

PASSION

CHIRURGIE



GESUNDHEITSPOLITIK

BDC-PRAXISTEST:
WIE FINDE UND BINDE ICH
MEINE MITARBEITER?

im Fokus

UPDATE
HERZCHIRURGIE

11 | 2021

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



BDC  Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

GUT LEBEN AUF GESUNDEN BEINEN



Krampfadern modern therapiert – Fakten, auf die es ankommt.

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

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

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

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

Medtronic

It's not my work
It's my passion

© iStock.com/Mikhail_Petrov-96

Ursprung der Leidenschaft

Liebe Leserinnen und Leser,

diese Ausgabe des Heftes „Passion Chirurgie“ widmet sich in besonderer Weise der Herzchirurgie. In der Herzchirurgie ohne Leidenschaft zu arbeiten, ist nahezu unmöglich, steht doch das Organ Herz auch für den Sitz der menschlichen Gefühle und damit für den Ursprung der Leidenschaft. Natürlich ist für uns Herzchirurginnen und Herzchirurgen dieser Fachbereich

eine ganz besondere Disziplin: Da es sich um ein unpaares Organ handelt, ist die simple Entfernung nicht möglich, ohne durch ein

Spenderorgan einen passenden Ersatz zu ermöglichen. Maschinen zum Herzersatz können bisher nur für eine begrenzte Dauer im Körper arbeiten und bergen vielfältige Komplikationsmöglichkeiten. Auch lassen sich Teile des Organs nicht ungestraft entfernen, ohne einen Ersatz vorzunehmen. Da also auf das Herz als Organ nicht verzichtet werden kann, findet hier keine amputative Chirurgie statt, sondern stets eine rekonstruktive.

”
IN DER
**HERZCHIRURGIE OHNE
LEIDENSCHAFT ZU
ARBEITEN, IST NAHEZU
UNMÖGLICH“**

Wie Sie wissen, handelt es sich bei der Leidenschaft um ein besonderes Gefühl, das auch Leiden schafft: lange Konzentrations- und



Prof. Dr. med. Andreas Böning

Direktor der Klinik für Herz-,
Kinderherz- und Gefäßchirurgie
Universitätsklinikum Gießen und
Marburg GmbH
Rudolf-Buchheim-Str. 7
35392 Gießen
andreas.boening@chiru.med.uni-
giessen.de

Stehphasen im OP, Operationen zu den unmöglichsten Tages- und Nachtzeiten, häufige Notfallsituationen, ständige Teamarbeit und die Unmöglichkeit der Niederlassung schrecken möglicherweise viele junge Menschen von der herzchirurgischen Arbeit ab. Für die Herzchirurgie spricht hingegen, dass sie ein besonders befriedigendes Fach ist, in dem man Erfolge auch kurzfristig sehen kann, in dem man kleinen Kindern helfen kann, groß zu werden, in dem man fast tote Patientinnen und Patienten ins Leben zurückholen kann. Und sie ist auch ein Fach, in dem man prognostisch wertvolle Eingriffe durchführen kann, die Herzkranken eine Überlebenschance annähernd vergleichbar zur Normalbevölkerung geben.

Für mich persönlich ist der Zustand des „Flow“, den man als Herzchirurg bei vielen Operationen erfahren kann, eine unglaublich positive Erfahrung. Beim „Flow“ handelt es sich um eine Art Glückszustand, den man erfährt, wenn man das, was man persönlich kann und weiß, in einer Art und Weise einsetzt, die den ganzen Menschen extrem fordert, aber eine zu bewältigende Aufgabe

darstellt. In diesem Sinne kann ich nur feststellen, dass ich eine richtige Entscheidung getroffen habe, als ich im Jahr 1992 meine Tätigkeit in der Herzchirurgie begonnen habe. Ich kann auch weiterhin junge Menschen dazu ermutigen, diesen Beruf zu ergreifen. Auch wenn von kardiologisch-interventioneller Seite schon seit über 20 Jahren kolportiert wird, Herzchirurginnen und Herzchirurgen seien in spätestens zehn Jahren überflüssig: Sie werden immer noch gebraucht.

„DER ZUSTAND DES FLOW IST EINE UNGLAUBLICH POSITIVE ERFAHRUNG“

Vielleicht spüren Sie etwas mehr von der Faszination der Herzchirurgie in dem Kapitel über die Therapie der Herzinsuffizienz von Jan Gummert, wahrscheinlich etwas weniger in dem Kapi-

tel über das Herz-Team von Andreas Beckmann und mir. Trotzdem ist es wichtig, dass wir uns als Herzchirurginnen und Herzchirurgen in einem Regelwerk mit anderen Fachdisziplinen verständigen, auch wenn dessen Lektüre vielleicht nicht unbedingt die „Passion Herzchirurgie“ widerspiegelt.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen viel Vergnügen bei der Lektüre dieser Ausgabe der „Passion Chirurgie“.



Böning A: Ursprung der Leidenschaft.
Passion Chirurgie. 2021 November;
11(07/08): Artikel 01_Editorial.



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



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

IMPRESSUM

CHIRURGIE

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

VERLAG

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

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

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

ABBILDUNGSHINWEISE

Teaserfotos von iStock oder von den Autoren.
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

eISSN 2194-5578

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in Passion
Chirurgie zur Bezeichnung von Personengruppen oft
nur die männliche Form verwendet, gemeint sind aber
Angehörige aller Geschlechter.



INHALT

3 EDITORIAL

3 Ursprung der Leidenschaft A. Böning

8 SCHAUFENSTER

10 CHIRURGIE

im Fokus

10

14

MULTIDISZIPLINÄRES
HERZBOARD (MDH) A. Böning, A. Beckmann

HERZTRANSPLANTATION UND
MECHANISCHE
KREISLAUFUNTERSTÜTZUNG –
DER AKTUELLE STAND

J. Gummert, R. Schramm



21 CHIRURGIE⁺

- 21 Vorankündigung Webinare
- 22 **Nachwuchs:** Mehr als Schönheitsoperationen
A. Böcker
- 25 **Safety Clip:** Early Warning Scores retten Leben –
Systematische Erfassung und standardisierte Analyse
von Vitalparametern führt zur prospektiven
Verbesserung der Patientensicherheit *M. Meilwes*
- 28 Konkrete Tipps für den traurigen Fall der Fälle
- 33 **Hygiene-Tipp:** OP-Abteilung oder Eingriffsraum?
*W. Popp, L. Jatzwauk, R. Schmithausen,
W. Kohnen, J. Tatzel*
- 34 **Hygiene-Clip:** Get Your Disinfection
- 35 **Arztpraxis-Tipp:** Hygienekosten in der
chirurgischen Praxis – ein Update *R. Schmitz*
- 38 Studie belegt differenzierten und
situationsgerechten Umgang mit
Operationen in deutschen Kliniken
während der SARS-CoV-2-Pandemie *J.-A. Rüggeberg*
- 43 Personalia
- 44 **RECHT**
- 44 **F+A:** Kein Entschädigungsanspruch
nach IfSG bei abgelehnter Impfung *J. Heberer*
- 45 **F+A:** Bezeichnung einer Praxis
als Facharztambulanz *J. Heberer*

47 GESUNDHEITSPOLITIK

- 47 **BDC-Praxistest:** Wie finde und binde
ich meine Mitarbeiter? Personal- und
Organisationsentwicklung am Beispiel
einer Universitätsklinik
K. Bikowski, K. Hoffmann, M. Weigand

53 INTERN

- 53 **DGCH**
- 53 Rekrutierende multizentrische chirurgische
Studien in Deutschland *S. Tenckhoff*
- 56 Spendenaufruf und
Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 60 DGCH-Präsidium ab 1. Juli 2021
- 62 Meine Daten haben sich geändert

64 INTERN

- 64 **BDC**
- 64 BDC|News
- 66 BDC|Landesverbände
- 68 Termine BDC|Akademie
- 71 Lifestyle-Angebote im November 2021

72 PANORAMA

- 72 Medical care in Kunduz, Afghanistan:
Making it work

Aktuelle BDC|Umfrage

Umfrage der BDC-Akademie zu künftigen Fortbildungs- veranstaltungen

Digitale Fortbildungsangebote haben durch die Pandemie-Vorgaben nochmals einen enormen Schub erfahren. Viele Kongresse, Symposien, Seminare und Kurse klassischer Präsenz wurden in Hybridveranstaltungen umgewandelt, manche, wie die großen Jahreskongresse der Fachgesellschaften, fast vollständig digital ersetzt. Nach dem anfänglichen Abflauen der Pandemie im Sommer und einer fortschreitenden Normalisierung des gesellschaftlichen Lebens, wurde überall der Ruf nach Face-to-Face Meetings laut. Doch ist ein simples Zurück zum Status quo die richtige Antwort? Stellt eine Balance zwischen real und virtuell die bessere Lösung dar? Oder hat ein biologischer Virus dem Digitalen endgültig zum Sieg verholfen?

Die BDC-Akademie ist stets bemüht, noch besser werden. Zu ihrer Arbeit gehört neben der Umsetzung neuer Lerninhalte auch die Entwicklung aktualisierter Lernformate. Mit dieser Umfrage lässt sich die Zukunft der Akademie mitgestalten.

Herzlichen Dank für die Teilnahme!

Hier geht's zur [Umfrage](#).



Bald Anspruch auf ärztliche Zweitmeinung vor Eingriffen an der Wirbelsäule

Wer vor bestimmten planbaren operativen Eingriffen an der Wirbelsäule steht, hat künftig Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung. Unabhängige und besonders qualifizierte Fachärztinnen und Fachärzte prüfen dann, ob die empfohlene Operation tatsächlich medizinisch notwendig ist.

Die Möglichkeit der ärztlichen Zweitmeinung soll dabei helfen, medizinisch nicht notwendige Eingriffe zu verhindern. Mit dem Beschluss vom 16.9.2021 ergänzte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) seine Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren

(Zm-RL) um einen sechsten planbaren Eingriff.

Die Richtlinie umfasst bisher folgende Eingriffe:

- Eingriff 1: Tonsillektomien, Tonsillotomien
- Eingriff 2: Hysterektomien
- Eingriff 3: Arthroskopische Eingriffe an der Schulter
- Eingriff 4: Amputation beim diabetischen Fußsyndrom
- Eingriff 5: Implantationen einer Knieendoprothese

Hier geht's zum vollständigen Text der [G-BA-Meldung](#).

Hier finden Sie den [G-BA-Beschluss](#).



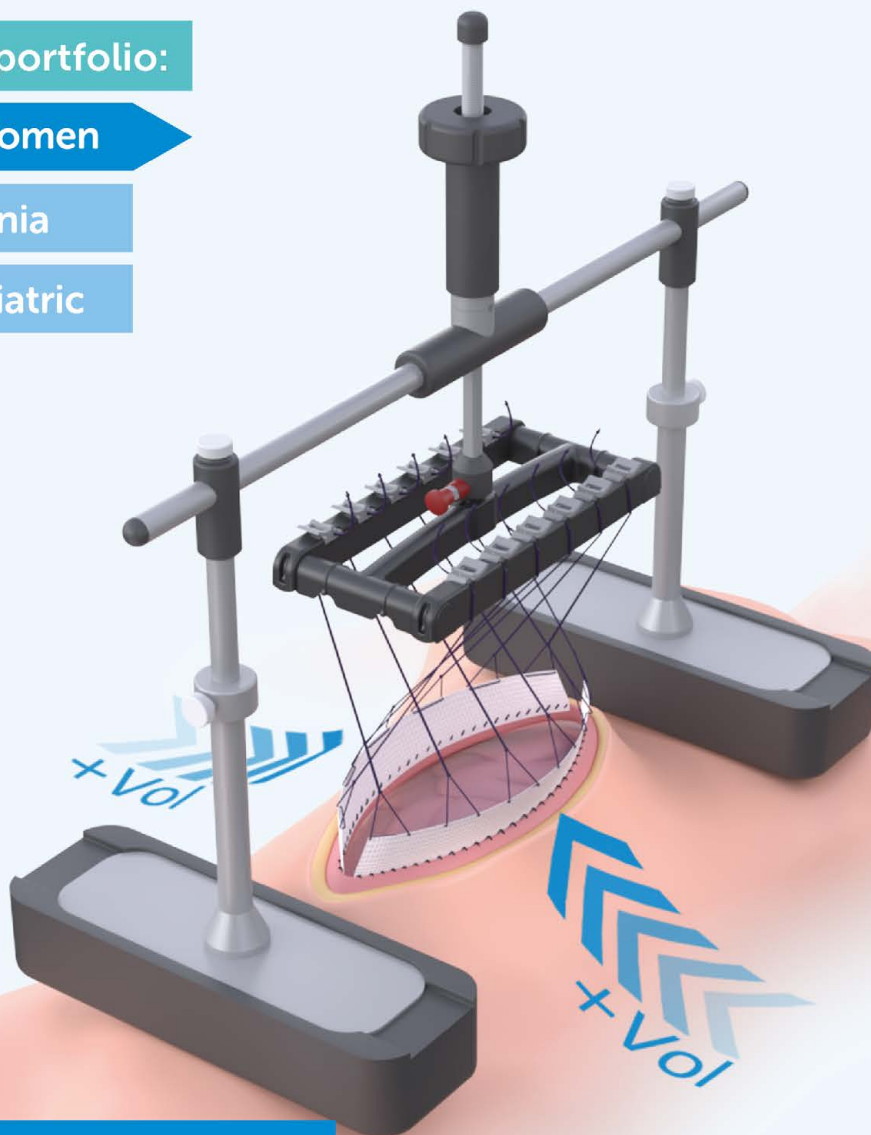
Unser Produktportfolio:

fasciotens®Abdomen

fasciotens®Hernia

fasciotens®Pediatric

CLICK
HERE!



fasciotens®Abdomen

Mit Spannung zum Ziel

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

www.fasciotens.de

DAHLHAUSEN®

Distributionspartner in Deutschland www.dahlhausen.de

fasciotens
ABDOMINAL WALL SOLUTIONS

IM FOKUS

Herzchirurgie



Korrespondierender Autor:
Prof. Dr. med. Andreas Böning
 Direktor der Klinik für Herz-,
 Kinderherz- und Gefäßchirurgie
 Universitätsklinikum Gießen und
 Marburg GmbH
 Rudolf-Buchheim-Str. 7
 35392 Gießen
 andreas.boening@chiru.med.uni-
 giessen.de



Dr. med. Andreas Beckmann
 Klinik für Herzchirurgie
 Herzzentrum Duisburg
 Gerrickstr. 21
 47137 Duisburg
 andreas.beckmann@evkln.de

Böning A, Beckmann A: Multidisziplinäres Herzboard (MDH): Das Herz-Team als zentrale Instanz für patientenindividuelle Therapien von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. *Passion Chirurgie*. 2021 November; 11(11): Artikel 03_01.



