten Operationsverfahren verfolgen. Dabei tritt der Umgang mit Robotic, Biophotonic und Augmented Reality längst aus der Ecke der nur Einzelfall Verwirklichung und hat bereits den unmittelbaren Nutzen für und mit dem Patienten im Visier. Dies, sowie molekularbiologische Ansätze setzen den Intelligenten Umgang mit Big Data voraus. Wie schnell und erfolgreich ein solcher Prozess laufen kann, hat anderswo die atemberaubende Entwicklung eines völlig neuen Immunisierungsprinzips mit einem RNA Impfstoff gezeigt. Bezeichnender

Weise stammen die klinischen Daten hierfür nicht aus Deutschland. Hier tobt der Datenschutz. Informationelle Selbstbestimmung ist aber nicht gleichzusetzen mit der Nichtverwendung von Daten. Datenschutz ist für krankheitsbedrohte Patienten aus ethischer Sicht die sinnvolle Datenverwendung zum Schutz des Lebens und des gesellschaftlichen Zusammenlebens, natürlich unter Wahrung der Privatsphäre. Das wird hierzulande oftmals ganz anders gesehen. Das Tracking von Infektionen ist undenkbar – aber Tote, Ausgangssperren und die Verschiebung von elektiven Eingriffen sind kein Problem??

Wir brauchen eine Sympathiekampagne ähnlich dem Organspendenlauf, die unseren Patienten bewusst macht, dass ihre Datenspende ein wichtiger Faktor in einem lernenden Gesundheitssystem ist. Dazu müssen wir uns künftig ansehen, was aus den Daten zu lernen ist, die nicht wie bisher nur in Studien, sondern in der realen Welt produziert werden; nur auf diese Weise können wir unser Versorgungssystem verbessern und dann auch über Innovationen in der künstlichen Intelligenz sprechen. Die Patienten werden ihre Daten bereitwillig dorthin tragen, wo sie sich einen individuellen Nutzen versprechen. Unser Versprechen ist das einer individualisierten Medizin bzw. Chirurgie mit einem frühestmöglichen kurativen Therapieansatz.

Das Chirurgie basierte SIGMA Netzwerk der Studierenden hat sich übrigens längst aufgemacht, den Weg der patientenzentrierten Datenanalyse zu beschreiten. Ein in jeder Hinsicht gutes Zeichen, wo es uns doch an wissenschaftlichem und klinischem Nachwuchs mangelt.

Für und gemeinsam mit unserem Nachwuchs ist es wichtig, eine Priorisierung der Forschungsziele mit Fokussierung auf echte Patientenbedürfnisse in den Blick zu nehmen



CHIRURGENKONGRESS 2021 VIZE-PRÄSIDENTENREDE

Ein sehr guter Ansatz ist auch unser Fortüne Programm, das jetzt in der zweiten Förderung steht. Ziel der Förderung ist die Entwicklung einer prospektiv randomisierten klinischen Studie, die idealerweise nach der zweijährigen Förderperiode im SDDC/ChirNet laufen sollte.

Apropos SDGC/ChirNet: Dies hat sich erfreulicherweise großartig entwickelt. Das Potential dieser Einrichtung, die allen chirurgisch Tätigen offensteht, wird leider noch von zu wenigen Fachgesellschaften genutzt.

Neben künstlicher Intelligenz, Big Data und datengetriebener Individualisierung der Chirurgie braucht es Vertrauen in die eigene Intuition. Wir werden erst dann erfolgreich in der Nachwuchsgewinnung sein, wenn es gelingt, ein Neues Selbstbewusstsein und **Lust auf eine neue Chirurgie** zu erzeugen. Hierzu gehört auch eine chirurgische Führung, die sich jeden Tag dem anvertrauten Nachwuchsgendergerecht besonders verpflichtet fühlt. Die junge Generation braucht die Herausforderung und eine strukturierte individuelle Förderung. Der Wettbewerb um die besten Köpfe hat schon lange begonnen.

KENNEN SIE EIGENTLICH DIE VISION DER DGCH?

Nach meiner Interpretation ist diese seit **Bernhard v. Langenbeck, Gustav Simon und Richard Volkmann** unverändert und ich zitiere die Schilderung von **Trendelenburg in seinem Buch von 1923²**: „...eine Gesellschaft für Chirurgie mit einem jährlich wiederkehrenden Kongress zu begründen ... aus dem lebhaft gefühlten Bedürfnis, bei dem stets wachsenden Umfang unserer Wissenschaft die chirurgischen Arbeitskräfte zu einigen, den persönlichen Austausch der Ideen zu erleichtern und gemeinsame Arbeiten zu fördern.“

Das passt nach fast 150 Jahren immer noch, darf sich aber nicht auf die Veranstaltung eines Kongresses beschränken. Davon zeugt das unermüdliche Bemühen unseres Generalsekretärs, den ich an dieser Stelle ausdrücklich grüßen möchte, interdisziplinär, politisch und interkulturell Lobbyarbeit für die Chirurgie zu betreiben und die assoziierten Fachgesellschaften zu einen.

Ich bin nicht wie Goethe der Meinung „**Das Ideal und die gemeine Wirklichkeit müssen streng geschieden werden**“, sondern halte die strategische Entwicklung unserer Vision für essentiell.

Die DGCH braucht eine Forschungsplattform und SDGC/ChirNet sind dafür eine gute Basis. Verhandlungen mit dem G-BA zur gemeinsamen Erprobung von neuen Medizinprodukten bzw. Behandlungsverfahren laufen erfreulich und sind der nächste Schritt. Ebenso die begonnene Beteiligung an interdisziplinären Forschungsverbünden zu Fragen der Digitalisierung, Künstlicher Intelligenz und seltenen Krankheiten.

Die interne Mission ist die Bereitstellung der bestmöglichen Plattform für alle assoziierten chirurgischen Fachgesellschaften. Ein strategisches Ziel ist die gemeinsame Analyse des Bedarfs an Arztstellen in der Chirurgie. Die Stärkung unseres Berufsbildes und der Schutz gegen eine ausschließlich ökonomische Betrachtung und Zuordnung von Ressourcen müssen weiter ausgebaut werden. Die individuelle ärztliche Leistung, ähnlich wie in einer Manufaktur, ist der Faktor, der Patienten zu uns bringt.

Die Resilienz unserer jetzt schon dauerbelasteten Kollegen und des Pflegepersonals muss umgehend und nach der Krise gestärkt werden. Hierzu gehört die kontinuierliche

Überprüfung unserer Arbeitsbedingungen und eine adäquate Bezahlung der Pflege. Dies darf sich nicht im ausschließlichen Applaus auf dem Höhepunkt der Pandemie verlieren, sonst stehen wir plötzlich ohne Gesundheitspersonal da. Diese Fakten müssen immer wieder kommuniziert werden.

Ich komme noch einmal auf Bernhard von Langenbeck et al. zurück und zitiere aus dem Trendelenburg'schen Buch: „**...Sodann ist die mündliche Verhandlung weit mehr geeignet, in schwierigen Fragen eine Einigung der Ansicht herbei zu führen...**“ Dem würde ich heute hinzufügen: Die digitale Revolution unserer Kommunikationsmöglichkeiten erweitert unser Spektrum der wissenschaftlichen Auseinandersetzung, übrigens sehr erfolgreich, wie unser Kongress gezeigt hat, ersetzt aber nicht die persönliche Begegnung.

Meine sehr verehrten Damen und Herrn,

Nach der Pandemie wird nichts so sein wie vor der Pandemie; Verstehen Sie dies nicht als Drohung! Lassen Sie es uns zu einem Versprechen auf die Zukunft der Chirurgie und Ihrer DGCH machen – **Mit Kompetenz, Kreativität und durch Kommunikation** (das Motto des DCK 2021).

Herzlichen Dank an Sie fürs Lesen und herzlichen Dank an Generalsekretär, Vorstand und Präsidium für die Unterstützung meiner Arbeit für die DGCH, auf die ich sehr stolz bin.

2 Friedrich Trendelenburg: Die ersten 25 Jahre der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Verlag von Julius Springer, Berlin 1923

CHIRURGENKONGRESS 2021 BILDERGALERIE

BILDERGALERIE ZUR ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG



DCK digital 2021: Herzlich Willkommen



Videobotschaft vom Bundesgesundheitsminister
J. Spahn



Grußwort DGCH: Präsident der DGCH
Prof. Dr. med. Dr. med. dent. M. Ehrenfeld



Grußwort DGCH: 1. Vizepräsident der DGCH
Prof. Dr. T. Schmitz-Rixen



Grußwort DGAV: Präsident der DGAV
Prof. Dr. W. O. Bechstein



Grußwort DGKCH: Präsident der DGKCH
Prof. Dr. U. Rolle



Grußwort DGMKG: 1. Präsident der DGMKG
Prof. Dr. Dr. J. Hoffmann



Festvortrag Dr. Georg Ringsgwandl



Verleihung Ehrenmitgliedschaft:
Prof. Dr. J. Prein

* © alle Bilder: DGCH

CHIRURGENKONGRESS 2021

BILDERGALERIE



Verleihung Ehrenmitgliedschaft:
Prof. Dr. Dr. M. Rasse



Verleihung Ehrenmitgliedschaft:
Prof. Dr. A. Tuchmann (wurde per Videositzung zugeschaltet)



Senator: Prof. Dr. T. Pohlemann



Werner Körte-Medaille Gold:
Prof. Dr. T. Schmitz-Rixen



Von-Langenbeck-Preis: Prof. Dr. Dr. T. Schmidt



Karl-Heinrich Bauer Preis: Prof. Dr. A. H. Hölscher



Rudolf-Zenker-Preis: Prof. Dr. C.-D. Heidecke



Wolfgang Müller-Osten-Preis: Dr. D. Gray



Leonhard Schweiberer Medaille: Dr. V. Chawey



Wolfgang-Müller-Osten-Stipendium für ausländische Hospitanten: Dr. E. Usova



Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische Forschung: J. Iske

CHIRURGENKONGRESS 2021 BILDERGALERIE

IMPRESSIONEN VOM DCK DIGITAL 2021



DCK digital Videostudios



Sicherheitsabstand im Eröffnungssaal

CHIRURGENKONGRESS 2021

EHRUNGEN, PREISVERLEIHUNGEN UND STIPENDIEN

EHRUNGEN, PREISVERLEIHUNGEN UND VERGABE VON STIPENDIEN

Preis	Name/Klinik bzw. Funktion	Vergabe wofür
Ehrenmitglied der DGCH	Prof. Dr. med. Albert Tuchmann	Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie zeichnet ihn aus für sein hervorragendes wissenschaftliches und berufliches Engagement und insbesondere für seine erfolgreiche Arbeit als Kooperationspartner für die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie.
Ehrenmitglied der DGCH	Prof. Dr. Dr. med. Michael Rasse Direktor em der Universitätsklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Medizinische Universität Innsbruck	Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie zeichnet ihn aus für seine herausragenden wissenschaftlichen Arbeiten, insbesondere auf dem Gebiet der Traumatologie des Kiefergelenks und sein hervorragendes wissenschaftliches Engagement, unter anderem als Gründungsmitglied der International Bone Research Association (IBRA).
Ehrenmitglied der DGCH	Prof. Dr. med. Joachim Prein Direktor em der Klinik für wiederherstellender Chirurgie, Kantonsspital Basel und Ordinarius für MKG-Chirurgie, Universität Basel	Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie zeichnet ihn für seine hervorragenden wissenschaftlichen und organisatorischen Leistungen auf dem Gebiet der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie aus, speziell dem Aufbau und der Ko-Leitung eines Registers für Tumoren der Schädelknochen am Institut für Pathologie der Universität Basel, der internationalen Verbreitung von modernen Osteosynthesetechniken, unter anderem als Chairman der Maxillofazialen Technischen Kommission der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (AO) und als Präsident der AO international.
Senator auf Lebenszeit	Prof. Dr. med. Tim Pohlemann Universitätsklinikum des Saarlandes Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie Kirrberger Straße 100 66421 Homburg	Anerkennung und Würdigung ihrer langjährigen Verdienste um die DGCH, vor allem als Präsident im Jahr 2016/2017.
Werner-Körte-Medaille in Gold	Prof. Dr. med. Schmitz-Rixen Direktor der Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie Universitätsklinikum Frankfurt Theodor-Stern-Kai 7 60590 Frankfurt/M.	Für die langjährige Unterstützung unserer Gesellschaft.

