

PASSION

CHIRURGIE

GESUNDHEITSPOLITIK

BDC-PRAXISTEST:
BEWERBUNGSGESPRÄCHE VON
CHEFÄRZTEN/-ÄRZTINNEN

im Fokus

ORTHOPÄDIE &
UNFALLCHIRURGIE

09 | III | 2021

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



GUT LEBEN AUF GESUNDEN BEINEN



Krampfadern modern therapiert – Fakten, auf die es ankommt.

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

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

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

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

Medtronic

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in der aktuellen Ausgabe liegt der Schwerpunkt auf den Bereichen Unfallchirurgie und Notfallmanagement. Beide Themen stehen in einem sehr engen Zusammenhang. Das Notfallmanagement beginnt bereits bei der präklinischen Rettung, wird in der Klinik in den zentralen Notaufnahmen fortgesetzt und endet erst nach Abschluss einer möglichst erfolgreichen ambulanten oder stationären Rehabilitation. Aus diesem Grunde reicht das Fortbildungsangebot für Unfallchirurgen vom Prehospital Trauma Life Support (PHTLS) bis zum Advanced Trauma Life Support-Kurs (ATLS). Durch die Einrichtung der Traumazentren, die sich in lokale, regionale und überregionale Traumazentren gliedern, ist es gelungen, die Notfallversorgung der Unfallchirurgie auf ein neues Level zu heben und die Qualität der Versorgung mit Hilfe des Traumaregisters zu überprüfen und stetig zu verbessern.

Nicht unerwähnt bleiben darf in diesem Zusammenhang, dass die Erfassung der Daten für das Traumaregister derzeit aufgrund datenrechtlicher Bestimmungen deutlich erschwert ist. Alle Beteiligten sind bemüht, die aufgetretenen Probleme zeitnah zu lösen. Analog hierzu hat die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie auch ein Handtraumaregister etabliert, welches über die Akademie der Unfallchirurgie GmbH (AUC) betreut wird. Aus meiner Sicht ist es extrem wichtig, sich auch als Unfallchirurg bereits bei der präklinischen Rettung als Notarzt zu engagieren und die neue Zusatzbezeichnung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ zu erwerben. Wir dürfen auf keinen Fall den Fehler früherer Jahre machen, diese neuen Aufgaben anderen Fachbereichen, zum Beispiel der Anästhesie, zu überlassen. Es sollten daher möglichst viele Chirurgen



Dr. med. Walter Schäfer
 Em. Direktor der Klinik für Orthopädie
 und Unfallchirurgie,
 Hand-, Fuß- und
 Wiederherstellungschirurgie Klinikum
 Oberberg
 Wilhelm - Breckow - Allee 20
 51643 Gummersbach
heike.scholz@klinikum-ooberberg.de

und Unfallchirurgen diese neue Zusatzbezeichnung erwerben und, wenn möglich, im Rahmen der Übergangsbestimmung auch die Chefärzte der Kliniken, um sich in der Leitung der zentralen Notaufnahme zu engagieren.

Neben der Vorstellung des Curriculums Osteosynthese von Professor Hahn finden Sie in diesem Heft auch einen Beitrag zur Kindertraumatologie von Dr. Janko in Zusammenarbeit mit den Professoren Marzi und Frank der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie im Universitätsklinikum Frankfurt. Ebenso wie die Alterstraumatologie ist dieser Bereich in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus der unfallchirurgischen Betrachtung und Bemühung gerückt. In der Kindertraumatologie stellt sich die Frage, ob sie auch in Kliniken durchgeführt werden kann, die keine eigenständige pädiatrische Abteilung haben.

Erfreulich ist, dass aufgrund der sinkenden Covid-19-Inzidenz auch die Fortbildungsaktivitäten in Präsenzformaten wieder gesteigert werden können. Der persönliche Austausch

kann durch digitale Fortbildungsformate nicht ersetzt werden. So finden im Herbst und Winter bereits wieder zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen teils auch in Hybridformaten statt, sowohl von der Deutschen Akademie für chirurgische Fort- und Weiterbildung des BDC als auch von der AUC. Vom 2. bis 4. September hat die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie in Münster einen Jahreskongress abgehalten im vollständigen Präsenzformat, wie es hier bereits im Oktober 2020 gelungen ist.

Vom 26. bis 29. Oktober 2021 findet der Deutsche Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) in Berlin statt. Das Thema des Kongresses lautet: Vereinte Vielfalt. Dieses Motto gilt aus meiner Sicht gleichermaßen für die gesamte deutsche Chirurgie und die Arbeit des BDC. Bei aller erforderlichen Spezialisierung ist ein intensiver Austausch und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit der operativen Fächer in gegenseitigem Respekt unverzichtbar.

Dr. Walter Schäfer



Schäfer W: Editorial. Passion Chirurgie. 2021
 September; 11(09): Artikel 01.



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

Datenfluss

statt Papierverdruss



Digitale Patientenaufklärung
in Ihre Abläufe integriert
mit **AmbuPRAX**

Zuhause vom Patienten
ausfüllen lassen

Datenübernahme von Bogen zu
Bogen, z. B. aus Anamnesen

Individuelle Bögen oder
Standards per Bibliothek

Bewährte Inhalte von perimed



Kontakt über
perimed.de



Laden im
App Store



HERAUSGEBER

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

DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Hauke Lang
Vizepräsident:innen: Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld, Prof. Dr. med. Andreas Seekamp,
Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns,
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

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

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



IVW Mitgliedschaft

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

W. Schäfer

6 SCHAUFENSTER

8 CHIRURGIE

im Fokus

8

**VERLETZUNGEN DER KREUZBÄNDER
IM KINDESALTER**

M. Janko

14 CHIRURGIE⁺

- 14 **Akademie Aktuell:** Update zum Curriculum „Osteosynthese“ M. P. Hahn
- 16 **Akademie Aktuell:** Fortbildung mit Zukunft W. Schröder
- 18 Vorankündigung Webinare
- 19 Der Bauch im Fokus - Faszination Viszeralchirurgie J. Miller
- 22 **Safety Clip:** Arzneimitteltherapiesicherheit im Kontext der Risikomanagementbemühungen A. Krause
- 27 **Hygiene-Tipp:** Vor der Anschaffung von Medizinprodukten der Kategorie „Semikritisch B“: Aufbereitung klären! W. Popp, L. Jatzwauk, R. Schmithausen, W. Kohnen
- 29 **Rezension:** Expertise Oberer Gastrointestinaltrakt U. Fetzner



- 31 Einführung von AmbuPRAX in unserer chirurgischen Praxis – ein Erfahrungsbericht *P. Kalbe, F. Barth*

- 36 Personalia

38 RECHT

- 38 F+A: Verordnung von Gesundheits-Apps für GKV-Patienten

40 GESUNDHEITSPOLITIK

- 40 BDC-Praxistest: Bewerbung für die Chefarztposition: Balance zwischen Ethik und Ökonomie in der Chirurgie

*E. Allemeyer, A. C. Siewert,
K.-H. Wehkamp, W. Vogd, C. J. Krones*

45 INTERN

45 DGCH

- 45 Kommentar des Generalsekretärs *H.-J. Meyer*
- 51 Preise und Stipendien 2022
- 53 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland *S. Tenckhoff*
- 57 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 61 DGCH-Präsidium ab 1. Juli 2021
- 63 Meine Daten haben sich geändert

64 INTERN

64 BDC

- 64 Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2021
- 65 BDC|News
- 68 BDC|Landesverbände
- 70 Termine BDC|Akademie
- 74 Lifestyle-Angebote im September 2021

76 PANORAMA

- 76 Die Chirurgeninnen – Gemeinsam einfach besser
*S. Mertmann, K. Schlosser, H. Bedürftig,
J. Gump, S. Ostendorf*
- 81 Bilderrätsel

Videosprechstunde: Jetzt auch Zweitmeinung abrechenbar

Eine ärztliche Zweitmeinung kann jetzt auch in einer Videosprechstunde eingeholt und später vom Arzt abgerechnet werden. Zusätzlich zu den jeweiligen arztgruppenspezifischen Grund- oder Konsiliarpauschalen sind dann die Gebührenordnungspositionen 01444 (10 Punkte / 1,11 Euro) und 01450 (40 Punkte / 4,45 Euro) berechnungsfähig. Bislang erfolgte die Zweitmeinung während eines persönlichen Gesprächs vor Ort.

Im März 2021 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss zudem die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren um die Amputation bei diabetischem Fußsyndrom ergänzt. Das neue Zweitmeinungsverfahren bezieht sich auf planbare Minoramputationen (bis unterhalb des Knöchels) oder Majoramputationen (bis oberhalb des Knöchels) bei Diabetikern.

Für beide Änderungen wurde die Vergütung zum 1. Juli 2021 im EBM geregelt.

Wollen Ärzte eine Zweitmeinung abrechnen, benötigen sie eine Genehmigung ihrer

Kassenärztlichen Vereinigung. Gibt eine Ärztin eine Zweitmeinung ab, rechnet sie ihre jeweilige arztgruppenspezifische Grund- oder Konsiliarpauschale ab. Sind für die Beurteilung ergänzende Untersuchungen notwendig, kann der Arzt diese ebenfalls durchführen und abrechnen, muss sie aber medizinisch begründen. Die Vergütung erfolgt für alle Leistungen extrabudgetär – befristet bis Ende 2021. Sie ist für alle Zweitmeinungsverfahren gleich.

„Erstmeiner“ müssen Patienten über die Möglichkeit einer Zweitmeinung aufklären. Dafür können nun auch Fachärzte, die ihren Patienten zu einer Amputation beim diabetischen Fußsyndrom raten, die Gebührenordnungsposition 01645 (75 Punkte / 8,34 €) für Aufklärung und Beratung abrechnen.

In den **PraxisNachrichten der KBV*** finden Sie die komplette Meldung zum Thema.



* https://www.kbv.de/html/1150_53076.php

Infektiologie: Neue Zusatzweiterbildung beschlossen

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat einstimmig die neue Zusatzweiterbildung Infektiologie beschlossen. Dafür hatte sich insbesondere Frau Prof. Dr. Julia Seifert als Co-Vorsitzende der gemeinsamen Weiterbildungskommission von BDC und DGCH eingesetzt. Sie ist als Leitende Oberärztin der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin tätig.

Die neue Zusatzweiterbildung umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung und Behandlung erregurbedingter Erkrankungen sowie die interdisziplinäre Beratung bei Fragen, die Infektionskrankheiten oder deren Ausschluss betreffen.

In der **(Muster-)Weiterbildungsordnung**** (MWBO) der Bundesärztekammer gibt es auf den Seiten 354ff. nähere Informationen zur Zusatzweiterbildung Infektiologie.

Gemäß MWBO sind die Mindestanforderungen für diese Weiterbildung:

1. die Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversor-

gung oder in Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie oder in Hygiene und Umweltmedizin und zusätzlich

2. eine Weiterbildungszeit von zwölf Monaten bei einem Weiterbildungsbefugten für Infektiologie

Zu den Weiterbildungsinhalten zählen der Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten unter anderem in der Infektionsprävention, im Infektionsschutz, in der Infektionsdiagnostik, der antiinfektiven Prophylaxe/Therapie, in infektiologischen Notfällen und bei der infektiologischen Behandlung.

Der Hartmannbund sieht in der neuen Weiterbildung „viel Licht und etwas Schatten“. So habe die Corona-Pandemie gezeigt, welche Bedeutung Infektionskrankheiten für die Medizin und die Gesellschaft insgesamt hätten. Bemängelt wird jedoch, dass auf bestimmten Gebieten dem Gleichgewicht zwischen geforderten Kenntnissen auf der einen Seite und notwendigen Erfahrungen und Fertigkeiten auf der anderen Seite nicht richtig Rechnung getragen wurde.



** https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/20210630_MWBO_2018.pdf

IM FOKUS

Orthopädie & Unfall- chirurgie





Verletzungen der Kreuzbänder im Kindesalter

Aufgrund der höheren Stabilität der Bänder im Vergleich zu den osteochondralen Strukturen sind isolierte Bandverletzungen beim Kind selten. So kommt es bei weit offenen Wachstumsfugen eher zu Fugenverletzungen bzw. knöchernen Bandausrissen als zu intraligamentäre Bandrupturen [1].

Jüngere Patienten unter 12 Jahren erleiden eher einen knöchernen Ausriss des vorderen Kreuzbandes (Eminentia-intercondylaris-Ausrisse nach Meyers und McKeever), Kinder ab 12 Jahren erleiden eher eine intraligamentäre vordere Kreuzbandruptur (VKB- Ruptur). Gleichwohl werden immer öfter auch intraligamentäre Verletzungen bei jüngeren Kindern diagnostiziert, was zu sekundären Meniskusschäden bei anhaltender Instabilität führen kann.



Korrespondierende Autorin:
Priv. Doz. Dr. med. Maren Janko
 Klinik für Unfall-, Hand- und
 Wiederherstellungschirurgie
 Klinikum der Goethe-Universität
 Frankfurt
 Theodor-Stern-Kai 7
 60590 Frankfurt am Main
 E-Mail: maren.janko@kgu.de



Prof. Dr. med. Johannes Frank



Prof. Dr. med. Ingo Marzi
 Klinik für Unfall-, Hand- und
 Wiederherstellungschirurgie,
 Klinikum der Goethe-Universität
 Frankfurt
 60590 Frankfurt am Main

Janko M, Frank J, Marzi I. Verletzungen der
 Kreuzbänder im Kindesalter. Passion Chirurgie.
 2021 September; 11(9): Artikel 03_01.



Diesen Artikel finden Sie unter BDC|Online
 unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete |
 Orthopädie/Unfallchirurgie

EMINENTIA-INTERCONDYLARIS-AUSRISSEVERLETZUNGEN

Der osteochondrale Eminentia-intercondylaris-Ausriss mit dem tibialen Ansatz des vorderen Kreuzbandes liegt intraartikulär, epiphysär und betrifft nicht die Epiphysenfuge selbst. Er zählt zu den häufigsten epiphysären Frakturen der proximalen Tibia. Diagnostiziert wird ein Eminentia-intercondylaris-Ausriss mittels Röntgendiagnostik in zwei Ebenen, wobei man das Hochstehen des osteochondralen Fragmentes beurteilen kann (**Abb. 1**). Während der undislozierte Meyers und McKeever Typ I konservativ in Streckstellung für 6 Wochen behandelt werden kann, müssen die dislozierten Ausrissverletzungen (Typ 2–4) arthroskopisch oder minimal-offen reponiert und mittels Schraube, Ausziehnäht oder Draht refixiert und mittels Orthese nachbehandelt werden [2]. Das Therapieziel besteht in einer Wiederherstellung der Bandstabilität, sowie der Vermeidung von Meniskus- oder Knorpelläsionen als Spätschäden [3]. Eine Sportfähigkeit besteht bei freier Funktion und symmetrischen Muskelverhältnissen nach etwa 12 Wochen [4]. Bis zum Wachstumsabschluss sollten Nachkontrollen der Kniebandstabilität durchgeführt werden, um eine dauerhafte Bandinstabilität oder eine sekundäre VKB-Insuffizienz im Langzeitverlauf auszuschließen.

INTRALIGAMENTÄRE VORDERE KREUZBANDRUPTUREN (VKB-RUPTUR)

Mit fortschreitendem Alter nimmt die allgemeine Hyperlaxizität der Kapsel-Band-Strukturen ab und die Stabilität der knöchernen

Strukturen (Apophysen) zu, damit steigt die Inzidenz der intraligamentären Bandrupturen. Insgesamt ist, aufgrund der zunehmenden sportlichen Aktivität, teilweise auch aufgrund ungenügenden Trainings sowie der erhöhten Risikobereitschaft gegenüber aggressiver Sportarten, immer häufiger eine intraligamentäre Bandverletzung vor allem des VKBs auch schon vereinzelt bei Kindern unter 10 Jahren zu beobachten.

Bei weit offenen Wachstumsfugen ist die klinische Diagnose von Bandläsionen erschwert, da eine individuell unterschiedliche Aufklappbarkeit besteht. Hier sollte immer der Seitenvergleich der beiden Kniegelenke genutzt werden. Ein Hämarthros weist auf einen Kniebinnenschaden hin und stellt bei jedem Kind mit einer Verletzungsanamnese eine Indikation für ein MRT dar. Bei Mädchen steht die Patellaluxation im Vordergrund, dabei ist das Hämarthros durch Kapsel- oder Retinakulumrisse und MPFL Rupturen bedingt. Bei Jungen führt vor allem die Ruptur des vorderen Kreuzbandes oder eine traumatische Meniskusverletzung zu einem Hämarthros. Durch eine exakte klinische Untersuchung und ein MRT kann die Diagnose in den meisten Fällen ohne eine rein diagnostische Arthroskopie gestellt werden.

Diese zunehmenden Diagnosen bezüglich der Kniebinnenschäden werden auch aufgrund der verbesserten Diagnostik insbesondere durch das MRT vermehrt diagnostiziert. Dass dies jedoch sinnvoll ist zeigt, dass in 50% der VKB-Rissen Begleitverletzungen vorliegen, die mitbehandelt werden müssen. Bei einem massivem Hämarthros, bei osteochondralen Fragmenten,

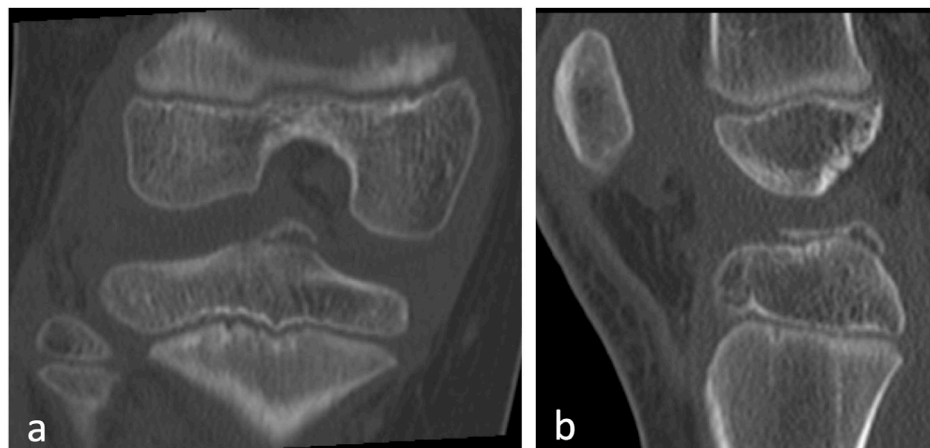


Abb. 1: 8-jähriges Mädchen, Z.n. Auto gegen Fahrrad, CT des rechten Kniegelenks mit einem Eminentia intercondylaris-Ausriss, Meyers und McKeever Typ 2, a) ap, b) seitlich

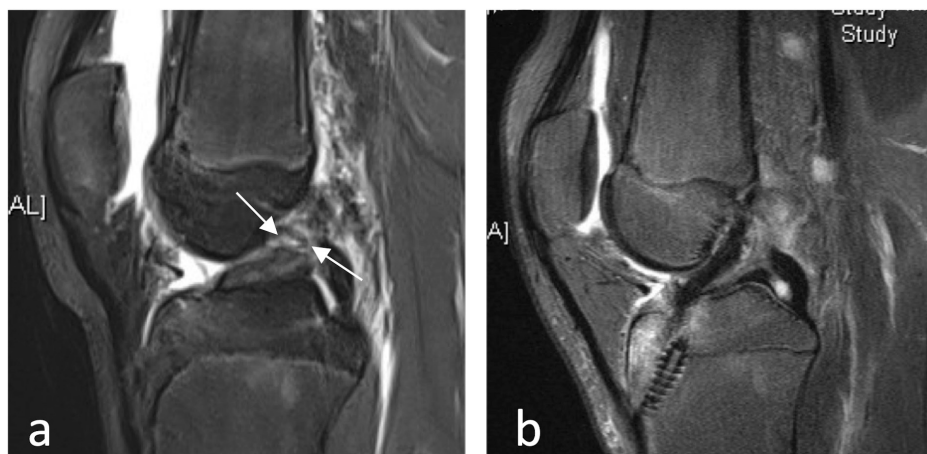


Abb. 2: 15-jähriger Junge mit Z.n. Kniegelenkstrauma beim Fußball im Zweikampf, MRT mit a) intraligamentäre VKB- Ruptur (weiße Pfeile) und deutlichem intraartikulärem Erguss, operatives Vorgehen b) postoperative VKB Plastik mit bioresorbierbarer Schraube tibial (fugenübergreifend bei fast geschlossenen Wachstumsfugen)



Abb 3: 12-jähriger Junge mit Z. n. Kniegelenkstrauma beim Fahrradsturz, MRT mit Teilruptur des HKBs mit wenigen stehenden Fasern (weiße Pfeile)

Abb 4: 5-jähriger Junge, dem ein anderes Kind auf das gestreckte Knie gesprungen ist, MRT mit proximal dislozierter Komplett-ruptur des HKBs (rote Pfeile), operatives Vorgehen

Kreuzbandverletzungen oder Meniskusverletzungen ist, wie bei der Patellaluxation, in der Regel eine arthroskopische Operation erforderlich.

Die Therapie der isolierten Kreuzbandverletzung wurde lange Jahre diskutiert. Es wird heutzutage aufgrund der bekannten hohen Rate an Meniskusläsionen nach Kreuzbandläsionen bei Kindern (circa 50 % nach einem Jahr) eine zeitnahe Rekonstruktion empfohlen. In der aktuellen Literatur wird bei allen kompletten Rupturen des vorderen Kreuzbandes mit Knieinstabilität (Giving Way Zeichen) ein operativer Ersatz empfohlen um instabilitätsbedingte Meniskus- und Knorpelläsionen und damit der Gefahr der Früharthrose zu verhindern. Zudem konnten bisher keine relevanten Wachstumsstörungen aufgrund der Durchbohrung der Wachstumsfugen nachgewiesen

werden unter der Voraussetzung einer kindadaptierten, schonenden Operationstechnik und Sehnenersatzplastik. Hierunter verstehen die Autoren eine Kreuzbandersatzplastik mittels Semitendinosussehne und einem steilen Bohrkanaal, da es hierdurch zu einer flächenmäßig geringeren Beeinträchtigung der Fuge in Bezug auf die Fläche der Gesamtfuge kommt. Es erscheint eine Einzelbandplastik mittels Semitendinosussehne ausreichend und Bohrkanaal und Sehne sollten den gleichen Durchmesser haben. Eine Fixation außerhalb der Fuge mittels Metallplättchen oder kurzen bioresorbierbaren Schrauben wird empfohlen [5–7] (Abb. 2).

Als Nachbehandlungsschema ist bei isolierten VKB Ersatzoperationen eine Orthese ohne Bewegungslimit unter Teilbelastung für 4–6 Wochen

zu empfehlen. Eine Aufbelastung ist dann bei reizfreiem Kniegelenk möglich. Zusätzlich empfehlen wir die physiotherapeutische, schmerzabhängige Mobilisation und den Muskelaufbau vor allem des M. quadriceps. Eine Sportfähigkeit besteht bei freier Funktion und symmetrische Muskelverhältnisse, jedoch bei Ball- und Kontaktsportarten erst nach etwa 12 Monaten [4]. Nachkontrollen sollten postoperativ wöchentlich bis zur freien Funktion erfolgen und ein Abschluss bei Beschwerdefreiheit nach etwa 1,5 Jahren sowie eine Kontrolle bei Wachstumsabschluss.

Die Ergebnisse nach Kreuzbandersatzplastik sind insgesamt als gut zu beurteilen. Allerdings ist die Zahl der Kinder, die jünger als 12 Jahre sind, in den meisten Studien gering.