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

Multidisziplinäres Herzboard (MDH)

DAS HERZ-TEAM ALS ZENTRALE INSTANZ FÜR PATIENTENINDIVIDUELLE THERAPIEN VON HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN

Die Therapieoptionen für herzkranken Patienten haben sich in den vergangenen Jahren stetig weiterentwickelt. Dies gilt sowohl für den Einsatz medikamentöser Substanzen als auch für die invasiven Behandlungsoptionen. Daher kann die Entscheidung über die Wahl des Therapieverfahrens für jeden einzelnen Patienten nicht mehr monodisziplinär getroffen werden. Dieser wichtige Aspekt wird auch in den aktuellen wissenschaftlichen Leitlinien der europäischen und amerikanischen Fachgesellschaften adressiert und in entsprechenden Empfehlungen ausgewiesen. Dennoch ist davon auszugehen, dass die klinische Realität in Deutschland in Bezug auf den stringenten Einsatz „multidisziplinärer Herz-Teams“ zur patientenindividuellen Beratung, Entscheidungsfindung und Therapieempfehlung im Sinne des „shared decision making“ noch wesentliche Verbesserungspotentiale aufweist. Für das seit Jahrzehnten in der Onkologie fest verankerte „multidisziplinäre Tumorboard (MDT)“ konnte nachgewiesen werden, dass die prätherapeutische Konsultierung im MDT nachweislich Konsequenzen auf die Ergebnisqualität und den Patienten-Outcome hat.

Es ist unbestritten, dass für einige Herz-Kreislauf-Erkrankungen bereits multidisziplinäre Herz-Teams etabliert sind. Dieses erfolgreiche Konzept gilt es konsequent und verbindlich für alle invasiven Therapien von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu etablieren.

WAS IST EIN HERZ-TEAM?

Bis heute werden mit dem Begriff „Herz-Team“ unterschiedliche Teamstrukturen, verschiedene Prozesse und diverse infrastrukturell bedingte Organisationsmodelle subsummiert. Die Mindestanforderung an ein Herz-Team ist die nachvollziehbar strukturierte Abstimmung zwischen Fachärztinnen und -ärzten für Herzchirurgie und Kardiologie oder pädiatrische Kardiologie, ggf. unter Einbindung von Fachärzten für Anästhesie mit kardioanästhesiologischer Kompetenz. Diese Zusammensetzung zeigt bereits den Grundgedanken der fachgebietsübergreifenden Zusammenarbeit, die die historisch bedingte, nicht mehr zeitgemäße und arbiträre Trennung „schneidender“ und „sprechender“ bzw. „diagnostizierender“ Fachgebiete überwindet. Hierdurch werden eine patientenzentrierte sowie erkrankungsspezifische Diagnostik und Therapie ermöglicht.

In Abhängigkeit von der zugrundeliegenden Herzerkrankung, der notwendigen Diagnostik und den Co-Morbiditäten der Patientinnen und Patienten inkl. Risikobewertung ist die Erweiterung von Herzteams zum Beispiel um Vertreter der Fachgebiete Radiologie, Gefäßchirurgie, Neonatologie, Neurologie etc. notwendig.

In diesem Kontext konnte bereits für bestimmte Herz-Kreislauf-Erkrankungen gezeigt werden, dass durch strukturierte Teams, im Gegensatz zu Einzelentscheidungen, fundiertere

Entscheidungen getroffen werden. Beispielsweise empfehlen die wissenschaftlichen Leitlinien zum Management der infektiösen Endokarditis den kooperativen Ansatz eines multidisziplinären „Endokarditis Teams“ mit besonderer Expertise. Gleiches gilt auch für Patientinnen und Patienten mit einer Lungenembolie, die durch ein „pulmonary embolism response team“ (PERT) oder Patienten nach erfolgreicher Reanimation, die durch ein erfahrenes interprofessionelles „Cardiac Arrest Receiving Team“ (CART) adäquat versorgt werden sollen.

WAS IST DIE AUFGABE DES HERZ-TEAMS?

Das Herz-Team hat die Aufgabe, jeden Patienten fokussiert auf seine Herzerkrankung, seine Co-Morbiditäten und auch die persönliche Lebenssituation differenziert zu erfassen und einen individualisierten Therapievor-schlag im Herz-Team und danach mit dem Patienten zu konsentieren. Dieser umfangreiche Prozess muss ergebnisoffen geführt werden, auch wenn im Ergebnis ggf. nicht leitlinienkonforme Empfehlungen erfolgen. Hierbei ist es von entscheidender Bedeutung, dass der Patient eine im Herz-Team konsentier-te Empfehlung erhält und nicht bereits im Vorfeld mit Therapiepräferenzen konfrontiert wird. Für die Abwägung, welche Therapiever-fahren für den jeweiligen Patienten die beste Option darstellt, sind Fachärztinnen und -ärzte mit entsprechender Expertise aus dem medikamentös-konservativen, dem interven-tionellen und dem operativen Bereich der Herzmedizin und ggf. auch anderer Fachge-biete (siehe oben) notwendig.

WIE FUNKTIONIERT DAS HERZ-TEAM AM BESTEN?

In einem gemeinsamen Herzzentrum mit Fachabteilungen für Herzchirurgie und Kardiologie / pädiatrische Kardiologie oder auch in einem gemeinsamen Herz- und Gefäß-zentrum, in dem Fachärztinnen und -ärzte für Herzchirurgie, Gefäßchirurgie, Kardiologie, pädiatrische Kardiologie und Angiologie zusammenarbeiten, lassen sich bestmög-lich patientenindividuelle Entscheidungen treffen. Diese müssen grundsätzlich frei von ökonomischen Zwängen und abteilungs-bezogenen Partikularinteressen getroffen

werden. Hierzu erscheint u.a. eine zentrums-bezogene Budgetierung sinnvoll, wenn nicht sogar notwendig.

Periodik, Struktur und Dokumentation von Herz-Team-Sitzungen sind obligat festzu-legen. Ferner sind nicht nur „allgemeine“ Herz-Team-Sitzungen notwendig, sondern es müssen auch spezielle erkrankungsbe-zogene Sitzungen durch besonders qualifizierte Herz-Teams etabliert sein (z.B. angeborene Herzfehler, Herzinsuffizienz, Herzklappen-erkrankungen, Herzrhythmusstörungen etc.). Diese interdisziplinäre Zusammen-arbeit fokussiert auf bestmögliche, patien-tenindividuelle Therapieempfehlungen und ermöglicht eine exzellente Versorgungs- und Ergebnisqualität. Dies gilt insbesondere auch für die wissenschaftliche Begleitung von Innovationen und die klinische Einfüh-rung neuer Therapieverfahren. Ökonomische Implikationen müssen in diesen ärztlichen Entscheidungsprozessen in den Hintergrund treten. Es muss mit der Krankenhausverwal-tung ein Weg gefunden werden, neue The-rapieverfahren zügig und unkompliziert im Herz-Team einführen zu können.

Neben zentrumsinternen Herz-Teams exis-tieren heutzutage auch institutions- und fachgebietsübergreifende Kooperationen im Sinne von Herz-Team-Abstimmungen. Diese haben zumeist keine feste Periodik, keine verbindlich festgelegte Struktur und eine weniger differenzierte Dokumentation. Ein einmalig wöchentliches Vorstellen von aus-gewählten Patientinnen und Patienten aus der kardiologischen Diagnostik verfehlt den Sinn des Herz-Teams.

GIBT ES PARALLELEN ZUM „MULTIDISZIPLINÄREN TUMORBOARD (MDT)“?

Wie bereits dargestellt, ist das multidiszi-plinäre Tumorboard in der Onkologie fest verankert. Das MDT ermöglicht durch seine Strukturierung und die verbindlichen Vorga-ben evidenzbasierte Bewertungen und Ent-scheidungsfindungen im Team und beeinflusst dadurch entscheidend die Patientensicherheit und die Behandlungsqualität. Für die Abstim-mung im MDT bedarf es einer gewissenhaften

Aufbereitung der notwendigen Informationen, um eine differenzierte und umfassende Dar-stellung zu ermöglichen. Die Umsetzung des Konsensergebnisses ist nicht begrenzt auf die Institution, in der das MDT etabliert ist. Ergänzend sollen MDT auch Empfehlungen und Vorgaben für spezielle Tumorarten geben und hierbei Prävention, Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge berücksichtigen. Des-weiteren obliegt es dem MDT, auch Forschung und Wissenschaft zu unterstützen. Schließlich ist das MDT ein wichtiges Element der studen-tischen Lehre wie auch der ärztlichen Weiter-bildung. Das Ergebnis der Beratung im MDT ist für die Beteiligten bindend und muss den Patientinnen und Patienten durch die behand-lungsführende Ärztin verständlich vermittelt werden – in der Regel sind die Patienten an einer Adhärenz an diese Therapieempfehlung interessiert. Auch für Herz-Teams sind die für das MDT dargestellten Aspekte sinnvoll und notwendig. Bei Patientinnen mit Tumorerkran-kungen stellt sich regelmäßig die Frage nach dem mittel- und langfristigen Überleben bzw. der Prognose der Tumorerkrankung. Dieser Fokus ist bei Herzpatienten zumeist weniger ausgeprägt, da im Zusammenhang mit invasi-ven Therapiemaßnahmen (Operation, Interven-tion) häufig die Hoffnung verbunden ist, durch Beseitigung der Symptomatik die Herzerkran-kung zu „heilen“. Viele Herz- und Gefäß-Erkran-kungen haben unbehandelt innerhalb von fünf Jahren eine mindestens so hohe Sterblich-keitsgefahr wie manche Tumorerkrankungen, das Interesse an einer langfristig wirksamen Therapie ist bei Herzpatienten jedoch deut-lich geringer. Es muss daher auch Aufgabe des Herz-Teams sein, wissenschaftliche Daten zu langfristigen Therapiefolgen im Blick zu haben. Ein besonderes Beispiel für ein aktives Herz-Team findet sich in der Kinderherzmedizin, in der diese Team-Arbeit seit Jahrzehnten eine gelebte Selbstverständlichkeit ist. Im Rahmen von Therapieentscheidungen bei Neugebore-nen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen mit angeborenen Herzfehlern wird bei der interdisziplinären Zusammenarbeit von Kin-derherzchirurgen und Kinderkardiologen stets der gemeinsame Blick auf die kurz-, mittel- und langfristige Perspektiven gerichtet. In gleicher Art und Weise sollte dies auch für Patientinnen und Patienten mit erworbenen Herzerkrankun-gen erfolgen.

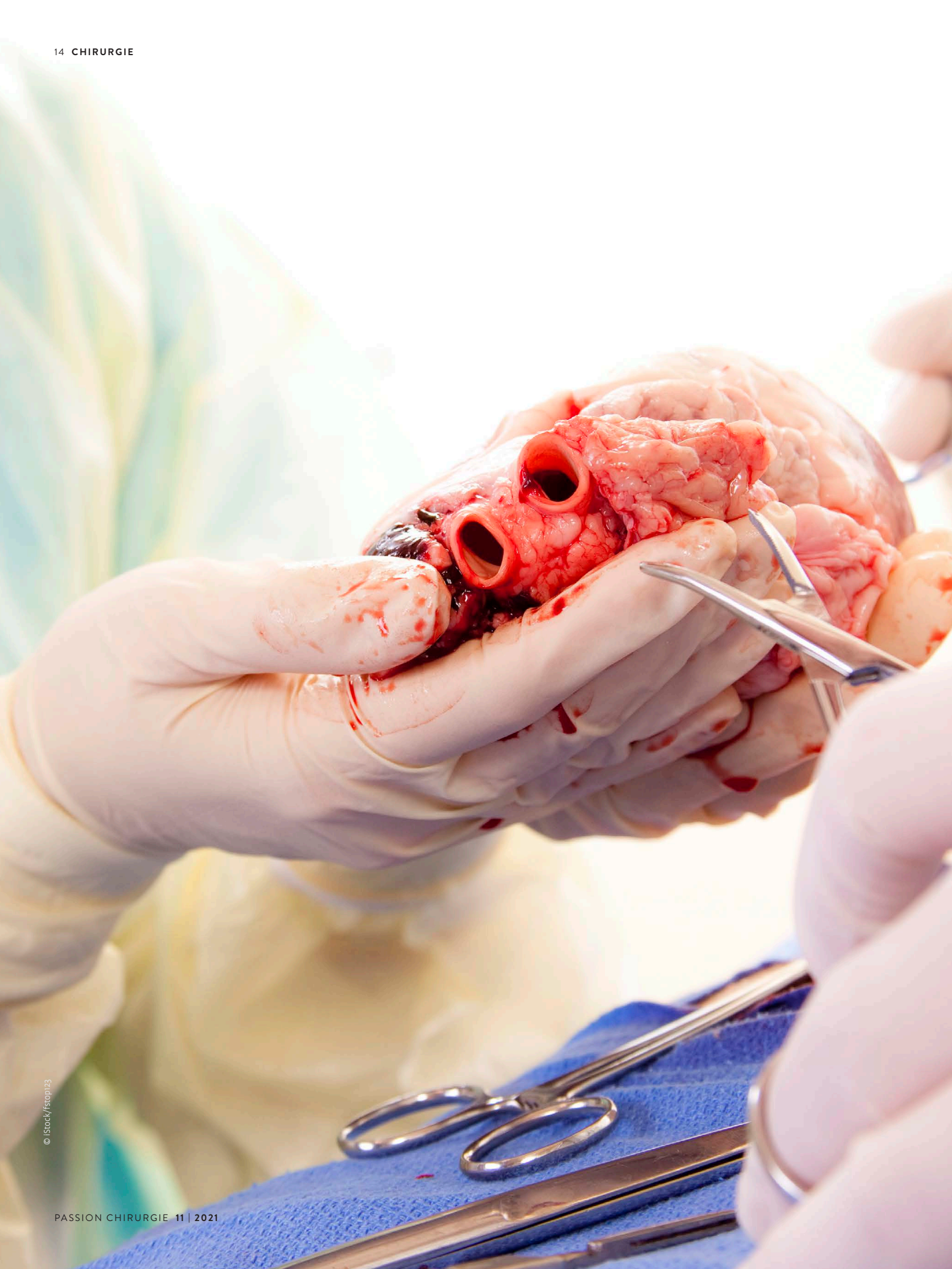
KANN DAS HERZ-TEAM WIRTSCHAFTLICH ARBEITEN?

Die gemeinsame Budgetierung in einem Herzzentrum entlastet die Verantwortlichen nicht von der Notwendigkeit, Entscheidungen unter Einbeziehung wirtschaftlicher Aspekte zu treffen, dennoch müssen prioritär patientenorientierte Entscheidungen im Vordergrund stehen. In Zentren mit abteilungs- oder bereichsbezogenen Budgets lässt sich nicht ausschließen, dass Therapieentscheidungen für Patientinnen und Patienten von Partikularinteressen beeinflusst werden könnten. Die Vorteile für die Kostenträger ergeben sich daraus, dass eine leitliniengerechte, nach Qualitätskriterien evaluierte Therapie für einen Patienten zu einem nachhaltig besseren Ergebnis führt. Durch das im Herz-Team gegebene „Mehrmeinungsverfahren“ ist davon auszugehen, dass eine Über- oder Unterversorgung wenig wahrscheinlich ist. Beispielsweise ist in Österreich das Gesundheitssystem als Teil der Daseinsvorsorge der Bundesregierung anders gestaltet und nicht wie in Deutschland ein überwiegend ökonomisch orientierter Wirtschaftszweig.

Insgesamt zeigt sich, dass strukturierte Herz-Teams in vielerlei Hinsicht erhebliche Vorteile, insbesondere für die uns anvertrauten Patientinnen und Patienten, bieten. Im Gegensatz zur Onkologie bedarf es in der Herzmedizin weiterer Anstrengungen zur verbindlichen Etablierung von Herz-Teams, um die zuvor skizzierten Aspekte in der klinischen Patientenversorgung fest zu verankern und die evidenzbasierte patientenindividuelle Behandlung zu verbessern.