CHIRURGENKONGRESS 2021

EHRUNGEN, PREISVERLEIHUNGEN UND STIPENDIEN

Preis	Name/Klinik bzw. Funktion	Vergabe wofür
Werner-Körte-Medaille in Silber	Katrin Kammerer Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) Luisenstrasse 58/59 10117 Berlin	Für die stetige Unterstützung der DGCH, besonders bei der Erstellung der gemeinsam geführten Mitgliederzeitschrift PASSION CHIRURGIE, für die sie sich persönlich in besonderer Weise engagiert hat.
Siegel der DGCH	Dr. med. Volker Klimpel Grazer Straße 3 01279 Dresden	Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ehrt Herrn Dr. Klimpel mit ihrem Siegel als Zeichen der Verbundenheit mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.
Von-Langenbeck-Preis	Prof. Dr. Dr. med. Thomas Schmidt Universitätsklinikum Heidelberg Klinik für Allgemein-, Viszeral-, und Transplantationschirurgie Im Neuenheimer Feld 420 69120 Heidelberg	Für die Arbeit: „Reduction of Liver Metastasis Stiffness Improves Response to Bevacizumab in Metastatic Colorectal Cancer“
Rudolf-Zenker-Preis	Prof. Dr. med. Claus-Dieter Heidecke Erich-Böhmke-Str. 34 17489 Greifswald	Für seine herausragenden Leistungen in der Weiterentwicklung der klinischen Chirurgie, welche auch zur wesentlichen Verbesserung der Qualität und Sicherheit in der Behandlung von Patienten in der Chirurgie beigetragen haben.
Karl-Heinrich Bauer Preis	Prof. Dr. med. Arnulf Hölscher Bayreuther Str. 7 81925 München	Für seine Verdienste in der onkologischen Chirurgie, besonders für die Behandlung von Tumoren des oberen Verdauungstraktes.
W.-Müller-Osten-Preis	Dr. med. Daphne Elisabeth Gray Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie Universitätsklinikum Frankfurt Theodor-Stern-Kai 7 60590 Frankfurt/M.	Für die Arbeit: „Expression spezifischer miRNAs vor und nach erfolgreicher Aneurysmaausschaltung – Biomarker für Endoleaks?“
Edgar-Ungeheuer-Preis	Dr. med. Michael Thomaschewski	Für die Arbeit: Robotisch assistierte Resektion eines zentralen neoadjuvant behandelten Pankreaskarzinoms mit En-bloc-Resektion des Truncus coeliacus (modifizierte Appleby-Operation)
Leonhard-Schweiberer-Medaille	Dr. med. Victor Chawey	
Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische Forschung	Jasper Iske	Für die Arbeit: Senolytics prevent mt-DNA-induced inflammation and promote the survival of aged organs following transplantation.
Posterpreis	Dr. med. Dr. med. dent. Julius Moratin	Für die Arbeit: Der Einfluss des tumor-assoziierten immunologischen Mikro-Milieus auf das Überleben bei Patienten mit Mundhöhlenkarzinomen.
Fritz-Linder-Preis	Dr. med. Lars Schiffmann	Für die Arbeit: The role of endothelial cell mitochondrial respiration in angiogenesis during development, wound healing and tumor growth – implications for metabolism targeted anti-cancer therapy.
Wolfgang-Müller-Osten-Stipendium für ausländische Hospitanten	Dr. med. Elena Usova, Moskau	Zu einem Forschungsaufenthalt an einer deutschen Klinik

CHIRURGENKONGRESS 2021 PRÄSIDENTINNENWAHL

Wahl der Präsidentin

2023/ 2024



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

CURRICULUM VITAE

PROF. DR. MED. CHRISTIANE J. BRUNS
AUSBILDUNG AN DER UNIVERSITÄT

01.02.1993
Approbation

05.02.1993
Promotion nach Vorlegen der Inauguraldis-
sertation mit dem Titel: „Pathobiomechanik
am Sternoklavikulargelenk“ (magna cum
laude)

ÄRZTLICHE WEITERBILDUNG

01.02.1992
Beginn der Facharztausbildung für Chirurgie
an der Klinik und Poliklinik für Allgemein-,
Thorax- und Gefäßchirurgie der Universität zu
Köln (Prof. Dr. Dr. H. Pichlmaier bis 30.04.96;
Prof. Dr. A. H. Hölscher ab 01.05.96 sowie in
der Abteilung für Unfall- Hand- und Wieder-
herstellungschirurgie der Universität zu Köln
(Prof. Dr. K. E. Rehm)

05/97 – 08/99
Postdoctoral Fellowship unterstützt durch
das „Lise-Meitner-Stipendium“ der DFG
am Department of Cancer Biology (Prof. Dr.
I. J. Fidler) University of Texas M. Anderson
Cancer Center, Houston, USA

01.03.2001
Facharztprüfung für Chirurgie

10/01–10/02
Weiterbildung Viszeralchirurgie an der Klinik
und Poliklinik für Chirurgie der Universität
Regensburg (Prof. Dr. K.-W. Jauch)

10/02–08/05
Fortsetzung der Weiterbildung zur Viszeral-
chirurgie an der Chirurgischen Klinik und
Poliklinik – Großhadern der LMU München
(Prof. Dr. K.-W. Jauch)

16.12.2002

Habilitation im Fach Chirurgie „Anti-angio-
genetische Therapieansätze zur Behand-
lung des humanen Pankreaskarzinoms nach
orthotoper Implantation in die Nacktmaus“

10/2003

Oberärztin an der Chirurgischen Klinik und
Poliklinik-Großhadern der LMU München

17.08.2005

Schwerpunktbezeichnung Viszeralchirurgie

06.03.2009

Bestellung zur APL-Professorin der LMU
München

01.01.2011

Stellvertretende Direktorin der Chirurgischen
Klinik und Poliklinik am Klinikum Großha-
dern der LMU München

01.02.2012

Stellvertretende Direktorin des Krebszent-
rums München (CCC^{LMU})

27.09.2012

Schwerpunktbezeichnung Thoraxchirurgie

04.11.2013

Direktorin der Klinik für Allgemein-, Viszeral-
und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum
Magdeburg

01.06.2016

Direktorin der Allgemein-, Viszeral- und
Tumorchirurgie, Universitätsklinik Köln

01.07.2016

Stellvertretende Direktorin des CIO Köln/
Bonn

CHIRURGENKONGRESS 2021

PRÄSIDENTINNENWAHL

2016–2019

Fachbereichskollegiatin der DFG Sektion 2:
Krebsforschung und Regenerative Medizin/
Stammzellforschung

ab 2016

Vertretung Wissenschaftsressort der DGCH

2017–2019

Fachbereichskollegiatin der DFG für Klinische
Studien

2017–2020

Schatzmeisterin der European Surgical
Association

2017–2020

Aufsichtsratsmitglied der Universitätsklinik
Heidelberg

2018

Mitglied International Surgical Group

2018

Gewähltes Mitglied der Deutschen Akademie
der Naturforscher Leopoldina

2019

Mitglied des Fachausschuss Nachwuchsför-
derung der Krebshilfe

2019–2023

Prodekanin für Struktur und Entwicklung der
medizinischen Fakultät der Universität zu
Köln

2020

Nominierung zum Mitglied im Senat und
Hauptausschuss der DFG

2020

Ehrenmitgliedschaft „Upper GI Surgery“
des European Board of Surgery and Thoracic
Surgery

ENTSCHEIDENDE WISSENSCHAFTLICHE AUSZEICHNUNGEN

1999

Biological Basis for Antiangiogenic
Therapy, 08.11.–10.11.99, Milan, „Inhi-
bition of angiogenesis and regres-
sion of human pancreatic cancer by
blockade of EGF-R signal transduc-
tion in combination with gemcita-
bine“ „Fellowship from The European
Society of Oncology 1999“

2001

Reisestipendium zum 101. Japani-
schen Chirurgenkongress der Deut-
schen Gesellschaft für Chirurgie,
10.04. – 13.04.01, Sendai, Japan

2002

79. Tagung der Vereinigung der Bay-
erischen Chirurgen e.V. 2002, „Gerd-
Hegemann-Reisestipendium 2002“
(Pankreaschirurgie: MD Anderson
Cancer Center, Houston, USA, Prof.
D. Evans; The Johns Hopkins Uni-
versity, Baltimore, USA, Prof. J.
Cameron)

2003

120. Tagung der Deutschen Gesell-
schaft für Chirurgie 2003, „Anti-
angiogenetische Therapieansätze
zur Behandlung des humanen Pan-
kreaskarzinoms nach orthotoper
Implantation in die Nacktmaus“,
„Von-Langenbeck-Preis 2003“

2005

„Curt-Bohnewand-Preis 2005“ der
Medizinischen Fakultät der LMU
München, 16.08.2005

2018

Gewähltes Mitglied der Deut-
schen Akademie der Naturforscher
Leopoldina

NACH 2005 AUSZEICHNUNG FÜR MITGLIEDER DER EIGENEN ARBEITSGRUPPE:

2006

Johann-Nepomuk-von-Nussbaum-
Preis (Dr. med. A. Kleespies)

2006

Posterpreis der Deutschen Krebsge-
sellschaft (Dr. med. A. Kleespies)

2007

Fritz-Linder-Preis der DGCH (Dr.
med. H. Niess)

2009

Fritz-Linder-Preis der DGCH (cand.
med. C. Zischek)

2009

Ferdinand-Sauerbruch-Forschungs-
preis (Dr. med. A. Kleespies)

2011

Posterpreis der DGFIT (Dr. med. I.
Ischenko)

2011

Posterpreis der Chirurgischen For-
schungstage (cand. med. Q. Bao)

2012

Heberer-Award (Dr. med. H. Niess)

2019

Nachwuchsförderpreis der Sektion
für Chirurgische Forschung der
DGCH (Dr. med. L. Schiffmann)

2021

Fritz-Linder Preis der DGCH (Dr.
med. L. Schiffmann)

CHIRURGENKONGRESS 2021 ORGANSPENDELAUF

Der Corza Medical Organspendelauf 2021 der DGCH – eine virtuelle Erfolgsgeschichte

Am 16. April 2021 um 18.00 Uhr war es wieder soweit. Im Rahmen des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, der dieses Jahr digital mit dem Organisationszentrum in Mainz durchgeführt wurde, konnte der „virtuelle Organspendelauf“ (vOSL) gestartet werden. Ursprünglich war ein teilnehmerlimitierter Präsenzlaf entlang des Rheins in Kombination mit einem virtuellen Lauf geplant. In Folge der anhaltenden Corona-Pandemie und der dadurch bedingten Einschränkungen musste ca. vier Wochen vor dem Lauf schweren Herzens die Entscheidung getroffen werden, die Veranstaltung ausschließlich in virtueller Form durchzuführen.



Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
Direktor der Klinik für Allgemein-,
Viszeral- und Transplantationschirurgie
Leiter des Darmkrebszentrums
Universitätsklinikum Augsburg
Stenglinstr. 2
86156 Augsburg

Wie schon die Jahre zuvor hat eine Vielzahl von Prominenten aus Politik, Sport und Gesellschaft unterstützende Videobotschaften ausgesendet, so zum Beispiel die Ministerpräsidentin von Rheinland-Pfalz, Frau Malu Deyer, die Handballgrößen der Rhein-Neckar-Löwen Martin Schwalb (Trainer), Uwe Gensheimer und Andy Schmid, Bernd Hölzenbein aus der Fußballweltmeisterschaft von 1974, Diskus-Olympiasieger Lars Riedel und Schlagersänger Roland Kaiser, der selbst vor einigen Jahren erfolgreich lungentransplantiert wurde. Auch Klaus Wolfermann, Speerwurf-Olympiasieger von 1974 und aktiv in der Organisation „Sportler für Organspende“ und Repräsentant der „Kinderhilfe

für Organtransplantation“ (KiO) rührte wie schon in den beiden letzten Jahren kräftig die Werbetrommel für den vOSL. Tatkräftige Unterstützung und die Zusage zur Schirmherrschaft blieben trotz Absage der Präsenzveranstaltung vom Oberbürgermeister der Stadt Mainz, Herrn Michael Ebling, und den zuständigen Behörden erhalten. Hierfür möchten wir uns bei dieser Gelegenheit noch einmal ausdrücklich bedanken.

Nach Öffnung der Anmeldung wurde die km Sport-Agentur als Organisatorin des Laufes mit einer unfassbaren Anzahl von Anmeldungen geflutet. Schnell war klar, dass die 1.000 geordneten Laufshirts niemals reichen würden, weswegen zügig 1.000 Shirts nachgeordert wurden. Aber auch das sollte bei weitem dem Ansturm nicht Stand halten können! Zum Meldeschluss drei Tage vor dem Lauf stand die beeindruckende Marke von 4.048 Läuferinnen und Läufern in der Starterliste. Das waren etwa 3.000 Teilnehmer:innen mehr als beim virtuellen OSL (vOSL) 2020. Eine satte Steigerung um 300%!

Einzelläufer:innen, Sport-, Freizeit-, Firmen- und Klinikmannschaften aus Deutschland, Österreich, der Schweiz, aber auch fernen Ländern wie Mexico und den USA schnürten für den guten Zweck die Laufschuhe, um auf einer selbstgewählten Laufstrecke von 2,5 oder 5 Kilometern ein Zeichen „Pro Organspende“ zu setzen. Das Internet mit seinen weltumspannenden Möglichkeiten erlaubte es, eine nahezu unbegrenzte Reichweite für unsere Initiative zu erreichen und das Teilnehmerfeld gleichzeitig in ein virtuelles Rennen zu schicken. Leider kam es während der Wettkampfzeit zu Serverproblemen bei der internetbasierten Aufzeichnung der individuellen Laufzeit, sodass einige Laufzeiten erst im Nachgang erfasst werden konnten. Aber dadurch ließ sich kaum jemand die gute Stimmung und die Begeisterung für die Sache

CHIRURGENKONGRESS 2021 ORGANSPENDELAUF

verderben, denn die gelaufene Zeit und die sportliche Leistung stehen nicht im Vordergrund des vOSL. Es ist die Botschaft: Organspende rettet Leben und jeder soll sich zu Lebzeiten dazu aktiv positionieren!

Wie schon in den vergangenen Jahren wurde ein Teil der Teilnahmegebühr explizit als Spendenbeitrag ausgewiesen, und wird im Nachgang des vOSL dem Ederhof der Rudolph Pichlmayr-Stiftung und der KiO für deren wertvolle Arbeit in der Betreuung von Kindern

vor und nach Organtransplantation zugeleitet. In diesem Zusammenhang darf nicht unerwähnt bleiben, dass sich immer wieder auch Teilnehmer:innen mit dem Herz am rechten Fleck finden, die über die Anmeldegebühr hinaus noch Spenden getätigt haben, wofür wir uns ausdrücklich bedanken wollen. Ganz besonders möchten wir uns auch bei allen Sponsoren und institutionellen Spendern bedanken, ohne deren Mithilfe ein vOSL, und schon gar kein OSL in Präsenzform, durchgeführt werden könnte.

Wir, die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie gemeinsam mit der km Sport-Agentur, nehmen den Erfolg des vOSL 2021 zum Anlass zu versuchen, in Zukunft die internationale Reichweite über die virtuelle Plattform noch weiter zu steigern, um über Ländergrenzen hinweg der Organspende eine starke Stimme zu geben.

EINLADUNG CHIRURGENKONGRESS 2022

Einladung zum DCK 2022

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Pflegekräfte, Studierenden und Partner aus der Industrie,

hiermit möchte ich Sie im Namen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zum 139. Kongress unserer Gesellschaft nach **Leipzig** (05.–08. April 2022) sehr herzlich einladen. Im Jahr des 150-jährigen Jubiläums der DGCH werden wiederum die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) und die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) ihre Jahrestagung und, wie auch schon beim DCK 2021 in Mainz, die Deutsche Gesellschaft für Plastische-Rekonstruktive- und Ästhetische Chirurgie (DGPRÄC), die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG) sowie die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) ihre Frühjahrstagung im Rahmen des DCK 2022 veranstalten. Auch der Berufsverband der Deutschen Chirurgen, die Bundeswehr, der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe und die Rettungsdienste werden zusammen mit allen unter dem Dach der DGCH vereinigten chirurgischen Fachgesellschaften ebenfalls am DCK 2022 teilnehmen und diesen mit eigenen sowie interdisziplinären und interprofessionellen Veranstaltungen beleben.



Prof. Dr. med. Hauke Lang
Präsident DGCH 2021/2022
Direktor der Klinik für Allgemein-,
Viszeral- und Transplantationschirurgie
Universitätsmedizin Mainz
hauke.lang@unimedizin-mainz.de

Noch ist nicht absehbar, wie die gegenwärtige Pandemie auch den DCK 2022 beeinträchtigen wird. Klar ist, dass eine solche Pandemie unser Leben und Handeln langfristig beeinflussen wird und wir letztlich mit dem Corona-Virus leben müssen.

Nachdem pandemiebedingt 2020 der DCK komplett abgesagt werden musste, konnte in 2021 ein überwiegend digitaler Kongress abgehalten werden. Dank viel Engagement und enormer Anstrengungen aller Beteiligten verlief dieser Kongress erfreulicherweise reibungslos und erfolgreich. Neue Formate wurden hervorragend angenommen und viele Online-Sitzungen, angefangen von den Meetings der Sektion Chirurgische Forschung über Plenarveranstaltungen bis hin zu Industriesymposien, erfreuten sich großer Beteiligung mit Teilnehmerzahlen, die bisweilen weit über denen in den vergangenen Jahren lagen.

Allerdings wurde allen, sowohl den Referenten vor Ort als auch den Teilnehmern zuhause bewusst, wie sehr uns neben dem wissenschaftlichen Austausch insbesondere der persönliche Kontakt gefehlt hat und fehlt. Der Wunsch nach einem Präsenzkongress war jederzeit spürbar und wurde nahezu von allen Beteiligten geäußert. Und so hoffen wir sehr, dass wir uns 2022 in Leipzig wieder ohne Einschränkung treffen können. Allerdings möchten wir die vielen beim Kongress in Mainz gewonnenen Erkenntnisse nicht unberücksichtigt lassen. Neben dem eindeutigen Fokus auf Präsenzveranstaltungen sollen wesentliche Anteile des Kongresses auch wieder online zur Verfügung stehen - DCK 2022 hybrid. Auch Sitzungen der chirurgischen Forschung, Rapid Communications und Postersitzungen sollen wieder als online Präkongress-Sitzungen veranstaltet werden.

EINLADUNG CHIRURGENKONGRESS 2022

Zum aktuellen Zeitpunkt muss der weitere Verlauf der Pandemie selbstverständlich abgewartet und die Flexibilität in der Kongressplanung so lange wie möglich gewahrt werden.

Der DCK 2022 steht unter dem Motto „**Identität bewahren, Wissen mehr und Wandel gestalten**“.

Ganz sicher steht die Chirurgie, wie alle anderen Disziplinen auch, vor großen Herausforderungen, teilweise sogar sehr unwägbaren, wie wir aktuell schmerzlich erfahren mussten. Die Chirurgie wird sich verändern, aufgrund neuer sozioökonomischer Rahmenbedingung und aufgrund technischen Fortschritts und wissenschaftlicher Ergebnisse. Und ganz sicher wird die Chirurgie immer mehr in interdisziplinäre Strukturen integriert werden.

Lassen Sie uns gemeinsam dahingehend wirken, dass die Chirurgie nicht Gegenstand des Wandels wird und an Bedeutung verliert, sondern den Wandel mitbestimmt, ihn vorantreibt und letztlich vielleicht sogar gestärkt aus ihm hervorgeht.

Auch beim DCK soll der inzwischen schon traditionelle Organspendelauf wieder ausgerichtet werden, um auf die nach wie vor zu geringen Spenderzahlen und die hieraus resultierende Problematik des Organmangels weiter aufmerksam zu machen und ins Blickfeld der Öffentlichkeit zu rücken. Obwohl beim DCK 2021 in Mainz der Organspendelauf nur virtuell stattfinden konnte, erfreute er sich mit mehr als 4000 Teilnehmern einer Rekordbeteiligung. Unser Ziel für 2022 ist es, neben einem Präsenzlaf vor Ort in Leipzig auch wieder eine virtuelle Teilnahme

anzubieten, um Sportlern aus dem gesamten Bundesgebiet und über die Grenzen Deutschlands hinaus eine Teilnahme zu ermöglichen.

Nach den Covid-19 bedingten Einschränkungen sehnen wir uns nicht nur nach einer Normalisierung des öffentlichen Lebens, sondern auch nach einer Rückkehr des beruflichen Alltags mit fachlich-wissenschaftlichem Austausch und Interaktion in einer persönlichen Atmosphäre.

Ich würde mich sehr freuen, Sie möglichst zahlreich in **Leipzig und online** zum DCK 2022 begrüßen zu dürfen.

Ihr

Prof. Dr. med. Hauke Lang
Präsident DGCH 2021/2022



DCK 2022

Gemeinsam lernen und heilen

139. Deutscher Chirurgen Kongress
05.–08. April 2022 | Congress Center Leipzig

**IDENTITÄT BEWAHREN – WISSEN
MEHREN – WANDEL GESTALTEN**



CHIRURGENKONGRESS 2021

PROTOKOLL DER DGCH-MITGLIEDERVERSAMMLUNG

Protokoll DER DGCH- MITGLIEDER- VERSAMMLUNG 2021

ZOOM-Online-Meeting
12.04.2021, 16.15–17.45 Uhr

TOP 1: ERÖFFNUNG DURCH DEN PRÄSIDENTEN

Der *Präsident* eröffnet die Versammlung und weist auf Folgendes hin: Es wurde satzungsgemäß rechtzeitig unter Angabe der Tagesordnung durch dreimalige Veröffentlichung in der Mitgliederzeitschrift PASSION CHIRURGIE eingeladen. Änderungsanträge sind nicht eingegangen. Lt. Satzung besteht bei jeder ordnungsgemäß einberufenen Mitgliederversammlung ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienen Mitglieder Beschlussfähigkeit.