Bei Kindern mit noch weit offenen Wachstumsfugen (<12. Lj.) wird von einzelnen Autoren noch die intraligamentäre Naht und Augmentation des vorderen Kreuzbandes empfohlen. Dies stellt den Versuch dar, durch Narbenbildung wieder ein stabiles Band zu erhalten. Die Ergebnisse variieren je nach Studie, scheinen aber insgesamt eher unbefriedigend zu sein. Eine sichere Ausheilung und Stabilität ist in diesen Fällen nur gewährleistet, wenn eine gute transossäre Refixation mit Augmentation bei ansatznaher femoraler Verletzung möglich ist. Ansonsten sollte ein Kreuzbandersatz erfolgen.

Das Ziel bei den intraligamentären Verletzungen ist eine Bandstabilität zur Vermeidung der Langzeitfolgen zu erzielen. Zu den Langzeitfolgen werden Meniskusläsion und Knorpelschäden gezählt, sowie das permanente Instabilitätsgefühl mit Vermeidungsverhalten bei sportlichen Aktivitäten. Wenn auch selten, muss gerade bei jungen Kindern mit Kniebeschmerzen ohne adäquates Trauma und bestehender Instabilität an eine wachstumsbedingte Fehlentwicklung, wie zum Beispiel eine Aplasie der Eminentia mit Fehlen des vorderen Kreuzbandes oder auch an ein M. Osgood Schlatter, gedacht werden.

INTRALIGAMENTÄRE UND KNÖCHERNE HINTERE KREUZBANDRUPTUREN (HKB-RUPTUR)

Verletzungen des hinteren Kreuzbandes sind sehr selten und werden vor allem bei Knie(sub-)luxationen gefunden. Klinische Stabilitätsprüfung

und MRT führen meist zur Diagnose. Die Ergebnisse der konservativ behandelten Rupturen des hinteren Kreuzbandes sind insgesamt gut, wobei aber auf eine konsequente vordere Schubladenposition durch entsprechende Gipsruhigstellung und Orthesen geachtet werden muss (**Abb. 3**). Krankengymnastik und Schienenanlage muss immer in Bauchlage erfolgen, um eine hintere Schubladenposition zu verhindern. Hier haben die intraligamentären Abrisse distal etwas bessere Heilungstendenzen als die intraligamentär proximalen Abrisse (**Abb. 4**).

Eine Refixation des hinteren Kreuzbandes bei knöchernem Ausriss an der dorsalen Tibiaansatzstelle sollte über einen offenen Zugang bei Fragmentdislokation erwogen werden, um eine sichere Verankerung zu erreichen. Dies kann nach unserer Erfahrung gut über einen minimalinvasiven dorsalen Zugang erfolgen. Bei vollständiger Zerreißung mit Dehiscenz im Bandbereich ist auch eine Rekonstruktion mit Semitendinosusehne frühzeitig sinnvoll um die Stabilität wiederherzustellen. Diese anspruchsvolle Operation wird zum Teil arthroskopisch zur femoralen Fixation und mit einem zusätzlichen medio-dorsalen Zugang durchgeführt um dem Fugenverlauf gerecht zu werden. Dieses Verfahren empfiehlt sich bei einer persistierenden dorsalen Instabilität nach intraligamentärer Verletzung und erfolgloser konservativer Therapie.

Abschließend gibt die **Tabelle 1** das empfohlene Vorgehen bei Kniegelenksverletzungen mit Hämarthros wieder [8].

Tabelle 1: Vorgehen beim Gelenkerguss/Hämarthros des Kniegelenkes nach Verletzungen:

☑	Röntgen Kniegelenk in zwei Ebenen: • Epiphysenlösung femoral, tibial • Eminentia-Ausrisse der Tibiaepiphyse • Mediale oder laterale Kollateralbandausrisse • Sleeve-Frakturen der Patella oder Tuberositas tibia Ausrisse
☑	Ruhigstellung des Kniegelenkes in Orthese; bei Eminentia intercondylaris oder Tuberositas Tibia oder Pateallarsehnenausrissen in Extension
☑	MRT: zum Ausschluss einer Kniebinnenverletzung, i.d.R. ohne Kontrastmittel bei Kontrast durch Gelenkerguss (Kreuzbänder, Menisken, osteochondrale Flakes, Patellaluxation mit MPFL-Läsion, Lig. Patella, Sleeve Verletzungen)
☑	Punktion des Ergusses: ausnahmsweise zur Entlastung bei starken Schmerzen
☑	ASK: bei massivem Hämarthros, Einklemmungszeichen, Instabilitäten, radiologischen Fragmenten im Gelenk, Patellafrakturen und -luxationen mit Bandläsionen und bei im Röntgen oder MRT feststellbaren operationsbedürftigen Befunden

LITERATUR

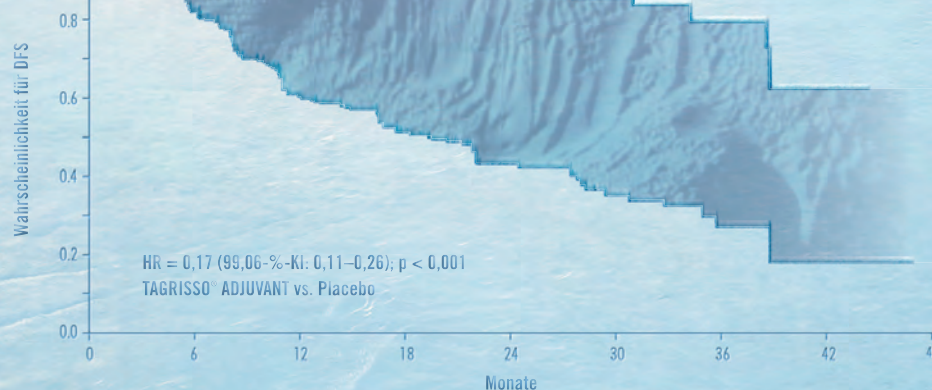
- [1] Askenberger, M., Ekstrom, W., Finnbogason, T. et al. 2014. Occult Intra-articular Knee Injuries in Children With Hemarthrosis. *Am J Sports Med* 42, 7, 1600–1606.
- [2] Leeberg V, Lekdorf J, Wong C, Sonne-Holm S. 2014 Tibial eminentia avulsion fracture in children – a systematic review of the current literature. *Dan Med J*. 2014 Mar;61(3):A4792. PMID: 24814913
- [3] Frosch, K.-H., Stengel, D., Brodhun, T. et al. 2010. Outcomes and risks of operative treatment of rupture of the anterior cruciate ligament in children and adolescents. *Arthroscopy* 26, 11, 1539–1550.
- [4] Ohsawa T, Kimura M, Chikuda H. 2021 Patient-reported evaluation on giving way is important for return to preinjury activity level after Anterior Cruciate Ligament reconstruction. *Knee Surg Sports*
- [5] Fabricant, P. D., Jones, K. J., Delos, D. et al. 2013. Reconstruction of the anterior cruciate ligament in the skeletally immature athlete: a review of current concepts: AAOS exhibit selection. *J Bone Joint Surg Am* 95, 5, e28.
- [6] Kumar, S., Ahearne, D., and Hunt, D. M. 2013. Transphyseal anterior cruciate ligament reconstruction in the skeletally immature: follow-up to a minimum of sixteen years of age. *J Bone Joint Surg Am* 95, 1, e1.
- [7] Krause M, Freudenthaler F, Frosch KH, Achtenich A, Petersen W, Akoto R. 2018 Operative Versus Conservative Treatment of Anterior Cruciate Ligament Rupture. *Dtsch Arztebl Int*. 2018 Dec 24;115(51–52):855–862. doi: 10.3238/arztebl.2018.0855. PMID: 30765021
- [8] Marzi I. *Kindertraumatologie*. 3. Aufl. Heidelberg: Springer; 2016.

NSCLC RO –
und dann?

TAGRISSO® JETZT AUCH ADJUVANT¹ FRÜHE STADIEN NEU RECHNEN.



83% geringeres Rezidiv- oder
Sterberisiko für Ihre Patienten mit reseziertem
EGFRm NSCLC (Ex19del/L858R) in den
Stadien II–IIIA²



EGFR-Mutationstestung
mit Zulassung von
TAGRISSO® ADJUVANT
ambulant abrechenbar.
GOP 19451 im EBM

Seien Sie mit TAGRISSO® ADJUVANT Teil einer neuen Zeitrechnung
und schaffen Sie durch die Verlängerung der krankheitsfreien Zeit
neue Lebensperspektiven in den Stadien IB–IIIA.²

AstraZeneca

¹ TAGRISSO® Fachinformation, Stand Mai/2021.

² Wu YL et al. N Engl J Med. 2020; 383(18):1711-1723.

TAGRISSO® 40 mg und TAGRISSO® 80 mg Filmtabletten

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden.

Wirkstoff: Osimertinib. Verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung:** TAGRISSO® 40 mg: Jede Tablette enthält 40 mg Osimertinib (als Mesilat). TAGRISSO® 80 mg: Jede Tablette enthält 80 mg Osimertinib (als Mesilat). **Sonstige Bestandteile:** Tablettenkern: Mannitol (Ph.Eur.), Mikrokristalline Cellulose, Hypromellose (5,0-16,0 %) (E463), Natriumstearylummarat (Ph.Eur.), Tablettenhülle: Poly(vinyl-alkohol), Titandioxid (E171), Macrogol (3350), Talkum, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172), Eisen(III)-oxid (E172), Eisen(II,III)-oxid (E172). **Anwendungsgebiet:** TAGRISSO® ist als Monotherapie angezeigt zur: • adjuvanten Behandlung nach vollständiger Tumorresektion bei erwachsenen Patienten mit nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) im Stadium IB–IIIA, deren Tumoren Mutationen des epidermalen Wachstumsfaktor Rezeptors (Epidermal Growth Factor Receptor, EGFR) als Deletion im Exon 19 oder Substitutionsmutation im Exon 21 (L858R) aufweisen. • Erstlinientherapie von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem NSCLC mit aktivierenden EGFR-Mutationen. • Behandlung von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem EGFR-T790M-mutationspositivem NSCLC. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Johanniskraut darf nicht zusammen mit TAGRISSO® angewendet werden.

Nebenwirkungen: Sehr häufig: Verminderter Appetit, Diarrhö, Stomatitis, Hautausschlag, Paronychie, trockene Haut, Pruritus, verminderte Leukozytenzahl, verminderte Lymphozytenzahl, verminderte Thrombozytenzahl, verminderte Neutrophilenzahl. Häufig: Epistaxis, Interstitielle Lungenerkrankung, Alopezie, Urtikaria, Palmar-plantares Erythrodysästhesie-Syndrom, erhöhte Blutkreatininwerte. Gelegentlich: Keratitis, Erythema multiforme, kutane Vaskulitis, QTc-Intervall-Verlängerung. Selten: Stevens-Johnson-Syndrom. **Weitere Hinweise:** siehe Fachinformation. **Pharmazeutischer Unternehmer:** AstraZeneca GmbH; 22876 Wedel, E-Mail: azinfo@astrazeneca.com, www.astrazeneca.de, Servicehotline für Produktanfragen: 0800 22 88 660. **Stand:** Q2/2021.


TAGRISSO®
osimertinib

Update zum Curriculum „Osteosynthese“



Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn
Stellvertretender Leiter der Deutschen Akademie für chirurgische Fort- und Weiterbildung des BDC
Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie
Klinikum Bremen Mitte gGmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Göttingen
St.-Jürgen-Str. 1
28177 Bremen
Michael.Paul.Hahn@klinikum-bremen-mitte.de

Hahn M P. Update zum Curriculum „Osteosynthese“. *Passion Chirurgie*. 2021 September; 11(09): Artikel 04_01



Diesen Artikel finden Sie unter BDC|Online unter der Rubrik Wissen | Aus-, Weiter- & Fortbildung

Zahlreiche stets gut besuchte und hochkarätige Fortbildungsveranstaltungen des BDC sind im letzten Jahr Opfer der Pandemie geworden. Auch die strukturierte Fortbildungsreihe „Curriculum Osteosynthese“ der BDC|Akademie war betroffen.

Diese Seminarreihe richtet sich an Kolleginnen und Kollegen, die am Ende ihrer Facharztweiterbildung Orthopädie/Unfallchirurgie stehen oder sich auf die Prüfung „Spezielle Unfallchirurgie“ vorbereiten. Die BDC|Akademie verleiht Chirurginnen und Chirurgen, die an den beiden Osteosynthese-Workshops „Obere Extremität“ und „Untere Extremität“ sowie an einem weiteren Kurs dieser Seminarreihe teilgenommen haben, als Qualifikationsnachweis das BDC-Zertifikat Osteosynthese.

Hatten wir zunächst geglaubt, die Seminare als Präsenzveranstaltungen durchführen zu können, wurden wir Anfang des Jahres 2021 erneut mit den Auswirkungen der Pandemie konfrontiert. Im Vorstand wurde daher beschlossen, die Kurse Osteosyntheseverfahren: Obere Extremität und Osteosyntheseverfahren: Untere Extremität als Online-Seminare („Webinare“) zu veranstalten. Mit Unterstützung eines externen IT-Dienstleisters konnten wir sehr erfolgreich das erste Webinar mit dem Titel „Osteosyntheseverfahren: Obere Extremität“ am 29.04. und 30.04.2021 durchführen. Obwohl wir uns nicht face-to-face („f2f“) sehen konnten, wurde das Format von den Teilnehmenden durchgehend als sehr gut bewertet. Und das,

obwohl die praktischen Übungen am Kunstknochen leider entfallen mussten.

Ein Schwerpunkt der Fortbildungsveranstaltung lag auf der Versorgung der proximalen Humerusfrakturen. Nicht zuletzt durch medico-legale Probleme wird derzeit die konservative Behandlung von Oberarmkopfrüchen wieder in den Fokus gerückt, obwohl wir Referierenden davon überzeugt sind, dass die modernen Verfahren mit winkelstabilen Implantaten, intramedullären Kraftträgern und inversen Prothesen zu einer wesentlichen Verbesserung der Therapie geführt haben. Bei genauer Betrachtung haben jedoch alle operativen Verfahren immer noch eine relativ hohe Komplikationsquote. Die renommierten Referenten konnten herausarbeiten, wann welche Form der konservativen oder operativen Versorgung durchgeführt werden sollte.

Die Versorgung der oftmals komplexen distalen Humerusfrakturen hat sich seit Einführung der präformierten winkelstabilen Implantate deutlich verbessert und auch vereinfacht. Trotzdem gibt es – insbesondere in der geriatrischen Altersgruppe – Versorgungsprobleme bei osteoporotischen Trümmerfrakturen. In diesen Fällen ist die Prothetik den gelenkerhaltenden Eingriffen klar überlegen.

Die Teilnehmenden haben sich über die Chat-Funktion lebhaft in die Diskussion eingeschaltet. Gerade bei der Diskussion der Vorträge sind wir aber auch an die Grenzen der digitalen Kommunikation gestoßen. Präsenzveranstaltungen haben unter dem Aspekt des



FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

Curriculum Osteosynthese

Diese Seminarreihe richtet sich an Kolleginnen und Kollegen, die am Ende ihrer Facharztweiterbildung Orthopädie/Unfallchirurgie stehen oder sich auf die Prüfung „Spezielle Unfallchirurgie“ vorbereiten. In den Vortragsreihen dieser Seminare wird das aktuelle Wissen zur Diagnostik und Therapie von Frakturen und Bandverletzungen nach den Kriterien evidenzbasierter Medizin rekapituliert. Ein weiterer Schwerpunkt dieses Kurses liegt auf integrierten Workshops, die allen Teilnehmern ausreichend Zeit geben, mit modernen Implantaten an Kunststoffknochen oder Körperspendern neueste Osteosynthese-Verfahren zu trainieren. Für beide Kurselemente stehen erfahrene Orthopäden und Unfallchirurgen zur Verfügung.

Die BDC|Akademie verleiht Chirurginnen und Chirurgen, die an den beiden Osteosynthese-Workshops „Obere Extremität“ und „Untere Extremität“ sowie an einem weiteren Kurs dieser Seminarreihe teilgenommen haben, als Qualifikationsnachweis das **BDC-Zertifikat Osteosynthese**.

Osteosyntheseverfahren: Obere Extremität

Prof. Dr. Michael Paul Hahn	online	29. - 30.04.21	# 23612
-----------------------------	--------	----------------	---------

Osteosyntheseverfahren: Untere Extremität

Prof. Dr. Michael Paul Hahn	Bremen	07. - 08.10.21	# 23613
-----------------------------	--------	----------------	---------

Orthotrauma: Obere Extremität

Prof. Dr. Burkhard Wippermann, Dr. Michael Stalp	Norderstedt	2022	# 23618
---	-------------	------	---------

Orthotrauma: Untere Extremität

Prof. Dr. Burkhard Wippermann, Dr. Michael Stalp	Norderstedt	29. - 30.11.21	# 23617
---	-------------	----------------	---------

Deformitäten | Defekte | Traumatologie –
Grundlagen der Korrektur mittels Ringfixateur und Hexapoden

Prof. Dr. Robert Rödl, Dr. Michael Langendörfer	Berlin	23. - 24.11.21	# 23616
--	--------	----------------	---------



Organisatorisches

Preis für Seminare Osteosyntheseverfahren, Grundlagen der Korrektur mittels Ringfixateur und Hexapoden
400,- € für Mitglieder
600,- € für Nichtmitglieder

Preis für Seminare Orthotrauma: obere Extremität / untere Extremität
800,- € für Mitglieder
1000,- € für Nichtmitglieder

27

direkten, persönlichen Austausches immer noch Vorteile gegenüber Onlineformaten.

Höhepunkt des zweiten Webinartages war die Darstellung der Frakturbehandlung des Ellenbogens und des Unterarms im Wachstumsalter. Die Themen wurden von zwei, in der Kindertraumatologie besonders erfahrenen, Unfallchirurginnen aus Hamburg und Frankfurt ausgezeichnet präsentiert. Entsprechend positiv fielen die Reaktionen der Teilnehmer auf die Vorträge und die anschließende Diskussion aus. Das Webinar wurde abgeschlossen mit einem Vortrag zur Behandlung der distalen Radiusfraktur. Seit mittlerweile zwei

Jahrzehnten ist die volatile Osteosynthese mit einer wie auch immer gestalteten winkelstabilen Platte der Behandlungsstandard. Es gibt allerdings auch Frakturkonstellationen, die ein anders Vorgehen erfordern. Alternative Osteosyntheseverfahren wurden ins Gedächtnis gerufen. Auch auf die Bedeutung der Versorgung von Nebenverletzungen wurde explizit verwiesen.

Die Weiterbildungsreihe wird mit dem Webinar „Osteosyntheseverfahren: Untere Extremität“ am 07. und 08. Oktober 2021 fortgesetzt. Es folgen der Kurs zu den Grundlagen der Korrektur von Deformitäten mittels

Ringfixateur und der Kurs zu Versorgungskonzepten und Zugangswegen untere Extremität im November 2021.

Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die mit der strukturierten Fortbildungsreihe „Curriculum Osteosynthese“ begonnen haben, können somit das Zertifikat „Osteosynthese“ der BDC|Akademie noch in diesem Jahr erhalten.

Es bleibt die Hoffnung, dass wir uns im Jahre 2022 wieder durchgehend persönlich sehen können. Die Vorbereitungen dafür sind bereits angelaufen. ○

AKADEMIE AKTUELL

Fortbildung mit Zukunft

Die Corona-Pandemie, die uns mehr als ein Jahr fest im Griff hatte, ist im zweiten Quartal 2021 bundesweit abgeebbt. Die Wirtschaft leckt ihre Wunden, während das gesellschaftliche Leben einen Hauch von Normalität zurückgewinnt. Dennoch, die Veränderungen auf allen ökonomischen und sozialen Ebenen sind deutlich spürbar. Es wird seine Zeit dauern, bis wir uns an die „neue Normalität“ gewöhnt haben. Von diesen Veränderungen ist auch die BDC|Akademie nicht verschont geblieben.

Die Zahlen sind eindeutig und sprechen für sich (**Graphik 1**): In den Jahren 2018 und 2019 waren 117 beziehungsweise 134 Veranstaltungen geplant und im Akademie-Programm ausgewiesen. Der Anteil der abgesagten Veranstaltungen betrug 2018 acht Prozent und erreichte 2019 mit zwei Prozent einen Tiefstand. In beiden Jahren wurden zehn Prozent des Angebotes in einem Online-Format überwiegend als Webinar durchgeführt.

Aufgrund der verschiedenen Lockdowns zur Eindämmung der Corona-Pandemie mussten 2020 insgesamt 57 Prozent aller geplanten Veranstaltungen abgesagt werden. 25 Prozent wurden noch als Präsenzveranstaltungen durchgeführt, dies jedoch überwiegend im 1. Quartal 2020, also noch vor den Auswirkungen des ersten Lockdowns. Immerhin verdoppelte sich die Zahl der Online-Veranstaltungen von 2019 auf 2020 schon auf 18 Prozent, ein erster Indikator für einen unaufhaltsamen Trend zu digitalen Programmen. Die ersten sechs Monate 2021 zeigen deutlich die Folgen der Pandemie: 62 Prozent aller Veranstaltungen wurden in einem digitalen Format durchgeführt, 17 Prozent als Präsenzveranstaltung, 22 Prozent abgesagt.

Diese wenigen Zahlen bestätigen, dass digitale Fortbildungsangebote durch die Pandemievorgaben nochmals einen enormen Schub erfahren haben. Dass eine so schnelle Umstellung auf ein digitales Programm in



Korrespondierender Autor:
Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder, FACS

Leiter der Deutschen Akademie für chirurgische Fort- und Weiterbildung
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.
Leitender Oberarzt
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie
Universitätsklinik Köln
Kerpener Str. 62
50937 Köln
schroeder@bdc.de

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

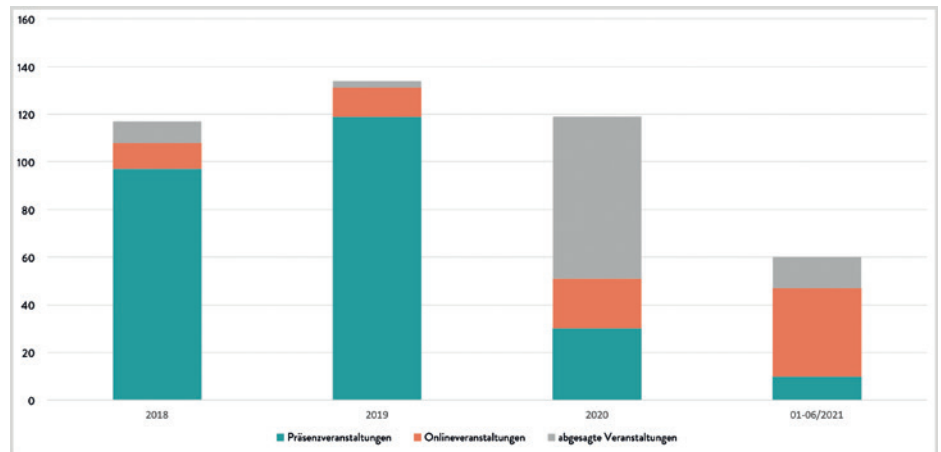
Sylvia Joachimi
Chief Management der Deutschen Akademie für chirurgische Fort- und Weiterbildung
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
joachimi@bdc.de



Schröder W, Burgdorf F, Joachimi S. Fortbildung mit Zukunft. *Passion Chirurgie*. 2021 September; 11(09): Artikel 04_02a.