LITERATUR

- E Wierda, D van Veghel, A Hirsch, B A J M de Mol: Heart teams in the Netherlands: From teamwork to data driven decision-making. *Neth Heart J.* 2020; 28(Suppl 1): 73–77.
- H Baumgartner, V Falk, et al.: 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *European Heart Journal* 2017; 38, 2739–2786.
- UM Satriano, A Nenna, et al.: Guidelines on prosthetic heart valve management in infective endocarditis: a narrative review comparing American Heart Association/American College of Cardiology and European Society of Cardiology guidelines. *Ann Transl Med* 2020; 23,1625.
- FJ Neumann, M Sousa-Uva, et al: 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial Revascularization. *European Heart Journal* (2018) 00, 1–96.
- CM Otto, RA Nishimura, RO Bonow, BA Carabello, et al.: 2020 ACC/AHA guideline for the management of patients with valvular heart disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2021; 162, e183–e353.
- A Scherpereel, I Opitz, T Berghmans, I Psallidas, et al: ERS/ESTS/EACTS/ESTRO guidelines for the management of malignant pleural mesothelioma. *Eur Respir J* 2020; 55:1900–1953.
- RN Channick: The Pulmonary Embolism Response Team: Why and How? *Semin Respir Crit Care Med* 2021;42, 212–217. 





Korrespondierender Autor:
Prof. Dr. med. Jan F. Gummert
 Direktor der Klinik für Thorax- und
 Kardiovaskularchirurgie
 Herz- und Diabeteszentrum NRW
 Georgstr. 11
 D-32545 Bad Oeynhausen
 Email: jgummert@hdz-nrw.de



Prof. Dr. med. René Schramm
 Klinik für Thorax- und
 Kardiovaskularchirurgie
 Herz- und Diabeteszentrum NRW
 Georgstr. 11
 D-32545 Bad Oeynhausen

Gummert J, Schramm R: Herztransplantation
 und mechanische Kreislaufunterstützung –
 der aktuelle Stand Passion Chirurgie.
 2021 November; 11(11): Artikel 03_02.



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

Herztransplantation und mechanische Kreislaufunterstützung – der aktuelle Stand

HINTERGRUND

Trotz enormer Fortschritte in der medikamentösen Therapie der Herzinsuffizienz bleibt im Endstadium der Erkrankung nur die Herztransplantation oder bei nicht rechtzeitig verfügbarem Spenderorgan die permanente mechanische Kreislaufunterstützung. Die Entwicklung der permanent implantierbaren mechanischen Kreislaufunterstützung hat zu Beginn des 21. Jahrhunderts einen signifikanten Fortschritt durch die Entwicklung kleiner elektrisch betriebener Pumpen erlebt, die relativ geräuscharm einen kontinuierlichen Blutfluss erzeugen.

Permanent implantierbare Kreislaufunterstützungssysteme stellen wegen des Organmangels heutzutage eine unverzichtbare Behandlungsalternative zur Herztransplantation bei terminaler Herzinsuffizienz dar. Diese komplexe Therapie sollte möglichst an einem erfahrenen Zentrum mit aktivem Herztransplantationsprogramm erfolgen.

HERZTRANSPLANTATION

Im Jahr 2020 wurden 340 Herztransplantationen in 21 Kliniken durchgeführt (**Abb. 1**) [1].

Die Allokation der Spenderherzen erfolgt in Deutschland durch die Eurotransplant Foundation in Leyden, Niederlande. Eine Richtlinie der Bundesärztekammer definiert dazu die Kriterien für hohe Dringlichkeit (HU – „high urgency“). Die Wartezeit auf ein Spenderorgan

beträgt im HU-Status in Abhängigkeit von Blutgruppe und Körpergröße ungefähr zwei bis vier Monate. Die akzeptable Ischämiezeit für das Spenderorgan beträgt bis zu vier Stunden. Bei längerer Ischämiezeit steigt das Risiko eines primären Graftversagens exponentiell an. Daher werden derzeit Verfahren der maschinellen Perfusion von Spenderherzen evaluiert.

Die Transplantation des Spenderherzens erfolgt in orthotoper Technik via medianer Sternotomie. Die bicavale Implantationstechnik kann die Rate von postoperativen Rhythmusstörungen und Trikuspidalklappeninsuffizienzen günstig beeinflussen.

Die postoperative Immunsuppression stützt sich auf einen Calcineurininhibitor, einen Antimetaboliten und in der Frühphase nach Transplantation auf Glukokortikoid. Die Hinzunahme eines m-TOR Inhibitors kann die Reduktion des Calcineurininhibitors erlauben und somit einer Nephrotoxizität begegnen. Wesentliche frühpostoperative Komplikationen sind das primäre Graftversagen, akute Abstoßungsreaktionen und Infektionen, vor allem bei Risikotransplantationen bei Patienten mit infizierten mechanischen Kreislaufunterstützungssystemen. Den Langzeitverlauf limitieren die durch chronische Abstoßung hervorgerufene Transplantatvaskulopathie, Infektionen und Tumorerkrankungen.

Das Überleben nach Herztransplantation wird mit etwa 60 % nach zehn und 23 % nach 20 Jahren angegeben.

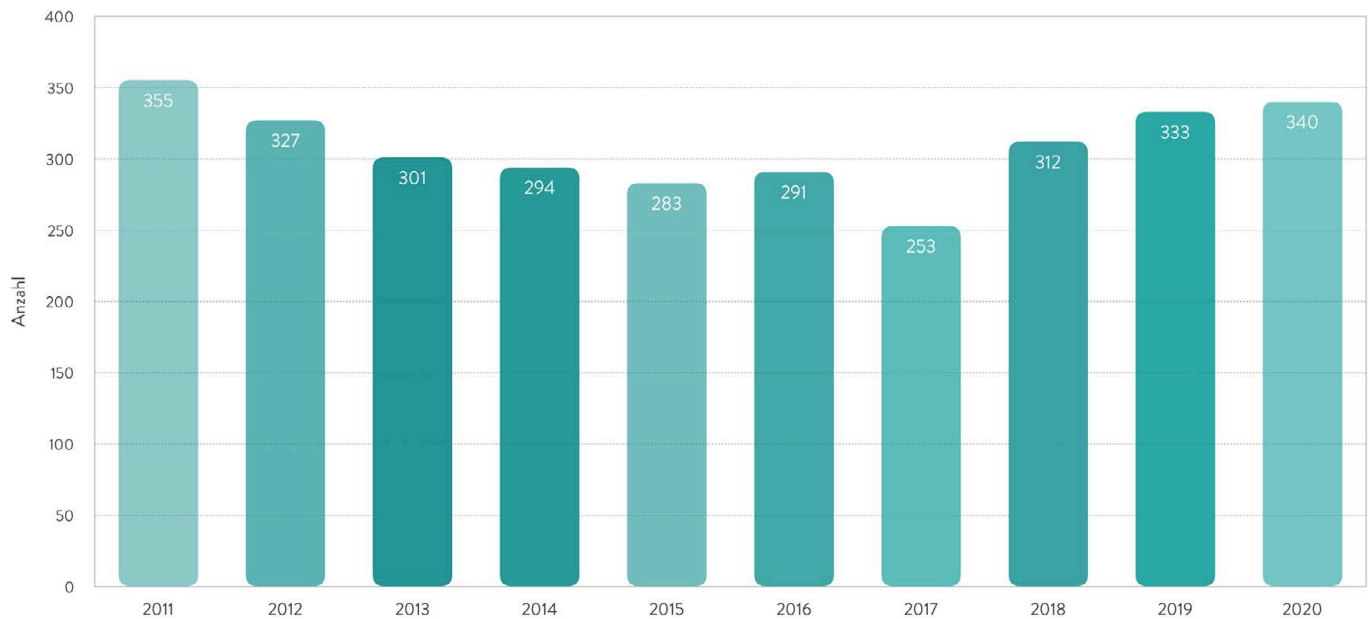


Abb. 1: Anzahl der in Deutschland durchgeführten Herztransplantationen in den Jahren 2011 bis 2020, gemäß der Leistungsstatistik der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) [1].

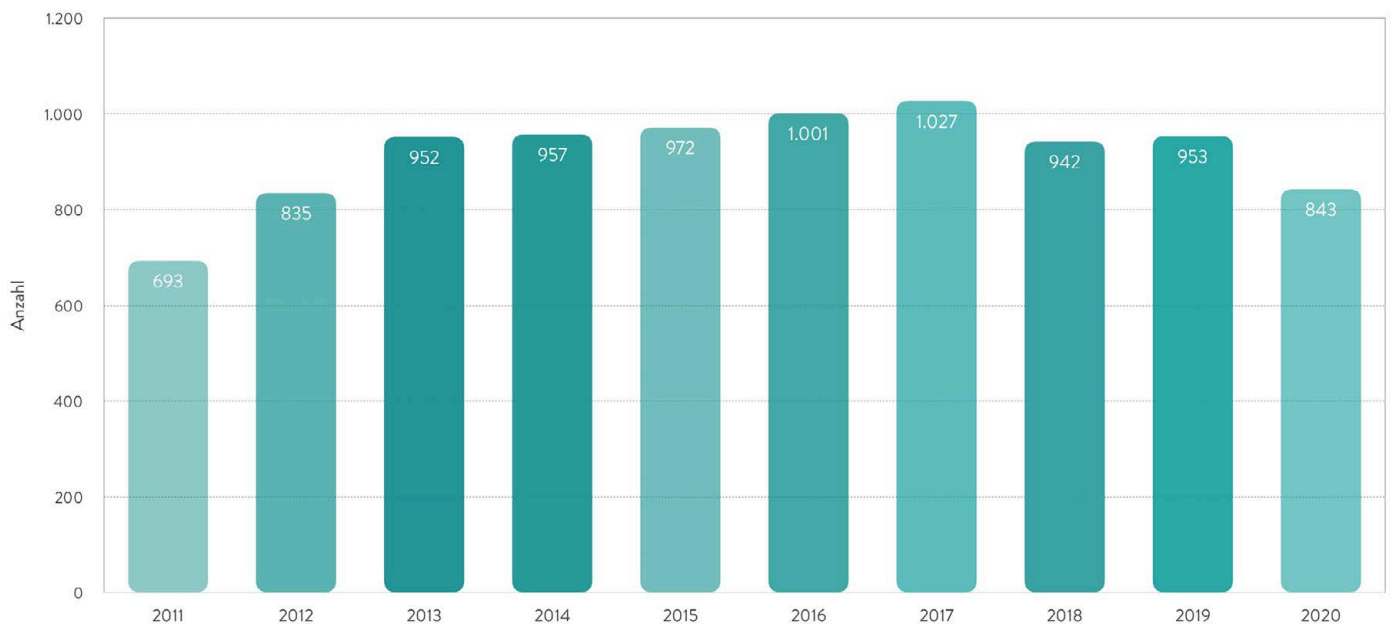


Abb. 2: Anzahl der in Deutschland permanent implantierten mechanischen Kreislaufunterstützungssysteme in den Jahren 2011 bis 2020, gemäß der Leistungsstatistik der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) [1].

MECHANISCHE KREISLAUFUNTERSTÜTZUNG

Bei den permanent implantierbaren Systemen wird grundsätzlich zwischen ventrikulären Unterstützungssystemen (ventricular

assist devices, VADs) und Kunsterzen unterschieden. Während bei den Kunsterzen das erkrankte Herz bis auf die Vorhofebene entfernt wird, werden VADs in die linken und/oder rechten Herzhöhlen zur Unterstützung implantiert. Je nach System wird zwischen

para- und intrakorporalen Systemen mit pulsatilem oder kontinuierlichem Fluss unterschieden. Angetrieben werden die Systeme entweder durch Druckluft oder Strom, welche über ein perkutan ausgeleitetes Kabel zugeführt werden [2]. Die Zahl der pro Jahr

permanent implantierten mechanischen Kreislaufunterstützungssysteme hat in den letzten Jahren leicht abgenommen (**Abb. 2**). Dies sind mit weit über 90 % linksventrikuläre Unterstützungssysteme.

PARAKORPORALE SYSTEME

Das derzeit einzig verfügbare parakorporale System (Berlin Heart Excor®) kann univentrikulär links oder rechts, sowie biventrikulär eingesetzt werden (**Abb. 3A**). Es erzeugt pulsatilem Blutfluss und ist das einzige für den pädiatrischen Bereich und zur rechtsventrikulären Unterstützung zugelassene System.

IMPLANTIERBARE UNTERSTÜTZUNGSSYSTEME

Das Heartmate 3® der Firma Abbott ist derzeit das meistgenutzte LVAD System (**Abb. 3B**). Medtronic hat kürzlich das Wettbewerbsprodukt, das Heartware ventricular assist device (HVAD), wegen zu hoher Komplikationsraten vom Markt genommen. Es handelt sich um eine intraperikardial implantierbare Zentrifugalpumpe mit kontinuierlichem Blutfluss. Sie wird von einem extrakorporalen Controller über ein perkutan geführtes Kabel (Driveline) gesteuert. Das Heartmate 3 ist nur als LVAD zugelassen,

funktioniert aber auch zur Unterstützung des kleinen Kreislaufs.

KUNSTHERZEN (TOTAL ARTIFICIAL HEART, TAH)

Zwei Kunstherzsysteme stehen in Deutschland klinisch zur Verfügung. Bei dem schon lange eingesetzten Syncardia TAH® werden die implantierten Kunstventrikel durch Druckluft angetrieben und erzeugen einen pulsatilem Blutfluss. Mobile Kompressoren ermöglichen auch eine ambulante Betreuung der Patienten. Die Lebensqualität ist aber durch die erhebliche Lärmkulisse beeinträchtigt (**Abb. 3C**).



Abb. 3 A: Das Berlin Heart GmbH EXCOR® ist eine mit Druckluft angetriebene Verdrängungspumpe und generiert pulsatilem Blutfluss. Es ist für die links- und rechtsventrikuläre Unterstützung sowie für den pädiatrischen Einsatz zugelassen.

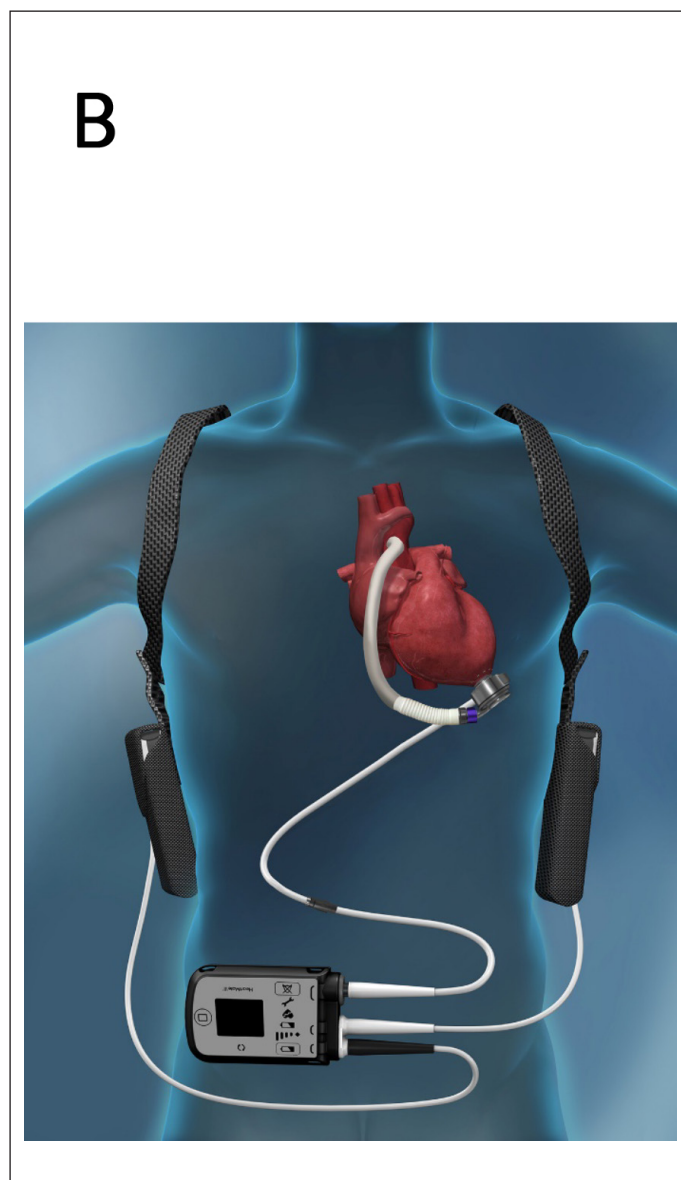


Abb. 3 B: Das Heartmate 3® ist das modernste und gängigste LVAD System mit einem vollständig magnetisch gelagerten Impeller. Die Zentrifugalpumpe generiert kontinuierlichen Blutfluss.