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. med. Hartwig Bauer vorgeschlagen:

Die Benennung des Wahlleiters (Prof. Dr. med. Hartwig Bauer) wurde durch die Mitglieder einstimmig bestätigt.

Der *Präsident* 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. Vizepräsidentin 2021/22, dann Präsidentin 2023/24:
Frau Prof. Dr. med. Christiane Bruns, Köln
2. Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer chirurgischen Universitätsklinik:
Frau Dr. med. Daphne Gray, Frankfurt/Main

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 Frau **Prof. Dr. med. Christiane Bruns**, 3. Vizepräsidentin 2021/22 und dann Präsidentin 2023/24, entfielen von 49 abgegebenen gültigen Stimmen 44 Ja- Stimmen (90,0 %) bei 2 Nein- Stimmen (4 %) und 3 Enthaltungen (6 %)
2. **Wahl durch die Mitgliederversammlung:**
Auf Frau **Dr. med. Daphne Gray**, Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik

entfielen von 49 abgegebenen gültigen Stimmen 40 Ja- Stimmen (82,0 %) bei 2 Nein- Stimmen (4 %) und 7 Enthaltungen (14 %)

Der *Präsident* fragt die anwesenden Kolleginnen, Frau Prof. Dr. Bruns und Frau Dr. Daphne Gray, ob Sie die Wahl annehmen. Dies ist der Fall und sie bedanken sich für das Vertrauen. Der *Präsident* stellt damit den erfolgreichen Abschluss des Wahlvorgangs fest und dankt allen anwesenden Mitgliedern für die Teilnahme an diesem Wahlvorgang.

TOP 3: BERICHT DES PRÄSIDENTEN

Mittels einer Präsentation geht der *Präsident* auf wichtige Punkte seiner Präsidentschaft ein. Der zentrale Bestandteil seines Berichtes liegt auf der Umsetzung DCK2021 als geplanten Hybridkongress.

Des Weiteren informiert der *Präsident* die Mitglieder darüber, dass im letzten Jahr die zukünftige Zusammenarbeit mit der MCN AG als Kongressorganisator aufgehoben worden sei und als alternative Kongressorganisation wikonect GmbH gewonnen werden konnte.

Abschließend berichtet der *Präsident*, dass ein Letter-of-Intent mit der Bundeswehr bezüglich zukünftiger Kooperationen unterzeichnet wurde und man sich auf eine gemeinsame Zusammenarbeit freue.

CHIRURGENKONGRESS 2021

PROTOKOLL DER DGCH-MITGLIEDERVERSAMMLUNG

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 nach der Präsentation.

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 2020 ab und stellt den Haushaltsplan für das Kalenderjahr

2021 vor, welcher durch die Mitglieder zur Kenntnis genommen wird.

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

Die Herren *Jauch*, *Bechstein* und *Neugebauer* stellen als Mitglieder der DGCH den Antrag auf Entlastung des Vorstands für das Geschäftsjahr 2020. Der *Präsident* bittet um entsprechende Abstimmung. Das geschieht bei Enthaltung des geschäftsführenden Vorstands. Der Antrag wurde ohne Gegenstimmen von den anwesenden Mitgliedern angenommen. Damit ist der Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2020 genehmigt und der Vorstand für das Geschäftsjahr 2020 entlastet.

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

TOP 6: VERSCHIEDENES

Der *Präsident* bedankt sich bei Herrn Schmitz-Rixen für seinen außerordentlich hohen Arbeitseinsatz im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, besonders auch bei der Planung des DCK 2021.

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 17.20 Uhr.

gez.

Prof. Dr. Dr.	Prof. Dr. Dr. h.c.	Prof. Dr.
M. Ehrenfeld	H.-J. Meyer	J. Werner
Präsident	Generalsekretär	Schatzmeister

DGCH. Protokoll der DGCH-Mitgliederversammlung 2021. *Passion Chirurgie*.
2021 Juni, 11(06): Artikel 06_09

AUSSCHREIBUNG PREISE UND STIPENDIEN 2022

Ausschreibung Preise und Stipendien 2022

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie vergibt im Jahr 2022 die nachfolgend aufgeführten Preise und Stipendien.

Ihre Bewerbungen wird erbeten bis spätestens zum 30.09.2021 an die

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

PREISE

B.-VON-LANGENBECK-PREIS

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

Dotierung: € 10.500

RUDOLF-ZENKER-PREIS, GESTIFTET VON BRAUN MELSUNGEN AG

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

Dotierung: € 6.000

W.-MÜLLER-OSTEN-PREIS

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

ärztlichen, insbesondere des chirurgischen Berufes befassen.

Dotierung: € 5.000

F.-STEICHEN-PREIS, GESTIFTET VON MEDTRONIC GMBH

Vergabe für besondere Leistungen auf dem Gebiet der viszeralchirurgischen Operationstechniken.

Dotierung: € 5.000

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

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

Dotierung: € 4.000

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

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

Dotierung: € 3.000

FILMPREIS

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

Dotierung: € 1.500

POSTERPREIS

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

Dotierung: € 1.500

NACHWUCHSFÖRDERPREIS DER SEKTION CHIRURGISCHE FORSCHUNG

Der Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische Forschung soll der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der akademischen Chirurgie dienen. Der Preis wird der besten eingereichten einschlägigen Originalarbeit aus dem Bereich der chirurgischen Forschung zuerkannt.

Dotierung: € 1.000

F.-LINDER-PREIS

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

Dotierung: € 2.500

EINSENDUNGEN FÜR DEN F.-LINDER-PREIS AN:

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

STIPENDIEN

STIPENDIUM ALS FORTBILDUNGSHILFE

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

Dotierung: € 5.000

REISESTIPENDIUM DER H.-JUNGHANNS-STIFTUNG

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

Dotierung: € 5.000

AUSSCHREIBUNG PREISE UND STIPENDIEN 2022

W.-MÜLLER-OSTEN-STIPENDIUM

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

Dotierung: € 5.000

W.-MÜLLER-OSTEN-STIPENDIUM FÜR AUSLÄNDISCHE HOSPITANTEN

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

Dotierung: € 5.000

INTERNATIONALES GASTSTIPENDIUM DER DGCH

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

Dotierung: € 5.000

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

www.dgch.de

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

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

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

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

KONTAKT

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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: BariSurg ₁ *				
Registriernummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. B.P. Müller	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m ² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m ²	FPI: 27.11.2013	–	Prof. Dr. B.P. Müller Universitätsklinikum Heidelberg Chirurgische Klinik Sektion Minimalinvasive Chirurgie T: 06221/56-8641 F: 06221/56-8645 E: beat.mueller@med.uni-heidelberg.de
	Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP	150 von 248 Patienten	Kein Fallgeld	
	Kontrollgruppe: Magenbypass-OP			
Studientitel: BIOLAP ₂ *				
Registrierungsnummer: DRKS00010178				
Prof. Dr. med. M. Heiss	Primäre bilaterale Leistenhernien			Dr. J. Knievel IFOM – Institut für Forschung in der Operativen Medizin Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin Universität Witten/Herdecke Ostmerheimer Str. 200, Haus 38 51109 Köln 0221 98957-24 0221 98957-30 Judith.Knievel@uni-wh.de
	Laparoskopische Operation bilateraler Leistenhernien unter Verwendung von synthetischen und biologischen Netzen. Die Studienteilnehmer werden keiner Gruppe zugeordnet; jeder Patient erhält auf einer Seite das biologische und auf der anderen Seite das synthetische Netz. Jeder Patient stellt somit seine eigene Kontrolle dar.	17.08.2017 520 von 525 Patienten	DFG 750 € / Patient	

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: DISPACT-2₃* Registrierungsnummer: DRKS00014011				
Prof. Dr. med. Pascal Probst, MSc	Patienten mit benignen und malignen Veränderungen des Pankreaskörpers und des -schwanzes mit Indikation zur elektiven distalen Pankreatektomie Exper. Gruppe Minimalinvasive distale Pankreatektomie Kontrollgruppe Offene distale Pankreatektomie	13.08.2020 10 von 294 Patienten	DFG 1.250 € / Patient	Prof. Dr. med. Pascal Probst, MSc Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Heidelberg Im Neuenheimer Feld 420 T: 06221/56-6980 F: 06221/56-33850 E: Pascal.probst@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: HULC₄* Registrierungsnummer: DRKS00017517				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen-Netz Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik	08.08.2019 246 von 812 Patienten	DFG 500,00 € / Patient	Dr. Solveig Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) Marsilius-Arkaden Turm-West Im Neuenheimer Feld 130.3 69120 Heidelberg 06221-56-36839 06221-56-33850 solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: IOWISI₅* Registrierungsnummer: DRKS00012251 EudraCT 2017-000152-26				
PD Dr. med. Daniel Reim	offene abdominalchirurgische Eingriffe Experimentelle Gruppe: Spülung des subkutanen Gewebes nach Faszienverschluss mit Intervention 1: 0,04%iger Polyhexanidlösung Intervention 2: 0,9%iger NaCl-Lösung Kontrollgruppe keine Wundspülung	20.09.2017 547 von 680 Patienten	DFG 400 € / Patient	PD Dr. med. D. Reim Klinik und Poliklinik für Chirurgie Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München (TUM) Ismaninger Str. 22 81675 München T: 089/4140-5019 E: daniel.reim@tum.de
Studientitel: iPEP₆* Registrierungsnummer: NCT02478996				
Prof. Dr. Ines Gockel, MBA	histologisch gesichertes Adenokarzinom des Ösophagus oder des gastroösophagealen Übergangs Typ I und II nach Siewert-Klassifikation bei männlichen Patienten im Alter von 18–75 Jahren mit geplanter abdomino-thorakaler Ösophagusresektion mit Schlauchmagenhochzug und intrathorakaler oder zervikaler Anastomose Interventionsgruppe: Web-basiertes perioperatives Trainingsprogramm 8–12 Wochen vor und bis 12 Wochen nach der OP Kontrollgruppe: Standardtherapie	07.08.2015 51 von 80 Patienten Rekrutierung beendet	Barrett-Initiative e.V. Kein Fallgeld	Prof. Dr. Ines Gockel, MBA Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Leipzig AöR 04103 Leipzig 0341/97-17200 0341/97-17209 chi2@medizin.uni-leipzig.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: PERCOG₇* Registrierungsnummer: DRKS00009451; EudraCT: 2015-005219-34				
PD Dr. med. Daniel Reim	Experimentelle Gruppe: Die Patienten der Gruppe 1 erhalten ab Beginn der neoadjuvanten Chemotherapie präoperativ täglich jeweils supportiv (d.h. zusätzlich zur normalen oralen Ernährung) 600kcal parenterale Ernährung verabreicht. Sollte der Patient seinen täglichen Kalorienbedarf nicht durch orale Nahrungsaufnahme gedeckt haben, wird dem Patienten der fehlende Kalorienbedarf zusätzlich zu diesen 600kcal parenteral zugeführt.	24.05.2019	-	PD Dr.med. Daniel Reim Ismaninger Straße 22 81675 München
	Kontrollgruppe: Alleinige neoadjuvante Chemotherapie vor chirurgischer Resektion ohne parenterale Ernährung. Sollte der Patient seinen täglichen Kalorienbedarf nicht durch orale Nahrungsaufnahme decken können nach Abschluss der ersten Hälfte der präoperativen Chemotherapie, wird dem Patienten der fehlende Kalorienbedarf zusätzlich parenteral zugeführt.	10 von 150 Patienten	400 € / Patient	089/4140-5019 089/4140-2184 daniel.reim@tum.de
Studientitel: PONIY₈* Registrierungsnummer: DRKS00006199				
Dr. med. Rebekka Schirren	Elektiver offener kolorektaler Eingriff			
	Experimentelle Gruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels postoperativem Wundinzisions-Unterdrucktherapie System (PIUT) für 5–7 Tage postoperativ. Kontrollgruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels sterilem Verbandsmaterial für 5–7 Tage postoperativ.	23.10.2017 215 von 340 Patienten	KCI USA, Inc. 50 € / Patient	Dr. med. R. Schirren Chirurgische Klinik und Poliklinik Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München T: 089/4140-5138 E: rebekka.schirren@tum.de
Studientitel: WOPP₉* Registrierungsnummer: NCT01855464				
Prof. Dr. T. Walles, FETCS Prof. Dr. J. Neudecker (Stellvertreter Studienleiter)	Patienten (15–40 Jahre) mit Rezidiv eines primären Spontanpneumothorax (PTX) oder therapierefraktärem PTX Erstereignis	FPI: 19.11.2013	DFG	Prof. Dr. T. Walles, FETCS Abteilung Thoraxchirurgie Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R T: 0391/67-21905 E: Thorsten.Walles@med.ovgu.de Studienbüro: Esther Meyer T: 0391/67-24903 E: Esther.meyer@med.ovgu.de
	Experimentelle Gruppe: Lungenkeilektomie mit parietaler Pleurektomie Kontrollgruppe: Alleinige parietale Pleurektomie	329 von 360 Patienten	525 €/Patient	Stellvertretender Studienleiter: Prof. Dr. J. Neudecker Charité – Universitätsmedizin Berlin Campus Charité Mitte Campus Virchow-Klinikum Chirurgische Klinik Chirurgisches Regionalzentrum Berlin des CHIR-Net T: 030/450-622125 E: Jens.Neudecker@charite.de