Diesen Artikel finden Sie unter BDC|Online unter der Rubrik Akademie Aktuell



Graphik 1: Veranstaltungen der BDC|Akademie 2018–2021

der BDC|Akademie überhaupt möglich war, hat zwei Gründe: Zum einen hatte die BDC|Akademie bereits vor Ausbruch der Pandemie in eine neue E-Learning Plattform investiert, deren Entwickler bei allen digitalen Formaten die Akademie mit neuester Technik und Knowhow unterstützen konnte. Zum anderen zeigten sich alle Seminarleiter und Referenten überaus flexibel und aufgeschlossen bei der digitalen Implementierung und wurden durch das Personal der BDC|Akademie bei der Umsetzung sicher durch den digitalen Dschungel begleitet.

Was aber folgt aus diesen Zahlen für die Akademie-Planung des kommenden Jahres und insbesondere für die mittelfristige Ausrichtung des gesamten Akademie-Programmes? Welche Inhalte werden besser in einem ausschließlich digitalen Format angenommen? Welche Angebote erfordern zwingend die Planung einer Präsenz? Welchen Stellenwert haben Hybridveranstaltungen als verbindendes Medium zwischen virtuell und real? Ist die Wahl des Fortbildungsformates möglicherweise ein Problem der Generationen mit ihren unterschiedlichen Lernmethoden?

Einig sind sich alle nur in einem Punkt: Ein simples Zurück zum Status quo wird es nicht mehr geben. Wir haben diese zukünftigen Entwicklungen und ihr Potenzial in der Akademie aber auch auf Vorstandsebene intensiv diskutiert, ohne zu einer abschließenden

und konklusiven Bewertung gelangt zu sein. Für die Planung des Jahres 2022 haben wir deshalb eine pragmatische Lösung gewählt und überlassen die Entscheidung – digital, face-to-face oder eine Kombination – den jeweiligen Seminarleitern und ihrer individuellen Seminargestaltung. Sie kennen die vorhandene Logistik vor Ort und die Zielgruppe ihrer Veranstaltung am besten. Die BDC|Akademie kann alle gewählten Formate sicher durchführen.

Für die mittelfristige Planung des Akademieprogrammes führen wir aktuell eine Umfrage durch, die bereits an alle BDC- und DGCH-Mitglieder verschickt wurde. Die Umfrage erreichen Sie unter folgendem Link: https://www.surveymonkey.de/r/BDC_Akademie. Auswertung und Veröffentlichung der Daten erfolgen im letzten Quartal dieses Jahres. Unter dem Stichwort „Fortbildung mit Zukunft“ sollen die Mitglieder mitentscheiden, wohin die Reise geht und wie sich neue Lernformate mit angepassten Inhalten in der BDC|Akademie entwickeln sollen. Wir möchten Sie herzlich auffordern, diesen spannenden Prozess der Neugestaltung von Fort- und Weiterbildung aktiv mitzugestalten und laden Sie ein, an dieser Umfrage teilzunehmen.

Wolfgang Schröder
Sylvia Joachimi
Friederike Burgdorf



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.

MONTAG, 18. OKTOBER 2021, 18:00 UHR

LIVE



CHIRURGIE AKTUELL

Ärztliche Begutachtung in Orthopädie und Unfallchirurgie

Prof. Dr. med. Julia Seifert

DONNERSTAG, 21. OKTOBER 2021, 18:00 UHR

LIVE



LEITLINIE

S2k-Leitlinie „Humangenetische Diagnostik“

Dr. rer. nat. Heinz Gabriel


NACHWUCHS

Nachwuchskampagne Nur Mut!

DER BAUCH IM FOKUS – FASZINATION VISZERALCHIRURGIE



**INTERVIEW MIT JOHANNA MILLER
ÄRZTIN IN WEITERBILDUNG AN
DER KLINIK FÜR ALLGEMEIN- UND
VISZERALCHIRURGIE DER KLINIKEN
MARIA HILF, MÖNCHENGLADBACH**

Für das Fach Chirurgie begeistern, ganzheitlich informieren und unterstützen – das ist die Mission der Nachwuchskampagne „Nur Mut! Kein Durchschnittsjob: ChirurgIn“ des BDC. In der neu aufgelegten Interviewreihe wollen wir die Facetten der Chirurgie transparent machen und zeigen, wie junge Chirurgen und Chirurginnen ihren Beruf leben.

BERUF UND LEBEN ALS VISZERALCHIRURG:IN

Die Viszeralchirurgie umfasst die chirurgische Behandlung der Bauchwand sowie der Organe des Bauchraums, insbesondere bei gastroenterologischen, endokrinen oder onkologischen Erkrankungen.

Schwerpunkt ist die große onkologische Chirurgie des Abdominalraums an Speiseröhre und Magen, Dünn- und Dickdarm sowie an Bauchspeicheldrüse und Leber. Die endokrine Chirurgie an Schilddrüse und Nebenniere gehört ebenso in diese chirurgische Disziplin wie die Proktologie. Viszeralchirurg:innen an spezialisierten Zentren sind

» ZUR PERSON



Johanna Miller

Ärztin in Weiterbildung
Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
der Kliniken Maria Hilf GmbH
Viersener Straße 450
41063 Mönchengladbach
Johanna.Miller@mariahilf.de

außerdem versiert in der Transplantation von lebenswichtigen Organen, wie Leber, Niere und Bauchspeicheldrüse. Viszeralchirurgen beherrschen neben der Operation auch die exakte Indikationsstellung und die dazu nötigen bildgebenden Verfahren wie Sonographie und Endoskopie.

Passion Chirurgie: *Faszination Viszeralchirurgie – was ist für Sie das Beste am Fach?*

Johanna Miller: Die Faszination am Fach Viszeralchirurgie besteht für mich vor allem in dem breiten Spektrum an Krankheitsbildern im und über den Bauchraum hinaus. Ebenso vielfältig ist das Patientengut aller Altersklassen mit Indikationen für onkologische, Notfall- oder auch kleinere Elektiveingriffe. Daher empfinde ich die Ausbildung zur Fachärztin als umfang- und sehr abwechslungsreich. Viszeralchirurgin zu sein bedeutet für mich aber auch, Spaß daran zu haben, anatomisches Wissen in die Praxis umzusetzen, entscheidungsfreudig zu sein und eine operative Maßnahme hinsichtlich ihres Outcomes schnell bewerten zu können

Miller J: Nachwuchskampagne NurMut! Der Bauch im Fokus – Faszination Viszeralchirurgie. *Passion Chirurgie*. 2021 September; 11(09): Artikel 04_03.



Mehr Artikel zur Nachwuchsaktion finden Sie auf der Kampagnenseite

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

JM: Die richtige Beantwortung der Multiple-Choice-Fragen im Medizinstudium dient primär dem Bestehen der vielen Leistungskontrollen. Doch der Wissens- und

Erfahrungsaustausch mit Kommilitonen festigt das Wissen wirklich und bietet eine Grundlage für das Berufsleben. Dem jüngeren Ich würde ich daher raten, weniger häufig allein in der Bibliothek zu pauken. Ein anderer wichtiger Aspekt, den ich jedoch bereits im Studium beherrscht habe, liegt darin, so viele praktische Einblicke in unterschiedlichen Häusern und an unterschiedlichen Orten wie möglich zu erlangen. So denke ich noch heute unheimlich gerne vor allem an zahlreiche Famulaturen in verschiedenen Fachbereichen sowie meine PJ-Tertiale in England und in der Schweiz zurück.

PC: *Hand aufs Herz: Wie gelingt die Balance zwischen Beruf und Familie?*

JM Um ganz ehrlich zu sein, muss die Frage mit „mal besser und auch mal schlechter“ beantwortet werden. Für mich bedeutet Chirurgie definitiv nicht, dass man jeden Tag um Punkt 16:00 Uhr die Klinik verlässt – beispielsweise wenn man noch steril am Tisch steht, Patienten noch postoperativ aufsuchen möchte, um über Eingriff und Verlauf zu berichten oder ein akutes Abdomen in der Notaufnahme wartet. Je nach eigenen Ansprüchen und auch außerklinischen Interessen ist jedoch auch in der Viszeralchirurgie die Balance zwischen Berufs- und Privatleben noch ausbaufähig. Ich habe definitiv in den letzten vier Berufsjahren gelernt, wie wichtig der Ausgleich im Privaten ist – für mich spielen dabei besonders soziale Kontakte und körperliche sowie geistige Betätigungen außerhalb der Klinik eine wichtige Rolle. Unter Corona-Bedingungen gelten natürlich spezielle Regeln.

PC: *Wenn Sie auf Ihre chirurgische Laufbahn schauen: Wo sehen Sie sich in zehn Jahren?*

JM Da ich mich im vierten Weiterbildungsjahr befinde, möchte ich in zehn Jahren die Facharztprüfung schon etwas länger hinter mich gebracht haben. Es wäre sehr schön, zu diesem Zeitpunkt als Oberärztin tätig zu sein. Woran ich festhalten möchte, ist mein persönliches Interesse

an der chirurgischen Lehre und Ausbildung. Deshalb sehe ich mich in zehn Jahren in einer weiterhin klinischen, jedoch auch lehrenden Funktion.

PC: Haben Sie Tipps für die (erste) Zeit als Assistenzarzt/-ärztin?

JM: Die erste Zeit nach dem Berufsstart ist nicht nur aufregend, sondern auch fordernd und kräftezehrend. Denn es gibt viele neue Eindrücke und vor allem neue Verantwortlichkeiten. Man sollte in dieser Zeit die Ruhe bewahren, stets wissbegierig und neugierig bleiben, viele Fragen stellen sowie Kritik und Feedback nutzen, um sich weiterentwickeln zu können. Ein kleiner Tipp besteht vielleicht darin, neben den ärztlichen Kollegen vor allem auch Hilfe von erfahrenen Pflegekräften anzunehmen, vielleicht sogar aktiv zu erfragen. Gerade in der Chirurgie habe ich durch einen engen Kontakt zum Pflorgeteam viel gelernt, was mir das Studium nicht mit auf den Weg gegeben hat. Zum Beispiel im Bereich der Stoma- und Wundversorgung.

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

JM: Am meisten haben mich Patienten motiviert, die mir das Gefühl gaben oder es ausdrücklich sagten, dass sie sich bei mir als Ärztin gut aufgehoben fühlten. Eine weitere Motivation stellten für mich Studenten dar, die meine Unterrichtseinheiten gerne besuchten oder rückmeldeten, einen Unterrichtsinhalt besonders gut verstanden zu haben. Dranzubleiben fällt aber vor allem auch dann leicht, wenn dein privates Umfeld dich in dem unterstützt, was du tust, und Verständnis dafür aufbringt, wenn du zeitlich weniger flexibel bist oder auch ab und zu die Arbeit „mit nach Hause bringst“.



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

JM: Ein entscheidendes und wahnsinnig motivierendes Erlebnis war für mich die Teilnahme am Nachwuchskongress „Staatsexamen und Karriere“ im Jahr 2017 als Referentin. Im Vorjahr war ich selbst Teilnehmerin und erhielt über mein „Karieregespräch“ mit Prof. Dr. Kirschniak die Möglichkeit zur wissenschaftlichen und lehrenden Tätigkeit als Assistenzärztin in seiner Arbeitsgruppe. Spätestens zu diesem Zeitpunkt wurde mir klar, dass ich auch langfristig versuchen möchte, mein Interesse an der Chirurgie und an der Lehre miteinander zu verknüpfen.

PC: Wie wichtig war für Sie ein Netzwerk und welches Netzwerk war hilfreich?

JM: Ein Netzwerk im klinischen Setting, aber auch im medizinischen Wissenschafts- und Lehrbereich empfinde ich als totale Bereicherung. Es bietet die Möglichkeit zum stetigen Austausch mit Kollegen, die gleiche Interessen haben und fördert die berufliche und persönliche Weiterentwicklung.

<https://www.chirurg-werden.de/>



fasciotens
ABDOMINAL WALL SOLUTIONS

fasciotens®Abdomen

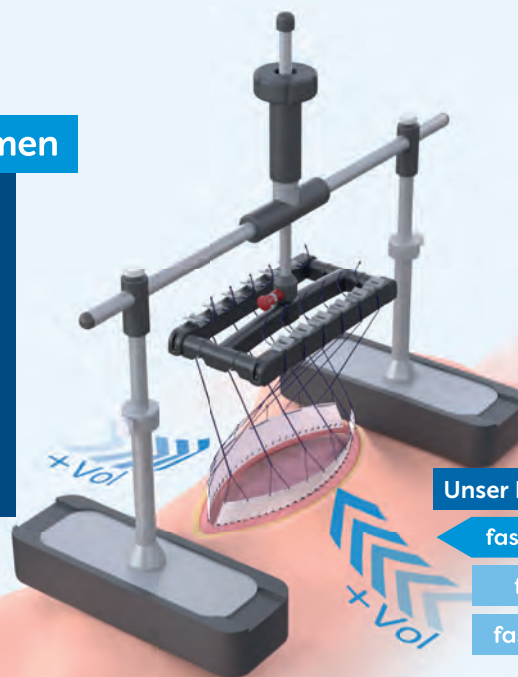
Mit Spannung zum Ziel

- + verhindert die Faszienretraktion
- + erhöht das intraabdominale Volumen, senkt dadurch den Druck
- + ermöglicht direkten und frühen Verschluss

www.fasciotens.de

DAHLHAUSEN®

Distributionspartner in Deutschland www.dahlhausen.de



QR-Code scannen
und Clip ansehen

Unser Produktportfolio:

fasciotens®Abdomen

fasciotens®Hernia

fasciotens®Pediatric

Arzneimitteltherapiesicherheit im Kontext der Risikomanagement- bemühungen

WIE KÖNNEN MEDIKATIONSFEHLER VERMIEDEN WERDEN?

1. DEFINITION: WAS HEISST ARZNEIMITTELTHERAPIESICHERHEIT

Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für den Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern [1].

2. URSACHENANALYSE: AMTS IST IMMER NOCH SEHR FEHLERANFÄLLIG

Neben den Infektionsgefahren stellen die Medikationsfehler eine besonders häufige Gefahr für die Patientinnen und Patienten im Krankenhaus dar. Immer wieder kommt es zu typischen Medikamentenverwechslungen, falschen Dosierungen, Fehlern bei der Prüfung von Wechselwirkungen, beim Richten der Medikamente oder bei der Verabreichung.



Axel Krause
Risikoberater und
Qualitätsmanager
GRB Gesellschaft für Risiko-
Beratung mbH
 Ecclesiastraße 1–4
 32758 Detmold
 Axel.krause@grb.de

Auf Basis langjähriger Analysen von CIRS-Fällen wird deutlich, dass die Meldungen im Kontext AMTS nach wie vor einen hohen Anteil einnehmen. Informationen dazu finden sich in den unterschiedlichen Veröffentlichungen, wie zum Beispiel in den Rote-Hand-Briefen der Apotheker, in Publikationen nach CIRS-Fällen, Leitlinien und Empfehlungen der Fachgesellschaften, aber auch in den Qualitätsdokumenten wie SOPs, VAs oder Standards.

KEIN INFORMATIONSDEFIZIT, ABER EIN HANDLUNGSDEFIZIT

Aus der Sicht des Risikomanagements ist zu konstatieren, dass in den Organisationen in der Regel kein Informationsdefizit vorliegt, sondern mehr oder weniger begründete Einschränkungen bei der Beachtung und Umsetzung bereits definierter Handlungsanweisungen. Die Gründe dafür liegen sicherlich in der besonderen Arbeitsteilung, in der Personalfluktuations und in zufälligen Ereignissen, die einen gerade begonnenen Medikationsprozess unterbrechen, weil sie sofort abgearbeitet werden müssen. Zum Beispiel schränken Unterbrechungen und Störungen oft das systematische Richten und Kontrollieren der Medikamente im Vieraugenprinzip ein. Damit erhöht sich die Fehlerrate. Doppelkontrollen oder die Beachtung des Vieraugenprinzips bleiben bei Medikationsprozessen durchaus auch durch Zeitmangel auf der Strecke.

Hohe Arbeitsauslastung sowie aktuell Anforderungen zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie erschweren ebenso die regelhafte Kontrolle von Zwischenschritten innerhalb des Prozesses. Die Mitarbeitenden fallen teilweise wieder in alte Routineabläufe zurück. Damit besteht die Gefahr, dass bereits definierte und wirksame zusätzliche Kontrollmaßnahmen unterbleiben. Stress und Hektik im Stationsalltag schwächen darüber hinaus die Konzentrationsfähigkeit der Mitarbeitenden.

STÖRUNGEN IM INFORMATIONSFLUSS

Hierarchiedenken erweist sich außerdem auch an dieser Stelle als eine mögliche Fehlerquelle, wenn es verhindert, dass notwendige

Nachfragen rechtzeitig gestellt werden. Der möglichst sichere und schnelle Informationsfluss vor einer Medikation kann ferner gestört werden, wenn die oder der Verantwortliche dafür nicht oder nur verzögert erreicht werden kann.

Die zielgerichtete und effektive Kommunikation zwischen ärztlichem Personal und Pflegekräften ist also von besonderer Bedeutung. Gleichzeitig lassen sich viele Fehler verhindern, wenn das Medikationsverfahren mit tauglichen technischen Kontrollmöglichkeiten abgesichert wird, die mögliche Kommunikationsprobleme kompensieren.

Um Fehler im Medikationsprozess wirksam zu verhindern oder in ihrer Schwere zu mindern, rücken zwei Komponenten in den Vordergrund: Wirksame technische Lösungen durch Vorgabe verpflichtender Kontrollschritte auf Ebene der Apotheken (Rückrufaktionen von Arzneimitteln, Chargenüberprüfungen, Stationsbegehungen, Beratung in Arzneimittelfragen und anderes mehr) sowie systematische Doppelkontrollen durch die Pflegekräfte beim Richten der Medikamente.

TYPISCHE SCHADENURSACHEN:

- Lookalike zu spät erkannt
- Soundalike-Problem bei telefonischen Anordnungen
- Fehlerhafte Dosierung mit Angaben zu mg pro ml bzw. pro Ampulle
- Nicht kommunizierte Medikamentenumstellung
- Übertragungsfehler in der Therapieplan-Verlaufskurve
- Konzentration und Verabreichungsgeschwindigkeit der Perfusorspritzen nicht geprüft
- Mangelnde Abstimmung bei der Anamneseerhebung zwischen ärztlichem und pflegendem Personal
- Allergien nicht bekannt beziehungsweise nicht gelesen (Anamnese)
- Unvollständige Kurveneinträge/„CAVE“-Einträge versäumt
- Fehlerhafter Übergabeprozess in der Kette Rettungsdienst-Notaufnahme-Pflegestation
- Nicht geprüfte Wechselwirkungen, Interaktionen, Kontraindikationen



Krause A: Safety Clip:
 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) im
 Kontext der Risikomanagementbemühungen.
 Passion Chirurgie. 2021 September; 11(09):
 Artikel 04_04.

- Überschreitung von Tagesdosierungen/Maximaldosis bei der Bedarfsmedikation
- Gerinnungstherapie unvollständig bewertet
- Unvollständige Anamneseerhebung und Weiterverordnung
- Lesefehler in der analogen Dokumentation
- Fehler in der Einnahmekontrolle durch den Pflegedienst
- mangelnde Aufklärung: zum Beispiel DOAK; kein Patientenpass bei Entlassung
- fehlende Information/Compliance des Patienten
- falscher Zeitpunkt der Arzneimittelgabe/Einnahme
- Fehler in der rationalen Antiinfektiva-Verordnungspraxis, zum Beispiel Umstellung von intravenöser auf perorale Antibiotikagabe, Beachtung der Resistenzentwicklung [2]
- Herstellerwechsel, zum Beispiel bei Spritzen, mit Folgefehlern bei der Beachtung der richtigen Skalierung (teilweise arzneimittelspezifische Skalierung, zum Beispiel Heparin-Einheiten)

BEISPIELFALL LOOKALIKE

„Verwechslung ähnlich klingender Arzneimittelnamen oder ähnlich aussehender Verpackungen/Verpackungsdesigns beziehungsweise Schriftbilder (sog. Lookalikes und Soundalikes, LASA) kann zu Medikationsfehlern aufgrund einer falschen Wirkstoff- bzw. Arzneimittelanwendung oder aufgrund von Dosierungsfehlern führen und somit ein ernstes, sogar potenziell lebensbedrohendes Risiko für Patienten darstellen“ [3].

Das Gefahrenpotential im LASA-Kontext ist trotz langjähriger Nutzung von Beinahefehler-Meldesystemen, wie CIRS, oder Werkzeugen, wie dem Beschwerdemanagement, und Expertenbegehungen (Audits) immer noch relativ hoch. Die Mitarbeitenden in den Kliniken sind inzwischen sensibilisiert und kennen in der Regel die besonderen Verwechslungspotenziale. Dennoch bedarf es ständiger Kontrollen und Wachsamkeit, um die Verwechslungsmöglichkeiten rechtzeitig zu erkennen und die Gefahrenpotenziale an

die Teams zu vermitteln. Dabei zeigen sich die besonderen Effekte von Beinahefehler-Meldevorfahren, sofern sie konsequent genutzt werden. Im Idealfall können die Verantwortlichen die Hersteller zu Anpassungen bei der Beschriftung der Arzneimittel bewegen oder es werden Kaufentscheidungen überdacht. Häufig werden durch die Apotheke Warnhinweise aus den CIRS-Analysen abgeleitet, wie zum Beispiel „Nur verdünnt anzuwenden!“, oder es werden Rote-Hand-Briefe vorgegeben.

2. DIE ABSICHERUNG DES MEDIKATIONSPROZESSES IM VORFELD

Am Ende eines Safety Clips sollen praktische Hinweise zur Bewältigung eines komplexen Themas stehen – in diesem Fall zur Reorganisation des Medikationsprozesses im klinischen Bereich. Zunächst verlangt das Thema aber eine umfassende strategische Herangehensweise durch einen interprofessionellen Ansatz, mit dessen Hilfe die Risiken in den unterschiedlichen klinischen Bereichen identifiziert und bewertet werden. Die Absicherung des Medikationsprozesses beginnt bereits bei der Festlegung von Therapieleitlinien und bei den strategischen Einkaufsentscheidungen unter Beachtung der Pharmakovigilanz in der Arzneimittelkommission des Krankenhauses. Sie besteht aus Chefärztinnen und -ärzten, ihren Vertreterinnen und Vertretern sowie der Apothekenleitung, dem Krankenhausdirektorium und anderen mehr [4].

Damit das Behandlungsverfahren insgesamt sicher ablaufen kann, müssen ausreichend Informationen zur Indikationsstellung, zur Absicherung einzelner Therapieentscheidungen sowie zu klinischen Prozessanforderungen von den unterschiedlichen Expertinnen und Experten im ambulanten Bereich und im Krankenhaus genutzt werden. Stehen den Akteurinnen und Akteuren dabei notwendige Informationen zur Arzneimitteltherapie nicht zur Verfügung, stellt auch das bereits ein Risiko innerhalb des AMTS-Prozesses dar. Aktuell ist in diesem Zusammenhang insbesondere die Problematik der Lieferengpässe bei bestimmten Arzneimitteln (zum Beispiel zur Analgosedierung) im Hinblick auf die COVID-19-Pandemie zu beachten [5].