Das Carmat TAH® (**Abb. 3D**) hat seit 2021 eine CE Zulassung und wurde dreimal in Deutschland implantiert (Stand 4.9.2021).

Ein elektrischer Antrieb macht es erheblich leiser als das Syncardia TAH. Das Carmat TAH imitiert eine physiologische Herzleistung durch eine Autoregulation mit variablen Füllungsdrücken. Durch die Verwendung biologischer Oberflächen sind die Anforderungen an die dauerhaft notwendige Antikoagulation deutlich geringer.

Bei der geringen Anzahl implantierter Kunsterzen spielt für das Überleben der Patienten die Erfahrung der Zentren eine wesentliche Rolle.

INDIKATIONEN ZUR MECHANISCHEN KREISLAUFUNTERSTÜTZUNG

Eine VAD/TAH Therapie kann zur Überbrückung bis zu einer Herztransplantation (bridge to transplant, BTT) oder Kontraindikationen als Alternative zur Transplantation (alternative to transplant, ATT; destination therapy DT) indiziert sein. Aufgrund des dramatischen Organmangels ist die BTT Indikation eine eher theoretische Behandlungsstrategie. Die European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) spricht daher allgemein von dauerhafter Unterstützung [3].

Die Indikation hängt von der klinischen Erfahrung des Zentrums und dem Wunsch

des Patienten ab. Die VAD/TAH Therapie ist grundsätzlich indiziert bei Patienten mit terminaler Herzinsuffizienz mit eingeschränkter Pumpfunktion (HFrEF , $\text{EF} \leq 25\%$) und Inotropika-Abhängigkeit oder permanentem NYHA Stadium IIIb-IV unter optimierter medikamentöser Therapie [3]. Eine eingeschränkte maximale Sauerstoffaufnahme von unter 12ml/kg/min ist ein wichtiger Indikator.

Die Register Interagency Registry for Mechanically Assisted Circulatory Support (INTERMACS) und European Registry for Patients with Mechanical Circulatory Support (EUROMACS) stratifizieren herzinsuffiziente Patienten in sieben Stufen, die bei der Indikationsstellung einer VAD/TAH Therapie helfen (**Tab. 1**) [4].

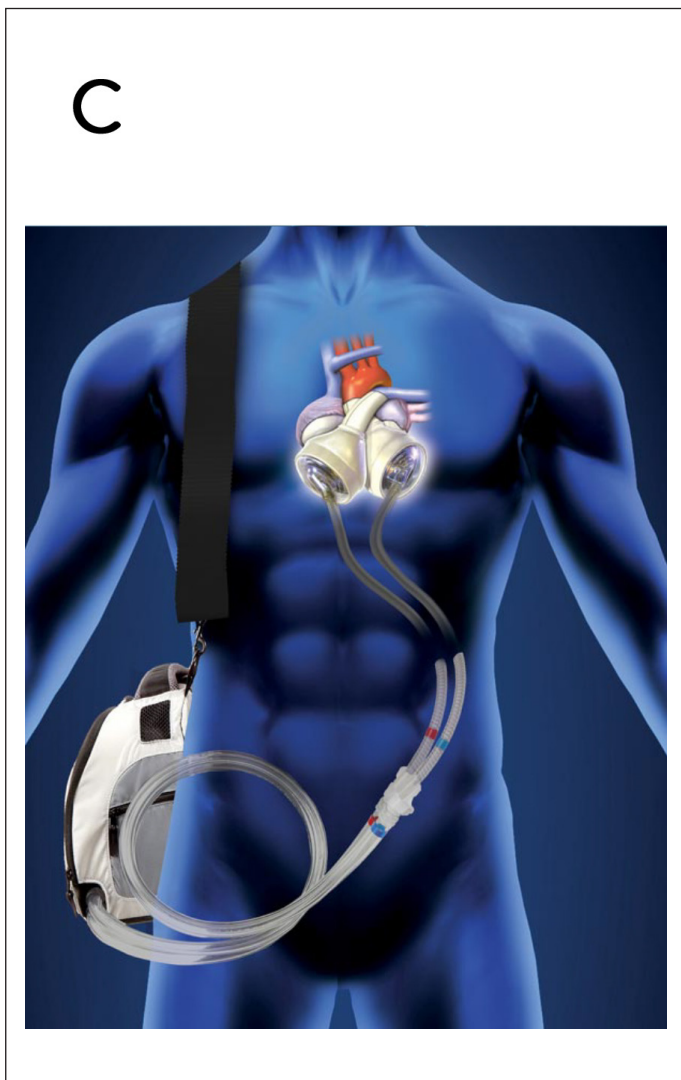


Abb. 3 C: Das Syncardia TAH® ist eine biventrikuläre, intrakorporale druckluftangetriebene Verdrängungspumpe für den Vollherzersatz. Der Blutstrom wird durch mechanische Klappenprothesen in den Kunstventrikeln geleitet.

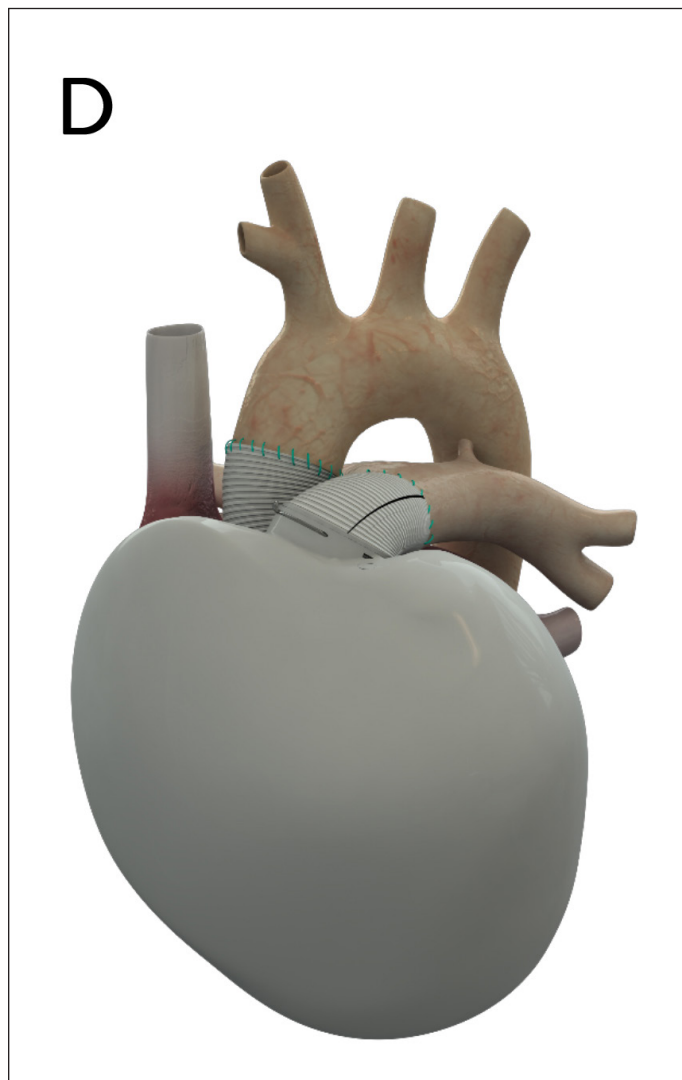


Abb. 3 D: Das Carmat TAH® ist das neueste zugelassene Kunsterzsystem. Es wird elektrisch angetrieben und kann eine Autoregulation mit verschiedenen Füllungsdrücken imitieren. Die Abbildungen wurden von den Firmen Berlin Heart GmbH in A), Abbott in B), Syncardia in C) und Carmat-SA in D) für diese Publikation freundlichst zur Verfügung gestellt.

Tab. 1: The Interagency Registry for Mechanically Assisted Circulatory Support (INTERMACS)-Status zur Klassifikation terminal herzinsuffizienter Patienten [9].

1. Kardiogener Schock (Crash and Burn) NYHA Klasse: IV System: ECLS, ECMO, perkutanes MCS 1-Jahres-Überleben: 52.6 ± 5.6%
2. Fortschreitende Verschlechterung trotz Inotropika (Sliding on Inotropes) NYHA Klasse: IV System: ECLS, ECMO, LVAD 1-Jahres-Überleben: 63.1 ± 3.1%
3. Stabil unter Inotropika (Dependent Stability) NYHA Klasse: IV System: LVAD 1-Jahres-Überleben: 78.4 ± 2.5%
4. Symptome in Ruhe (Frequent Flyer) NYHA Klasse: IV ambulant System: LVAD 1-Jahres-Überleben: 78.7 ± 3.0%
5. Nicht belastbar (Housebound) NYHA Klasse: IV ambulant System: LVAD 1-Jahres-Überleben: 93.0 ± 3.9%*
6. Eingeschränkte Belastbarkeit (Walking wounded) NYHA Klasse: III System: LVAD / LVAD kann als Behandlungsoption diskutiert werden
7. Placeholder NYHA Klasse: III System: LVAD kann als Behandlungsoption diskutiert werden

ECLS = extracorporeal life support; ECMO = extracorporeal membrane oxygenation; LVAD = left ventricular assist device; NYHA = New York Heart Association;

* Kaplan-Meier Überlebenswahrscheinlichkeiten ± Standardfehler für das 1-Jahres-Überleben mit LVAD Therapie. Patienten wurden zensiert zum Zeitpunkt des letzten Kontaktes, Erholung oder Herztransplantation. Wegen der kleinen Patientenzahlen wurden die Ergebnisse für die InterMACS Status 5,6 und 7 kombiniert.

ERGEBNISSE DER VAD/TAH THERAPIE

Seit der Veröffentlichung der REMATCH Studie 2001 haben zahlreiche Publikationen dokumentiert, dass die VAD/TAH Therapie einen bedeutenden Überlebensvorteil, verbesserte Lebensqualität und Belastbarkeit gegenüber optimierter medikamentöser Therapie bietet [5]. In den Zulassungsstudien einzelner Systeme sind die Ergebnisse in der Regel besser als in den großen Registern (Euro-macs, Imacs), was auf die Patientenselektion zurückgeführt werden muss. Negativen Einfluss haben eine biventrikuläre Herzinsuffizienz, sowie Nieren- und Leberinsuffizienz.

Im IMACS report wird eine 3-Jahres-Überlebensrate von 62,4 % bei LVAD – Patienten berichtet [4], im EUROMACS – Register wird eine 3-Jahres-Überlebensrate über alle Altersgruppen von 44 % angegeben [6]. Bei Patienten unter 50 Jahren liegt dies über 62 %. Für das Heartmate 3® attestiert die MOMENTUM3 Studie ein 2-Jahres-Überleben von 79 % [7]. Für das Syncardia TAH® ist ein 2-Jahres-Überleben von 34 % angegeben [8]. Biventrikuläre Unterstützungssysteme und TAHs scheinen zu zögerlich eingesetzt zu werden.

KOMPLIKATIONEN DER MECHANISCHEN KREISLAUFUNTERSTÜTZUNG

Die gegenüber der Herztransplantation deutlich schlechteren Langzeitergebnisse der VAD/TAH Therapie sind durch methodenbedingte Komplikationen begründet [2].

RECHTSHERZVERSAGEN

Ein perioperatives Rechtsherzversagen kann nicht verlässlich vorhergesagt werden, weshalb bei Patienten mit eingeschränkter linksventrikulärer Pumpfunktion zunächst die isolierte LVAD Implantation angestrebt wird [7]. Eine temporäre Rechtsherzunterstützung durch eine extrakorporale Zentrifugalpumpe kann zur Überbrückung bis zur Erholung der Rechtsherzfunktion oder bis zur permanenten mechanischen Unterstützung eingesetzt werden. Sollte die Entwöhnung von einem temporären RVAD nicht möglich sein, kann entweder eine zweizeitige Implantation eines permanenten RVAD Systems, die Implantation eines Kunstherzens (TAH) oder eine dringliche Herztransplantation angestrebt werden.

PUMPENTHROMBOSE

Bei Thrombosierung eines VAD/TAH Systems muss entweder eine systemische Thrombolysierung oder der Austausch des Systems erfolgen. Das Überleben nach Systemwechsel ist aber deutlich eingeschränkt. Das Risiko für die Entwicklung einer Pumpenthrombose ist erhöht bei hohem Body-Mass-Index, Non-Compliance, Rechtsherzinsuffizienz und Infektion. Für das Heartmate 3® wurden keine Pumpenthrombosen beschrieben [7].

BLUTUNGEN

VAD Systeme mit kontinuierlichem Blutfluss verursachen ein erworbenes Von-Willebrand-Syndrom und können zum Auftreten von arterio-venösen Malformationen führen. Schwere Blutungen können bei bis zu 23 % der Patienten auftreten und sich bei bis zu 10 % wiederholen. Bei den pulsatilen VAD/TAH Systemen sind derartige Komplikationen nicht beschrieben.

INFEKTIONEN

Systeminfektionen stellen die häufigste Komplikation der VAD/TAH Therapie dar. Zumeist sind dies Staphylokokkus dominierte Driveline Infektionen mit einer definitionsabhängigen Inzidenz von 13 % bis 80 %. Im Sinne einer Systemendokarditis können Keime die Systeme auch über den Blutstrom besiedeln. Neben der Driveline-Infektion ist die Diagnose eines Systeminfektes schwierig, da eine positive Blutkultur nicht beweisend, eine Echokardiographie wegen Artefakten nicht verlässlich und ein PET-CT falsch-positiv sein kann. Neben der primären antibiotischen Therapie kann ein Systemwechsel notwendig oder eine dringliche Herztransplantation angestrebt werden.

ZEREBRO-VASKULÄRE KOMPLIKATIONEN

Bis zu 20 % der VAD/TAH Patienten entwickeln in den ersten zwei Jahren einen Schlaganfall oder eine intrakranielle Blutung. Das Auftreten wird begünstigt durch eine vor-malige neurologische Komplikation, Hyponatriämie, niedriges Albumin, erhöhte rechtsatriale Drücke, Vorhofflimmern, Infektionen und Schwankungen der Antikoagulation.