- [1] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial
- [2] Biologisches versus synthetisches Netz bei der laparoskopischen Hernienversorgung – eine randomisierte multizentrische, prospektive, selbst-kontrollierte klinische Studie
- [3] Distal Pancreatectomy – A randomised controlled trial to compare minimal-invasive distal pancreatectomy to open resection (DISPACT-2 Trial)
- [4] Hernia reduction following laparotomy using small stitch abdominal wall closure with and without mesh augmentation – HULC
- [5] Intraoperative wound irrigation to prevent surgical site infection after laparotomy
- [6] Internet-based Perioperative Exercise Program in Patients With Barrett's Carcinoma Scheduled for Esophagectomy
- [7] Parenterale Ernährung unter neoadjuvanter Chemotherapie beim lokal fortgeschrittenen Magenkarzinom/Karzinom des ösophagogastralen Übergangs zur Reduktion der postoperativen Morbidität
- [8] Postoperative negative pressure incision therapy following open colorectal surgery: a randomized-controlled trial
- [9] Pulmonary wedge resection plus parietal pleurectomy (WRPP) versus parietal pleurectomy (PP) for the treatment of recurrent primary pneumothorax

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

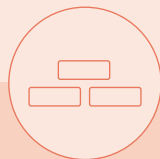
Stand: Juni 2021

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr Dr. med. Bruno Lurf, Adligenswil, Schweiz	*04.09.1944 †02.09.2020
Herr Prof. Dr. med. Martin Bartel, Jena	*15.07.1934 †10.09.2020
Herr Dr. med. Jan Svacina, Dierhagen	*06.07.1954 †06.10.2020
Herr Dr. med. Klaus Dieter Rinne, Bad Oeynhausen	*15.10.1958 †31.12.2020
Herr Prof. Dr. med. Harald Mau, Berlin	*01.03.1941 †31.12.2020
Herr Prof. Dr. med. Hermann Bünte, Münster	*08.10.1930 †02.03.2021
Herr Prof. Dr. med. Tilman Mischkowsky, Kempten	*25.11.1941 †17.04.2021
Herr Dr. med. Erhard Edler von Pollak, Roetgen	*01.08.1928 †13.05.2021
Herr Prof. Dr. med. Istvan Klempa, Bremen	*29.03.1939 †18.05.2021

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

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

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

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



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

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

Prof. Dr. med. J. Werner
Schatzmeister

Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

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

BAUSTEIN IN GOLD

Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen

Herr Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Peiper, Göttingen

in memoriam Prof. Dr. med. Herbert Peiper, Berlin und Mainz

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karl-Walter Jauch, München

in memoriam Prof. Dr. med. Georg Heberer, München

Herr Prof. Dr. med. Reiner Gradinger, München

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.

in memoriam Prof. Dr. med. Jens Witte

AO Deutschland, Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen,
Berlin

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Axel Haverich, Hannover

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Markus Büchler, Heidelberg

DGTHG – 1971 mit Dank an die Gründungsmitglieder

Herr Prof. Dr. med. Joachim Jähne, Hannover

in memoriam Manfred und Helmi Jähne, Essen

Herr Prof. Dr. med. Uwe Klinge, Aachen

Herr Prof. Dr. med. Erhard Kiffner, Karlsruhe

in memoriam Prof. Dr. med. W. Brendel, Prof. Dr. med. R. Zenker,
Dr. med. R. Kiffner

AIOD Deutschland e. V., Düsseldorf

Familie und Freunde Dr. Schreiter, Hamburg

in memoriam Dr. med. Friedemann Schreiter

Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau, Bochum

Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und
Ästhetischen Chirurgen e.V.

Herr Dr. med. Ernst Derra und Frau Dr. med. Hildegard

Derra-Henneke, Düsseldorf und München

in memoriam Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Ernst Derra, Düsseldorf

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Roland Hetzer, Berlin

Herr Prof. Dr. med. Roderich Schwarz, Bristol, Indiana, USA

in memoriam Prof. Dr. med. Wilhelm Müller, Rostock und

Prof. Dr. med. Egbert Schwarz, Erfurt

Herr Prof. Dr. med. Jürgen Ennker und

Frau PD Dr. med. Ina Carolin Ennker, Berlin

Herr Prof. Dr. med. Henning Putzki, Hannover

in memoriam

Prof. Dr. Peter-Christian Alnor, Braunschweig

Prof. Dr. Horst Heymann, Hannover

Vereinigung Niederrheinisch- Westfälischer Chirurgen

Herr Dr. med. Wolfgang Schneider

In Erinnerung an

Univ.-Prof. Dr. med. Hermann Bunte

gestiftet von 52 Schülern und Weggefährten aus der Zeit von 1973

bis 1996 an der Chirurgischen Universitätsklinik Münster

in dankbarer Wertschätzung und Bewunderung für ihren Ideen-
geber und Mentor

BAUSTEIN IN SILBER

Herr Prof. Dr. med. Leonhard Schweiberer, München
 Herr Prof. Dr. med. Klaus Junghanns, Ludwigsburg
 Herr Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, Neuötting
 Herr Prof. Dr. med. Hendrik Dienemann, Thoraxklinik Heidelberg
 Herr Prof. Dr. med. habil. Dr.-Ing. Dr. med. h.c. Michael Ungethüm,
 Tuttlingen
 Herr Prof. Dr. med. Hartmut Siebert, Schwäbisch-Hall
 Herr Prof. Dr. med. Karl Herbert Welsch, München
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Wysocki, Heidelberg
 Herr Dr. med. Jürgen Meier zu Eissen, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Post, Mannheim
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Mutschler, München
 Frau Prof. Dr. med. Ursula Schmidt-Tintemann, Vaterstetten
 Herr Prof. Dr. med. Matthias Rothmund, Marburg
 Herr Prof. Dr. med. Christian H. Siebert, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Volker Bühren, Murnau
 Herr Dr. med. Abdullah Mury, Heide
 Herr Dr. med. Andreas Ungeheuer, München
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Schellerer, Bamberg
 Herr Prof. Dr. med. Tilman Mischkowsky, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Hans-Joachim Wiendl, Bamberg
 Herr Prof. Dr. med. Klaus Roosen, Würzburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Gert Carstensen, Mülheim
 Herr Prof. Dr. med. Peter M. Vogt, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Fritz L. Rüeff, München
 Herr Prof. Dr. med. Karl-Joseph Paquet, Bad Kissingen
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Volker Schumpelick, Aachen
 Herr Prof. Dr. med. Yoshiki Hiki, Tokio/Japan
 Herr Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith, Konstanz
 Herr Dr. med. Goswin von Mallinckrodt, München
 Herr Prof. Dr. med. Lothar Kinzl, Ulm
 Frau Ingrid und Herr Dr. med. Robert Raus, Riedlingen
 Frau Dr. med. Ursula Engel, Hamburg
 Enddarm-Zentrum Bietigheim,
 Herr Dr. med. Wolfgang Pfeiffer,
 Herr Dr. med. Markus Piro-Noack,
 Herr Dr. med. Edgar Kraft
 Herr Prof. Dr. med. Thomas Rüedi, Maienfeld/Schweiz
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Chur/Schweiz
 Herr Prof. Dr. med. Gert Specht, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Henning Weidemann, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Otto Scheibe, Stuttgart
 in memoriam Prof. Dr. med. Helmut Remé, Lübeck
 Herr Prof. Dr. med. Stephan Langer, Mönchengladbach
 Herr Dr. med. José Luis Narro, Köln
 Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Ulf Wayand, Linz
 Herr Prof. Dr. med. Werner Grill, Starnberg
 Herr Prof. Dr. med. Fritz Kümmerle, Mainz
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Friedrich Stelzner, Bonn
 Herr Prof. Dr. med. Günther Vetter, Bad Vilbel
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Bernhard Sprung, Dresden

Frau Dr. med. Eva Böhlau, Bad Soden
 1991–2011 DGT in memoriam
 Prof. Dr. med. Ingolf Vogt-Moykopf zum 80. Geburtstag
 Herr Prof. Dr. med. Gerhard Krönung, Wiesbaden
 in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke,
 Regensburg
 Herr Prof. Dr. med. Alois Fürst
 Herr Dr. med. Arthur Heiligensetzer
 Herr Dr. med. Peter Sauer
 Herr Dr. med. Bernfried Pikal
 Herr Dr. med. Johannes Winfried Pruy
 in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke,
 Regensburg
 Herr Prof. Dr. med. Christian Müller, Hamburg
 Herr Dr. med. Friedrich Klee, Heidelberg
 Herr Prof. Dr. med. Karl Dinstl, Wien
 in memoriam Prof. Dr. med. K. Keminger
 Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim
 Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen
 Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
 Herr Dr. med. Helge Hölzer, Stuttgart
 in memoriam Prof. Dr. med. Gerhard Köveker, Sindelfingen und
 Böblingen
 Herr Dr. med. Friedemann Schreiter, Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Konrad 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 PD Dr. med. Stefan Welter, Hemer
 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
 Herr Dr. med. Jürgen Hofmann, Innsbruck
 in memoriam Dr. med. Werner Pfafferott und
 Dr. med. Hermann Wiesinger
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Otto Bechstein, Frankfurt/Main
 Herr Dr. med. Nikolaos Mastragelopoulos, Heinsberg
 „Primum non nocere.“
 Herr Prof. Dr. med. Ralf-Bodo Tröbs, Mülheim a. d. Ruhr