TECHNISCHE UNTERSTÜTZUNGSSYSTEME FEHLEN

Um breit abgesicherte Prozesse zu erhalten, muss die Zusammenarbeit zwischen den Handelnden aus Apotheke, ärztlichem Dienst und Pflege in den unterschiedlichen klinischen Bereichen intensiviert werden. Da derzeit in den meisten Einrichtungen die wichtigen pharmazeutischen Konsile beziehungsweise pharmazeutischen Visiten eher nur in geringem Umfang genutzt werden, müssen an ihre Stelle angemessene IT-Programme (Computerized Physician Order Entry, CPOE) treten, die Entscheidungen mit Auswirkungen auf die Verordnungssicherheit unterstützen. In der Praxis ist die technische Absicherung indes deutlich eingeschränkt, weil die elektronische Anbindung an Verordnungsprogramme fehlt.

Ein weiterer besonderer Nachteil im Gesamtprozess der AMTS erwächst daraus, dass die elektronische Patientenakte nur sporadisch im Einsatz ist. Die positiven Erfahrungen mit der Nutzung der elektronischen Patientenakte, zum Beispiel aus Österreich, zeigen deutlich das darin liegende Verbesserungspotenzial. Best-Practice-Erkenntnisse hierzu müssen systematisch aufbereitet und genutzt werden.

3. MASSNAHMEN UND KONTROLLSCHRITTE FÜR EINEN SICHEREN MEDIKATIONSPROZESS IM KLINIKALLTAG

Der Medikationsprozess enthält alle Stufen der Arzneimitteltherapie und umfasst im Wesentlichen folgende Schritte:

- Arzneimittelanamnese (Diagnose, Prüfung von Interaktionen, Kontraindikationen und Wechselwirkungen)
- Verordnung/Verschreibung
- Patienteninformation (Patienteneinbindung, Aufklärung, Entlassmanagement)
- Selbstmedikation
- Abgabe/Verteilung durch Apotheke und Pflegekraft (Prüfung Interaktionen, Kontraindikationen, Wechselwirkungen)
- Anwendung (Applikation/Einnahme, Einnahmeprüfung)
- Dokumentation und Kommunikation
- Therapieüberwachung (Therapieprüfung und -anpassung)
- Kommunikation/Abstimmung
- Ergebnisbewertung

Diese Definition beschreibt die wichtigen Faktoren des Medikationsprozesses, der insoweit Gegenstand der AMTS ist. Durch die GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH sind aus der eigenen jahrelangen Praxiserfahrung heraus Erweiterungen vorgenommen worden [6].

Aus diesen Prozessschritten lassen sich bereits erste Maßnahmen beziehungsweise Kontrollschritte innerhalb der den Medikationsprozess insgesamt bildenden Teilprozesse Verordnung, Vorbereitung und Applikation beschreiben. In der nachfolgenden Tabelle sind sie stichwortartig aufgeführt.

4. AUSBLICK

Um die Arzneimitteltherapiesicherheit in den ambulanten- und stationären Bereichen weiter zu verbessern, bedarf es einer umfassenden Strategie und der gezielten Unterstützung der verantwortlichen Akteuren und Akteure. Im Fokus steht dabei die Absicherung der Prozesse beziehungsweise der Teilprozesse des Medikationsmanagements durch Ableitungen aus gezielten Ursachenanalysen sowie durch die dringend notwendige digitale Innovation. Diese ist erforderlich, um unmittelbar wirksame Kontrollverfahren in den klinischen Bereich einzuführen. Neben der Nutzung elektronischer Verordnungssysteme, zum Beispiel mit Warnfunktionen bei fehlerhafter Dosierung, ist die Schulung der Mitarbeitenden zur Verbesserung ihrer Handlungskompetenz, zum Beispiel bei der Anwendung von Kontrollverfahren, besonders wichtig. Nicht zuletzt sollte auch die gezielte Patienteneinbindung im Kontext der Arzneimitteltherapiesicherheit ausgebaut werden.

Tab. 1: Teilprozesse Verordnung, Vorbereitung und Applikation.

Teilprozess	Maßnahmen/Kontrollschritte
Verordnung	- Nur schriftliche, unverwechselbare und eindeutige Verordnungen akzeptieren. - Ist die vollständige Anamnese durchgeführt? - Sind die Anforderungen an die Personalisierte Medizin beachtet worden? - Sind Interaktionen und Wechselwirkungen der Hausarztmedikation überprüft worden? - Ist die Polypharmazie beachtet worden (überwiegend bei älteren Patienten)? - Ist beachtet worden, ob Over-the-Counter(OTC)-Medikamente (nicht verschreibungspflichtige, freiverkäufliche Arzneimittel) genommen werden? - Werden Arzneimitteldatenbanken/das AMTS-Prüfungstool/Fachinformationen genutzt (Verabreichungsform, Dosierung, maximale Tageshöchstdosis)? - Sind Trägerlösung, Zytostatikaverdünnung, Laufzeit und Konzentration kontrolliert worden?
Vorbereitung	- Liegt eine eindeutige Beschriftung/Etikettierung (ISO 2685) vor? - Stehen Zubereitungslisten der Apotheke (Rote-Hand-Briefe etc.) zur Verfügung? - Gibt es eine Hotline zur Apotheke? - Liegen Informationsschreiben des Herstellers vor? - Werden Arzneimitteldatenbanken/AMTS-Prüfungstool/Fachinformationen vorgehalten? - Ist die Prüfung der Kompatibilitätsanforderungen erfolgt? - Erfolgt die Zubereitung nach Gebrauchsinformation/Fachinformation des Herstellers? - Werden die Hygienevorschriften eingehalten? - Ist Verwechslungssicherheit gegeben? - Erfolgt eine Identifikationsprüfung? - Werden Doppelkontrollen vorgenommen, gilt das Vieraugenprinzip?
Applikation	- Verfahrensanweisungen/SOPs berücksichtigen - Kompatibilitätsinformationen nutzen - Verpflichtende Schulung des Personals

ANMERKUNGEN

- [1] <https://www.akdae.de/AMTS/index.html>, zuletzt abgerufen am 11. Juni 2021, 10:02 Uhr.
- [2] ABS, Anforderungen des IFSG, §23.
- [3] Medikationsfehler in der Praxis: Die Bedeutung von Look- und Soundalikes als Mitursache von Medikationsfehlern, in: BULLETIN ZUR ARZNEIMITTELSICHERHEIT Informationen aus BfArM und PEI, Ausgabe 2, Juni 2019.

- [4] Siehe hierzu die Maßnahmen und Handlungsempfehlungen zur Gewährleistung der Sicherheit im Arzneimitteltherapieprozess (s. Aktionsplan AMTS 2021–2024, Bundesministeriums für Gesundheit zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit.
- [5] BfArM: JOUR FIXE ZU LIEFER- UND VERSORGUNGENGPÄSSEN.
- [6] Vergleiche <https://www.akdae.de/Kommission/Presse/DAe/20141031.pdf>, zuletzt abgerufen am 11. Juni 2021, 16:53 Uhr. ○

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

HYGIENE TIPP

Vor der Anschaffung von Medizinprodukten der Kategorie „Semikritisch B“: Aufbereitung klären!

Immer wieder tauchen nach der Anschaffung von Medizinprodukten der Kategorie „Semikritisch B“ Probleme bei der Aufbereitung auf. Beispiele für solche Medizinprodukte sind TEE-Sonden, intrakavitäre Ultraschall-Sonden, flexible Endoskope oder Video-Laryngoskope. Die von den Herstellern genannten manuellen Aufbereitungsverfahren durch alleiniges Abwischen sind unbefriedigend und in Deutschland nicht umsetzbar.

Eine alleinige Aufbereitung mit Wischtüchern (für Reinigung und Desinfektion) scheidet inzwischen aus, nachdem das RKI im November 2020 Wischtücher als nicht validierbar abgelehnt hat (es sei denn, man beweist für jeden die Aufbereitung ausführenden Mitarbeiter durch Bestimmung des Restproteins am Instrument, dass er die Reinigung durch Abwischen normkonform ausgeführt hat).

Alle die Aufbereitung ausführenden Mitarbeiter müssen vorher spezifische Sachkunde-Kurse absolvieren.

Der erste Schritt der Aufbereitung stellt die Reinigung dar. Dazu ist ein Abspülen mit Reinigungslösung oder Leitungswasser notwendig. Die anschließende Tauchdesinfektion in VAH-gelisteten Instrumentendesinfektionsmitteln kann heute durch maschinelle Desinfektionsverfahren (zum Beispiel durch UV-C oder H_2O_2 bei den oben genannten Produkten ohne Kanäle) ersetzt werden. Diese maschinellen Desinfektionsverfahren sind mit Chargenzeiten unterhalb von fünf Minuten schnell, die Geräte aber kostenintensiv.

Die Aufbereitung von flexiblen Ultraschallsonden oder Endoskopen muss jeder Anwender in seiner Praxis (seinem Krankenhaus) organisieren, dokumentieren und deren Wirksamkeit nachweisen (das Verfahren validieren). Das fordert zwingend die Betreiberverordnung für Medizinprodukte. Dieser Nachweis betrifft die Effizienz von Reinigung und Desinfektion. Das trifft auch dann zu, wenn der Hersteller der Medizinprodukte das Verfahren in der Aufbereitungsvorschrift ausdrücklich empfiehlt. Die alleinige Unterschrift eines Mitarbeiters auf einem Aufbereitungsprotokoll ersetzt keine Validierung.

Daher ist es wichtig, dass vor der Anschaffung derartiger Medizinprodukte geklärt wird, wie und wo eine korrekte Aufbereitung möglich ist. Eine Rücksprache vorher mit dem Hygienebereich und/oder AEMP/ZSVA ist dringend anzuraten.

Der Kurztipp im Auftrag der DGKH gibt die Meinung der Autoren wieder.



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: Vor der Anschaffung von Medizinprodukten der

Kategorie „Semikritisch B“ Aufbereitung klären! Passion

Chirurgie. 2021 September; 11(09): Artikel 04_05.



Weitere Hygiene-Tipps finden Sie auf BDC|Online

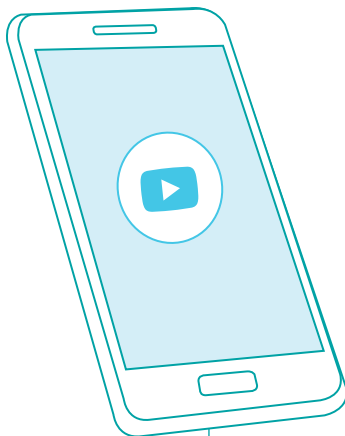
(www.bdc.de), Rubrik Wissen | Qualität &

Patientensicherheit | Hygiene-Tipp).

HYGIENE CLIP

Get Your Disinfection

Erfolgreiche bundesweite
Kampagne des BDC
in Kooperation
mit DGKH und BDH



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

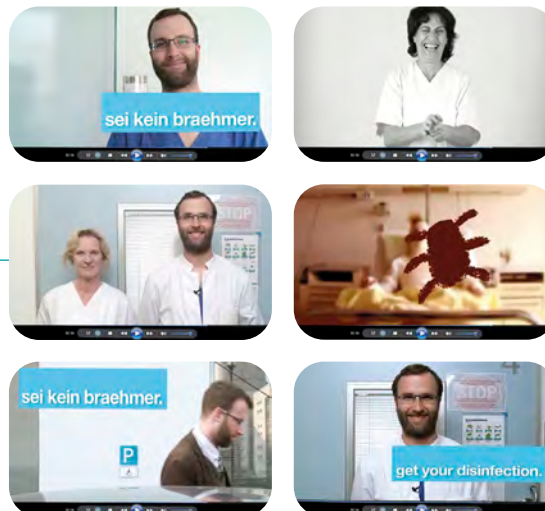
Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und die deutschen Hygieniker betreiben seit 2008 eine bundesweite Informationskampagne, die dazu beitragen soll, vermeidbare Infektionen in Klinik und Praxis zu reduzieren. Wir wissen, dass Sie als Chirurgin/Chirurg alles zur Infektprophylaxe und Hygiene wissen.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

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

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

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

AUF YOUTUBE ([HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/CHANNEL/UCGETSVIPQLNMKVX6WY3HROQ](https://www.youtube.com/channel/UCGETSVIPQLNMKVX6WY3HROQ)) FINDEN SIE ALLE HYGIENEVIDEOS ÜBER DEN VIDEO-KANAL DES BDC.



PATIENTENSCHUTZ DURCH HYGIENE IST EINE
BUNDESWEITE KONZERTIERTE AKTION VON:

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

REZENSION

Expertise Oberer Gastrointestinaltrakt

**Rezensent:**

Dr. sc. med. Ulrich Klaus Fetzner
Geschäftsführender Oberarzt
Klinik für Allgemeinchirurgie Viszeral-,
Thorax-, Kinder- und Endokrine
Chirurgie
Mühlenkreiskliniken
Johannes Wesling Klinikum Minden
Hans-Nolte-Straße 1
32429 Minden
ulrichklaus.fetzner@
muehlenkreiskliniken.de

„**O**berer Gastrointestinaltrakt“ lautet der Titel der Reihe „Expertise Allgemein- und Viszeralchirurgie“ aus dem Stuttgarter Verlagshaus Georg Thieme. Das Werk bündelt thematisch den klinischen und wissenschaftlichen Schwerpunkt des Herausgebertrios Arnulf Hölscher, Stefan Mönig und Hans-Joachim Meyer. Bei diesem Fachbuch für den fortgeschrittenen Leserkreis (Fach-, Ober-, Chefärzte) kommen nach Ansicht des Rezensenten der hohe Anspruch des Verlagshauses an die Buchreihe und die tatsächliche Umsetzung durch die international renommierten Herausgeber und die ausgesuchte Autorenschaft vollkommen zur Deckung.

Formal handelt es sich um ein hervorragend ausgestattetes, über 400 Seiten starkes,

großformatiges, aber dennoch handliches Hardcoverbuch mit robuster Fadenbindung. Das Papier ist entspiegelt, textmarkergeeignet und der Druck ist durchgehend 4-farbig.

Die Brücke zur digitalen Welt schlägt das Buch zum einen durch einen persönlichen Zugangscode, mit dem das Buch auf Smartphone, Tablet oder PC dauerhaft für einen Endnutzer konsumiert werden kann. Abso- lutes Novum sind zahlreiche Abbildungen im Buch, welche mit QR-Code versehen sind und – mit dem Smartphone oder Tablet betrachtet – die Ansicht eines Videos ermöglichen. Damit verschwimmen die Grenzen zwischen Printmedium und digitalem Medium. Gerade bei der Vermittlung von Operationswissen ist das eine didaktische



Expertise
Oberer Gastrointestinaltrakt
Hölscher / Mönig / Meyer

Auflage 2021
ISBN: 978-3-13-177141-4
Verlag: Thieme, Stuttgart

Fetzner U. Rezension: Expertise Oberer
Gastrointestinaltrakt. Passion Chirurgie. 2021
September; 11(09): Artikel 04_06.



Diesen Artikel finden Sie unter BDC|Online
unter der Rubrik Wissen | Aus-, Weiter- &
Fortbildung | Rezensionen

Revolution, die sicher eine Zäsur darstellt und taktgebend für künftige Publikationen im Fachbereich sein wird.

Das Werk ist klar in Ösophagus, Kardia und Magen gegliedert. Die Subkapitel sind didaktisch wohl überlegt und vom Textvolumen her wohl dosiert, ausgewogen und insbesondere auch orientiert an der praktischen Relevanz. Das Sachverzeichnis ist ausführlich, enthält die relevanten Begriffe und eignet sich daher gut zum Nachschlagen bei der täglichen Arbeit.

Es gelingt den Autoren wissenschaftlich orientiert und fundiert einerseits, aber auch klinisch praktisch orientiert andererseits, den aktuellen Stand der Diagnostik und der Behandlung der gut- und bösartigen Erkrankungen von Speiseröhre, Kardia und Magen wiederzugeben. Dabei erfolgt die inhaltliche Orientierung

durchgängig und klar an der chirurgischen Schule der Kölner Universitätsklinik von Arnulf Hölscher, welche auch als erste Klinik zum Exzellenzzentrum für die Chirurgie des Magens und des Ösophagus zertifiziert wurde.

Merke-Kästen und *Zusatzinfos* lockern den Textfluss auf, die Zitation von Primärliteratur und detaillierterer Sekundärliteratur führt den weitergehend interessierten Leser rasch in die Tiefe. Somit kann das Buch auch ideal als Einstieg in die wissenschaftliche Tätigkeit empfohlen werden.

Die zahlreichen aussagestarken Abbildungen entstammen ganz überwiegend der eigenen, üppigen Behandlungsdokumentation der klinisch aktiven Autoren. Wo immer sinnvoll, werden sie durch klare Schemata und anatomische Zeichnungen ergänzt.

Zusammenfassend handelt es sich um ein wissenschaftlich fundiertes und gleichzeitig praktisch-klinisch orientiertes Fachbuch zur Chirurgie der Speiseröhre und des Magens. Demzufolge vermittelt es gleichermaßen theoretisches Fachwissen und eine sehr anschauliche, didaktisch hervorragend aufbereitete, praktische Handlungskompetenz.

Dem Werk ist weite Verbreitung zu wünschen, der Preis ist mit 250 Euro und angesichts des digitalen Mehrwertes für die Zielgruppe angemessen.

Das Buch sollte aber auch ubiquitär in chirurgischen Teilbibliotheken, PJ-Bibliotheken und auch allgemeinchirurgischen Kliniksekretariaten für die Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten kostenlos zur Einsicht zur Verfügung gestellt werden. 

Einführung von AmbuPRAX in unserer chirurgischen Praxis – ein Erfahrungsbericht

Unser große unfallchirurgisch-orthopädische Gemeinschaftspraxis firmiert als Gelenkzentrum Schaumburg und hat als Besonderheit eine enge und sehr umfangreiche intersektorale Kooperation mit dem Ev. Agaplesion Klinikum Schaumburg in Obernkirchen-Vehlen. In zwei Praxisteilen haben wir ca. 25.000 ambulante Fälle jährlich. Darüber hinaus versorgen wir pro Jahr etwa 1.600 stationäre Patienten. Unsere Gelenkspezialisten implantieren u. a. jährlich mehrere Hundert Endoprothesen an Hüfte, Knie und Schulter. Dazu kommen ca. 1.000 ambulante Operationen pro Jahr.

VORGESCHICHTE

Schon seit Jahren suchten wir eine Vereinfachung der administrativen Verfahren, insbesondere bei der präoperativen Risikoaufklärung vor den von uns durchgeführten stationären und ambulanten Operationen.

Im Rahmen des gemeinsamen Bundeskongresses Chirurgie in Nürnberg im Februar 2019 wurde uns vom Vertriebsleiter von Ambu-IApps vollmundig zugesichert, seine Software AmbuPRAX würde jede Praxis komplett digitalisieren und den Papierverbrauch auf Null bringen. Auch wenn uns diese Zusage etwas übertrieben vorkam, erschien uns dieses Angebot in Anbetracht der täglichen Papierflut in unserer Praxis doch attraktiv. Ein

**Korrespondierender Autor:****Dr. med. Peter Kalbe**

Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Gelenkzentrum Schaumburg
Stückenstraße 3
31737 Rinteln
Kalbe@bdc.de

Dr. med. Florian Barth

Gelenkzentrum Schaumburg
Stückenstraße 3
31737 Rinteln

Besuch in einer orthopädischen Referenzpraxis bei Hannover bestätigte die Alltagstauglichkeit des Systems, so dass schließlich die Einführung von AmbuPRAX in unserer Praxis ab Ende 2020 beschlossen wurde.

IMPLEMENTIERUNG – HARDWARE

Zunächst mussten die technischen Voraussetzungen geschaffen werden. AmbuPRAX läuft auf Apple-Tablet-Computern, so dass wir uns zur Anschaffung von 20 aktuellen iPads (Stand 2020) und den dazugehörigen elektronischen Stiften (Apple Pencil) entschlossen, also je 10 Geräte für unsere beiden Praxisteile. Das Ausfüllen der Formulare ist zwar auch mit dem Finger möglich, die Stifte erlauben aber eine deutlich feinere Darstellung.

Darüber hinaus musste das WLAN in beiden Betriebsteilen optimiert werden, da die Synchronisation der Tablets mit dem Server über eine verschlüsselte WLAN-Verbindung erfolgt. Für die Lagerung und zum Aufladen der Geräte haben wir inzwischen eine Ladestation im Bereich der Anmeldung der Praxis geschaffen. Auf dem EDV-Server wurde gesonderter Speicherplatz reserviert.

IMPLEMENTIERUNG – SOFTWARE

Die Einführung von AmbuPRAX in unserer Praxis war gekennzeichnet durch ein außergewöhnliches Engagement der Firma und namentlich durch den persönlichen Einsatz des Entwickler-Ehepaars Schmidt. Dadurch war das System in wenigen Tagen einsatzbereit.

Dreh- und Angelpunkt der Software ist das sogenannte „Control-Center“. Aus unserem Praxisverwaltungssystem (PVS, Medistar) werden die Stammdaten unserer Patientinnen und Patienten über ein Makro per BDT-Schnittstelle exportiert und konnten dann problemlos in verschiedene Arten von Formularen importiert werden. Besonders häufig benötigen wir die Aufklärungsbögen von perimed für die Endoprothetik an Hüfte, Knie und Schulter sowie für arthroskopische Eingriffe. Aber auch individuelle oder praxisinterne Formulare können in die Software importiert und angepasst werden. So verwenden wir für die

kleinen handchirurgischen Eingriffe unsere eigenen kompakten Aufklärungsformulare.

Auch die Vorlagen für den Anamnesebogen und die von den Patienten zu unterschreibende Datenschutzerklärung wurden unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben und der Anforderungen unseres Gelenkzentrums selbst entwickelt und implementiert. Darüber hinaus haben wir in AmbuPRAX Formulare hinterlegt, die vom PVS nicht angeboten werden und sonst handschriftlich ausgefüllt werden müssten, z. B. die Arbeitsplatzbeschreibung sowie das Formular für die Wiedereingliederung bei BG-Patienten (**Abb. 1**).

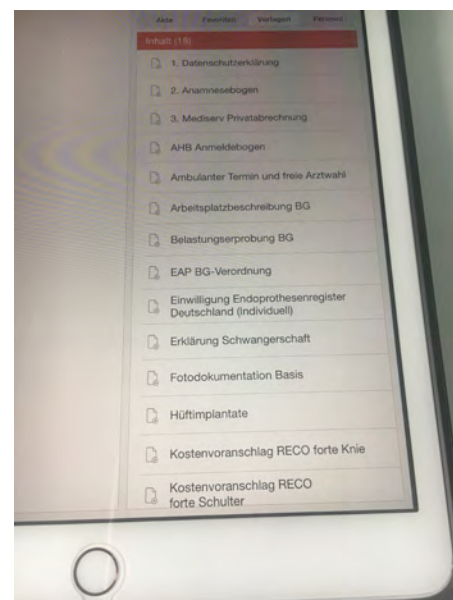


Abb. 1: Auswahl aus den zur Verfügung gestellten ausfüllbaren Vorlagen

DER TÄGLICHE WORKFLOW

In unseren beiden Praxis-Teilen sind jeweils 10 iPads vorhanden. Wir haben einen hohen Anteil neuer Patienten, die erstmals (oder erstmals nach Ablauf von zwei Jahren) in unsere Praxis kommen. Diese Patienten erhalten direkt bei der Anmeldung ein iPad ausgehändigt (**Abb. 2**) mit der Bitte, selbst während der Wartezeit die Datenschutzerklärung (**Abb. 3**) zu unterschreiben sowie den mehrseitigen Anamnese-Bogen auszufüllen und ebenfalls zu unterzeichnen. In den Bögen können Pflichtfelder und optionale Angaben definiert werden. Die meisten Patienten kommen damit technisch sehr gut zurecht.