FEHLFUNKTIONEN DES SYSTEMS

Etwa 50 % der Patienten mit einem permanenten Kreislaufunterstützungssystem erfahren innerhalb des ersten Jahres eine Gerätefehlfunktion, die nicht auf einer Thrombose des Systems beruht. Aufgrund des berichteten 1-Jahres-Überleben nach VAD/TAH Implantation von etwa 70 % bis 80 %, beeinflussen solche Gerätefehlfunktionen die Morbidität und Letalität aber nur unwesentlich. Fehlfunktionen der extrakorporalen Systemkomponenten

machen nur selten einen operativen Systemwechsel erforderlich.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Herztransplantation stellt wegen der guten Langzeitergebnisse immer noch den Goldstandard in der Behandlung der terminalen Herzinsuffizienz dar. Die VAD/TAH Therapie stellt abhängig von der Indikationsstellung eine wichtige Alternative dar. Verbesserte Biokompatibilität und transkutane Energieübertragung werden zukünftig die Ergebnisse der mechanischen Kreislaufunterstützung verbessern.

LITERATUR

- [1] Beckmann A, Meyer R, Lewandowski J, Markewitz A and Gummert J. German Heart Surgery Report 2020: The Annual Updated Registry of the German Society for Thoracic and Cardiovascular Surgery. *Thorac Cardiovasc Surg.* 2021;69:294-307.
- [2] Schramm R, Morshuis M, Schoenbrodt M, Boergemann J, Hakim-Meibodi K, Hata M and Gummert JF. Current perspectives on mechanical circulatory support. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2019;55:i31-i37.
- [3] Potapov EV, Antonides C, Crespo-Leiro MG, Combes A, Farber G, Hannan MM, Kukucka M, de Jonge N, Loforte A, Lund LH, Mohacsi P, Morshuis M, Netuka I, Ozbaran M, Pappalardo F, Scandroglio AM, Schweiger M, Tsui S, Zimpfer D and Gustafsson F. 2019 EACTS Expert Consensus on long-term mechanical circulatory support. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2019;56:230-270.
- [4] Kirklin JK, Xie R, Cowger J, de By T, Nakatani T, Schueler S, Taylor R, Lannon J, Mohacsi P, Gummert J, Goldstein D, Caliskan K and Hannan MM. Second annual report from the ISHLT Mechanically Assisted Circulatory Support Registry. *J Heart Lung Transplant.* 2018;37:685-691.
- [5] Rose EA, Gelijns AC, Moskowitz AJ, Heitjan DF, Stevenson LW, Dembitsky W, Long JW, Ascheim DD, Tierney AR, Levitan RG, Watson JT, Meier P, Ronan NS, Shapiro PA, Lazar RM, Miller LW, Gupta L, Frazier OH, Desvigne-Nickens P, Oz MC, Poirier VL and Randomized Evaluation of Mechanical Assistance for the Treatment of Congestive Heart Failure Study G. Long-term use of a left ventricular assist device for end-stage heart failure. *N Engl J Med.* 2001;345:1435-43.
- [6] de By TMMH, Mohacsi P, Gahl B, Zittermann A, Krabatsch T, Gustafsson F, Leprince P, Meyns B, Netuka I, Caliskan K, Castedo E, Musumeci F, Vincentelli A, Hetzer R, Gummert J; EUROMACS members. The European Registry for Patients with Mechanical Circulatory Support (EUROMACS) of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): second report. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2018 Feb 1;53:309-16.
- [7] Mehra MR, Uriel N, Naka Y, Cleveland JC, Jr., Yuzefpolskaya M, Salerno CT, Walsh MN, Milano CA, Patel CB, Hutchins SW, Ransom J, Ewald GA, Itoh A, Raval NY, Silvestry SC, Cogswell R, John R, Bhimaraj A, Bruckner BA, Lowes BD, Um JY, Jeevanandam V, Sayer G, Mangi AA, Molina EJ, Sheikh F, Aaronson K, Pagani FD, Cotts WG, Tatroles AJ, Babu A, Chomsky D, Katz JN, Tessmann PB, Dean D, Krishnamoorthy A, Chuang J, Topuria I, Sood P, Goldstein DJ and Investigators M. A Fully Magnetically Levitated Left Ventricular Assist Device - Final Report. *N Engl J Med.* 2019;380:1618-1627.
- [8] Arabia FA, Cantor RS, Koehl DA, Kasirajan V, Gregoric I, Moriguchi JD, Esmailian F, Ramzy D, Chung JS, Czer LS, Kobashigawa JA, Smith RG and Kirklin JK. Inter-agency registry for mechanically assisted circulatory support report on the total artificial heart. *J Heart Lung Transplant.* 2018;37:1304-1312.
- [9] Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, Falk V, Gonzalez-Juanatey JR, Harjola VP, Jankowska EA, Jessup M, Linde C, Nihoyannopoulos P, Parissis JT, Pieske B, Riley JP, Rosano GMC, Ruilope LM, Ruschitzka F, Rutten FH, van der Meer P and Group ESCSD. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J.* 2016;37:2129-2200. 

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.

MITTWOCH, 01. DEZEMBER 2021, 18:00 UHR

LIVE

CHIRURGIE AKTUELL

Geriatrische Beckenfrakturen

Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn



DONNERSTAG, 09. DEZEMBER 2021, 15:00 UHR

LIVE

LEITLINIE

S2K-LEITLINIE „BEHANDLUNG THERMISCHER VERLETZUNGEN DES ERWACHSENEN“

PD Dr. med. Jochen Gille, Prof. Dr. med. Hans-Oliver Rennekampff

CME-Punkte: 1 +1



Nur Mut!

Kein Durchschnittsjob:
ChirurgIn

NACHWUCHS

Nachwuchskampagne Nur Mut!

MEHR ALS SCHÖNHEITSOPERATIONEN

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.

Interview mit Dr. med. Arne Hendrik Böcker
Oberarzt Hand-, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie, Ludwigshafen

» ZUR PERSON



Dr. med. Arne Hendrik Böcker

Klinik für Hand-, Plastische
und Rekonstruktive
Chirurgie, Schwerbrand-
verletzentzentrum
BG Unfallklinik Ludwigshafen
Ludwig-Guttmann-Str. 13
67071 Ludwigshafen am Rhein
arnehendrik.boecker@bgu-
ludwigshafen.de



MEHR ALS SCHÖNHEITSOPERATIONEN

Passion Chirurgie: Faszination Plastische und Rekonstruktive Chirurgie – was ist für Sie das Beste am Fach?

Arne Hendrik Böcker: In die Plastische Chirurgie bin ich eigentlich eher durch Zufall gekommen. Ich wollte gern promovieren. Meine Promotion sollte eine experimentelle Arbeit sein und es sollte etwas Chirurgisches sein. Durch eine Doktorandenstelle, die beides vereinte, bin ich in die Plastische Chirurgie gekommen. Ich muss zugeben, dass ich vor meiner Promotion ein gänzlich anderes, vielleicht sogar falsches Bild der Plastischen und Rekonstruktiven Chirurgie hatte. Sie ist ein sehr faszinierendes Fach und extrem vielfältig. Die Breite des Spektrums hat mich überrascht und meine Erwartungen übertroffen. Man braucht selbst als Chirurg auch ein differenziertes Skillset – von filigranen bis flächigeren Eingriffen ist alles dabei. Das ist toll. Wissenschaftlich hat man ebenfalls viele Möglichkeiten. Mir persönlich haben es die peripheren Nerven angetan, aber wer will kann genauso gut in der Rekonstruktion, Verbrennung oder Handchirurgie das passende wissenschaftliche Feld für sich finden.

Böcker, A: Nachwuchskampagne NurMut!
Mehr als Schönheitsoperationen.
Passion Chirurgie. 2021 November; 11(11):
Artikel 04_02.



Mehr Artikel zur Nachwuchskampagne finden
Sie auf der [Kampagnenseite](#)

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

AHB: Nutze die Zeit zum umfassenden Kennenlernen! Nie wieder wird es in der medizinischen Ausbildung so viel Freiheit geben, wie im Studium. Man darf nicht vergessen: Die Spezialisierung kommt unweigerlich im Laufe der Ausbildung. Ich selbst habe nicht von Beginn an gewusst, was mein Ziel sein wird und welcher Bereich der Medizin mich besonders interessiert. Deshalb habe ich mein Studium genutzt, um mir unterschiedliche Disziplinen anzugucken. Konkret heißt das bei mir, dass ich meine Famulatur in der Kardiologie gemacht habe, danach habe ich mir den gastroenterologischen Bereich angesehen. Im fünften Semester kam mit der Doktorandenstelle dann der Durchbruch und das Gefühl der Leidenschaft fürs Fach. Meine Empfehlung lautet daher: Am Ende des Studiums sollte man definitiv wissen, in welche Richtung es geht und was einen am meisten interessiert.

PC: Hand aufs Herz: Wie gelingt die Balance zwischen Beruf & Privatleben?

AHB: Man bewegt sich bei diesem Thema immer in einem Spannungsfeld. Das finde ich aber ganz normal. Mein Beruf als Chirurg ist ein arbeitsintensiver Job, der geprägt ist von Eigeninitiative und Engagement. Für mich persönlich ist die strikte Trennung zwischen Beruf und Privatleben nicht unbedingt erforderlich, weil mein Job mich erfüllt. Mir war es immer wichtig, am Ende des Tages für jemanden einen Unterschied gemacht zu haben. Das Ergebnis meiner Arbeit zählt. Die große Frage des Sinns des Berufes hat sich mir noch nie gestellt. Allerdings gibt es auch immer Lebensphasen, in denen man familiär mehr gefordert ist. Moderne chirurgische Kliniken sollten hier auch Lösungsmodelle (beispielsweise Elternzeit) anbieten, um motivierte Mitarbeiter langfristig

zu halten und die plastische Chirurgie dauerhaft als Fach attraktiv zu halten.

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

AHB: Ich arbeite in einem großen Klinikum mit einem tollen Team. Wir stützen uns gegenseitig und stehen füreinander ein. Das ist auch ein prägender Teil, der die Chirurgie ausmacht: Sie ist Teamarbeit. Zwischen Erfolg und Scheitern ist der Grat sehr schmal manchmal. In meinem Team habe ich immer Ansprechpartner, im Zweifel ist auch immer mein Chef für mich da, wenn ich mal ein chirurgisches Problem nicht gelöst kriege. Das kommt vor. Wir alle lernen dazu und so sollte es sein. Ich habe das auch schon ganz anders kennengelernt – in Strukturen, die andere nicht stützen – im Gegenteil. Das ist sehr abschreckend und gerade in Bezug auf die Nachwuchsgewinnung ein echtes Problem: Teilweise werden ausgeprägte Hierarchien und tradierte Strukturen in der Chirurgie gelebt, die Einzelne sich oft nicht weiterentwickeln lassen. Das aber ist gerade wichtig. Es

braucht eine gute Kommunikationskultur, die auch gelebt wird. Gemachte Fehler sollten sich im besten Fall nicht wiederholen. Hierzu braucht es allerdings eine offene Fehler- und professionelle Feedbackkultur. Ich glaube, hier sollte ein Umdenken in der Chirurgie passieren.

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

AHB: Als Assistenzarzt habe ich eine junge Frau operiert, die eine schwerste Handverletzung hatte. Seither kommt sie regelmäßig in die Sprechstunde, manchmal nur um die gute Heilung ihrer Hand zu zeigen. Das bewegt und das ist es, was ich meine: Am Ende des Tages habe ich für jemanden durch meinen Beruf einen Unterschied gemacht. Solche Erlebnisse motivieren sehr lange.

PC: Haben Sie Tipps für die Zeit als Assistenzarzt?

AHB: Das Klügste aus meiner Sicht ist ein Mentorprogramm. Eine Mentorin an

seiner Seite zu haben, um immer wieder die eigenen Ziele zu überprüfen und Unterstützung bei der Reflektion der eigenen Arbeit zu erhalten ist sehr effektiv. Man lernt aus erster Hand und bekommt oft weitsichtige Perspektiven, die für einen in dieser Phase noch nicht absehbar sind. Ich hatte das Glück, Menschen als Vorbilder in meinem direkten Umfeld zu haben, die mich immer wieder motiviert haben. Auch Kritik im Sinne des Mentorings hat oft weitergeholfen.

PC: Wie wichtig war für Sie ein Netzwerk?

AHB: Ein eigenes Netzwerk auszubauen kann hilfreich sein. Beispielsweise, indem man schon während des Studiums Fachkongresse besucht und Kontakte aufbaut. Das fand ich hilfreich. Vor allem ist in der Plastischen Chirurgie der Nachwuchsmangel noch nicht so extrem und der Einstieg recht kompetitiv. ○

SAFETY CLIP

Early Warning Scores retten Leben –

SYSTEMATISCHE ERFASSUNG UND STANDARDISIERTE ANALYSE VON VITALPARAMETERN FÜHRT ZUR PROSPEKTIVEN VERBESSERUNG DER PATIENTENSICHERHEIT

Die zentrale Aufgabe aller in der Patientenversorgung Tätigen besteht darin, Krankheiten zu heilen und Leiden zu lindern. Genauso wesentlich ist das Anliegen, akute, vital bedrohende Verschlechterungen des Patientenzustandes frühzeitig wahrzunehmen und ihnen effektiv und so rechtzeitig entgegenzuwirken, dass eine unmittelbare Lebensbedrohung vermieden und das eigentliche Therapieziel erreicht wird.

Dies hat mittlerweile auch im deutschsprachigen Raum dazu geführt, dass entsprechend der Empfehlungen des European Resuscitation Council (ERC) aus dem Jahr 2015 in Krankenhäusern die klassischen „Reanimationsteams“ durch „Medical Emergency Teams“ ersetzt werden, die bereits bei einer akuten Verschlechterung des Patientenzustandes alarmiert werden. Durch diese frühzeitige Intervention kann eine Verlegung in den

**Martin Meilwes**

Risiko-Berater
GRB Gesellschaft
für Risiko-Beratung mbH
Ecclesiast. 1-4
32758 Detmold
martin.meilwes@grb.de
www.grb.de

Meilwes M: Safety Clip: Early Warning Scores retten Leben – Systematische Erfassung und standardisierte Analyse von Vitalparametern führt zur prospektiven Verbesserung der Patientensicherheit. *Passion Chirurgie*. 2021 November; 11(11): Artikel 04_03.



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

Intensivbereich oder gar eine Reanimation in vielen Fällen vermieden werden.