BAUSTEIN IN BRONZE

Herr Dr. med. Holger Barenthin, Celle
 Herr Prof. Dr. med. Gernot Feifel, Homburg
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Lamesch, Gottingen/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, Göttingen
 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, Göttingen
 Herr Dr. Joachim Casper, Überlingen
 Herr Dr. med. Thomas Friess
 in memoriam Prof. Dr. med. Klaus Reichel
 Herr Dr. med. Arne Bautz, Kiel
 Herr Dr. med. Jochen Peter, Mainz
 Herr Dr. med. Martin Pöllath, Sulzbach-Rosenberg

DGCH-PRÄSIDIUM

ab 1. Juli 2021



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	H. Lang, Mainz
1. Vizepräsident	M. Ehrenfeld, München
2. Vizepräsident	A. Seekamp, Kiel
3. Vizepräsidentin	C. Bruns, Köln
Schatzmeister	J. Werner, München
Generalsekretär	H.-J. Meyer, Berlin

FRÜHERE PRÄSIDENTEN

J. Fuchs, Tübingen	2018
M. Anthuber, Augsburg	2019
T. Schmitz-Rixen, Frankfurt/M.	2020

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	N. C. Nüssler, München
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie/Vertreter Allgemeine Chirurgie	K. Ridwelski, Magdeburg
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin	M. Steinbauer, Regensburg
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	A. Böning, Gießen
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	J. KRÖPLIN, Schwerin
	B. Blank, Kulmbach

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
T. Pohlemann, Homburg

WEITERE MITGLIEDER

Leitender Universitätschirurg	S. Fichtner-Feigl, Freiburg
Leitender Krankenhauschirurg	C. Krones, Aachen
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik	D. Gray, Frankfurt/Main
Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung	M. Mülle, 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

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

ZULETZT ERSCHIENEN ALS eMAGAZIN

Alles lesen
in der BDC|Mobile
App oder unter
www.bdc.de

eMagazin
04/2021



INHALTSVERZEICHNIS DER eMAGAZIN AUSGABE APRIL 2021

EDITORIAL

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

SCHAUFENSTER

CHIRURGIE

IM FOKUS:

Diagnostik und Therapie von Gefäßanomalien im Kopf- und Halsbereich

Patientenspezifische Implantate in der Gesichtsschädeltraumatologie – welche Indikationen sind sinnvoll?

„The big Four“

BCC, PEC, MM & MCC:

Stadiengerechte Therapie von Hautmalignomen der Kopf-Hals-Region

CHIRURGIE+

Akademie Aktuell: Programme für den chirurgischen Nachwuchs – 9. Chirurgische Woche

Vorankündigung Webinare

Hygiene-Tipp: Neue Desinfektionsverfahren

Personalia

Entschädigungsansprüche aufgrund einer Maßnahme nach dem Infektionsschutzgesetz anlässlich der Covid-19-Pandemie

F+A: Sachverständigengutachten ablehnen wegen Arbeitsüberlastung

F+A: Werbung mit Vorher-Nachher-Bildern und intraoperativen Videos

GESUNDHEITSPOLITIK

BDC-Praxistest: Personaluntergrenzen für Ärzte aus juristischer Sicht

Pro und Kontra Personaluntergrenzen

INTERN DGCH

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

Spendenaufwurf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

DGCH-Präsidium ab 1. Januar 2021

Meine Daten haben sich geändert

INTERN BDC

BDC|News

BDC|Landesverbände

Termine BDC|Akademie

Veranstaltungshinweise

Lifestyle-Angebote im April 2021

PANORAMA

Plastische Chirurgie in Madagaskar – Erste Erfahrungen in einem Entwicklungsland

eMagazin
05/2021



INHALTSVERZEICHNIS DER eMAGAZIN AUSGABE MAI 2021

EDITORIAL

Digitalisierung in der Chirurgie

SCHAUFENSTER

CHIRURGIE

IM FOKUS

Digitalisierung in der chirurgischen Praxis: Der Frust geht um

Die Zukunft des Digitalen im chirurgischen Training – Good Practise Sharing

Die Digitalisierung im Bereich der Chirurgie hat große Chancen

IT-Sicherheits-Richtlinie der KBV

CHIRURGIE+

Wieviel Digitalisierung verträgt das Medizinstudium?

Vorankündigung Webinare

„Fragt mich alles!“ – BDC-Nachwuchsbeauftragter Benedikt Braun stellt sich den Fragen einer internationalen Community

Hygiene-Tipp: Masken in der Medizin – eine kleine Geschichte

Personalia

F+A: Fortbildungsverpflichtung von Klinikärzten

F+A: Datenschutz mit dem Krankenhausinformationssystem (KIS)

GESUNDHEITSPOLITIK

BDC-Praxistest: Video-Sprechstunden in der Chirurgie

INTERN DGCH

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

Spendenaufwurf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

DGCH-Präsidium ab 1. März 2021

Meine Daten haben sich geändert

INTERN BDC

BDC|News

BDC|Landesverbände

BDC|Pressespiegel

Termine BDC|Akademie

Lifestyle-Angebote im Mai 2021

PANORAMA

DAS PORTAL KVAPPARADAR.DE Informationen und Austausch zu Gesundheits-Apps



M3-Abschlusstraining STAATS- EXAMEN UND KARRIERE

Berlin, 01.–02.10.2021

Intensiv-Vorbereitung auf die 3. Ärztliche Prüfung
in Chirurgie und Innerer Medizin

→ www.staatsexamen-und-karriere.de

Bester
Support
für Ihre
PJ'ler:innen

- Fallbasierte Sessions
- Simulierte Prüfungssituationen
- Klinisches Argumentationstraining ›Clinical Reasoning‹
- u.v.m.

AUS DEM
BDC

MITGLIEDEREHRUNG 2021



SILBERNADELEHRUNG FÜR 442 BDC-MITGLIEDER

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen hat im Mai dieses Jahres 442 Mitgliedern die Silbernadel für eine 25-jährige Mitgliedschaft verliehen.

Wir gratulieren ganz herzlich und sagen „Danke!“ für das langjährig entgegengebrachte Vertrauen. Wir freuen uns auf viele weitere Jahre erfolgreicher Zusammenarbeit, denn ein Verband entwickelt sich auch mithilfe der Aktivität seiner Mitglieder weiter. Der BDC vergibt die Silbernadel für besonders treue Mitglieder seit dem Jahr 1985.

PRÜFUNGSSIMULATION FÜR DEN NACHWUCHS



Die BDC-Nachwuchsinitiative „Nur Mut!“ hat erstmals unter der Leitung von Prof. Dr. med. Andreas Kirschniak eine digitale Prüfungssimulation zur Vorbereitung Medizinstudierender auf die mündliche Abschlussprüfung durchgeführt. Mit durchweg positiver Resonanz. Die Teilnehmenden bewerteten insbesondere die Praxisrelevanz des Webinars bezüglich der Vorbereitung auf die mündliche praktische Prüfung (M3) sowie das Lernkonzept als sehr gut.

Das Webinar hatte zum Ziel, die Teilnehmenden auf den mündlich-praktischen Prüfungsteil des 3. Staatsexamens vorzubereiten. Teil des besonderen Seminarformats war es, anhand von Videobeispielen Einblicke in eine Prüfungssituation zu geben und diese in einer Gruppe simulieren. Die zukünftigen Absolvent:innen

erhielten Tipps und Tricks für den praktischen Prüfungsablauf und konnten durch das Training ihr medizinisches Wissen überprüfen.

Dozent Prof. Kirschniak ist, neben seiner Tätigkeit als Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie der Kliniken Maria Hilf GmbH in Mönchengladbach, im BDC für den Fachbereich „Nachwuchs“ verantwortlich und verfügt über mehr als 10 Jahre Erfahrung als Staatsexamensprüfer. Die Teilnahme war kostenfrei. Ein zweites Webinar ist für September 2021 geplant. Nähere Informationen dazu finden Sie dann unter www.bdc-eakademie.de.

Nachruf zum Tod von Prof. Dr. med. Tilman Mischkowsky



in memoriam
Prof. Dr. med.
Tilman Mischkowsky
 (*25.11.1941 † 17.04.2021)

Am 17. April 2021 verstarb nach kurzer schwerer Krankheit im 80. Lebensjahr Prof. Dr. med. Tilman Mischkowsky. Der gebürtige Hamburger war Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie in Kempten bis 2004.

Der BDC verliert mit Professor Mischkowsky einen über Jahrzehnte engagierten Mitstreiter in unseren Gremien. Er war seit 1997 Mitglied unseres Verbandes und hat sich dort schon zu Beginn besonders für die Belange der Unfallchirurgie stark gemacht. Es ist ihm zu verdanken, dass es gelungen ist, diese große Gruppe eines chirurgischen Schwerpunktes innerhalb des BDC zu binden. Über ein eigenes Referat, dessen Leiter er lange Jahre war, konnte der Fachgruppe Unfallchirurgie eine berufspolitische Heimat geschaffen werden, sodass Bestrebungen zur Gründung eines eigenen Berufsverbands verhindert werden konnten. Aus der Vertretung für die Unfallchirurgie war es folgerichtig, dass er die Interessen auch in der Gemeinsamen Weiterbildungskommission des BDC und der DGCH vertreten hat. Aufgrund seiner berufspolitischen Verdienste, vor allem aber auch wegen seiner klaren, strukturierten Argumentation wurde er 2004 zum Vizepräsidenten des BDC gewählt; ein Amt, dass er bis zu seinem altersbedingten Rückzug aus der Gremienarbeit bis 2012 bekleidet hat.

Im BDC haben wir Tilman Mischkowsky sowohl wegen seines enormen Engagements als auch für seine ehrliche Art schätzen gelernt. Er hat immer gerne auf seine Herkunft als Hanseat verwiesen, die ihm jede Art

von Ränkespielen versagt hat. Wir konnten uns immer darauf verlassen, dass jedes Wort von ihm Gültigkeit hatte und er auch immer seine Meinung unverfälscht vertreten hat.

Menschlich noch bedeutender als die berufspolitischen Verdienste wird uns sein selbstloser humanitärer Einsatz in Erinnerung bleiben. Nach seiner Pensionierung stand er jederzeit für medizinische Notfalleinsätze zur Verfügung, nicht nur im afghanischen Krisengebiet, sondern auch im Rahmen der Seenotrettung Geflüchteter im Mittelmeer. Als passionierter Segler hat er sogar ein eigenes Schiff eingesetzt und persönlich an Bord vielen Tausend Menschen das Leben gerettet.

Tilman Mischkowsky war ein Arzt aus Leidenschaft und Überzeugung, der stets den geraden Weg gegangen ist, auch wenn Hindernisse im Weg standen. Wir verlieren einen engagierten Kämpfer für die Chirurgie, aber auch für seinen Blick auf die Menschen, die sich auf ihn und seine humanitäre Grundeinstellung immer verlassen konnten.