Kalbe P, Barth F: Einführung von AmbuPRAX in unserer chirurgischen Praxis – ein Erfahrungsbericht. *Passion Chirurgie*. 2021 September; 11(09): Artikel 04_07.

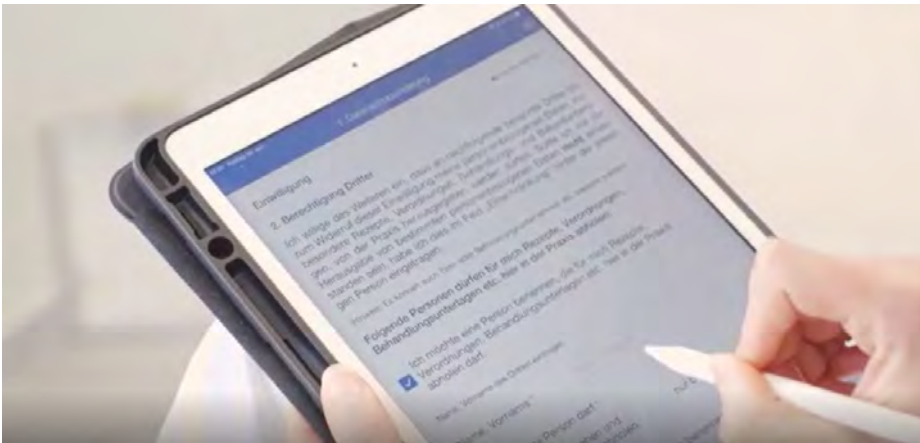


Abb. 2: Ausfüllen und Unterschreiben der Datenschutzerklärung mit dem Apple Pencil



Abb. 4: Fotodokumentation einer Hautnekrose nach Sturz auf das Knie und Erstversorgung alio loco



Abb. 5: Das Foto von Abb. 4 ist sofort in der Dokumentenverwaltung archiviert

Nur wenige – meist ältere – Patientinnen und Patienten benötigen dazu die Unterstützung durch eine MFA, was dann in der Regel im Behandlungsraum geschieht.

Sobald die Formulare auf dem Tablet unterzeichnet und abgeschlossen sind, erfolgt ein automatischer „smart import“ aus dem AmbuPRAX-Control Center in unser Dokumentenverwaltungssystem Moviestar, so dass die Dokumente beim Arztgespräch schon zur Verfügung stehen. Darüber hinaus werden wichtige Angaben aus dem Anamnesebogen, wie z. B. die Medikamente, automatisch in die medizinischen Daten von Medistar übernommen und dort angezeigt. Hilfreich ist auch der optisch prägnante Hinweis auf vorliegende Allergien. Die Dokumente werden im Control Center zusätzlich archiviert und können bei Bedarf von dort nachgeladen werden. Die unveränderliche Archivierung ist mit einem Zertifikat der Bundesdruckerei und einem Zeitstempel versehen und gilt somit als rechtssicher.

(Abb. 4 und 5). Dies bietet sich zum Beispiel an für die Verlaufsdokumentation bei Wunden oder die im EBM (Kapitel 31.2.2) vorgeschriebene präoperative Befunddokumentation. Mitgebrachte Einzelbefunde können im Behandlungsraum fotografisch dokumentiert werden und brauchen dann nicht mehr eingescannt zu werden. Bei Dupuytren-Patienten empfiehlt sich ein präoperatives Foto, weil postoperativ leicht vergessen wird, wie stark die Beugekontraktur vor dem Eingriff ausgeprägt war.

HÄUFIG GESTELLTE KRITISCHE FRAGEN

WERDEN DIE TABLETS NICHT VERSEHENTLICH MITGENOMMEN ODER ENTWENDET?

Nein, weil man mit den iPads außerhalb der Praxis nichts anfangen kann. Der Zugang zur Funktion ist mit einer 6-stelligen Zahlenkombination kodiert und außer der AmbuPRAX Software ist keinerlei Nutzung der Tablets möglich. Darüber hinaus kann jedes

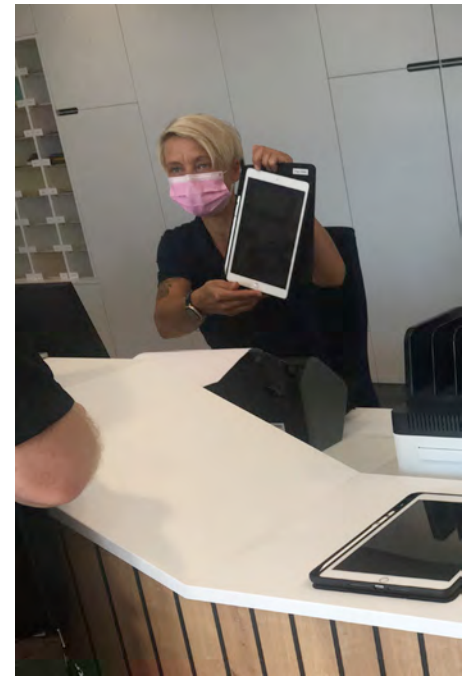


Abb. 3: Einsatz der iPads an der Praxis-Anmeldung

Apple-Gerät geortet werden, wenn es eingeschaltet wird, so dass eine versehentliche oder absichtliche Mitnahme aus der Praxis lokalisiert werden könnte.

Erfreulicherweise gibt es auch keinen Schwund bei den zugehörigen Apple Pencils, die jeweils fest einem Gerät zugeordnet sind. Zum Schutz der Geräte haben wir stabile Hüllen angeschafft, die auch einen Platz für die Aufnahme des Stifts bieten. Die Stifte können einfach über die Firewire-Schnittstelle an den iPads selbst aufgeladen werden.

SIND DIESE PRÄOPERATIVEN RISIKO-AUFKLÄRUNGEN RECHTSSICHER?

Aus der Rechtsprechung ist bekannt, dass bei der Verwendung von vorgefertigten Formularen individuelle Anpassungen als Hinweis auf eine patientenspezifische Einzelaufklärung gefordert werden. Das System ermöglicht es, wie auf Papier in die Bögen handschriftliche Markierungen, Erläuterungen und Ergänzungen einzufügen, um dieser Forderung nachzukommen. Uns ist darüber hinaus keine Rechtsprechung bekannt, in der eine digital unveränderlich gespeicherte Aufklärung in Form eines pdf-Dokuments nicht anerkannt wurde. Die Dokumente werden nach der

Unterschrift unveränderlich und mit Zertifikat und Zeitstempel archiviert.

Darüber hinaus wird nach der Unterschrift nachgefragt, ob der Patient einen Ausdruck des Aufklärungsbogens zur Mitnahme wünscht. Viele Patientinnen und Patienten verzichten darauf. Im Endausbau des Systems soll das Dokument nach Abschluss als verschlüsselte E-Mail an den Patienten zur eigenen elektronischen Archivierung oder zum Selbstausdruck versandt werden.

RECHNET SICH DIESE INVESTITION BETRIEBSWIRTSCHAFTLICH?

Aus unserer Sicht kann diese Frage mit Ja beantwortet werden. Der Workflow in der Praxis hat sich deutlich beschleunigt, so dass mehr Sprechstundenzeit für mehr Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht. Eine weitere Verbesserung erwarten wir durch die zukünftige Nutzung des Patientenportals (s. u.). Auch im Hinblick auf die Nachhaltigkeit unserer Praxis ist AmbuPRAX ein großer

Fortschritt. Benötigten wir früher monatlich viele Tausend Seiten Papier zum Ausdrucken und Kopieren, so hat sich dieser Aufwand jetzt um ca. 90 % reduziert. Weggefallen ist auch der erhebliche Aufwand durch das Einscannen der Papierformulare und die anschließende datenschutzrechtlich einwandfreie Entsorgung (Schredder oder verschlossene Datentonne). Die daraus resultierenden Kosten sind minimiert worden.

WIEVIEL PAPIER KANN DENN NUN WIRKLICH EINGESPART WERDEN?

Im 2. Quartal 2021 wurden in unserer Praxis 8.885 Dokumente über AmbuPRAX ausgefüllt und gespeichert. Das entspricht insgesamt 18.343 Druckseiten. Leider müssen wir die Risiko-Aufklärungen zur Operation im Krankenhaus noch zweimal ausdrucken, einmal für die Krankenhausakte und eine Abschrift für den Patienten. Aber auch hier arbeiten wir mit Hochdruck an einer Lösung. Die Anpassung an das Krankenhausinformationssystem ist aber schwierig umzusetzen.

FAZIT

Gut ein halbes Jahr nach der Einführung von AmbuPRAX sind wir mit dem Produkt und mit der Vereinfachung unserer Praxisabläufe sehr zufrieden. Die Unterstützung bei der Implementierung und auch aktuell durch die Hotline war und ist exzellent. Um den Workflow weiter zu verbessern, planen wir als nächsten Schritt die Erweiterung um das Patientenportal. Dies bedeutet, dass Patientinnen und Patienten sich schon im Vorfeld des Praxisbesuchs über das Web-Portal anmelden und den Anamnesebogen und die Datenschutzerklärung am Bildschirm und in aller Ruhe ausfüllen können. Dies wird den administrativen Aufwand in der Praxis weiter reduzieren. Darüber hinaus können wir dann die unterschriebenen präoperativen Aufklärungsbögen direkt an die angegebene E-Mail-Adresse senden, was wiederum den noch bestehenden restlichen Druckaufwand reduzieren wird.



Der BDC hat mit Ambulapps einen Rahmenvertrag geschlossen. Dieser ermöglicht allen Mitgliedern des BDC Zugang zu den Leistungen zu Sonderkonditionen.

Detaillierte Informationen finden Sie auf BDC|Online unter:

www.bdc.de/sonderkonditionen-fuer-bdc-mitglieder-fuer-digitalisierung-der-praxisunterlagen

SPRECHEN SIE UNS AN:

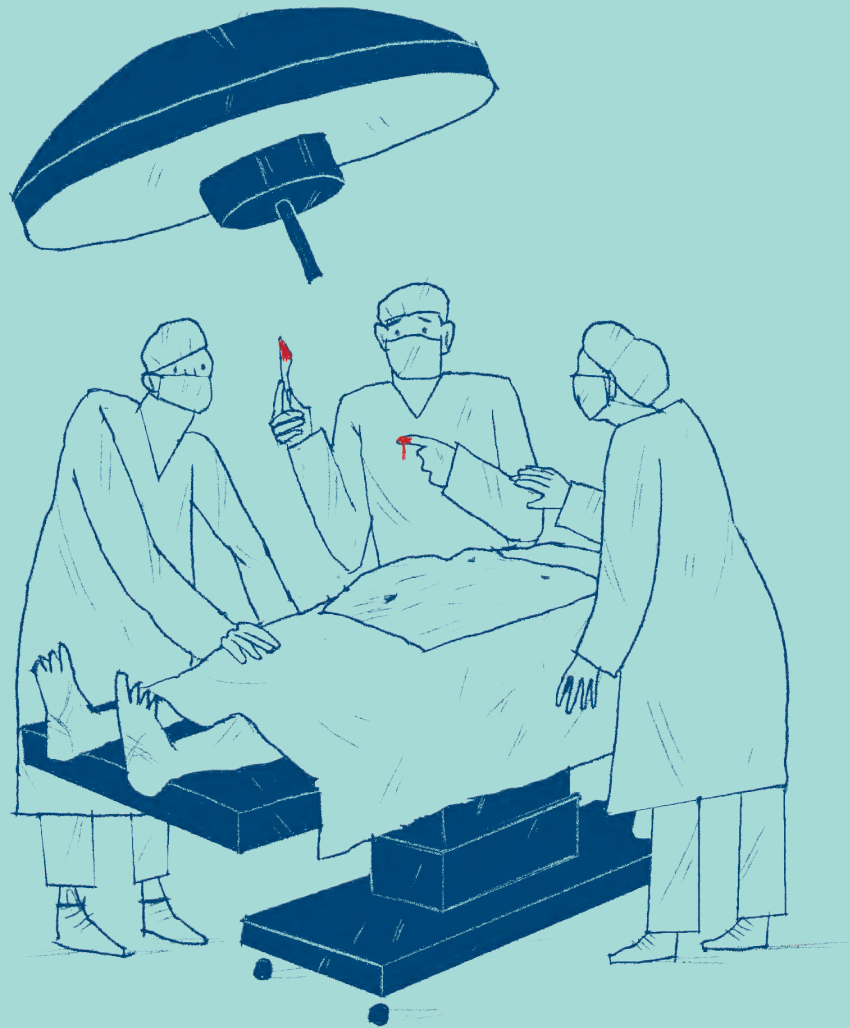
Kontakt via BDC-Sekretariat

Maren Löprick

Tel.: 030/28004-150

E-Mail: mail@bdc.de

Der Vollständigkeit halber ist zu erwähnen, dass auch andere Produkte für den gleichen Zweck am Markt angeboten werden.



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

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.

SEPTEMBER 2021

Dr. med. Jens Bigge, Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Schwerpunktbezeichnung Spezielle Unfallchirurgie und seit 2018 Leitender Oberarzt der Unfallchirurgie und Orthopädie des Heidekreises-Klinikum (HKK) Standort Walsrode übernahm zum 01.07.2021 die Position des Chefarztes der Unfallchirurgie/Traumatologie am HKK in Soltau.

Dr. med. Alexander Sascha Bode, bisher Leitender Oberarzt der Unfallchirurgie und Orthopädie des St. Vincenz-Krankenhauses in Limburg, ist seit dem 01.07.2021 einer von zwei neuen Chefarzten des neuen Zentrums für Orthopädie und Traumatologie (ZOT). Zusammen mit **Dr. med. Stefan Roland** wird er den orthopädisch-unfallchirurgischen Bereich des Sankt Vincenz-Krankenhauses bündeln und weiter ausbauen.

Thomas Deck ist Nachfolger von **Peter Bause**, der sich nach seiner Zeit als Chefarzt der Klinik für Unfall- und Orthopädische Chirurgie und Sporttraumatologie des Gesundheitszentrums Odenwaldkreis GmbH, Kreiskrankenhaus Erbach in den Ruhestand verabschiedete. Deck ist Facharzt für Chirurgie sowie Unfallchirurgie und Orthopädie und war zuvor langjähriger Oberarzt der Klinik.

Herr M.D. Saman Djamil, Facharzt für Chirurgie und Gefäßchirurgie sowie Endovaskulärer Chirurg und langjähriger Oberarzt der Klinik, ist neuer Chefarzt der Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin am Klinikum St. Marien in Amberg.

Prof. Dr. med. Jan-Hendrik Egberts übernahm zum 01.08.2021 die Leitung der Chirurgischen Klinik des Israelitischen Krankenhauses in

Hamburg. Egbert, der zuvor Leiter der Sektion Thoraxchirurgie im Universitätsklinikum Kiel war, gilt innerhalb Deutschlands als einer der erfahrensten da Vinci-Roboter-Operateure.

Dr. med. Michael Jakob ist der neue Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am St. Marien-Hospital in Mühlheim. Der Chirurg mit den Zusatzbezeichnungen Spezielle Viszeralchirurgie und Proktologie wechselte von der Schön-Klinik Düsseldorf, wo er als Leitender Oberarzt tätig war.

Dr. med. Ralph Kather ist seit dem 01.07.2021 Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie am Klinikum Peine. Vom 01.03.2010 bis zum 30.06.2021 war er Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie am Helios Klinikum Uelzen.

Dr. med. Robert Keller, Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie mit dem Schwerpunkt Spezielle Viszeralchirurgie und langjähriger Chefarzt der Klinik für Chirurgie in den Segeberger Kliniken, wechselte zum 01.07.2021 als Chefarzt an die Sana Kliniken Lübeck.

PD Dr. med. Kirsten Lindner ist Fachärztin für Viszeralchirurgie mit den Zusatzbezeichnungen spezielle Viszeralchirurgie und Proktologie und seit dem 01.07.2021 die neue Leiterin der Klinik für Endokrine Chirurgie und des Schilddrüsenzentrums am Krankenhaus Vilsbiburg.

Dr. med. Temur Parulava leitet neben der Allgemein- und Viszeralchirurgie des Krankenhauses Maria Stern in Remagen nun auch das Team im Franziskus Krankenhaus in Linz.

Dr. med. Stefan Rütth hat zu Mitte Juli 2021 die Leitung der Abteilung für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Minimalinvasive Chirurgie der Asklepios Stadtklinik Bad Tölz



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

Frage & Antwort



Verordnung von Gesundheits-Apps für GKV-Patienten



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

Heberer J. F+A: Verordnung von
Gesundheits-Apps für GKV-Patienten.
Passion Chirurgie.2021 September; 11(09):
Artikel 04_09.



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

FRAGE:

Ein niedergelassener Unfallchirurg fragt, ob er GKV-Patienten Gesundheits-Apps verordnen darf und ob ihm diese Leistung vergütet wird.

ANTWORT:

Durch das Digitale-Versorgung-Gesetz haben GKV-Versicherte einen gesetzlichen Leistungsanspruch auf Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA), hierunter fallen Apps und webbasierte Anwendungen, zu Lasten ihrer GKV nach § 33a SGB V. Der Anspruch umfasst nur solche DiGA, die

1. vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V (DiGA-Verzeichnis) aufgenommen wurden und
2. entweder nach Verordnung des behandelnden Arztes oder des behandelnden Psychotherapeuten oder mit Genehmigung der Krankenkasse angewendet werden.

Nur für im DiGA-Verzeichnis gelistete Anwendungen übernehmen die Kassen die Kosten.

Das BfArM entscheidet zudem über die ärztlichen Leistungen, die für die Versorgung mit

der jeweiligen DiGA erforderlich sind und informiert parallel die Bundesmantelvertragspartner über diese ärztlichen Leistungen.

Für die Verordnung ist das Arzneimittelrezept (Muster 16) zu verwenden.

Wenn mit der DiGA ärztliche Leistungen verbunden sind, soll der Vertragsarzt dafür eine Vergütung erhalten. Für DiGA, die dauerhaft im DiGA-Verzeichnis aufgenommen wurden, wird die Höhe der Vergütung von der KBV und dem GKV-Spitzenverband über den Bewertungsausschuss im EBM vereinbart. Nach Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis haben sie hierzu drei Monate Zeit. Für vorläufig gelistete DiGA prüfen und vereinbaren die vorgenannten Gremien innerhalb von drei Monaten das Honorar für ärztliche Leistungen.

Für die unterschiedlichen Formen der DiGA sollen im EBM je nach Aufwand unterschiedliche Honorare vorgesehen werden. Noch sind nicht alle Details zur Vergütung geregelt, sodass dies weiterverfolgt und abgewartet werden muss.

Derzeit hat der Erweiterte Bewertungsausschuss mit Beschluss vom 17.03.2021 zunächst einmal mit den GOPen 01470 und 01471 zwei EBM-Ziffern für die Abrechnung festgelegt. Während die GOP 01471 EBM nur bestimmten Fachgruppen vorbehalten ist, steht die GOP 01470 EBM grundsätzlich allen niedergelassenen Ärzten offen.

Eine Vergütung für das Ausstellen der Erstverordnung einer Gesundheits-App nach GOP 01470 EBM erhält der Arzt unter zwei Voraussetzungen:

Zum einen dürfen nach der Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses solche

Apps nur an Patienten ab 18 Jahren verordnet werden.

Zum anderen muss die App dauerhaft im Verzeichnis des BfArM aufgenommen sein. In diesem Verzeichnis finden sich auch Apps, die lediglich vorläufig aufgenommen sind, sodass hierauf bei der Verordnung geachtet werden muss.

Für die Erstverordnung erhält der Arzt sodann eine Vergütung nach GOP 01470 EBM in Höhe

von 18 Punkten/2,00 EUR. Erfolgt die Verordnung im Rahmen einer Videosprechstunde, ist auch dies hiernach berechnungsfähig. Dies ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

Einem Patienten können auch unterschiedliche DiGA verordnet werden. Die GOP ist dann mehrfach im Behandlungsfall berechnungsfähig, wobei zur Begründung die verordnete DiGA benannt werden muss.

Die GOP 01470 EBM wird für zwei Jahre extra-budgetär vergütet und ist bis 31.12.2022 befristet.

Dr. jur. Jörg Heberer
Justitiar BDC, Berlin
Fachanwalt für Medizinrecht, München



M3-Abschlusstraining STAATSEXAMEN 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.



Eine klare Haltung beim Start in die Führungsposition ist unverzichtbar für eine dauerhaft tragfähige Balance zwischen Ethik und Ökonomie in der Chirurgie

Auszüge mit begleitenden Kommentaren aus dieser Arbeit wurden publiziert in:

Arne Christian Siewert, Karl-Heinz Wehkamp, Carsten Johannes Krones, Werner Vogd, Erik Allemeyer, Bewerbungsgespräche von Chefarzten – Ökonomie hat hohen Stellenwert, In: Deutsches Ärzteblatt | Jg. 118 | Heft 4 | 29. Januar 2021; Dtsch Arztebl 2021; 118(4): A 180–4; Volltext online unter [iww.de/s4575](https://www.iww.de/s4575).

**Korrespondierender Autor:****Dr. med. Erik Allemeyer**

Leitender Arzt
 Proktologie, Kontinenz- u.
 Beckenbodenchirurgie
 Niels-Stensen-Kliniken
 Franziskus Hospital Harderberg
 Alte Rothenfelder Str. 23
 49124 Georgsmarienhütte
erik.allemeyer@niels-stensen-kliniken.de

Arne Christian Siewert

Manager
 Pricewaterhouse-Coopers WPG GmbH
 Frankfurt/Main

Prof. Dr. Karl-Heinz Wehkamp

Universität Bremen
 Socium Forschungszentrum
 Ungleichheit und
 Sozialpolitik Universität Bremen
karl.wehkamp@uni-bremen.de

Prof. Dr. Werner Vogd

Lehrstuhlinhaber für Soziologie
 Fakultät für Gesundheit (Department
 für Humanmedizin)
 Universität Witten/Herdecke
Werner.Vogd@uni-wh.de

Prof. Dr. med. Carsten J. Krones

Leiter Themen-Referat „Leitende
 Krankenhauschirurg:innen“ im BDC
 Chefarzt der Klinik für Allgemein- und
 Viszeralchirurgie
 Marienhospital Aachen
carsten.krones@marienhospital.de

Allemeyer E, Siewert A C, Wehkamp K-H, Vogd W, Krones C J: Eine klare Haltung beim Start in die Führungsposition ist unverzichtbar für eine dauerhaft tragfähige Balance zwischen Ethik und Ökonomie in der Chirurgie. *Passion Chirurgie*. 2021 September; 11(09): Artikel 05_01.



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

Die zugrunde gelegte Original-Studie wurde publiziert in:

A.C. Siewert, K.-H. Wehkamp, W. Vogd, C.J. Krones, E. Allemeyer Bewerbungsverfahren und Berufsstart für Chefarzte in der Chirurgie – welchen Stellenwert hat die Ökonomie? *Zeitschrift für medizinische Ethik* 2021 (67):403-19

Die gesamte Originalarbeit inklusive Graphiken finden Sie auf der Webseite des BDC unter www.bdc.de.