In der Übersetzung des Deutschen Wiederbelebungsrates der 2015er ERC-Richtlinien zur Reanimation finden sich in der Empfehlung zu Medizinischen Notfallteams deutliche Verweise auf das Thema „Frühwarnsysteme“. Dort heißt es:

„Medizinische Notfallteams (MET) für Erwachsene

Wenn man die Überlebenskette des Kreislaufstillstands betrachtet, steht am Anfang die Früherkennung des zunehmend kritisch kranken Patienten und das Verhindern des Kreislaufstillstands. Wir empfehlen die Einführung eines MET, da damit niedrigere Zahlen von Atem-Kreislauf-Stillstand sowie höhere Überlebensraten verbunden sind. Das MET ist Teil eines Rapid-Response-Systems (RRS), das Mitarbeiterschulungen über die Symptome der Patientenverschlechterung, angemessenes und regelmäßiges Erheben der Vitalfunktionen der Patienten, klare Handlungsanweisungen (beispielsweise durch Alarmierungskriterien oder ein Frühwarnsystem) zur Unterstützung des Personals in der Früherkennung von sich verschlechternden Patienten, klare einheitliche Alarmierungswege für weitere Unterstützung und eine klinische Antwort auf solche Alarmierungen beinhaltet.“

Trotz der mittlerweile zunehmenden Umstellung der innerklinischen Notfallteams von primären „Reanimationsteams“ zu „medizinischen Notfallteams“ im Sinne eines MET besteht immer noch das Problem der Definition einer frühzeitigen „Alarmierungsschwelle“, der vorausschauenden Detektion einer unter Umständen nicht sofort wahrgenommenen oder „schleichenden“ Verschlechterung des Patientenzustandes. Die hierzu erforderliche konsequente und systematische Umsetzung einer Kriterien orientierten Krankenbeobachtung scheitert in vielen Krankenhäusern in den peripher-stationären

Bereichen einerseits an der hierfür notwendigen angemessenen und qualifizierten personellen Ausstattung (insbesondere des Pflegedienstes) und andererseits an der konsequenten und systematischen Nutzung geeigneter Frühwarnsysteme.

Zwar werden beispielsweise in vielen operativen stationären Bereichen zur Überwachung von frisch operierten Patienten zeitweise sogenannte „Überwachungsblätter“ eingesetzt, auf denen Vitalparameter wie Puls, Blutdruck, Temperatur, gegebenenfalls Sauerstoffsättigung und Flüssigkeitsbilanz/Ausscheidung erfasst werden. Eine definierten Werten folgende Einschätzung des Patientenzustandes mit festgelegten Handlungsvorgaben für das hieraus resultierende Vorgehen gibt es häufig aber nicht. Die routinemäßige Nutzung von Early Warning Scores (EWS), die beispielsweise in den USA, Kanada, Australien, Neuseeland und Großbritannien schon eine lange Tradition haben, steckt in deutschen Kliniken häufig noch in den Kinderschuhen.

SCHULUNG DES PERSONALS BESONDERS WICHTIG

In wissenschaftlichen Untersuchungen konnte die protektive Wirkung solcher Kriterien orientierter Frühwarnsysteme nachgewiesen werden, so dass beispielsweise bereits seit 2011 im National Health Service in Großbritannien der „Modified Early Warning Score“ (MEWS) beziehungsweise der National Early Warning Score (NEWS) verpflichtend eingesetzt werden.

Die Stiftung Patientensicherheit aus der Schweiz kommt in Ihren „Empfehlungen zur Einführung und zum Betreiben eines Frühwarnsystems zur Detektion sich unbemerkt verschlechternder erwachsener Patienten“ aus dem Jahr 2018 zu der Forderung, dass die Einführung eines Frühwarnsystems, wie zum Beispiel des „MEWS“, mit der Analyse und Adaptation der innerklinischen Strukturen und Prozesse verbunden sein muss. Dabei muss besonderer Wert auf die Schulung und Begleitung des Personals bei der Einführung gelegt werden. Zwar gehen die Empfehlung von einer Nutzung eines Early Warning

Systems bei allen erwachsenen Patienten aus, doch bietet es sich in der Praxis möglicherweise eher an, ein Frühwarnsystem in einem ersten Schritt in besonderen Überwachungsbereichen (IMC- und Wachstationen) oder in spezifischen Hochrisikodisziplinen einzuführen.

Die systematische Erfassung der zu überwachenden Vitalparameter erzeugt fraglos einen erhöhten Zeit- bzw. Arbeitsaufwand insbesondere beim Pflegepersonal, der bei der Einführung zu berücksichtigen ist. Dem steht aber der Gewinn an unmittelbarer Patientensicherheit und die Reduktion des Aufwandes bei zu spät erkannten Verschlechterungen des Patientenzustandes entgegen. Die Abwägung spricht für die strukturierte und zeitnahe Einführung eines solchen Frühwarnsystems.

POTENZIALE DER DIGITALISIERUNG NUTZEN

Zur Reduzierung des personellen Aufwandes kann die Einführung geeigneter elektronischer Patientenakten und die Koppelung technischer Messsysteme mit der patientenbezogenen Dokumentation beitragen. Damit ergibt sich gegebenenfalls auch die Möglichkeit, elektronische Entscheidungsunterstützungssysteme zu nutzen, die aus den erhobenen Parametern automatisiert den patientenspezifischen Score ermitteln und eine gezielte Reaktion vorschlagen beziehungsweise selbst initiieren – zum Beispiel die Alarmierung des Medical Emergency Teams.

Auch wenn hier die Möglichkeiten der Digitalisierung noch einige Entwicklungen erwarten lassen und einzelne Hersteller von klinischen Patientenüberwachungssystemen Early Warning Scores bereits in ihre Software integrieren, so gehören in ein medizinisches Frühwarnsystem unbedingt auch ergänzend die Intuition und das „Bauchgefühl“ des erfahrenen Personals. Diese Faktoren müssen jederzeit Berücksichtigung finden, auch wenn die erhobenen Einzelparameter gegebenenfalls im ersten Moment unauffällig wirken.

FAZIT

Studien zeigen, dass durch die systematische Nutzung von validierten Frühwarnsystemen bei allen Patienten und durch den Einsatz von medizinischen Notfallteams (MET) die Anzahl der Reanimationen und der Notfallverlegungen in die Intensivmedizin signifikant reduziert werden kann. Wir sollten deshalb unsere Bemühungen vorantreiben, die Voraussetzungen für den durchgängigen Einsatz solcher Frühwarnsysteme zu schaffen und unsere Versorgungsstrukturen in der innerklinischen Notfallversorgung entsprechend adaptieren.

LITERATUR

Deutscher Rat für Wiederbelebung. Reanimation 2015 – Leitlinien kompakt. Ulm. 2015; 303.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Care of deteriorating patients. Edinburgh: SIGN; 2014.

Gao H, McDonnell A, Harrison DA et al. Systematic review and evaluation of physiological track and trigger warning systems for identifying at-risk patients on the ward. *Intensive Care Med.* 2007; 33: 667-79.

Mathukia C, Fan W, Vadyak K et al. Modified early warning system improves patient safety and clinical outcomes in an academic community hospital. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives.* 2015; 5: 26716.

Hammond NE, Spooner AJ, Barnett AG et al. The effect of implementing a modified early warning scoring (MEWS) system on the adequacy of vital sign documentation. *Australian Critical Care.* 2013; 26: 18-22.

Royal College of Physicians: National Early Warning Score (NEWS). Standardizing the assessment of acute illness severity in the NHS. London, RCP. 2012.

Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Empfehlungen zur Einführung und zum Betreiben eines Frühwarnsystems zur Detektion sich unbemerkt verschlechternder erwachsener Patienten. Zürich. 2018. 



REIHE: Unerwarteter Tod des Praxisinhabers – Was nun?

Konkrete Tipps für den traurigen Fall der Fälle

Reihe: Unerwarteter Tod des Praxisinhabers – Was nun? Konkrete Tipps für den traurigen Fall der Fälle. *Passion Chirurgie*, 2021 November; 11(11): Artikel 04_04.



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

PRAXISABSICHERUNG IM TODESFALL

Der plötzliche Tod eines Praxisinhabers erfordert oft ein schnelles, zielstrebiges Handeln, wenn es darum geht, den Praxisablauf aufrechtzuerhalten. Denn an einer funktionierenden Praxis liegt nicht nur den Erben: Die Angestellten fürchten um ihre Arbeitsplätze und die Patienten fragen sich, wie es mit ihrer Gesundheitsversorgung weitergeht. Eine übermäßige Patientenabwanderung kann der Praxis ihre Substanz entziehen.

Welche Schritte sollte man als Praxisinhaber ergreifen, um für den Fall des eigenen plötzlichen Versterbens seine Praxis in guten Händen zu wissen? Mit diesem Thema hat sich die Frielingsdorf Consult GmbH in Köln beschäftigt. Mit einem Übersichtsbeitrag der Frielingsdorf Consult starten wir in diesem Heft der *Passion Chirurgie* eine Beitragsserie zu dieser Problematik. Die folgenden fünf Hefte befassen sich dann mit einem Fallbeispiel und mit den Details der jeweils zu ergreifenden Schritte.

Neben Beratungsleistungen von Frielingsdorf Consult zur Praxisabsicherung im Todesfall und zum quartalsweisen KV-Abrechnungs-Controlling (einmalig oder regelmäßig) können BDC-Mitglieder über Frielingsdorf und Partner auch Praxiswertgutachten zum Beispiel zum Praxiskauf- und -verkauf oder für Erbauseinandersetzungen zu Sonderkonditionen erhalten. Für BDC-Mitglieder gibt es **Rabatte** von 10 bis 16 Prozent auf diese Leistungen.

Aufgrund vieler Rückmeldungen, die uns zu dieser Thematik erreicht haben, haben wir die wichtigsten To-dos, die sich für Erben und das Praxisteam nach dem unerwarteten Tod des Praxisinhabers ergeben, zusammengefasst.

SCHRITT 1: PATIENTENSTAMM SICHERN!

Wenn ein Praxisinhaber plötzlich stirbt, ist dies für die Hinterbliebenen und die Menschen, die mit dem Praxisinhaber oft jahrelang zusammengearbeitet haben, ein immenser Verlust und großer Schock. Trotz aller Trauer sollte die Frage, wie es nun mit der Praxis weiter geht, aber schnell geklärt werden und zudem ist schnelles Handeln zwingend erforderlich. Denn von einer weiterhin funktionierenden Praxis sind viele Beteiligte abhängig: Angestellte mit ihren Arbeitsplätzen, Erben mit ihrem Vermögen und natürlich eine Vielzahl versorgungsbedürftiger Patienten. Ein nicht zu unterschätzendes Risiko für den Fortbetrieb der Praxis ist dabei, dass die Patienten nach dem Tod des Praxisinhabers zu anderen Praxen abwandern. Damit kann der Praxis die Substanz entzogen werden. Der richtige Informationsaustausch mit den Patienten ist daher von immenser Bedeutung.

Insbesondere bei Einzelpraxen ist klar, dass in den ersten Tagen nach dem Tod des Inhabers meist noch kein Vertreter für die Praxis zur Verfügung steht, beziehungsweise stehen kann. Deshalb müssen zunächst diejenigen

Patienten informiert werden, die in den ersten Tagen nach Eintritt des plötzlichen Todesfalls einen Termin vereinbart haben oder ohne Voranmeldung in der Praxis auflaufen. Eine Information an die Terminpatienten sollte telefonisch erfolgen und die Termine sollten nach Möglichkeit ein oder zwei Wochen nach hinten verschoben werden. Patienten, die selbst anrufen, werden natürlich ebenfalls direkt telefonisch informiert. Diejenigen, die spontan ohne Termin in die Praxis kommen, müssen in der Praxis persönlich informiert werden.

Die Information aller Patienten sollte sensibel erfolgen, denn sie werden sicherlich ebenfalls betroffen sein, sich aber gleichzeitig auch Sorgen um die eigene Versorgung machen. Patienten, die akut eine ärztliche Behandlung benötigen, sollten in Abstimmung mit einem anderen Arzt beziehungsweise einer anderen Praxis übergangsweise dorthin vermittelt werden. Für diese und alle anderen Patienten gilt, dass sie sich nach dem Finden eines Vertreters / eines Übernehmers auch weiterhin in der Praxis behandeln lassen sollen. Daher muss allen Patienten vermittelt werden, dass die Praxis weiterhin für sie da ist und der Praxisbetrieb – im Andenken an den verstorbenen Inhaber – selbstverständlich fortgeführt wird.

Nicht zu vergessen ist, dass Stammpatienten, die keinen in nächster Zeit anstehenden Termin haben, in gleicher Weise informiert werden sollten. Das muss nicht sofort erfolgen, sollte aber auch nicht auf die lange Bank geschoben werden. Denn wenn diese Patienten durch einen Dritten vom Tod des Praxisinhabers erfahren, besteht auch hier ein Abwanderungsrisiko. Sofern zeitlich und je nach Patientenmenge möglich, ist hierbei ebenfalls der persönliche Anruf ideal. Sollte dies aber nicht möglich sein, können die Patienten auch angeschrieben werden. Eine schriftliche Information über den Todesfall per E-Mail ist unserer Erfahrung nach eher ungeeignet. Besser ist beispielsweise eine spezielle Praxis-Postkarte. Auf dieser sollte auch die Telefonnummer der Praxis und der Hinweis aufgeführt sein, dass sich die Patienten bei Fragen in jedem Fall an die Praxis wenden können.

Neben der beschriebenen telefonischen, persönlichen und schriftlichen Direkt-Information sollten ein Aushang in den Praxisräumen und eine Todesanzeige im Namen des Praxisteams in einer regionalen Zeitung die Patienteninformation ergänzen. Im nächsten Schritt sollte zur kurzfristigen Sicherung des Praxisbetriebes ein Vertreter gefunden werden.

SCHRITT 2: EINEN VERTRETER FINDEN

Nach dem plötzlichen Tod eines Praxisinhabers drängt für die Erben die Zeit, wenn sie die Praxis zu einem angemessenen Kaufpreis an einen geeigneten Übernehmer übergeben wollen. Da in der Regel nicht unmittelbar nach dem Tod des Praxisinhabers ein Übernehmer gefunden werden kann, muss die Zeit bis zur tatsächlichen Praxisübergabe durch einen Vertretungsarzt überbrückt werden. Andernfalls drohen Patienten- und Wertverfall der Praxis.

Da qualifiziertes Personal im Gesundheitswesen rar ist, gestaltet sich die Suche nach einem kurzfristig zur Verfügung stehenden Praxisvertreter erfahrungsgemäß nicht einfach. Drei Aspekte sind bei der Suche nach einem Vertretungsarzt entscheidend: Koordination, Netzwerk und Geldeinsatz.

DIE KOORDINATION

Im Idealfall sollte im Voraus geklärt sein, wer sich im Todesfall des Praxisinhabers um die Suche nach einem geeigneten Vertretungsarzt kümmert. Die Praxismanagerin, ein Berater der Praxis oder doch eher einer der Erben selbst?

Da jede Praxis eine andere Struktur hat und Personen darin individuell unterschiedlich stark eingebunden sind, kann keine generelle Eignungsempfehlung gegeben werden. Klar ist jedoch, dass sich die ausgewählte Person bereits vor Eintritt des Todesfalls mit dem Thema „Schnelle Suche eines Vertreters“ vertraut machen sollte. Das bedeutet, dass sie nicht nur weiß, wie man einen Vertreter schnellstmöglich beschafft, sondern dass sie auch einen Überblick über die wesentlichen Funktionsbereiche der Praxis hat. Denn diese

Bereiche geben die absoluten Mindestanforderungen vor, die ein Vertretungsarzt erfüllen muss.

Im Idealfall sollte die Koordination, wie im Falle des plötzlichen Todes des Praxisinhabers ein geeigneter Praxisvertreter gefunden werden kann, bereits im Vorfeld zwischen der Erstkraft, den Erben und dem Praxisinhaber abgesprochen sein. Hierfür eignet sich beispielsweise eine schriftliche Erfassung im Qualitäts- beziehungsweise Risikomanagement-System der Praxis.