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

Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg
 BDC-Vizepräsident

Dr. med. Peter Kalbe
 BDC-Vizepräsident

Dr. med. Friederike Burgdorf
 BDC-Geschäftsführerin

Termine BDC | Akademie

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
09.09.2021	11.09.2021	Bochum	2021-21665	Common Trunk	Dr. med. Jörg Sauer; Prof. Dr. med. Daniel Vallböhmer	100,00 €	200,00 €
10.09.2021		Berlin	2021-21525	Workshop: Simulationstraining Notfallmanagement	Dr. med. Jan Baus	450,00 €	600,00 €
23.09.2021	25.09.2021	Berlin	2021-21504	Praktisches Seminar – Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00 €	600,00 €
29.09.2021	01.10.2021	Kaiserslautern	2021-21667	Common Trunk	PD Dr. med. habil. Christian Mönch; Dr. med. Martin Veit	350,00 €	550,00 €
19.11.2021	20.11.2021	Leipzig	2021-21521	Notfallmanagement im Bereit- schaftsdienst	Prof. Dr. med. Ehrhardt Weiß	100,00 €	200,00 €
22.11.2021	26.11.2021	Berlin	2021-21664	Common Trunk	Prof. Dr. med. Stephan Gretschel; Dr. med. Christian Müller	400,00 €	600,00 €
03.12.2021	04.12.2021	Regensburg	2021-21515	5. Kurs Fundamental Critical Care Support	Dr. med. Kornelius Fuchs; PD Dr. med. Michael T. Pawlik	400,00 €	600,00 €
16.12.2021	18.12.2021	Hamburg	2021-21666	Common Trunk	Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith; PD Dr. med. Dr. Uwe Roblick	350,00 €	550,00 €

FACHARZTVORBEREITUNG							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
06.09.2021	10.09.2021	Leipzig	2021-22550	Facharztseminar Allgemeinchirurgie	Dr. med. Ludwig Schütz	350,00 €	550,00 €
21.09.2021	24.09.2021	Berlin	2021-23823	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Michael Kähler	350,00 €	550,00 €
08.11.2021	11.11.2021	Hamburg	2021-2672	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Prof. h.c. Dr. h.c. Jakob Izicki; Dr. med. Matthias Reeh	350,00 €	550,00 €
08.11.2021	12.11.2021	Erfurt	2021-23822	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Mückley	350,00 €	550,00 €
15.11.2021	19.11.2021	Dortmund	2021-22530	Facharztseminar Allgemeinchirurgie	PD Dr. med. Maximilian Schmeding; Dr. Jens-Peter Stahl	350,00 €	550,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
27.08.2021	28.08.2021	Hamburg	2021-23862	Fußchirurgie II	Dr. med. Ralph Springfield	500,00 €	650,00 €
02.09.2021	03.09.2021	Strasbourg	2021-24632	Robotik-/Laparoskopie Workshop im IRCAD	PD Dr. med. Hans Fuchs; Dr. Dr. med. Barbara Seeliger	950,00 €	1.200,00 €
10.09.2021		Hamburg	2021-23780	Facharzt-Seminar Hand zur Prüfungsvorbereitung Orthopädie und Unfallchirurgie	Dr. med. Paul Preisser; Dr. med. Jan Cruse; Dr. med. Johanna Russe	130,00 €	160,00 €
25.09.2021		Köln/online	2021-25820	Begutachtung von Berufskrankheiten	Dr. med. Werner Boxberg	300,00 €	500,00 €
01.10.2021		Berlin	2021-23687	Management von Anastomosensuffizienzen am oberen Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. med. Clemens Schafmayer	250,00 €	300,00 €
07.10.2021	08.10.2021	Bremen	2021-23613	Osteosyntheseverfahren an der unteren Extremität	Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn	400,00 €	600,00 €
07.10.2021	08.10.2021	Tuttlingen	2021-23683	Spezielle Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	300,00 €	500,00 €
29.10.2021	30.10.2021	Berlin	2021-23865	Fußchirurgie III	Dr. med. Dan-Henrik Boack	500,00 €	650,00 €
07.10.2021	08.10.2021	Tuttlingen	2021-23683	Spezielle Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	300,00 €	500,00 €
11.11.2021	12.11.2021	Köln	2021-23684	Viszeralchirurgie Kompakt: Pankreaschirurgie	Prof. Dr. med. Christiane Bruns; Prof. Dr. med. Dirk Stippel; PD Dr. med. Felix Popp	300,00 €	500,00 €
11.11.2021	12.11.2021	München	2021-23676	Viszeralchirurgie Kompakt: Rektum- und Analfistelchirurgie	Dr. med. Reinhard Ruppert	300,00 €	500,00 €
12.11.2021		Frankfurt am Main	2021-23674	Viszeralchirurgie Kompakt: Adipositas- und Metabolische Chirurgie	Dr. med. Sylvia Weiner	250,00 €	300,00 €
22.11.2021	23.11.2021	Köln	2021-23635	11. Thoraxchirurgischer Kurs Teil 1 Grundkurs	Prof. Dr. med. Erich Stoelben	400,00 €	500,00 €
23.11.2021	24.11.2021	Berlin	2021-23616	Deformitäten Defekte Traumatologie – Grundlagen der Korrektur mittels Ringfixateur und Hexapoden	Prof. Dr. med. Robert Rödl; Dr. med. Micha Langendörfer	400,00 €	600,00 €
24.11.2021	25.11.2021	Köln	2021-23864	Fußchirurgie IV	Prof. Dr. med. Jonas Andermahr	500,00 €	650,00 €
25.11.2021	26.11.2021	Berlin	2021-22409	Masterclass Hernienchirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00 €	600,00 €
26.11.2021	27.11.2021	Dresden	2021-23631	Kindertraumatologie für D-Ärzte	Prof. Dr. med. Guido Fitze	300,00 €	500,00 €
29.11.2021	30.11.2021	Nordstedt	2021-23617	Orthotrauma: Versorgungskonzepte und Zugangswege untere Extremität	Prof. Dr. med. Burkhard Wippermann; Dr. med. Michael Stalp	800,00 €	1.000,00 €

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
08.10.2021	09.10.2021	Berlin	2021-24620	Update Perioperative Medizin	Dr. med. Ralf Roland Lorenz; Prof. Dr. med. Alexander Schachtrupp; Prof. Dr. med. Johann Pratschke	350,00 €	450,00 €
15.10.2021	16.10.2021	Berlin	2021-24708	Abschlusscolloquium Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
29.10.2021	30.10.2021	Berlin	2021-27832	Praxis-Optimierung	Dr. med. Peter Kalbe	350,00 €	500,00 €
30.10.2021		Berlin	2021-27708	Abrechnungsseminar EBM	Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg	140,00 €	240,00 €
05.11.2021	06.11.2021	Berlin	2021-24600	Der Chirurg als leitender Arzt	Prof. Dr. med. Heinz-Jochen Gassel	400,00 €	600,00 €
16.11.2021		online	2021-24716	Der ökonomische Notfallkoffer für Chirurgen	Prof. Dr. med. Thomas Auhuber	200,00 €	400,00 €
26.11.2021	27.11.2021	Berlin	2021-26536	Refresherkurs: Chirurginnen auf dem Weg nach oben	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.deoder über BDC|Online unter www.bdc.de, Rubrik BDC|Akademie | Alle Veranstaltungen

**Kurzfristige Änderungen sind der
BDC|Akademie vorbehalten.
Den aktuellsten Stand der BDC-
Veranstaltungen finden Sie auf
www.bdc.de|BDC-Akademie**

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 Juni 2021

%

35 %



BLACK & DECKER: 35 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

15 %



INTERSTUHL: 15 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

15 %



FLEUROP: 15 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

15 %



RITUALS: 15 %
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.

BDC | Landesverbände

BDC | Westfalen-Lippe

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Waldemar Uhl, MHSA

Stellv. Vorsitzender und Regionalvertreter NL
Jerzy Wielowiejski

BDC | Bremen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Heiner Wenk

Regionalvertreter NL
Dr. med. Björn Ackermann

BDC | Hamburg

Vorsitzender
Dr. med. Christopher Wenck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Mansfeld

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Kemnitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gerd Fass

BDC | Schleswig-Holstein

Vorsitzender
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Michael Müller

Regionalvertreter NL
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Bertram Wittrin



DER BDC IN DEN BUNDESLÄNDERN

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

Sprecher der Landesvertreter

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

www.bdc.de/bdc-landesverbände

BDC | Nordrhein

Vorsitzender
Dr. med. Jüßen Klein

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Werner Boxberg

stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Sven Gregor

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Jürgen Klein

BDC | Hessen

Vorsitzender
Frank Forst

1. Stellvert. Vorsitzender
Dr. med. Christoph Schüürmann

2. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Alexander Buia

Regionalvertreter NL
Dr. med. Detlev Grapentin

BDC | Rheinland Pfalz

Vorsitzender/Regionalvertreter Pfalz
Dr. med. Jörg Fischböck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Stefan Studier-Fischer

Regionalvertreter Rheinland
Dr. med. Andreas Herzog

Regionalvertreter Rheinland
Dr. med. Lutz Riedel

BDC | Saarland

Vorsitzender
Dr. med. Peter Bongers

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Daniel Bastian

BDC | Baden-Württemberg

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Schäffer

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph W. Jaschke

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Szabo

Regionalvertreter NL
Christoph W. Jaschke



Weitere Informationen finden Sie auf BDC|Online
im Bereich DER BDC

BDC | Mecklenburg

Vorsitzender
PD Dr. med. Lutz Wilhelm

Regionalvertreter NL
Dr. med. Andreas Oling

Regionalvertreter NL
Dr. med. Thomas Nowotny

BDC | Berlin

1. Vorsitzender
Dr. med. Ralph Lorenz

2. Vorsitzende
Ira Klink

3. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Stoffels

Regionalvertreter NL
Dr. med. Frank-Joachim Peter

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. Max Freiherr von Seebach

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gunnar Peters

BDC | Brandenburg

Vorsitzender
Prof. Dr. med. habil. F. Marusch

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Martin Kruschewski

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christian Federlein

BDC | Sachsen-Anhalt

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski

1. Vorsitzender
Prof. Dr. med. habil. Jörg Fahlke

2. Vorsitzender
Dr. med. Matthias Krüger

Regionalvertreter NL
Dr. med. Dirk Arbter

BDC | Sachsen

Vorsitzender
Dr. med. Ehrhardt Weiß

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Jörg Hammer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Hammer

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Ingo Menzel

BDC | Thüringen

Vorsitzender
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Lutz Künanz

Regionalvertreter NL
Dr. med. Arndt Voigtsberger

BDC | Niedersachsen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Guido Schumacher

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Frank Siebert

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Ulf Culemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Frank Siebert

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Ramin Barmaki Pour

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Raymond Young

BDC | Bayern

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Matthias Anthuber

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Hubert Mayer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Axel Neumann

Stellv. Regionalvertreter NL
Dirk Farghal

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Rainer Woischke



BDC-Pressemitteilungen und das Medienecho
finden Sie auf BDC|Online im Bereich Presse.



Presse-Kontakt BDC:
Holger Wannenwetsch
Telefon 030/28004-201
presse@bdc.de



Am Ende braucht jeder einen **Verband.**



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

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

STECKEN SIE IHREN WEITERBILDER IN DIE TASCHE.



Das eRef Curriculum Orthopädie und Unfallchirurgie

Mit Plan zur Facharzt-Prüfung.