EINLEITUNG

Als Folge der überwiegend merkantil ausgerichteten Systemwechsel im Deutschen Gesundheitssystem ist der Stellenwert ökonomischer Kompetenz in der Leitungsebene eines Krankenhauses stark in den Vordergrund gerückt. Die Leistungsfähigkeit des stationären Sektors hängt heute ganz wesentlich davon ab, ob die kaufmännische Führung mit Geschick und Weitsicht die taktisch und strategisch richtigen Entscheidungen trifft. Dabei muss ein sehr komplexes Gebilde bedient werden. Neben der fachlichen Qualität prägen Mitarbeiterführung, Finanzwesen, Controlling, Einkauf, Investitionen, Marketing, Kommunikation und eine anspruchsvolle Administration des sehr heterogen zusammengesetzten Unternehmens „Krankenhaus“ den wirtschaftlichen Bestand und das Entwicklungspotenzial eines Krankenhauses. Vor dem Hintergrund des politisch initiierten, aber zugleich auch regulierten Wettbewerbs unter den stationären Gesundheitsdienstleistern kann ohne eine exzellente Performance der Geschäftsführung keine noch so brillante medizinische Leistung die Zukunft eines Krankenhauses alleine sichern.

Während in den 1980er/1990er-Jahren Chefärzte unabhängig und fast autokratisch agieren konnten, hat sich dieses Szenario seit den 2000er-Jahren annähernd umgekehrt. Das System Krankenhaus kontrollierte leitende Ärzte zuletzt vornehmlich direktiv. Doch nachhaltiger Erfolg lässt sich in Unternehmen nur durch eine dialogische Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen erreichen. Aus diesem Postulat ergibt sich zwischen Ökonomen und Chirurgen im stationären Sektor eine fast natürliche Partnerschaft, bei der

die Ziele beider Berufsgruppen vollkommen übereinstimmen: Ärzte wollen mit bestmöglichem medizinischen Ergebnis ihre Patienten versorgen, und kein Krankenhausbetriebswirt wird das Gegenteil für den ökonomischen Zweck seines Unternehmens behaupten. Dem widerspricht, dass Medizin und Ökonomie im Krankenhaus zunehmend als konfliktvoll erlebt werden^{5,6}. Statt eines Miteinanders herrscht der Eindruck, dass Ärzte unter Druck gesetzt werden, ihre originären Aufgaben zum bestmöglichen Wohl der kranken Menschen den wirtschaftlichen Zielen der Institutionen unterzuordnen¹⁻⁴. Nicht ohne Anlass hat die zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer (ZEKO) bereits 2013 in einer Stellungnahme vor einer zunehmenden Ausrichtung der Krankenhauspolitik an ökonomischen Zielsetzungen gewarnt. Sehr konkret wurden hierbei die kritischen Elemente benannt: die Ausnutzung von Fallpauschalen und das Stellen von Indikationen zu besonders gewinnbringenden Untersuchungen und Operationen⁸.

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) hat sich zum Ziel gesetzt, das Potenzial in der natürlichen Partnerschaft zwischen Kaufleuten und Chirurgen in der stationären Patientenversorgung offenzulegen und so die Balance zwischen Ethik und Monetik im Krankenhaus zu fördern.

Als Grundlage soll als erste Schlüsselstelle für die Gestaltung des Zusammenspiels aus Ethik und Ökonomie im Krankenhaus zunächst der Startpunkt der Zusammenarbeit untersucht werden – das Bewerbungsverfahren und der Berufsstart chirurgischer Chefarzte. In Zusammenarbeit mit Klinikern, Ökonomen, Soziologen und Medizinethikern führte der

BDC dazu eine repräsentative Umfrage unter Chefärzten chirurgischer Fächer durch, welche von 2016 bis 2019 eine Führungsposition übernommen haben. Dabei sollte untersucht werden, wie ökonomischer Druck die Auswahl und den Start des leitenden Chirurgen prägt, und wo Möglichkeiten existieren, schon zu Beginn des Engagements Einfluss auf die zukünftige Gewichtung originär ärztlicher Zielsetzungen und ökonomischer Maximen zu nehmen.

METHODIK

Innerhalb eines dreistufigen Untersuchungsdesigns erfolgte zunächst eine Analyse von Stellenanzeigen für Chefarztpositionen. Im zweiten Schritt wurden die Ergebnisse mit einer qualitativen Befragung ausgewählter Interviewpartner kombiniert. Auf dieser Basis wurde danach ein Fragebogen entwickelt, der als Vollerhebung alle in Frage kommenden chirurgischen Chefärzte, die in den zurückliegenden drei Jahren eine Leitungsposition übernommen hatten, adressierte.

Zunächst interessierte, ob die Inhalte von Stellenanzeigen die Zielvorgaben der Stellenanbieter bereits erkennen lassen. Dazu wurden alle Stellenanzeigen im Deutschen Ärzteblatt aus dem Zeitraum 01/2017 bis 12/2018 ($n = 91$) in den Fachgebieten Allgemein- u. Viszeralchirurgie, Thoraxchirurgie, Herzchirurgie, Plastische Chirurgie, Kinderchirurgie, Gefäßchirurgie und Unfallchirurgie/Orthopädie für Krankenhäuser in Deutschland gesichtet. Die Angaben zu Erwartungen an potenzielle Stellenbewerber und zum Angebot des Stellenanbieters wurden einzeln notiert, kategorisiert und qualitativ analysiert. Auf dieser Grundlage wurden sowohl die Hypothese präzisiert als auch Fragestellungen für die später vorgenommenen Pilotinterviews entwickelt.

Im zweiten Schritt wurden sieben qualitative Pilotinterviews mit einer Auswahl von Personen aus dem Adressatenkreis durchgeführt (Interviewer E. A.).¹⁰ Die Pilotinterviews hatten wenige, überwiegend offene Fragen zum Inhalt, die ein freies und offenes Antworten ermöglichten.¹¹ Die Technik entspricht einem Leitfadenterview. Die Antworten wurden

zunächst qualitativ untersucht, und dann einer inhaltsanalytischen Auswertung unterzogen.^{12,13,14} Ergänzend wurde im Anschluss an jedes Interview ein sogenanntes „Ambienteprotokoll“¹⁵ geführt.

Auf Grundlage der Pilotinterviews und etablierter Instrumente für strukturierte Online-Fragebögen^{16,17} wurde im dritten Schritt ein Katalog von offenen und geschlossenen Fragen zu Inhalten der Bewerbungsgespräche und den ersten Zielvereinbarungen (in der Regel sechs bis zwölf Monate nach Stellenantritt) entwickelt. Die Methode zur Durchführung von Pilotinterviews und des hieraus entwickelten Online-Fragebogens orientiert sich an Empfehlungen von Schnell¹⁶, Hollenberg¹⁷ und Mayring.^{18,19}

Die Adressaten wurden aus dem Verteiler des BDC per E-Mail angeschrieben. Insgesamt wurden 1.890 E-Mails an die beim BDC registrierten chirurgischen Chefärzte und Oberärzte versandt. Oberärzte wurden unter der Annahme eines eventuell schon erfolgten Wechsels in die Chefarztposition integriert, bei Nichtantritt einer Chefarztposition aber wieder ausgeschlossen.

ERGEBNISSE (ZUSAMMENFASSUNG)

Die Stellenanzeigen lassen einen ausgeprägten Schwerpunkt ökonomischer Zielsetzungen und auch Anreize für das Stellenprofil leitender Krankenhauschirurgen erkennen. Die demografischen Ergebnisse zu Krankenhausgröße, Abteilungsgröße, Trägerschaft zeigen eine repräsentative Kohorte. Insgesamt sind sowohl ein hoher Stellenwert ökonomischer Zielvorgaben und hieraus entstehender Druck auf die Bewerber und Berufsstarter in der chirurgischen Krankenhausleitung zu erkennen, als auch in Anteilen deren Identifikation mit ökonomischen Zielsetzungen – sowohl in der qualitativen als auch in der quantitativen Analyse und freien Kommentaren. Das Bewerbungsgespräch wird als Möglichkeit gesehen, auf die Gewichtung ökonomischer gegenüber originär ärztlichen und ethischen Zielsetzungen für die chirurgische Leitungstätigkeit Einfluss zu nehmen.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Das Gewicht ökonomischer Maßgaben bei Übernahme einer Leitungsfunktion in der Chirurgie ist hoch. Die Wahrnehmung hierzu ist gemischt: wir registrierten sowohl sehr kritische als auch bejahende Bewertungen durch die Betroffenen. Handlungsspielräume beim Berufsstart für den Chefarzt sollten aktiv genutzt werden.

FUSSNOTEN UND QUELLEN

- 1 Thielscher, C. (2018): *Zur Pathogenese der Ökonomisierung in Deutsches Ärzteblatt*, S. A 1946, Heft 43, Ausgabe 10/2018.
- 2 Wehkamp, K.H. und Naegler, H. (2017): *Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus – Eine qualitative Studie zu den Wahrnehmungen von Ärzten und Geschäftsführern*, in *Deutsches Ärzteblatt – Dtsch Arztebl Int* 2017; 114:797–804.
- 3 Albrecht, B. (2019): *215 Ärzte fordern im Stern: Mensch vor Profit*, S. 24 ff. in *Stern* Ausgabe 37 vom 05.09.2019.
- 4 Albrecht, B. (2019): *Ärzte-Appell im „Stern“: Mensch vor Profit in Hamburger Ärzteblatt – S. 22*, Ausgabe 10/2019; 73. Jahrgang vom 10.10.2019.
- 5 Ulsenheimer, K. (2015), *Fehlentwicklungen in der Medizin: Verrechtlichung und Ökonomisierung*, S. 757 ff., *MedR* 33, 757–762 (2015). <https://doi.org/10.1007/s00350-015-4125-9>, Zugriff am 26.04.2020.
- 6 Vogd, W.; Feist, M.; Ostermann, A. und Molzberger, K. (2017): *Führungskräfte im Krankenhaus – Umgang mit ökonomischem Druck*, in *Deutsches Ärzteblatt – Dtsch Arztebl* 114(43): A 1972, Deutsches Ärzteblatt Heft 43, 2017.
- 7 Martin, W. (2014): *Ärztlicher Stellenmarkt: Will bald niemand mehr Chefarzt werden?* in *Deutsches Ärzteblatt*, *Dtsch Arztebl* 111(39): 2.
- 8 ZEKO (2013): *Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung. Das Beispiel der Verträge mit leitenden Klinikärztinnen und -ärzten*, S. A 1752 ff. in *Deutsches Ärzteblatt*, *Dtsch Arztebl* 110(38): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze

- in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer, Tübingen.
- 9 In der folgenden Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form verwendet. Sie bezieht sich auf Personen beiderlei Geschlechts.
- 10 Mit Hilfe von Berufsverbandszeitschriften ließ sich ein wesentlicher Anteil der Gesamtmenge an chirurgischen Chefärzten, die in den zurückliegenden drei letzten Kalenderjahren eine neue Chefarztposition eingenommen hatten, feststellen. Per Losverfahren wurde eine Gruppe von 20 Vertretern ermittelt. Diese wurden unter Zusage von strikter Anonymisierung um einen Interviewtermin zum o.g. Forschungsgegenstand gebeten. Sieben Chefarzte erklärten ihre Bereitschaft, sich einer Befragung zur Thematik unterziehen zu wollen.
- 11 Bei den in den Pilotinterviews vorgenommenen Befragungen wurden zunächst drei Hauptfragenkomplexe thematisiert, die jeweils Unterfragen beinhalteten. Je nach Gesprächsverlauf folgten weitere, offene, teils aber auch geschlossene Fragen.
- 12 Mayring, Phillip (2008): *Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken*, S. 42 ff., 10. Auflage, Weinheim und Base, Beltz-Verlag.
- 13 Mayring, P. und Fenzl, T. (2019): *Qualitative Inhaltsanalyse in Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, S. 633 ff., 2. Auflage, Wiesbaden, Springer-Verlag.
- 14 Mayring P. (2010): *Design in Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*, S. 226 ff., Mey, G. und Mruck, K. (Hrsg) Wiesbaden, VS-Verlag.
- 15 Das „Ambienteprotokoll“ hat zum Ziel, die Gesprächsumstände nachzuhalten. Der Protokollant dokumentiert den Ort, Zeit, Atmosphäre, etwaige Störungen, etc. Auf diese Weise ermöglicht das „Ambienteprotokoll“ auch im Nachhinein auf folgende Fragen und Umstände Informationen zu liefern: Wie wurde der Interviewer empfangen? War die Gesprächsatmosphäre freundlich, offen, konstruktiv? Wie waren Setting, Örtlichkeit, Raumausstattung? Wie war der Zeitrahmen – „gehetzt“ oder ausreichend bemessen?
- 16 Schnell, R. (2019): *Survey Interviews – Methoden standardisierter Befragungen*, S. 5ff., S. 55 ff., S. 65 ff., 2. Auflage, Wiesbaden, Springer-Verlag.
- 17 Hollenberg, S. (2016): *Fragebögen – Fundierte Konstruktion, sachgerechte Anwendung und aussagekräftige Auswertung*, S. 5ff., S. 11ff., S. 23ff, Köln, Wiesbaden, Springer VS.
- 18 Mayring, P. und Fenzl, T. (2019): *Qualitative Inhaltsanalyse in Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, S. 633 ff., 2. Auflage, Wiesbaden, Springer-Verlag.
- 19 Mayring P. (2010): *Design in Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*, S. 226 ff., Mey, G. und Mruck, K. (Hrsg) Wiesbaden, VS-Verlag. ○

PRÄMIENANPASSUNGEN IN DER ALLGEMEINEN HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

BDC-Rahmenverträge auch künftig marktführend

ECCLESIA med



Ein unabhängiger Treuhänder ermittelt jährlich den Änderungsbedarf in der allgemeinen Haftpflichtversicherung. In diesem Jahr sind marktweit Prämienanpassungen von zehn Prozent zu erwarten.

In der allgemeinen Haftpflichtversicherung hat der unabhängige Treuhänder unter Berücksichtigung der Vorträge aus den Ermittlungen in den Jahren 2019 und 2020 insgesamt eine Erhöhung des Durchschnitts der Schadenzahlungen von 13,8 Prozent festgestellt. Bedingungsgemäß ist daher bei allen Verträgen in der allgemeinen Haftpflichtversicherung, insbesondere in der Betriebs-, Berufs- und Privat-Haftpflichtversicherung, mit der Hauptfälligkeit ab dem 1. Juli 2021 eine Beitragsangleichung um 10 Prozent möglich.

Die Berufshaftpflichtversicherung des BDC ist weiterhin marktführend

Für Mitglieder des BDC, die über die Haftpflicht-Rahmenverträge abgesichert sind, kommt diese Beitragsangleichung überwiegend nicht zum Tragen. Die Konditionen der Rahmenverträge sind weiterhin erstklassig.

Teil einer starken Gruppe

Sind Sie noch nicht über die Rahmenverträge des BDC versichert oder haben mit Beitragserhöhungen zu rechnen? Wir informieren Sie gerne über Alternativen!

Ecclesia med – Kompetent. Persönlich. Zuverlässig.

Kooperationspartner des BDC in allen Versicherungsangelegenheiten.

Ecclesia med GmbH • Ein Unternehmen der Ecclesia Gruppe • Ecclesiastraße 1 – 4 • 32758 Detmold
Telefon +49 5231 603-0 • Fax +49 5231 603-197 • info@ecclesiaMED.de • www.ecclesiaMED.de




 AUS DER
DGCH

Kommentar des Generalsekretärs



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

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

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

die Freude auf einen angenehmen Sommer, mit gleichzeitigem Abfall der Infektionsraten bei weiterhin bestehender Pandemie, war und ist in diesem Jahr nur von kurzer Dauer gewesen. Nach einem wettermäßig mehr als durchwachsenem Wonnemonat Mai brachte der Juni kurzfristig ein „Sommer-Feeling“ mit Temperaturen von mehr als 30° Celsius. Die Abkühlung erfolgte dann umgehend, denn der Monat Juli führte durch Starkregen und Gewitter zu einer Jahrhundertflut in Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Teilen von Bayern. Es fiel etwa 40 Prozent mehr Regen bei kühleren Temperaturen im langjährigen Vergleich. Die Auswirkungen waren verheerend, wobei die Infrastruktur in den betroffenen Gebieten teilweise völlig zerstört wurde und mehr als 180 Menschen starben. Eine große überregionale Tageszeitung sprach nach erster Zwischenbilanz sogar von dem teuersten, vielleicht sogar kürzesten Sommer aller Zeiten. Zudem führten die krassen Wetterextreme im Süden Europas zu Hitzewellen und massiven Waldbränden mit einem Flammeninferno, so dass in einem Wochenmagazin schon die Frage gestellt wurde, ob das Klima bei Dürre, Feuer und Flut außer Kontrolle geraten sei.

Nachdem im Frühjahr die Infektionsraten bei der Corona-Pandemie gesunken waren und sich dann zu Sommerbeginn auf niedrigem Niveau befunden haben, ist in den letzten Wochen ein täglicher, allerdings noch moderater Anstieg der

7-Tage-Inzidenz, derzeit bei 35,0, zu verzeichnen. Anfänglich wurde versucht, diese Tatsache vor allem mit der dominierenden Delta-Variante des Coronavirus SARS-CoV-2 mit hoher Infektiosität und verstärktem Reiseverkehr zu erklären, es kann aber auch davon ausgegangen werden, dass trotz ausreichend zur Verfügung stehenden Vakzinen die Impfquote der deutschen Bevölkerung mit 57 Prozent immer noch zu gering ist. Nach genereller Meinung der Experten gibt es nämlich außer den seltenen medizinischen Kontraindikationen keine logische Begründung dafür, sich nicht impfen zu lassen. Wer eine Impfung ablehnt, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Infektion mit dem Covid-19 Virus erleiden und gefährdet damit nicht nur sich selbst, sondern auch die Mitmenschen. Es geht somit also auch um eine gesellschaftliche Solidarität. Sicherlich nicht zuletzt auch wegen des anlaufenden Wahlkampfs zur anstehenden Bundestagswahl waren sich die Vertreter der Politik einig, keine bundesweite Impfpflicht einzuführen. Die Basismaßnahmen für den Infektionsschutz gelten weiterhin mit der AHA-Regel, dazu kam seit dem 23. August 2021 die 3G-Regel, also der Zutritt nur für geimpfte, genesene oder getestete Personen, in Krankenhäuser oder Pflegeheimen, Innengastronomie oder Veranstaltungen in Innenräumen. Zudem ist vorgesehen, dass generell ab dem 11. Oktober 2021 kostenlose Bürgertests nicht mehr angeboten werden, die nach Angaben des Bundesamtes für Soziale Sicherung in diesem Jahr bereits mehr als drei Milliarden Euro gekostet haben. Deutlicher Nachbesserungsbedarf hinsichtlich einer

bundeseinheitlichen Regelung zu den Indikatoren bei Beurteilung des Infektionsgeschehens wird jedoch von der Bund-Länder-Konferenz vom 10. August 2021 gefordert, wobei neben der 7-Tage-Inzidenz zusätzliche Parameter, wie die Impfquote oder die Krankenhauseinweisung bzw. Auslastung der Intensivstationen, Berücksichtigung finden sollen.

Die Corona-Pandemie besteht also nicht nur in realiter weiter, sondern beschäftigt in gleicher Weise tagtäglich nicht nur die fachspezifischen Medien. Es verwundert deshalb nicht, dass nach einer Mitteilung des Leibniz Instituts für deutsche Sprache 1.732 neue Worte und Ausdrücke im Rahmen dieser Pandemie aufgelistet werden können. Darunter sind 342 neue Wortschöpfungen mit Corona, wie Corona-Hochburg oder -Abitur sowie 52 neue Wortbildungen mit Impfen, z. B. Impfdebakel bzw. -drängler, zu finden.

COVID-19: POSTSTATIONÄRER VERLAUF UND POST-/LONG-COVID-SYNDROM

Nach einer bundesweiten Langzeitstudie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK verstarben von 8.679 Patienten mit einer Covid-19 Infektion, die vom 1. Februar bis zum 30. April 2020 stationär behandelt wurden, bei einem Durchschnittsalter von 69 Jahren 25 Prozent im Krankenhaus. Drei Monate nach Erstaufnahme waren 28 Prozent, nach sechs Monaten 30 Prozent verstorben. Von den 6.235 entlassenen Patienten mussten 27 Prozent (n= 1.668) innerhalb von sechs Monaten erneut stationär aufgenommen werden, primär wegen pulmonaler (36 Prozent) oder neurologischer (29 Prozent) Symptome. Bei den über 80-jährigen betrug die Letalität nach sechs Monaten 52 Prozent. Insgesamt waren nach 180 Tagen 27 Prozent der Frauen und 32 Prozent der Männer verstorben. Auch wenn die Daten dieser Studie gewisse Limitationen aufweisen, zeigen sie jedoch, dass bei im Krankenhaus behandelten Covid-19 Patienten die Nachsorge notwendig erscheint, nicht nur wegen des hohen Anteils von stationären Wiederaufnahmen.

Unabhängig von obigen Ergebnissen kommt es bei etwa zehn bis 15 Prozent der Patienten nach durchgemachter Infektion, auch bei primär milder Symptomatik, zu relevanten klinischen Beschwerden im Sinne eines Post-/

Long-Covid-Syndroms. Es kann bundesweit theoretisch von über 35.000 Betroffenen ausgegangen werden. Die eigentliche Genese bzw. die genauen Ursachen sind bislang noch nicht bekannt. In einer aktuellen S1-Leitlinie wird hierzu betont, dass die Symptomatik äußerst vielfältig sein kann und die Diagnose nicht durch Laborparameter zu verifizieren ist. Als häufigste Symptome werden Müdigkeit oder fehlende Belastbarkeit im Sinne eines post-viralen- bzw. chronischen Fatigue-Syndroms und kognitive Störungen angegeben, wobei letztere nach einer norwegischen Umfrage auch noch acht Monate nach durchgemachter Infektion als Beeinträchtigung der Gedächtnis- und Konzentrationsleistung auftreten können. Nach einer Untersuchung der Universitätsklinik Ulm zeigt sich, dass lediglich in 20 Prozent der Patienten Organschäden nachweisbar sind. Auffällig ist ferner, dass die meisten Betroffenen zwischen 40 und 50 Jahre alt bzw. sportlich sehr aktiv sind, somit in der Regel keine relevante Komorbidität aufweisen. Durch das Bundesforschungsministerium soll die Erforschung dieses Syndroms mit rund fünf Millionen Euro gefördert werden. Die Betroffenen setzen sich zudem für die Einrichtung fachübergreifender Ambulanzen ein, wobei solche Initiativen bereits in Großbritannien und den USA angelaufen sind.

KRANKENHAUS RATING REPORT 2021

Im Jahr 2019 hat sich erneut die wirtschaftliche Lage der deutschen Krankenhäuser verschlechtert. Im Vergleich zum Vorjahr mit elf Prozent befanden sich 13 Prozent der Häuser in erhöhter Insolvenzgefahr, also im „roten Bereich“, während der „grüne Bereich“ von 63 auf 60 Prozent abnahm. Auch die Ertragslage hat sich leicht verschlechtert: Auf Konzernebene stieg der Jahresverlust von 31 auf 33 Prozent an. Mitentscheidend dürfte sich für die schlechte wirtschaftliche Situation besonders die seit 2017 anhaltende Stagnation der Leistungsmengen ausgewirkt haben. Pandemiebedingt nahm die stationäre Fallzahl im Jahr 2020 um insgesamt 13 Prozent ab, in den ersten Monaten sogar um 30 Prozent, wobei auch für 2021 deutlich geringere Leistungsmengen im Vergleich zum Jahr 2019 befürchtet werden müssen. Aufgrund der Ausgleichszahlungen im Jahr 2020 nahmen

die Erlöse der somatischen Krankenhäuser allerdings um etwa 3,7 Prozent zu, so dass sich hier die wirtschaftliche Lage der Kliniken kurzfristig verbessern könnte und nur noch neun Prozent im „roten Bereich“ liegen. Große Krankenhäuser mit einer Bettenzahl von 600 bis 900 haben weiterhin ein besseres Rating als kleine Kliniken und können die beste Ertragslage erreichen. Positiv wird das Rating ebenfalls durch einen hohen Grad an Spezialisierung sowie Zugehörigkeit zu einer Kette der Krankenhausträger beeinflusst, wobei die Ertragslage insgesamt deutlich besser für frei-gemeinnützige und private Trägerschaft der Kliniken im Vergleich zu öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern ausfällt. Negativ wirken sich hingegen weiterhin die zu geringen Fördermittel nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz für die Investitionskosten aus, wobei die Defizite durch die Kliniken bei verschlechterter Ertragslage nicht mehr aus eigener Kraft ausgeglichen werden können.