DAS NETZWERK

Um überhaupt kurzfristig einen Vertretungsarzt finden zu können, sollte bereits ein Netzwerk aufgebaut sein, das aus Personen oder Unternehmen besteht, an die sich der Koordinator wenden kann, um schnellen Zugang zu Vertretungsärzten zu finden. Dazu gehören beispielsweise die betreuenden Steuerberater, Rechtsanwälte und Praxisberater, aber insbesondere auch auf Vertretersuche spezialisierte Vermittler.

Es empfiehlt sich, die Kontaktdaten von Ansprechpartnern des Netzwerkes in einer Liste im Rahmen des QM's festzuhalten und regelmäßig auf Aktualität zu prüfen, damit im Falle des plötzlichen Todes des Praxisinhabers diese Liste schnell griffbereit und aktuell ist. Andernfalls muss sich der Koordinator erst nach dem Tod des Praxisinhabers um ein entsprechendes Netzwerk bemühen und verschenkt damit meist viel wertvolle Zeit.

DER GELDEINSATZ

Da im Todesfall die Zeit drängt, können die Kosten für einen Honorararzt im Vergleich zu planbaren (beispielsweise urlaubsbedingten) Praxisvertretungen höher sein. Bevor jedoch der Praxiswert verfällt oder die Vertragsarztzulassung an den Zulassungsausschuss zurückfällt, ist es meist sinnvoll, diese Kosten zu übernehmen. Ein Vertretungsarzt sollte nicht deshalb abspringen, weil ihm eine Klinik oder eine andere Praxis mehr Honorar pro Stunde bietet.

Neben den zuvor beschriebenen drei Aspekten ist für die Vertreterbestellung noch eine versicherungsrechtliche Besonderheit zu beachten. Wird ein ordentlich bestellter Vertreter im Auftrag des Praxisinhabers tätig, haftet im Falle eines Behandlungsfehlers bei möglichen Schadensersatzansprüchen nicht der Vertreter, sondern der Praxisinhaber. Dieser ist im Regelfall gegenüber Haftungsansprüchen durch seine Berufshaftpflichtversicherung abgesichert. Da die meisten Versicherungsverträge jedoch mit dem Tod des Praxisinhabers automatisch enden, haften in einem durch einen Praxisvertreter verursachten Schadensfall nun die Erben.

Eine Klärung mit dem Versicherer zu Lebzeiten des Praxisinhabers, ob die Berufshaftpflichtversicherung für den Einsatz eines Vertreters auch nach dem Tod des Inhabers noch für einen bestimmten Zeitraum greift, ist daher dringend zu empfehlen.

SCHRITT 3: DIE PRAXISFÜHRUNG SICHERN

Praxisinhaber haben eine Doppelfunktion: Als Ärzte kümmern sie sich um die medizinische Versorgung ihrer Patienten, und als Unternehmer bewältigen sie tagtäglich Führungsaufgaben in der eigenen Praxis.

Wer aber kann diese beiden wichtigen Aufgaben im Falle eines plötzlichen Todes des Inhabers so lange sicherstellen, bis ein Übernehmer für die Praxis gefunden ist?

Wie bereits dargestellt, kann die medizinische Patientenversorgung nach dem Tod des Praxisinhabers übergangsweise durch einen Vertretungsarzt erfolgen. Unserer Erfahrung nach ist aber im Regelfall nicht davon auszugehen, dass sich der Vertretungsarzt auch um die Praxisführung kümmern kann. Daher müssen andere Personen die Praxisführung adhoc und so lange übernehmen, bis ein Nachfolger gefunden ist.

War der verstorbene Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig, kann sich einer der verbleibenden Praxispartner um die Praxisführung kümmern. Bei Einzelpraxen

hingegen müssen andere Personen gefunden werden, wie bspw. die vertraute Erstkraft oder Praxismanagerin, ein Praxisberater (z. B. Steuerberater) oder einer der Erben, sofern dieser in der Lage dazu ist.

Welche Person auch immer hierfür gefunden wird, entscheidend ist, dass diese Person umgehend in die Führungsrolle des bisherigen Praxisinhabers schlüpft und sich einen Überblick verschafft, welche Managementaufgaben der Praxisinhaber bisher wahrgenommen hat.

Bis zur Praxisabgabe an einen Nachfolger braucht diese Führungsposition aber keine langfristigen oder strategischen Aspekte zu umfassen, sondern beinhaltet nur die wichtigsten und dringlichsten Aufgabenbereiche, die für das Tagesgeschäft von elementarer Bedeutung sind. Hierzu zählen insbesondere die Personalführung und -planung, damit der organisatorische Ablauf in der Praxis sichergestellt ist. Wichtig sind auch Aufgaben, die mit dem Zahlungsverkehr zusammenhängen, wie das Begleichen von Rechnungen, das Auslösen von Gehältern oder die Abrechnung mit der KV und den Privatpatienten. Teilweise können diese Aufgaben delegiert werden, jedoch sollte es eine Person geben, bei der alle Fäden zusammenlaufen, die handelt und Entscheidungen trifft.

Praxisinhaber sollten daher eine „Chef-Arbeitsplatzbeschreibung“ erstellen, aus der hervorgeht, welche Aufgaben sie wie in ihrer Praxis selbst erledigen. Denn ohne diesen Überblick wird es für einen „Interims-Manager“ schwierig werden, die anstehenden Führungsaufgaben adäquat zu erledigen.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass es im Falle des Todes des Praxisinhabers unter Umständen mehrere Wochen dauern kann, bis das zuständige Amtsgericht den Erbschein ausstellt. In dieser Zeit können dann meist keine wichtigen Entscheidungen und Handlungen (wie z. B. die Begleichung von Rechnungen für die Praxis) erfolgen. Damit ein schnelles Handeln möglich ist, sollte der Interims-Manager bereits zu Lebzeiten des Praxisinhabers bestimmt und Vollmachten

für ihn hinterlegt werden. Alternativ kann aber auch ein Testament beim Amtsgericht hinterlegt werden. Mit der Hinterlegungsbescheinigung, die dem Erbschein entspricht, und dem Totenschein haben die Erben dann sofort die Möglichkeit, zu handeln und Entscheidungen zu treffen.

Ein wertvoller Tipp für den Praxisinhaber ist ebenfalls, bereits im Vorfeld in den regelmäßigen (z. B. wöchentlichen) Teamsitzungen auch die Aufgaben des Praxisinhabers zu besprechen. Dadurch erhält das Team einen guten Überblick, welche Aufgaben im Hinblick auf die Praxisführung zu erledigen ist, und wie es einen möglichen Interims-Manager besser unterstützen kann.

Festzuhalten bleibt, dass eine übergangsweise notwendige Sicherung der Praxisführung, ohne eine aktive Vorsorge durch den Praxisinhaber nur sehr schwer zu bewältigen sein wird.

SCHRITT 4: EINEN PRAXISNACHFOLGER SUCHEN

Die Zulassung endet grundsätzlich mit dem Tod und die Nachbesetzung muss in den meisten KVen innerhalb von zwei Quartalen erfolgen. Insbesondere für Einzelpraxen ist damit ein hohes Risiko verbunden, denn wenn kein Nachfolger gefunden wird und der Zulassungsausschuss die Vertragsarztzulassung einzieht, kommt dies einer Stilllegung der Praxis gleich.

Um die Praxis zu erhalten, muss bei der KV kurzfristig der Antrag gestellt werden, die Zulassung des verstorbenen Arztes im Rahmen des sogenannten „Witwenquartals“ durch einen Vertreter zu besetzen. Dies ist bei den meisten KVen bis zu zwei Quartale möglich.

Die Zeit, in der die Praxis nun durch einen Vertreter aufrechterhalten werden kann, ist jedoch kurz. In diesem kurzen Zeitraum müssen Übernahminteressenten gefunden

und Übernahmemodalitäten verhandelt werden. Wie findet man also schnell potenzielle Nachfolger?

Das kann zunächst über entsprechende Suchanzeigen, z. B. im Deutschen Ärzteblatt und in Praxis-Börsen, erfolgen. Weiterhin können der eigene Berufsverband und regionale Praxisnetze angesprochen werden, ob sie die Nachfolgersuche an ihre Mitglieder übermitteln. Auch die Ansprache von Praxisberatern, Pharma-Vertretern sowie seriösen Vermittlern sollte nicht vergessen werden.

Je mehr Kanäle für die Nachfolgersuche genutzt werden, desto höher sind die Erfolgsaussichten. Hierfür ist in allen Fällen allerdings die Initiative der Hinterbliebenen, des Praxispartners oder Praxispersonals gefragt, was aufgrund der gegebenen Umstände und zusätzlichen Aufgaben, die nach dem plötzlichen Tode des Praxisinhabers auf alle Beteiligten zukommen, durchaus nicht immer leicht ist.

Tipp: Der Praxisinhaber kann versuchen, sich zu Lebzeiten ein Netzwerk aus potenziellen Übernahmekandidaten aufzubauen. Ein solches Netzwerk kann beispielsweise aus (früheren) Weiterbildungsassistenten, anderen niedergelassenen Fachkollegen aus der Region oder aus Krankenhausärzten bestehen. Ärzte aus Krankenhäusern können sich im Notfall Urlaub nehmen und als Vertretung zur Verfügung stehen und gegebenenfalls sogar als Übernehmer der Praxis in Frage kommen. Ein derartiges Kontakte-Netzwerk erleichtert für die Hinterbliebenen die Suche nach einem geeigneten Praxisnachfolger.

SCHRITT 5: DIE PRAXISÜBERGABE DURCHFÜHREN

Wurde nach dem plötzlichen Tod des Praxisinhabers ein Nachfolger gefunden, gilt es abschließend, die Praxisübergabe durchzuführen.

Einer der wichtigsten Punkte für die finale Praxisabgabe ist, dass sich die Erben und der potenzielle Übernehmer auf einen Übernahmepreis einigen. Da beide Parteien naturgemäß bezüglich des Übernahmepreises gegenteilige Interessen haben werden, ist es ratsam, die Praxis von einem unabhängigen Sachverständigen bewerten zu lassen, um die Kaufpreisverhandlungen für beide Seiten zu vereinfachen. Dabei sollte das Gutachten den aktuellen Verkehrswert (Marktwert) repräsentieren und neutral von den Interessen der einen oder anderen Partei sein. Weiterhin sollten tiefergehende Informationen über die Praxisstruktur und eine Prognose über künftige Gewinnerwartungen enthalten sein, so dass Stärken und Schwächen der Praxis erkannt werden.

Ein qualifiziertes Praxiswertgutachten kann somit die Basis für die anstehende anwaltliche Vertragsgestaltung bilden. Über die jeweils zuständige Industrie und Handelskammern (IHK) können Informationen über öffentlich bestellte und vereidigte Sachverständige abgerufen werden.

Parallel hierzu sollte über das Ausschreibungs- und Nachbesetzungsverfahren der KV umgehend beantragt werden, den Vertragsarztsitz auf den Käufer der Praxis zu übertragen. ○

Sie sind selbst betroffen und möchten sich mit anderen Betroffenen austauschen? Dann wenden Sie sich an den BDC, wir vermitteln Ihnen den richtigen Kontakt. Wenden Sie sich an:

BDC-Sekretariat
Maren Löprick
Tel.: 030/28004-150
E-Mail: mail@bdc.de

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

OP-Abteilung oder Eingriffsraum?

Immer wieder stellt sich – gerade beim ambulanten Operieren – die Frage, ob man eine OP-Abteilung braucht oder ob ein Eingriffsraum reicht. Die Unterschiede sind gewaltig: Die OP-Abteilung muss vom restlichen Teil des Krankenhauses oder der Praxis abgeteilt sein, der Eingriffsraum kann an einem Flur liegen. Bisher wurde zur Entscheidungsfindung meist die KRINKO-Empfehlung von 1997 (Anhang zur Anlage zu Ziffern 5.1 und 4.3.3 - Anforderungen der Hygiene beim ambulanten Operieren in Krankenhaus und Praxis - Bundesgesundheitsbl. 40 (1997): 361-365) herangezogen, die seit 2018 nicht mehr gilt. Außerdem hat sich seitdem viel getan und neue operative Methoden sind dazu gekommen.

Unter dem Begriff Eingriff werden in der Regel operative Interventionen verstanden, bei denen im Unterschied zu Operationen nur ein geringes Wundinfektionsrisiko mit dem Eingriff verbunden ist. Die KRINKO spricht in ihrer Empfehlung „Prävention postoperativer Wundinfektionen“ (2018) von Operationen mit geringem Wundinfektionsrisiko und nennt beispielhaft kleine Eingriffe an der Haut/Subkutis, am Auge, in der Mund-, Kiefer-, Stirnhöhle, Endoskopien von Körperhöhlen, Abszess-eröffnungen und interventionelle radiologische und kardiologische Eingriffe.

Während Operationen in einem OP-Saal durchgeführt werden, reicht bei Eingriffen ein Eingriffsraum aus. Die neue DGKH-Leitlinie „**Bauliche und funktionelle Anforderungen an Eingriffsräume**“ erläutert die aktuellen Vorgaben der KRINKO und präzisiert die Anforderungen, die an einen Eingriffsraum und die ihm zugeordneten Nebenräume gestellt werden. Hierbei wird detailliert auf Aspekte wie Raumluftechnik, Raummaße, Wand- und Bodengestaltung, Möbelbeschaffenheit, Umkleide, Waschplatz sowie Ver- und Entsorgung eingegangen.

Die Leitlinie verweist auf aktualisierte Listen zur Einteilung von Operationen und Eingriffen, beispielsweise vom **Landesamt für Gesundheit und Soziales (LaGuS) Mecklenburg Vorpommern** oder von der **Kassenärztlichen Vereinigung Bayern**, wobei letztgenannte Liste besonders detailliert ist. Hier werden die im KV-ärztlichen Bereich durchgeführten Operationen und Eingriffe in 3 Kategorien eingeteilt. Danach können anhand der Liste operative Interventionen

- der Kategorie A (entspricht Operationen) einem Operationstrakt,
- der Kategorie B (entspricht invasiven Eingriffen bzw. Operationen mit geringem Wundinfektions-Risiko) einem Eingriffsraum
- und der Kategorie C (entspricht invasive Maßnahmen bzw. Operationen mit noch geringerem Wundinfektions-Risiko), einem Untersuchungs- und/oder Praxisbehandlungsraum

zugeordnet werden. Die Liste umfasst nahezu alle im ambulanten Bereich zu erwartenden Eingriffe der Inneren Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Urologie, Augenheilkunde, HNO-Heilkunde und Zahnmedizin.

Der Hygiene-Tipp 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

Krankenhausthygiene e.V. (DGKH)

popp@hykomed.de

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

Krankenhausthygiene/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

Krankenhausthygiene e.V. (DGKH)

Dr. med. Johannes Tatzel

Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH

Institut für Krankenhaushygiene

Schloßhastraße 100

89522 Heidenheim

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

Hygiene-Tipp: Wann OP-Abteilung und wann Eingriffsraum?

Passion Chirurgie. 2021 November; 11(11): Artikel 04_05.



Weitere Hygiene-Tipps finden Sie auf BDC|Online

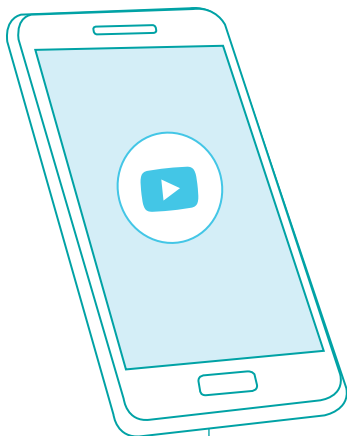
(www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Qualität &

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.