Gemeinsam mit Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Kliniken haben wir in der eRef Weiterbildungscurricula zur Vorbereitung auf die Facharzt-Prüfung erarbeitet.

Das Ergebnis: Facharzt-Vorbereitung so strukturiert wie nie. Aktuelle Leitlinien und die besten Übersichtsbeiträge zu allen Inhalten der Weiterbildungsordnung übersichtlich auf einen Klick. Und auf Ihrem Smartphone oder Tablet jederzeit dabei.

Das Weiterbildungscurriculum Orthopädie und Unfallchirurgie, erstellt in Kooperation mit dem Jungen Forum O und U, finden Sie in der eRef – wie auch Curricula zu vielen weiteren Fachgebieten.

Jetzt kostenlos testen!

www.thieme.de/eref-testen

eRef

Für Sie gemacht.



Thieme



PANORAMA

Gefäß- chirurgie



Dr. med. Kerstin Schick
Niedergelassene Gefäßchirurgin
Fachärztin für Gefäßchirurgie und
Phlebologie
Gefäßmedizin München Süd
St.-Bonifatius-Str. 5
81541 München
kerstin@dr-schick.com

Schick K: Nachwuchskampagne NurMut!
Höchste Präzision und feinste Nahttechniken –
Faszination Gefäßchirurgie. Passion Chirurgie.
2021 Juni; 11(06): Artikel 09_01.



Mehr Artikel zur Nachwuchsaktion finden
Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter
der Rubrik Wissen | Aus-, Weiter- und
Fortbildung.

CHIRURGINNEN

Nachwuchskampagne NurMut!

HÖCHSTE PRÄZISION UND FEINSTE
NAHTTECHNIKEN – FASZINATION
GEFÄSSCHIRURGIE



BERUF UND LEBEN ALS GEFÄSSCHIRURGIN

Die Gefäßchirurgie umfasst die operative Behandlung der Blutgefäße bei Erkrankung (Fehlbildung, Arterienverkalkung und Venenleiden) oder nach Unfall durch Anlegen von Gefäßbypassen oder Protheseneinlage.

Neben den operativen Eingriffen erlernt man als Gefäßchirurg:in auch die instrumentellen Untersuchungsmethoden zur Diagnostik und Beurteilung des Gefäßzustandes. Zum Aufgabengebiet gehören die arteriellen Verschlusskrankheiten wie auch Gefäßmissbildungen und Krampfaderleiden. Gefäßchirurg:innen müssen große Rohrprothesen für die Hauptschlagadern in Brust und Bauch, aber auch kleinste Bypässe am Fuß legen können. Höchste Präzision und feinste Nahttechniken zeichnen sie ebenso aus, wie eine exakte Indikationsstellung.

BDC: Faszination Gefäßchirurgie – was ist für Sie das Beste am Fach?

Kerstin Schick: Die Gefäßchirurgie ist ein großartiges Fach! Es umfasst

Interview mit Dr. Kerstin Schick
Niedergelassene Gefäßchirurgin, München

Das Interview können Sie auch im **You-
Tube-Kanal des BDC** anschauen:
www.bit.ly/SchickInterview

anspruchsvolle handwerkliche Tätigkeiten und ist ideal für jemanden, der chirurgische Herausforderungen sucht. Außerdem ist das Tolle an dem Fach, dass es sowohl ambulant als auch stationäre Tätigkeitsfelder gibt und man damit beruflich nicht ausschließlich an eine Klinik gebunden ist. Und es umfasst vom Patientengut die gesamte Bevölkerung, es gibt alte und junge Patienten, Männer und Frauen und alle sozialen Schichten. Es ist ein sehr vielseitiges chirurgisches Fach, das viel Raum zur individuellen Entfaltung bietet. Gerade die Niederlassung bietet nämlich enorme Vorteile, speziell auch unter dem Aspekt der Vereinbarkeit von Familie und Beruf – keine Nachtdienste, keine Feiertagsdienste, relativ freie Zeiteinteilung. Kein Chef, der zustimmen muss, ob man am Geburtstag der Tochter frei haben kann. Die Lebensqualität des beruflichen Alltags ist dadurch enorm hoch. Mir hat sich 2013 eine solche Chance geboten. Und ich musste nicht lange überlegen, die Möglichkeit zu ergreifen in eine tolle gefäßchirurgische Praxis als Partnerin einzusteigen und habe diesen Schritt bislang keine Sekunde bereut.

BDC: Aus heutiger Perspektive: Was würden Sie Ihrem jüngeren Ich im Studium mitgeben?

KS: Ich wusste schon sehr früh, dass ich Ärztin werden möchte und auch schon sehr bald in meinem Studium, dass es unbedingt die Chirurgie werden sollte. Ich habe daher meine Ausbildung sehr auf die chirurgischen Fächer ausgerichtet, was für meinen Weg insgesamt sehr gut war. Heute würde ich eventuell noch viel mehr rechts und links schauen um den eigenen Horizont in alle Himmelsrichtungen zu erweitern.

BDC: Hand aufs Herz: Wie gelingt die Balance zwischen Beruf & Familie?

KS: Die beruflichen Herausforderungen und die Herausforderungen durch eine eigene Familie parallel zu meistern ist nicht

leicht und im Alltag sehr anspruchsvoll. Wahrscheinlich kommt dabei jede Kollegin auch einmal an ihre Grenzen. Dabei sind es jedoch nicht nur die täglichen Anforderungen, die schwierig sind. Nach meiner Meinung ist es vielmehr die Unzufriedenheit der Frauen mit sich selber, da man bei diesem Weg häufig Abstriche in der Perfektion machen muss. Manches läuft nicht ganz rund, manches Mal kann der Kuchen fürs Kindergarten-sommerfest eben nicht mehr gebacken, sondern muss nach der Arbeit noch schnell gekauft werden. Vielleicht ist das Faschingskostüm der Kinder als einziges in der Schule nicht selbstgenäht. Dann muss man seinen Anspruch darauf reduzieren, dass man es möglich gemacht hat dabei zu sein. Frauen sind häufig zu hart, zu kritisch mit sich selbst und schaffen dabei so viel Unglaubliches. Die Herausforderung des Spagates von Beruf und Familie liegt in unserer eigenen Zufriedenheit, im Erlernen mit Kompromissen zu leben und sich immer wieder zu sagen: „Das, was ich tue ist richtig gut!“

BDC: Wenn Sie auf Ihre chirurgische Laufbahn schauen: wo sehen Sie sich in zehn Jahren?

KS: Um ehrlich zu sein, sehe ich mich in zehn Jahren genau da, wo ich heute auch bin: in einem gut funktionierenden Gefäßzentrum mit zufriedenen Patientin und fröhlichen Mitarbeitern und Kollegen. Das ist eine Tätigkeit, die mich sehr ausfüllt und ich mir auch noch in zehn Jahren gut vorstellen kann.

BDC: In schwierigen Zeiten – was oder wer hat Sie motiviert dranzubleiben?

KS: Meine Motivation in schwierigen Zeiten war immer mein Ehrgeiz und ein klares Ziel vor Augen, das ich erreichen wollte. Außerdem hatte ich zum Glück immer liebe Menschen an meiner Seite, die mich unterstützt haben, die bedingungslos hinter mir standen und mir das Gefühl gegeben haben, dass ich alles schaffen könnte, was ich wollte.

BDC: Gab es ein entscheidendes Erlebnis, das Sie motiviert hat?

KS: Eine erste OP, der ich nach meinem Abitur mit 19 Jahren beiwohnen durfte, hat mich so fasziniert, dass ich mir vorgenommen habe, genau das auch einmal zu tun in meinem Leben. Und zum Glück durfte ich diesen Weg gehen und darf heute jeden Tag das machen, was ich am allerliebsten tue – Gefäßchirurgin sein.

BDC: Wie wichtig war für Sie ein Netzwerk?

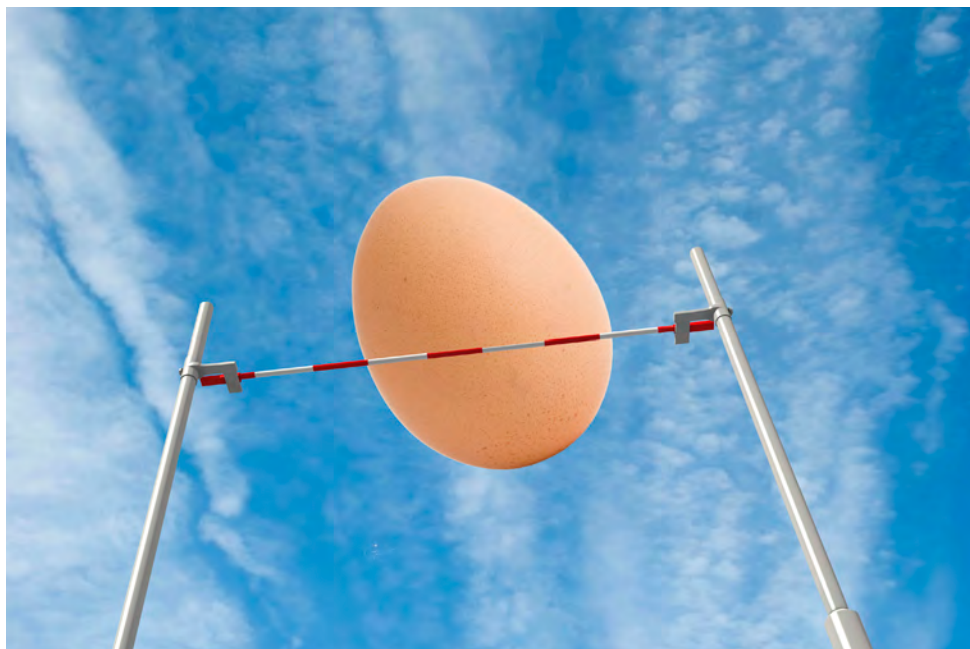
KS: Netzwerke sind ausgesprochen wichtig. Aber in meinen Augen nicht dafür, dass sich Mitglieder eines Netzwerkes bestimmte Positionen auf der Karriereleiter ermöglichen, sondern dafür, dass man in Netzwerken auf Menschen trifft, die einen begleiten, die einem vor allem einfach zuhören, gute Ratschläge geben, neue Blickwinkel vermitteln, die Ideen haben und von eigenen Fehlern berichten. Die Stärke eines Netzwerkes liegt darin, mit Menschen zusammen zu kommen, die einem Impulse für den eigenen Weg geben.

Fazit: Jede und jeder sollte dem eigenen inneren Antrieb folgen, den eigenen Wünschen und Zielen. Es ist so viel mehr möglich als man denkt! ○

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

EINSCHNITT
chirurgIn-werden.de
Wage den Schnitt!

BILDERRÄTSEL



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

Schicken Sie Ihre Antwort unter dem Stichwort „Passion Chirurgie QII/2021“ an bilderraetsel@bdc.de. Einsendeschluss ist der 05. September 2021. Die Auflösung dieses Rätsels finden Sie im Impressum der nächsten gedruckten Ausgabe im September 2021.

Unter allen richtigen Einsendungen der ersten drei Quartalsausgaben (QI, QII, QIII) verlosen wir 2021 wieder ein Android-Tablet. Die Auslosung wird Mitte November stattfinden und der Gewinner in der QIV/2021 bekannt gegeben.

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

Auflösung Bilderrätsel 03/QI/2021: Nasenpyramide

Let's operate.