Wenig optimistisch fallen auch die Ergebnisse der Roland-Berger-Krankenhausstudie 2021 bei einer Umfrage unter den 600 größten deutschen Krankenhäusern aus, nachdem 49 Prozent der Häuser im vergangenen Jahr ein Defizit aufgewiesen haben, was auch für 38 Prozent der Privatkliniken zutraf, bei öffentlich-rechtlicher Trägerschaft sogar in 63 Prozent. 83 Prozent der Führungskräfte in den Kliniken befürchten eine weitere Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation in den nächsten fünf Jahren. Als Folge solcher Entwicklungen können notwendige Zukunftsaufgaben wie Digitalisierung oder Infrastrukturinvestitionen kaum entsprechend umgesetzt werden.

Die aufgezeigten Tendenzen machen einmal mehr deutlich, dass eine Strukturreform der Krankenhäuser, vom noch amtierenden Gesundheitsminister als Megaaufgabe für die 2020er-Jahre angesehen, dringend angegangen werden muss. Eine alleinige Reduktion der Anzahl der Krankenhäuser kann die derzeitige Problematik, auch bedingt durch die föderalen Strukturen, sicherlich nicht hinreichend lösen. Vielmehr ist ein wirklich entscheidender Kurswechsel in der jetzigen Form der Krankenhauspolitik durch Bund und Länder notwendig.

GESUNDHEITSPOLITIK

Mit den Bundestagswahlen am 26. September 2021 geht in der Tat eine besondere Legislaturperiode dem Ende entgegen, wobei in den vergangenen Monaten eine Vielzahl von relevanten gesundheitspolitischen Aspekten durch die Pandemie in den Hintergrund geraten ist. Rückblickend äußern sich nun auch verschiedene Meinungsträger im Gesundheitswesen über die Amtszeit von Gesundheitsminister J. Spahn. Unter den zahlreichen Gesetzen des äußerst umtriebigen Ministers wird unter anderem das Pflegepersonalstärkungs- oder Krankenhauszukunftsgesetz wie auch besonders die angestrebte Digitalisierung im Gesundheitswesen als positiv angesehen. Kritisch hingegen wird die Tatsache eingestuft, dass wichtige Vorhaben nur partiell weiterverfolgt bzw. überhastet oder gar nicht umgesetzt worden sind, so die Reform der Notfallversorgung, Umsetzung eines effektiven intersektoralen Konzeptes oder die Einführung einer neuen ärztlichen Gebührenordnung. Negativ wird auch vermerkt, dass bei vielen gesetzlichen Vorgaben weiterhin an einer erheblichen bürokratischen Belastung für das ärztliche und pflegerische Personal festgehalten worden ist. Insgesamt stehen somit im Gesundheitswesen noch eine Vielzahl von Problemfeldern an, die eine zeitgerechte Regelung und realistische Lösungsansätze verlangen und somit für die zukünftige Ministerin oder den künftigen Minister eine wirkliche Herausforderung darstellen wird.

GESETZ ZUR WEITERENTWICKLUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG (GVWG)

Im Vorfeld dieses umstrittenen „Omnibugesetzes“ hatte eine Vielzahl von Änderungsanträgen vorgelegen, trotzdem wurde es im Bundestag am 11. Juni 2021 im Schnelldurchlauf beschlossen. Nach Meinung von Minister Spahn führt dieses Gesetz zu einer Stärkung des Gesundheitswesens, um damit auch zukünftig weiterhin zu den Besten zu zählen. Exemplarisch seien einige Gesetzesveränderungen angeführt. Das sogenannte „Pflegepaket“ soll eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der resultierenden Vergütung bei den Pflegekräften erbringen und wurde deshalb besonders vom Koalitionspartner gelobt. Die Krankenkassen sollen

in jedem Bundesland Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonal verpflichtend umsetzen. Ein Ausbau der Zweitmeinungsverfahren für planbare Eingriffe soll durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erfolgen. Die Mindestmengenregelungen sollen weiter verschärft werden und der G-BA soll die Evidenz zu bereits festgelegten und auch neuen Mindestmengen kontinuierlich überprüfen, wobei derzeit die von zehn auf 26 erhöhte Anzahl von komplexen Eingriffen am Ösophagus intensiv diskutiert wird. Ein weiterer Punkt ist die zukünftige Notfallversorgung, wobei die eigentlich geplante große Reform der Pandemie zum Opfer gefallen ist. Eine Anhörung hierzu im Gesundheitsausschuss am 9. Juni 2021 bestärkte eigentlich nur die bisherigen Argumente von der Deutschen Krankenhausgesellschaft gegenüber der kassenärztlichen Bundesvereinigung bezüglich der Zuständigkeit in den integrierten Notfallzentren. Letztlich ist nun der G-BA verpflichtet worden, eine standardisierte Ersteinschätzung in der ambulanten Notfallversorgung, auch bezüglich der Qualifikation des Personals, zu erstellen, welche auch als Voraussetzung für die Abrechnung ambulanter Notfalleleistungen gelten soll. Als Zeitplan für die Umsetzung ist dabei der 11. Februar 2022 vorgesehen.

STRUKTURPRÜFUNGSRICHTLINIEN DES SPITZENVERBANDES BUND DER KRANKENKASSEN (MDS)

Im Rahmen des am 1. Januar 2020 in Kraft getretenen MDK-Reformgesetzes sind nun mit der Strukturprüfungsverordnung vom 28. Mai 2021 die Kliniken aufgefordert worden, bis zum 30. Juni dieses Jahres zahlreiche Dokumente zur Abbildung komplexer Behandlungsleistungen vorzulegen. Obwohl seit Jahren solche Strukturprüfungen bestehen, liegen die Anforderungen aus dem Operationen- und Prozeduren-Schlüssel (OPS), unter anderem mit Belegen umgesetzter Dienstpläne, Qualifikation des Krankenhauspersonals oder der bautechnischen Infrastruktur, deutlich höher im Gegensatz zum primären Ziel mit Verschlinkung der Bürokratie und als Ersatz für Einzelfallprüfung. Gerade die Maximalversorger und Universitätskliniken befürchten, teilweise bei mehr als 200 OPS-Codes, nicht alle Prüfungsunterlagen zeitgerecht einreichen zu können, so

dass die betroffenen Leistungen unter Umständen nicht finanziert werden. Es wird deshalb an das Bundesgesundheitsministerium appelliert, die Abgabefrist zu verlängern und den bürokratischen Aufwand zu reduzieren. Als erste Reaktion wurde nun die Frist bis zum 15. August 2021 verlängert. Über den weiteren Fortgang kann nur spekuliert werden. Es ist aber zu befürchten, dass es bei diesen Prüfungsrichtlinien, die teilweise nicht sehr exakt formuliert worden sind, zu vielen gerichtlichen Auseinandersetzungen kommen wird.

WEISSBUCH: „DIGITALISIERUNG IN DER CHIRURGIE“

Nicht zuletzt auch durch die Auswirkungen der Covid-19 Pandemie hat die digitale Transformation entscheidenden Einfluss auf eine Vielzahl von unseren Lebensbereichen genommen. Um gerade die zu erwartenden Auswirkungen der Digitalisierung auf das Gebiet Chirurgie beurteilen zu können, war die Sektion für minimal-invasive, computer- und telematik-assistierte Chirurgie (CTAC) und die Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Qualität und Sicherheit - Versorgungsforschung (CAQS-V) durch den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) gebeten worden, ein Positionspapier zu diesem Themenkomplex zu erstellen, wobei die Deutsche Gesellschaft für Biomedizinische Technik und die Deutsche Gesellschaft für computer- und roboterassistierte Chirurgie als Partner gewonnen werden konnten. Unter dem Dach der DGCH gelang es durch diese interdisziplinäre Kooperation, auch mit anderen chirurgischen Fachgesellschaften, ein aktuelles Weißbuch: „Digitalisierung in der Chirurgie“ vorzulegen.

Nur durch den erheblichen Einsatz der fachkundigen Verfasser und Autorinnen sowie Autoren unter der Federführung von Herrn Professor Dr. med. H. Feußner konnte es gelingen, unser gemeinsames Ziel, die Mitglieder der DGCH über die potentiellen Chancen, aber auch möglichen Gefahren der Digitalisierung in unserem Fachgebiet zu informieren. Der Vorstand der DGCH dankt somit allen, die aktiv an der Realisierung dieses Projektes mitgewirkt haben, ganz besonders herzlich und strebt an, dieses Positionspapier möglichst vielen Chirurgeninnen und Chirurgen zur Kenntnis zu geben.

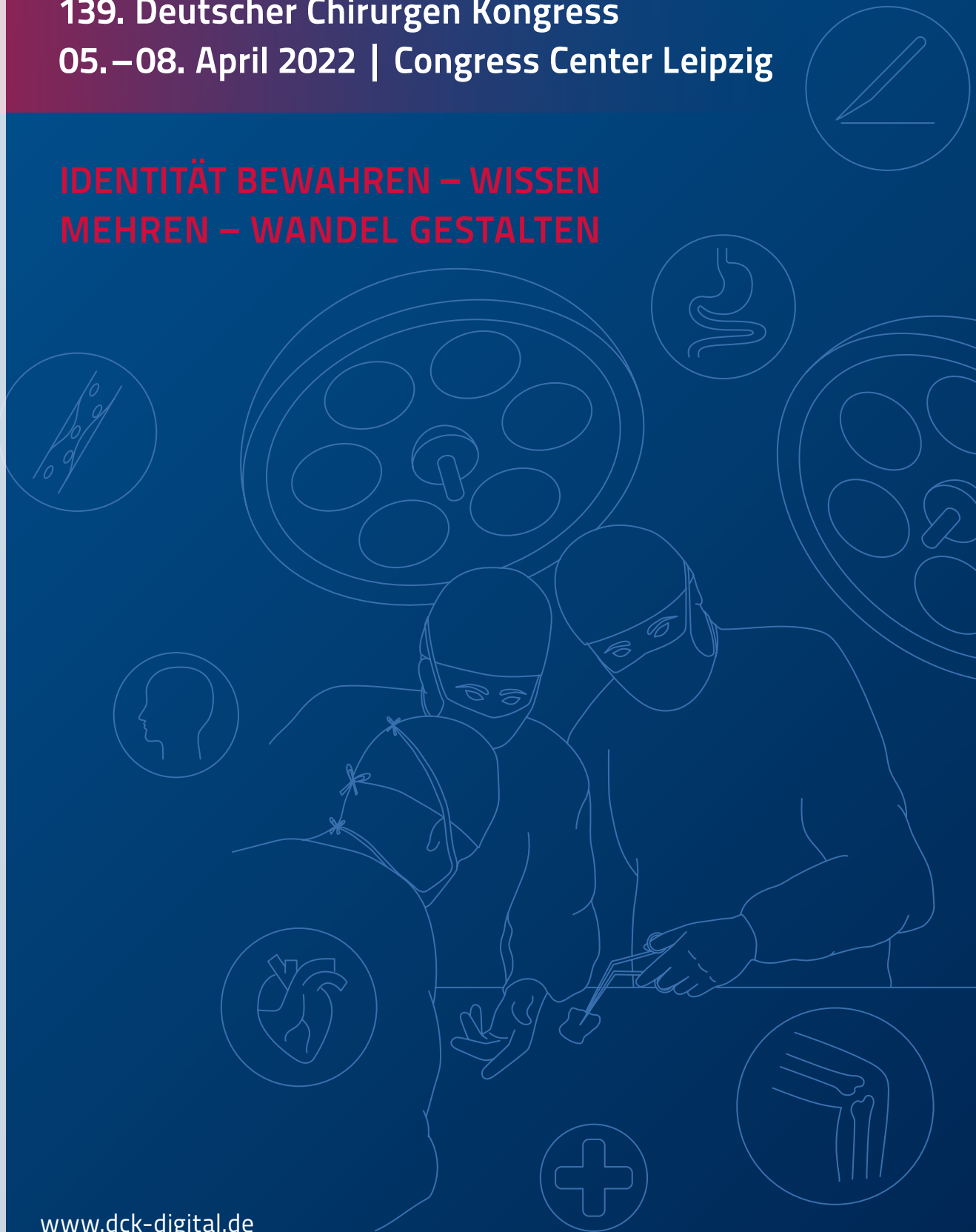


DCK 2022

Gemeinsam lernen und heilen

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

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



Nachruf zum Tod von Prof. Dr. med. Horst Hamelmann



In memoriam
Prof. Dr. med.
Horst Hamelmann
(*26.05.1924 † 22.06.2021)

Am 22. Juni 2021 ist Prof. Dr. Hamelmann, kurz nach seinem 97. Geburtstag, den er noch im Kreis seiner Familie verbringen konnte, verstorben.

Mit ihm verliert die chirurgische Gemeinschaft eine hervorragende Persönlichkeit.

Geboren wurde er am 26. Mai 1924 in Gütersloh. Nach der Volksschule besuchte er ab 1934 das Domgymnasium in Kolberg und beendete die Schule mit dem Abitur 1942. Ab 1943/44 studierte er Medizin zunächst an der Friedrich-Wilhelm-Universität in Berlin und der Karl-Ferdinand-Universität in Prag. Nach dem Ende des 2. Weltkrieges setzte er von 1945 - 1948 das Studium an der Westfälischen-Wilhelm-Universität in Münster fort, wo er 1948 auch das Staatsexamen ablegte.

Ein Jahr später - 1949 - hat Horst Hamelmann mit der Dissertation „Beiträge zum hämolytischen Ikterus im Säuglingsalter“, ebenfalls in Münster promoviert.

Seine medizinische Ausbildung begann er in den Fächern Chirurgie und Innere Medizin an den Städtischen Krankenanstalten in Bielefeld. Die weitere Laufbahn als Chirurg setzte er an der Universitätsklinik in Marburg unter Rudolf Zenker fort. Anlässlich der Berufung von Zenker 1958 auf den Lehrstuhl für Chirurgie an der Maximilian-Universität folgte Hamelmann seinem Lehrer nach München. Hier konnte er sich 1961 mit der Arbeit „Die konstruktive Pericarditis und die Ergebnisse ihrer operativen Behandlung (mit einem tierexperimentellen Beitrag über die Einengung der Hohlvene) habilitieren. 1967 wurde er zum apl. Professor ernannt und 2 Jahre später auf den chirurgischen Lehrstuhl der Philipps-Universität Marburg berufen.

Überzeugt von der Bedeutung und Wichtigkeit der Verbindung von theoretischer und

praktischer Chirurgie, gründete Hamelmann in Zusammenarbeit mit Wilfried Lorenz an seinem Lehrstuhl ein Institut für theoretische Chirurgie. Diese Zusammenarbeit führte zu regelmäßigen wöchentlichen Fortbildungen, wobei spezielle Fragestellungen für tägliche praktische chirurgische Anwendungen herausgearbeitet wurden. Für die Mitarbeiter der Klinik waren dies ausgezeichnete Impulsgeber für ihre fachliche Weiterentwicklung. Das übergeordnete Ziel dieser theoretischen und praktischen Zusammenarbeit sollte eine fundierte und ständig zu hinterfragende chirurgische Therapie und die entsprechende Indikationsstellung zum operativen Eingriff sein.

Die Aussicht auf bessere politische und hochschulpolitische Rahmenbedingungen haben Hamelmann bewogen, 1978 den Ruf an die Christian-Albrechts-Universität zu Kiel anzunehmen. In Kiel konnte er den Neubau der chirurgischen Klinik noch mit beeinflussen und den Ausbau der experimentellen Chirurgie als Teil der chirurgischen Klinik vorantreiben. Er war davon überzeugt, dass eine enge Verknüpfung von theoretischer Wissenschaft und klinischer Erfahrung den Grundstein für neue Innovationen bilden.

Prof. Hamelmann war ein glänzender Kliniker und Operateur, der es auch verstand, seine handwerkliche Geschicklichkeit anderen zu vermitteln. Auf der Basis eines großen Vertrauensverhältnisses hat er seinen Mitarbeitern je nach Ausbildungs-zustand fachliche Verantwortung übertragen und diese auch eingefordert. Aufgrund seiner persönlichen und fachlichen Kompetenz erhielt Hamelmann zahlreiche Auszeichnungen.

Im Sommer 1980 leitete er die 175. Tagung der Vereinigung Nordwestdeutscher Chirurgen, deren Ehrenmitglied er auch wurde. Mit zu seinen beruflichen Höhenpunkten gehörte

die Präsidentschaft der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1988/89 und die Leitung des Jahreskongresses 1989 in München, der unter dem Thema „Lebensqualität nach chirurgischen Eingriffen“ stand. Diese Thematik hat ihn im zunehmenden Maße beschäftigt und zu zahlreichen Diskussionen mit seinen Mitarbeitern geführt. Die Vereinigungen der Bayrischen und der Mittelrheinischen Chirurgen verliehen ihm die Ehrenmitgliedschaft. 1987 erhielt Hamelmann das Verdienstkreuz

1. Klasse der Bundesrepublik Deutschland. Bis zu seinem 67. Lebensjahr -1991- hat er die Kieler Klinik erfolgreich geleitet. Nach seiner Emeritierung konnte er sich dann vermehrt seinem geliebten Golfspiel widmen, was er bis wenige Jahre vor seinem Tod betreiben konnte. Obwohl seine Frau Ingrid viel zu früh 2009 verstarb, verblieb er noch allein in seinem Haus in Kiel-Suchsdorf. Erst im Jahr 2020 ist er in ein Seniorenheim nach Bielefeld in die Nähe seines Sohnes Eckard Hamelmann,

Professor für Pädiatrie und Chefarzt am Kinderzentrum Bethel, umgesiedelt.

Wir, seine noch lebenden Schüler nehmen mit großem Respekt von seiner Lebensleistung und in großer Dankbarkeit von Horst Hamelmann Abschied und werden ihn stets in ehrender Erinnerung behalten.

Prof. Dr. H. Richter, Bremen

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr Prof. Dr. med. Klaus Günther, Nürnberg

***25.04.1964 †06.03.2021**

Herr Prof. Dr. med. Klaus Jaeger, Bonn

***12.03.1944 †18.04.2021**

Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Haße, Berlin

***21.11.1926 †21.05.2021**

Herr Prof. Günter Baumann, Unterhaching

***20.07.1936 †13.06.2021**

Herr Prof. Dr. med Horst Hamelmann, Bielefeld

***26.05.1924 †22.06.2021**

Herr Dr. med. Heribert Offermann, Gauting

***24.02.1926 †24.06.2021**

Preise und Stipendien 2022

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

Ihre Bewerbungen erbitten spätestens bis 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

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 hat und damit einen Beitrag zu einer wesentlichen Verbesserung der Krankenbehandlung auf dem Gebiet der Chirurgie leistete.

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 minimal-invasiven Chirurgie.

Dotierung: € 4.000

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

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

Dotierung: € 3.000

FILMPREIS

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

Dotierung: € 1.500

POSTERPREIS

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

Dotierung: € 1.500

F.-LINDER-PREIS

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

Dotierung: € 2.500

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

ACHTUNG! BITTE EINSENDEN AN

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

STIPENDIEN

STIPENDIUM ALS FORTBILDUNGSHILFE

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

Dotierung: € 5.000

REISESTIPENDIUM DER H.-JUNGHANNS-STIFTUNG

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

Dotierung: € 5.000

W.-MÜLLER-OSTEN-STIPENDIUM

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

Dotierung: € 5.000

W.-MÜLLER-OSTEN-STIPENDIUM FÜR

AUSLÄNDISCHE HOSPITANTEN

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

Dotierung: € 5.000

INTERNATIONALES GASTSTIPENDIUM DER DGCH

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

Dotierung: € 5.000

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

www.dgch.de

Sie können auch in der Geschäftsstelle (030/28876290) 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
	Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP	150 von 248 Patienten	Kein Fallgeld	T: 06221/56-8641 F: 06221/56-8645
	Kontrollgruppe: Magenbypass-OP			E: beat.mueller@med.uni-heidelberg.de
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
	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	Universität Witten/Herdecke Ostmerheimer Str. 200, Haus 38 51109 Köln 0221 98957-24 0221 98957-30 Judith.Knievel@uni-wh.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: 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 mono- filen 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 Faszienver- schluss 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 geplan- ter 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. 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.	24.05.2019 10 von 150 Patienten	- 400 € / Patient	PD Dr.med. Daniel Reim Ismaninger Straße 22 81675 München 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 Experimentelle Gruppe: Lungenkeilresektion mit parietaler Pleurektomie Kontrollgruppe: Alleinige parietale Pleurektomie	FPI: 19.11.2013 329 von 360 Patienten	DFG 525 €/Patient	Prof. Dr. T. Walles, FETCS Abteilung Thoraxchirurgie Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R T: 0391/67-21905 E: Thorsten.Walles@med.ovgu.de Studienbüro: Esther Meyer T: 0391/67-24903 E: Esther.meyer@med.ovgu.de Stellvertretender Studienleiter: Prof. Dr. J. Neudecker Charité – Universitätsmedizin Berlin Campus Charité Mitte Campus Virchow-Klinikum Chirurgische Klinik Chirurgisches Regionalzentrum Berlin des CHIR-Net T: 030/450-622125 E: Jens.Neudecker@charite.de

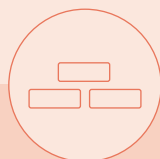
- [1] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial
- [2] Biologisches versus synthetisches Netz bei der laparoskopischen Hernienversorgung – eine randomisierte multizentrische, prospektive, selbst-kontrollierte klinische Studie
- [3] 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

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

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

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

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



Prof. Dr. med. H. Lang

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 Mur, Heide
 Herr Dr. med. Andreas Ungeheuer, München
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Schellerer, Bamberg
 Herr Prof. Dr. med. Tilman Mischkowsky, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Hans-Joachim Wiendl, Bamberg
 Herr Prof. Dr. med. Klaus Roosen, Würzburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Gert Carstensen, Mülheim
 Herr Prof. Dr. med. Peter M. Vogt, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Fritz L. Ruëff, 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

BAUSTEIN IN BRONZE

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

Herr 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

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 Kothen, Tegernsee
 Herr Dr. med. Jürgen Friedrich, Essen
 Herr Dr. med. Arnd Siegel, Stade
 in memoriam Prof. Dr. med. Rudolf Nissen
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke, Plettenberg
 in memoriam Prof. Dr. med. E.H. Farthmann
 Saarländische Chirurgenvereinigung e.V., Saarbrücken
 Herr Dr. med. Johannes Zeller, Laufenburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Manfred Schmolke, Düsseldorf
 Herr Prof. Tomislav Stojanovic
 Dr. med. Radovan Stojanovic, Wolfsburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Heinz Becker, Göttingen
 Herr Dr. med. Jürgen Benz
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Joachim Streicher
 Frau Dr. med. Frauke Eleonore Meyer-Wigro, Bielefeld
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Berger, Deutschlandsberg
 Herr Prof. Dr. med. Roland Eisele, Göppingen
 Herr Dr. Joachim Casper, Überlingen
 Herr Dr. med. Thomas Friess
 in memoriam Prof. Dr. med. Klaus Reichel
 Herr Dr. med. Arne Bautz, Kiel
 Herr Dr. med. Jochen Peter, Mainz
 Herr Dr. med. Martin Pöllath, Sulzbach-Rosenberg
 Herr Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski, Magdeburg

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

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

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. Mille, Erfurt
Niedergelassener Arzt für Chirurgie	R. Lorenz, Berlin
Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland	R. Rosso, Comano/Schweiz
Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung	C. Bruns, Köln

FRÜHERE PRÄSIDENTEN

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

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

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

Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2021

AUS DEM
BDC



**Prof. Dr. med. Dr. h.c.
Hans-Joachim Meyer**
Präsident des Berufsverbandes der
Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
praesident@bdc.de

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

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

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

Termin: Samstag, 27. November 2021,
09:00 – 10:00 Uhr
Ort: Karl Storz SE & Co. KG, Besucher- und
Schulungszentrum, Scharnhorststr. 3,
10115 Berlin

Ich wünsche Ihnen eine angenehme Anreise.
Ihr

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

TAGESORDNUNG

TOP 1	Begrüßung	Meyer
TOP 2	Feststellung der Beschlussfähigkeit	Meyer
TOP 3	Genehmigung der Tagesordnung	Meyer
TOP 4	Bericht des Präsidenten	Meyer
TOP 5	Bericht des Schatzmeisters	Mayer
TOP 6	Antrag auf Entlastung des Vorstandes	
TOP 7	Beratung einer möglichen Satzungsänderung	Rüggeberg
TOP 8	Bericht des Justitiars	Heberer
TOP 9	Aktuelles aus der Berufspolitik	Mitglieder
TOP 10	Verschiedenes	



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

100 JAHRE D-ARZT-VERFAHREN

BDC BEIM LIVE TALK IN DÜSSELDORF AM 24.06.2021



BDC-Vizepräsident Dr. Kalbe beim Live Talk im Austausch mit Frau Dr. Höller von der DGUV

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) hat anlässlich des 100-jährigen Jubiläums des D-Arzt-Wesens eine Online-Veranstaltung organisiert, die auch als Ersatz für die pandemiebedingt ausgefallenen Unfallmedizinischen Tagungen diente. D-Ärzte hatten so die Möglichkeit, ihrer Fortbildungsverpflichtung mit einer Online-Teilnahme an zahlreichen unfallchirurgischen Fachvorträgen nachzukommen.

In diesem Rahmen fand am 24.06.2021 in der Messe Düsseldorf auch eine 2-stündige Diskussionsrunde zur Weiterentwicklung des D-Arzt-Wesens statt. Die Moderation hatte Frau Dr. Susanne Holst inne, Ärztin und allseits bekannte Fernsehjournalistin von der ARD-Tagesschau. Die DGUV wurde als Gastgeberin durch ihre stellvertretende Hauptgeschäftsführerin Frau Dr. Edlyn Höller repräsentiert. Die Position der

Berufsgenossenschaften vertrat Herr Thomas Köhler, Hauptgeschäftsführer der BG RCI. Von ärztlicher Seite setzte sich Frau Gina Grimaldi als Leiterin des jungen Forums O und U für die Interessen der nachfolgenden Generation von D-Ärztinnen und -Ärzten ein. Die Krankenhaus-D-Ärzte wurden von Herrn Professor Paul Alfred Grützner, Ärztlicher Direktor der BG-Klinik in Ludwigshafen, repräsentiert. Die Interessen der niedergelassenen D-Ärzte vertrat BDC-Vizepräsident Dr. Peter Kalbe.

Die Diskussionsrunde wurde live im Internet übertragen und hatte mehr als 2.000 Teilnehmer, die sich auch in Form von Chat-Fragen rege beteiligten. Der thematische Bogen spannte sich von den Grundsätzen der persönlichen Leistungserbringung über die Sicherung der Qualität und der Breite der Versorgung bis hin zur Frage, wie in der Zukunft die D-ärztliche Tätigkeit attraktiv erhalten werden kann.

Es bestand schlussendlich Konsens unter den Teilnehmern, dass strukturelle Änderungen an den D-Arzt-Bedingungen erforderlich sind. Zum einen, um adäquate Bedingungen für die nachrückende Generation von D-Ärztinnen und -Ärzten zu schaffen. Zum anderen, um in der Zukunft eine flächendeckende Versorgung insbesondere in ländlichen Bereichen gewährleisten zu können. Trotzdem sollen keine Abstriche bei den hohen Qualitätsanforderungen an die D-ärztliche Tätigkeit hingenommen werden. Es herrschte Einigkeit, dass dies in der Zukunft eine stärkere Kooperation und Vernetzung nicht nur unter den niedergelassenen D-Ärzten, sondern auch zwischen den D-Arzt-Praxen und den regionalen Krankenhäusern und BG-Kliniken erfordert. Die Angleichung der ärztlichen Delegationsmöglichkeiten zwischen Krankenhäusern und Praxen wurde kontrovers diskutiert, wird jedoch vom BDC weiterhin als unerlässlich eingeschätzt. Die für die D-Ärzte tätigen Berufsverbände BDC, BDD und BVOU haben bereits ein Konzeptpapier zur Reform der D-Arzt-Bedingungen erarbeitet und konsentiert. Dieses soll ab dem Herbst 2021 in einer Arbeitsgruppe gemeinsam mit der DGUV und möglichst auch der KBV im Detail weiter beraten und fortentwickelt werden.

Der BDC wird sich im Interesse seiner ca. 1.500 D-ärztlichen Mitglieder in Krankenhäusern und in der Niederlassung in diesem Prozess weiterhin engagieren und über den weiteren Fortgang in der Passion Chirurgie berichten.

FLUTKATASTROPHE

BDC-HILFE NACH DEM HOCHWASSER



Die Hochwasser-Katastrophe im Juli dieses Jahres hat auch manche Ärztinnen und Ärzte schwer getroffen, zum Teil wurden ganze Praxen überflutet. Um betroffene Kolleg:innen zu unterstützen und über die Umstände in den überschwemmten Arztpraxen zu berichten, hat der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) bei seinen Mitgliedern Unterstützung angeboten und Betroffene dazu aufgerufen, sich zu melden. Der Verband erhielt auf seine Anfrage viel positiven Zuspruch, zahlreiche Kolleg:innen bekundeten ihre Solidarität. Die Regionalvertreter des BDC sind mit betroffenen Kolleg:innen im Austausch.

PRESSEMITTEILUNG DER DGKCH

WENIGER LEBERTRANSPLANTATIONEN BEI NEUGEBORENEN DURCH ZENTRALISIERTE GALLENGANGTHERAPIE



Die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) hat fünf medizinische Zentren in Deutschland benannt, die sie für die Therapie einer sogenannten Gallengangsatresie, einem angeborenen Verschluss der Gallenwege, empfiehlt. Diese Diagnose ist in vielen Ländern die häufigste Ursache für eine Lebertransplantation bei Neugeborenen oder Säuglingen. „Vor allem in Großbritannien hat sich gezeigt, dass eine Zentralisierung der Therapie auf wenige Institutionen die Überlebenschancen mit der eigenen Leber deutlich erhöht“, sagt Prof. Dr. Udo Rolle, Präsident der DGKCH und Chefarzt der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie am Universitätsklinikum Frankfurt/Main. Prof. Dr. Peter Schmittenebecher, stellvertretender DGKCH-Präsident und Direktor der kinderchirurgischen Klinik am Städtischen Klinikum Karlsruhe, ergänzt: „Jeder Leiter einer kinderchirurgischen Einrichtung soll entscheiden, mit welchem Zentrum er zusammenarbeiten und die konkreten Behandlungsschritte abstimmen möchte.“ Ermittelt wurden die fünf Zentren über eine Ausschreibung und eine Bewertung anhand verschiedener Kriterien durch eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe.

Die fünf benannten Zentren sind: Die Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie der Universitätskinderklinik Hamburg-Eppendorf; die Kinderchirurgische Klinik, Zentrum Chirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover; die Abteilung für Kinderchirurgie der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie des Universitätsklinikums Essen zusammen mit der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie des Kinderkrankenhauses, Kliniken Köln; die Abteilung Kinderchirurgie und Kinderurologie der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Tübingen; die Kinderchirurgische Klinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital, Klinikum der Universität München zusammen mit der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderorthopädie, Klinik St. Hedwig, Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg.

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/

BDC | Landesverbände

BDC | Westfalen-Lippe

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Waldemar Uhl, MHSA

Stellv. Vorsitzender und Regionalvertreter NL
Jerzy Wielowiejski

BDC | Bremen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Heiner Wenk

Regionalvertreter NL
Dr. med. Björn Ackermann

BDC | Hamburg

Vorsitzender
Dr. med. Christopher Wenck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Mansfeld

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Kemnitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gerd Fass

BDC | Schleswig-Holstein

Vorsitzender
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Michael Müller

Regionalvertreter NL
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Bertram Wittrin



DER BDC IN DEN BUNDESLÄNDERN

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

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

www.bdc.de/bdc-landesverbände

BDC | Nordrhein

Vorsitzender
Dr. med. Jügen Klein

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Werner Boxberg

stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Sven Gregor

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Jürgen Klein

BDC | Hessen

Vorsitzender
Frank Forst

1. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph Schüürmann

2. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Alexander Buia

Regionalvertreter NL
Dr. med. Detlev Grapentin

BDC | Rheinland Pfalz

Vorsitzender/Regionalvertreter Pfalz
Dr. med. Jörg Fischböck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Stefan Studier-Fischer

Regionalvertreter Rheinland
Dr. med. Andreas Herzog

Regionalvertreter Rheinland
Dr. med. Lutz Riedel

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

Termine BDC | Akademie

CURRICULUM BASISCHIRURGIE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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 €
18.11.2021	20.11.2021	online	2021-21521	Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	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 €
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 €

FACHARTZTVORBEREITUNG

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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 €
15.11.2021	19.11.2021	Dortmund	2021-22530	Facharztseminar Allgemeinchirurgie	PD Dr. med. Maximilian Schmeding; Dr. med. Jens-Peter Stahl	350,00 €	550,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
25.09.2021		Köln oder online	2021-25820	Begutachtung von Berufskrankheiten	Dr. med. Werner Boxberg	250,00 €	400,00 €
01.10.2021		Berlin	2021-23687	Management von Anastomoseninsuffizienzen am oberen Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. med. Clemens Schafmayer	250,00 €	300,00 €
07.10.2021	08.10.2021	online	2021-23613	Osteosyntheseverfahren an der unteren Extremität	Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn	200,00 €	350,00 €
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 €
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; PD Dr. med. Florian Gebauer	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	10. 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	Norderstedt	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
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
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	150,00 €	220,00 €
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 September 2021

%

60 %



MAKERIST: 60 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

25 %



EUFY BY ANKER: 25 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

20 %



NEW BALANCE: 20 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

62 %



HAWORTH: 62 %
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.

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



IM FOKUS

Chirurginnen vernetzt!





Die Chirurginnen – Gemeinsam einfach besser

Wie jeden Morgen betritt die Chefärztin der Unfallchirurgie die Klinik und freut sich auf einen Arbeitstag voller Herausforderungen. Was sie da noch nicht weiß, ist, dass der Tag mal wieder anders verlaufen wird als geplant. Ihre leitende Oberärztin steht bereits seit einigen Stunden im OP und versorgt gerade noch einen verunglückten Motorradfahrer.

Das kommt Ihnen bekannt vor? Ja, das ist Alltag in der Unfallchirurgie. Was jedoch auch im Jahr 2021 noch immer nicht Alltag ist, sind die Protagonistinnen der Geschichte.

**Korrespondierende Autorin:****Dr. Silke Mertmann**

Oberärztin

Allgemein- und Viszeralchirurgie
Klinikum Villingen-Schwenningen
Klinikstr. 11
78052 Villingen-Schwenningen
silke.mertmann@sbk-vs.de

Prof. Katja Schlosser

Chefärztin

Allgemein-, Viszeral- und
Gefäßchirurgie
Agaplesion Evangelisches Krankenhaus
Mittelhessen Giessen

Hanna Bedürftig

Sektionsleiterin Gefäßchirurgie

Agaplesion Evangelisches Krankenhaus
Mittelhessen Giessen

Dr. Julia Gump

Oberärztin

Allgemein- und Viszeralchirurgie,
Klinikum Neumarkt

Dr. Susanna Ostendorf

Oberärztin

Orthopädische Chirurgie
St. Marienhospital Borken



Mertmann S, Schlosser K, Bedürftig H,
Gump J, Ostendorf S: Die Chirurginnen –
Gemeinsam einfach besser. Passion
Chirurgie. 2021 September; 11(09):
Artikel 09_01.

CHIRURGINNEN

Frauen in diesen Positionen gibt es nach wie vor kaum. In den meisten westlichen Ländern sind Frauen in Leitungsfunktionen unterrepräsentiert [1,2]. Schaut man sich den Anteil der Studentinnen und die Zahl der Ärztinnen in Weiterbildung an, ist das nicht nachvollziehbar. Die wenigsten chirurgisch ausgebildeten Frauen erreichen eine Leitungsfunktion. Im Fachbereich der Chirurgie sind seit Jahren weniger als zehn Prozent der Führungspositionen von Frauen besetzt – Tendenz gleichbleibend (Tabelle 1).

Das liegt nicht an fehlender Kompetenz, vielmehr wird vor allem in der Chirurgie an alten

Strukturen und Vorstellungen festgehalten. Es mangelt an intelligenten Arbeitszeitmodellen, junge Kolleginnen werden im Alltag immer wieder entmutigt und finden kaum Vorbilder.

CHIRURGINNEN VERNETZEN SICH

Die Gründung des Vereins „Die Chirurginnen e.V.“ war die logische Konsequenz daraus.

Bereits 2012 wurde von Prof. Dr. Katja Schlosser auf Facebook und Xing ein Chirurginnen-Netzwerk ins Leben gerufen. Aus diesem entstand zu Beginn dieses Jahres

Tab. 1: Zahlen der stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte, Stand 31.12.2020;

Quelle: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik_2020/Tabelle_7-Stationaer_taeetige_AErztinnen_AErzte_nach_Gebietsbezeichnungen_und_Altersgruppen.pdf

Bezeichnung	2020 gesamt	2020 davon Frauen	2020 in %	Statio- när 2020 gesamt	Statio- när 2020 davon Frauen	Statio- när 2020 in %	Alle leitungs- funk- tionen stationär	Anzahl Frauen in Leitungs- funktion stationär	Anzahl Frauen IN LF stationär 2020 in %
Chirurgie gesamt	39463	8822	22.36	24026	5776	24.04	4054	309	7.62
Allgemeinchirurgie+ Allgemeine Chirur- gie +Chirurgie	8690	2633	30.3	5242	1609	30.7	609	56	9.2
Gefäßchirurgie	1418	442	31.17	1221	371	30.38	130	13	10
Herzchirurgie	1109	184	16.59	1005	164	16.32	109	2	1.83
Kinderchirurgie und Kinder- und Jugendchirurgie	712	291	40.87	539	220	40.82	89	11	12.36
Orthopädie und Orthopädie und Unfallchirurgie	17372	3077	17.71	8869	1781	20.08	1528	118	7.72
Plastische Chirurgie und plastische und Ästhetische Chirur- gie gemeinsam	1468	442	30.11	785	223	28.41	195	21	10.77
Thoraxchirurgie	397	90	22.67	373	82	21.98	64	6	9.38
Viszeralchirurgie und Visceralchirurgie	3457	1103	31.91	3178	990	31.15	251	23	9.16

der gemeinnützige Verein „Die Chirurginnen e.V.“ Innerhalb der ersten drei Monate hatten sich bereits über 500 Chirurginnen verschiedener Fachrichtungen und 100 Studentinnen angemeldet, die nun die Ziele des Vereins mit Begeisterung mittragen und mitgestalten.

Erstes Ziel ist es, Frauen in der Chirurgie sichtbar zu machen. Hierzu zählt zunächst einmal ein bewusster Umgang mit Sprache. Es ist nicht mehr akzeptabel, sich mitgemeint zu fühlen. Konsequentes Gendern verändert Bilder im Kopf und macht Frauen gleichberechtigt sichtbar.

Innerhalb des Vereins kommunizieren wir über den Messengerdienst Siilo®. Hier besprechen die Kolleginnen in Chatgruppen

fachliche Fragen und spezielle operative Techniken. Außerdem werden auf Siilo® Informationen ausgetauscht, Fortbildungen empfohlen und Fallbeispiele, neue Leitlinien und berufspolitische Sachverhalte diskutiert. In einem geschützten Rahmen werden zwischenmenschliche Probleme und Schwierigkeiten im Berufsalltag besprochen. Die Plattform wird sehr aktiv genutzt und die Bereitschaft, sich gegenseitig zu unterstützen, ist überwältigend.

MIT MENTORING ZUM ERFOLG

Als Grundlage für eine fundierte Karriereplanung haben wir für unsere Mitglieder ein Mentoringprogramm etabliert. Mentees werden über einen festen Zeitraum von zunächst zwei Jahren begleitet. Die

Mentorinnen werden durch regelmäßige professionelle Supervision unterstützt und treffen sich online zum Austausch. So profitieren alle Beteiligten von diesem Projekt. Im Juni begannen zusätzliche Coaching-Workshops und Führungsseminare sowie Kommunikationstrainings, die den Mitgliedern des Vereins mehr Sicherheit im Auftreten vermitteln.

Gerade die Chirurgie ist für Ärztinnen und Ärzte oft extrem herausfordernd. Es ist daher nicht verwunderlich, dass Burnout eine häufige Diagnose unter medizinischem Personal ist [3]. Ob wir mit dieser Belastung gut zurechtkommen, ist von vielen äußeren Faktoren abhängig, aber auch durch uns selbst beeinflussbar [4]. Wir haben daher das Thema Resilienz als einen wichtigen Bestandteil der internen Diskussion



und Förderung aufgegriffen. Resilienz kann erlernt werden. Wir bieten in Zusammenarbeit mit externen und internen Spezialistinnen und Spezialisten auf diesem Gebiet Schulungen an.

In einer Online-Akademie des Vereins gibt es monatliche, für Mitglieder kostenfreie Vorträge aus allen Fachbereichen, wobei wir dort vor allem praxisrelevante Themen berücksichtigen. Diese Fortbildungen sind CME-zertifiziert.

POTENZIALE ERKENNEN – NACHWUCHS FÖRDERN

Nachwuchschirurginnen brauchen für ihre Entscheidungen und Karriereplanung weibliche Vorbilder. In unserem Verein bekommen Frauen von der interessierten Studentin bis zur Chefärztin eine Stimme. Mit einem „Du“ begegnen wir uns in der Diskussion auf Augenhöhe und schaffen einen angstfreien Raum, der Lernen und Austausch ermöglicht. Junge Chirurginnen in der Weiterbildung zu unterstützen und ihnen zu helfen, sich im Alltag sicher zu fühlen, ist uns ein großes Anliegen. So gibt es zum Beispiel eine Nachtdienstchatgruppe, an die sich junge Kolleginnen in ihren ersten Diensten wenden können.

OPIDS – OPERIEREN IN DER SCHWANGERSCHAFT

Wir konnten bereits in der Gründungsphase Dr. Maya Niethard und Dr. Stefanie Donner für eine Zusammenarbeit gewinnen. Beiden Chirurginnen ist es zu verdanken, dass ein Positionspapier zu „Operieren in der Schwangerschaft“ entstand, das Handlungsempfehlungen im Einklang mit der

aktuellen Gesetzeslage beinhaltet [5]. Es ist ebenso richtungsweisend für schwangere Chirurginnen wie für Ihre Vorgesetzten. Schwangere sind ein Teil der Arbeitswelt, auch in den chirurgischen Fächern, und ihr Arbeitsplatz muss so gestaltet werden, dass sie ihre operative Ausbildung fortführen können.

KEINE AUSNAHME – FAMILIE UND BERUF

In den chirurgischen Fachverbänden werden Frauen, die sich engagieren wollen, häufig auf das Ressort Beruf und Familie verwiesen, als würde dies ausschließlich Frauen betreffen. Dies ist nicht mehr zeitgemäß. Auch junge Väter haben Interesse an der Elternzeit und möchten ihre Kinder aufwachsen sehen. Care-Arbeit liegt in der Verantwortung beider Elternteile. Eine amerikanische Beobachtungsstudie von 2014 stellte heraus, dass Ärztinnen deutlich häufiger Partnerschaften führen, in denen sie einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen, während der Partner eine Vollzeitstelle hat (44,9 zu 85,6%). Zudem waren die Ärztinnen im Durchschnitt 8,5 Stunden pro Woche mehr mit häuslicher Care-Tätigkeit beschäftigt als ihre männlichen Kollegen [6]. Dies trifft auf Chirurginnen in Deutschland genauso zu. Wir beschäftigen uns mit der Entwicklung von Leitfäden für intelligente Arbeits- und Teilzeitmodelle und deren Integration in die fachliche Weiterbildung. Zu viele Frauen scheitern heutzutage noch an dieser oftmals herbeigeredeten Hürde. Wir verlieren so nach wie vor sehr gut ausgebildete Chirurginnen.

Wir lernen im Verein „Die Chirurginnen e. V.“ jeden Tag Frauen kennen, die unsere Passion für die Chirurgie teilen. Unser Ziel ist die Gestaltung eines gleichberechtigten Arbeitsumfelds. Nur wenn es uns gelingt, bei den

Frauen die Begeisterung für dieses vielseitige und spannende Fach der Medizin zu wecken und zu erhalten, werden wir auf lange Sicht das Nachwuchsproblem lösen können.

LITERATUR

- [1] Xepoleas, M.D., Munabi, N.C.O., Auslander, A. et al. The experiences of female surgeons around the world: a scoping review. *Hum Resour Health* 18, 80 (2020)
- [2] Kilminster S, Downes J, Gough B, Murdoch-Eaton D, Roberts T. Women in medicine--is there a problem? A literature review of the changing gender composition, structures and occupational cultures in medicine. *Med Educ.* 2007 Jan;41(1):39–49. doi: 10.1111/j.1365-2929.2006.02645.x. PMID: 17209891.
- [3] Murden F, Bailey D, Mackenzie F, Oeppen RS, Brennan PA. The impact and effect of emotional resilience on performance: an overview for surgeons and other healthcare professionals. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2018 Nov;56(9):786–790. doi: 10.1016/j.bjoms.2018.08.012. Epub 2018 Sep 13. PMID: 30220608.
- [4] Jackson D, Firtko A, Edenborough M (2007) Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *J Adv Nurs* 60(1):1–9
- [5] https://www.opids.de/fileadmin/user_upload/OPIDS/Dokumente/Tools/Positionspapier_OPidS_FINAL.pdf
- [6] S Jolly et al. Gender differences in time spent on parenting and domestic responsibilities by high-achieving young physician-researchers *Ann Intern Med.* 160 (2014), pp. 344–353



BILDERRÄTSEL



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

Schicken Sie Ihre Antwort unter dem Stichwort „Passion Chirurgie QIII/2021“ an bilderraetsel@bdc.de. Einsendeschluss ist der 10. November 2021. Die Auflösung dieses Rätsels finden Sie im Impressum der nächsten gedruckten Ausgabe im Dezember 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 06/QII/2021: Eisprung

Let's operate.