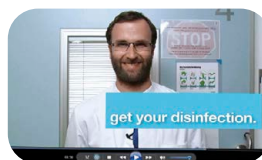
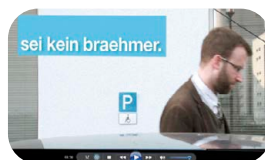
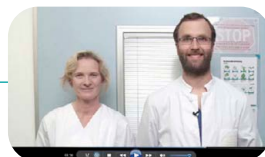
Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und die deutschen Hygieniker betreiben seit 2008 eine bundesweite Informationskampagne, die dazu beitragen soll, vermeidbare Infektionen in Klinik und Praxis zu reduzieren. Wir wissen, dass Sie als Chirurgin/Chirurg alles zur Infektprophylaxe und Hygiene wissen. 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)

ARZTPRAXIS TIPP



© Alfter/istock.com

Hygienekosten in der chirurgischen Praxis – ein Update

Das SARS-CoV-2 Virus hat auch für weite Teile der Allgemeinbevölkerung das Thema Hygiene in den Fokus rücken lassen. Die anfänglichen Probleme bei der Versorgung mit Masken, Kitteln, OP-Hauben und Desinfektionsmittel sind erfreulicherweise beherrscht. Aber es muss auch immer wieder betont werden, dass dieser zu Tage getretene Mangel Ausdruck einer ungenügenden Vorsorge der staatlichen Einrichtungen war und für die Zukunft dauerhaft abgestellt werden muss. Dies beinhaltet neben einer klugen Vorratshaltung an geeigneten Stellen auch die Sicherstellung der Produktion von Medizinprodukten und Arzneimitteln in Deutschland oder zumindest Europa. Für die chirurgischen

Praxen fielen ebenso wie im Krankenhaus zusätzliche Kosten an, schon allein durch teilweise exorbitante Preissteigerungen bei hygienischen Einmalartikeln. Teilweise wurde diese Kostenexplosion gegenfinanziert, entweder durch Beschaffen der notwendigen Artikel über die regionalen kassenärztlichen Vereinigungen oder durch Hygieneaufschläge, die bei Privat- oder BG-Patienten liquidiert werden konnten.

Anders verhält es sich mit einer seit vielen Jahren von den operativ tätigen Berufsverbänden geforderten sachgerechten Abbildung und Vergütung der Hygienekosten. Hintergrund ist, dass der im Vertragsarztsystem gültige



Dr. med. Ralf W. Schmitz
Referatsleiter Niedergelassene
Chirurgen im BDC
Schönberger Str. 11
24148 Kiel
schmitz@bdc.de

EBM (einheitliche Bewertungsmaßstab) 1995 auf Basis eines Standardbewertungssystems (STABS) kalkuliert wurde. Diese Kosten wurden in der Folgezeit nur fortgeschrieben unter Berücksichtigung von Inflation und Grundlohnsummensteigerung. Das Problem im vorliegenden Fall ist aber, dass durch gesetzliche Vorgaben, die alle aus der ersten Dekade des neuen Jahrtausends datieren, eine ganze Reihe von zusätzlichen Investitionen und auch laufende Ausgaben notwendig wurden, die eben nicht im STABS berücksichtigt wurden. Beispielhaft seien die Empfehlungen der KRINKO (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention) am Robert Koch Institut in der jeweils aktuellen Fassung genannt [8]. Diese stellen eben nicht nur einen Rat oder eine freundliche Empfehlung dar, wie der Titel implizieren mag, sondern wurden in das Infektionsschutzgesetz übernommen wurden und sind damit gesetzlich vorgeschrieben [3, 4, 7].

Dies beinhaltet z.B. für operativ tätige Praxen, ambulante Operationszentren und natürlich Krankenhäuser, die Verpflichtung Hygienebeauftragte Ärzte zu benennen und abhängig von der Anzahl der Operationen Krankenhaushygieniker anteilig zu beschäftigen. Beides zieht erhebliche Kosten nach sich. So ist Voraussetzung für das Zertifikat „Hygienebeauftragter Arzt“ die Teilnahme an einem 40 Stunden Kurs. Neben den Gebühren muss hier eine volle Arbeitswoche investiert werden. Weitere sehr kostenintensive Änderungen finden sich im Medizin-Produktgesetz [1]. War es zur Zeit der Kalkulation des STABS Mitte der neunziger Jahre noch erlaubt und gängige Praxis chirurgische Instrumente vor dem eigentlichen Sterilisationsvorgang von Hand zu reinigen, so ist dies nun untersagt. Eine Reinigung darf ausschließlich maschinell in dafür zugelassenen RDGs (Reinigungs- und Desinfektionsgeräten) erfolgen, die nicht nur teuer in der Anschaffung sind, sondern auch regelmäßig von externen Fachleuten gewartet und validiert werden müssen. Jeder Reinigungsvorgang muss darüber hinaus genauso so wie der eigentliche Sterilisationsvorgang fälschungssicher über eine Software protokolliert werden. Selbst das Folienschweißgerät muss mit einem PC verbunden sein, um Temperatur, Druck und Andruckzeit zu

dokumentieren. Über Sinn und Unsinn ließe sich an manchen Punkten trefflich streiten. Es liegt die gesetzliche Verpflichtung vor, alle diese genannten Sachen vorzuhalten und zu nutzen – und dies kostet.

Bereits im Jahr 2015 wurde vom Berufsverband der ambulanten Operateure (BAO) ein Gutachten in Auftrag gegeben, um genau die Kosten zu erfassen, die nach Kalkulation des ursprünglichen STABS 1995 durch Gesetze und Verordnungen in der Folgezeit verursacht wurden [9]. Der Gutachter Dr. R. Woischke, Chirurg und aktives Mitglied des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC), listet nachvollziehbar und plausibel die aus den Verordnungen resultierenden Investitionen und laufende Kosten auf und kommt zu dem Schluss, dass – bezogen auf eine Praxis mit 1.000 ambulanten Operationen pro Jahr – eine Unterfinanzierung pro Eingriff in Höhe von 55 Euro vorliegt. In den folgenden Jahren hat das Zentralinstitut (ZI) der KBV über zwei Umfragen Informationen von operierenden Praxen eingeholt, die im Wesentlichen ein Defizit bei der Vergütung der Hygienekosten bestätigten [5]. Daraufhin wurde von der KBV im Rahmen der Honorarverhandlungen gefordert, dass die Kassen die nachgewiesenen Kostensteigerungen auch finanzieren.

Wie bei der aktuellen Kassenlage in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht anders zu erwarten, wurde die Rechtmäßigkeit der Forderung zunächst bestritten. Im März 2021 erfolgte im erweiterten Bewertungsausschuss (EBA) eine teilweise Anerkennung der Hygienekosten in Höhe von etwa 90 Millionen Euro von Kassenseite, diese sollten aber mit Digitalisierungskosten verrechnet werden – ein von der gesetzlichen Krankenversicherung gerne favorisiertes Null-Summen-Spiel. Zurecht hatte sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nicht darauf eingelassen. Das letzte Angebot der Kassenseite im EBA im Juni 2021 liegt jetzt bei 98 Millionen Euro ohne Verrechnung mit anderen Forderungen der KBV und soll fachgruppenspezifisch zu einer Erhöhung der Versicherten- und Grundpauschalen führen. Bejubelt wird dieses Anerkenntnis nicht, vielmehr sieht die KBV einen Schritt in die richtige Richtung [6]. Der Spitzenverband der Fachärzte (SpifA) spricht

Schmitz R: Hygienekosten in der chirurgischen Praxis – ein Update. *Passion Chirurgie*. 2021 November; 11(11): Artikel 04_06.



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

bei der Höhe der zusätzlichen Vergütung nur von einem Tropfen auf dem heißen Stein und empfiehlt seinen Mitgliedsverbänden an einer neuerlichen Hygieneaktion teilzunehmen [2]. Im Gegensatz zu einer vom BDC unterstützen Aktion aus dem Frühjahr 2020, wo den Krankenkassen für jede ambulante Operation eine zusätzliche Rechnung gestellt wurde, wird dies aktuell kritisch gesehen. Zwar geht es bei der aktuellen Hygienekostenaktion des SpiFA zunächst nach Aussage des Vorsitzenden Dr. Heinrich nur um die Information der Patienten [2]. Problematisch würde es aber, wenn sie instrumentalisiert und aufgefordert werden, bei Ihren Krankenkassen vorstellig zu werden. Volle Übereinstimmung besteht dahingehend, dass die für alle operativen Praxen zur Verfügung stehende Summe von unter 100 Millionen Euro deutlich zu niedrig ist.

Insgesamt dürfen wir in unseren chirurgischen Praxen gespannt sein, wie sich die weitere Situation entwickeln wird. Eines ist aber nach

Jahren des Stillstandes festzustellen: es bewegt sich doch und in Übereinstimmung mit Dr. Gassen von der KBV in die richtige Richtung!

LITERATUR

- [1] Bekanntmachung der Neufassung des Medizinproduktegesetzes. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2002, 58 S. 3146
- [2] Fachärzteverband initiiert Kampagne zur Hygienekostenfinanzierung. 18.8.2021 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/123971/Hygienekosten-SpiFa-bemaengelt-Verweigerungshal-tung-der-Krankenkassen>
- [3] Gesetz zur Neuordnung seuchenrechtlicher Vorschriften (Seuchenrechtsneuordnungsgesetz – SeuchRNeuG) Bundesgesetzblatt 2000 Teil I 33 S. 1045
- [4] Gesetz zur Vereinheitlichung des Stiftungsrechts und zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes Bundesgesetzblatt 2021 Teil I 46 S. 2947
- [5] Hillienhof, A.: Hygiene: Kosten im Schnitt bei mehr als 24 000 Euro je Praxis Dtsch Arztebl 2019 116 A-1806
- [6] Krankenkassen sollen Hygienezuschlag von 98 Millionen Euro zahlen. 24.6.2021 <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=1&nid=125010&s=Hygienekosten>
- [7] Landesverordnung über die Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (Medizinische Infektionspräventionsverordnung- MedIpVO) in Schleswig-Holstein vom 08. September 2011
- [8] Prävention postoperativer Wundinfektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut. Bundesgesetzblatt 2018 61 S. 448
- [9] Woischke, R.: Hygienezuschlag für ambulante Operationen. Gutachten über Kosten für die Hygiene aufgrund neuer Vorschriften nach IfSG. 2015 Berufsverband der ambulanten Operateure (BAO) 



Studie belegt differenzierten und situationsgerechten Umgang mit Operationen in deutschen Kliniken während der SARS-CoV-2-Pandemie

Während der SARS-CoV-2-Pandemie haben deutsche Kliniken - insbesondere nach der ersten Welle - differenziert und situationsgerecht auf die jeweiligen Inzidenzen reagiert und in Abhängigkeit von der Dringlichkeit Eingriffe nachvollziehbar reduziert. Das geht aus einer Studie hervor, welche die Auswirkungen der SARS-CoV-2 Pandemie auf das operative Leistungsgeschehen in der Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie in der Unfallchirurgie/Orthopädie beschreibt. Die Analyse der OP-Leistungszahlen erfolgt aus dem Benchmarking-Programm des

Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA), des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC) und des Verbandes für OP-Management (VOPM).

Die zu Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie getroffenen Maßnahmen und Regelungen zur Eindämmung der Ausbreitung des Coronavirus und zur Behandlung von mit COVID-19 infizierten Patienten hatten erhebliche Auswirkungen auf chirurgische Hauptabteilungen in den deutschen Krankenhäusern. Die behördlich angeordnete Absage elektiver



Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg

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

Olga Karaca

digmed GmbH
Hamburg
okaraca@digmed.de

Dr. Enno Bialas

digmed GmbH, Hamburg
eb@digmed.de

Prof. Dr. med. Thomas Auhuber

Berufsgenossenschaftliches
Universitätsklinikum Bergmannsheil
Bochum
Thomas.Auhuber@bergmannsheil.de

Prof. Dr. med. Martin Schuster

Klinik für Anästhesiologie,
Intensivmedizin, Notfallmedizin und
Schmerztherapie
Fürst-Stirum-Klinik Bruchsal
Bruchsal
martin.schuster@kliniken-lk.de

Rüggeberg J.-A.: Studie belegt differenzierten
und situationsgerechten Umgang mit
Operationen in deutschen Kliniken während
SARS-CoV-2-Pandemie. 2021 November;
11(11): Artikel 04_07.



Diesen Artikel finden Sie unter
BDC|Online (www.bdc.de) unter der
Rubrik Politik | Krankenhaus

Operationen hat zu einem starken Fallzahlrückgang während der sogenannten ersten Welle, zwischen der 10. und 20. Kalenderwoche im Jahr 2020, geführt [1–4]. Neben der Verschiebung elektiver Operationen wurde während der sogenannten ersten Welle außerdem von einer Abnahme der chirurgischen Notfälle unter anderem in der Allgemeinchirurgie und zahlreiche Absagen durch die Patienten berichtet [5, 6].

Nachdem in den Sommermonaten 2020 wieder nahezu das Durchschnittsniveau der Vorjahre erreicht wurde, gingen die Fallzahlen in den chirurgischen Hauptabteilungen im Herbst 2020 erneut zurück. Wie von Seiten der Gesetzgebung mit dem Dritten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite am 18.11.2020 verordnet, reagierten die Krankenhäuser auf die erneute Zunahme der Inzidenzen im Herbst 2020 differenziert nach dem Inzidenzgeschehen und dem Versorgungsauftrag der Häuser [7]. Dabei wirkte vor allem die Umwidmung der Stationen und die Versetzung des Fachpersonals auf Einheiten zur Versorgung von Coronapatienten limitierend auf den üblichen Regelbetrieb.

Ziel der hier vorliegenden Untersuchung ist die Analyse der Fallzahlentwicklung in der Allgemein- und Viszeralchirurgie und Unfallchirurgie/Orthopädie während der sogenannten zweiten und dritten Welle der SARS-CoV-2-Pandemie bis zum 31.05.2021.

METHODE

Für die vorliegende Analyse wurden die OP-Prozessdaten aus Krankenhäusern analysiert, die am Benchmarking-Programm der Fachgesellschaften Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA), Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) und Verband für OP-Management (VOPM) teilnehmen. Das Benchmarking-Programm bietet Krankenhäusern seit 2009 strukturierte und standardisierte Analysetools zur Beurteilung der Prozessabläufe und Leistungsentwicklung in ihren OP-Bereichen [8].

Zur Bewertung der Fallzahlentwicklung in den Monaten der Jahre 2020 und 2021 wurde

ein Vergleich zu den gemittelten Fallzahlen der Jahre 2017 bis 2019 durchgeführt. Dazu wurde zunächst die Fallzahl je Arbeitstag auf Monats- und Jahresebene berechnet. Wochenenden und Feiertage wurden ausgeschlossen, um zwischenjährliche Effekte durch eine unterschiedliche Anzahl an Arbeitstagen pro Monat zu eliminieren. Für die Jahre 2017 bis 2019 wurde ein Mittelwert der Fallzahl je Arbeitstag auf Monatsebene berechnet, der als Vergleichswert für die Monate der Jahre 2020 und 2021 diente.

In die Analyse der Fallzahlentwicklung wurden allgemein-/viszeralchirurgische und orthopädisch/unfallchirurgische Hauptabteilungen eingeschlossen, die für alle Monate im Auswertungszeitraum Daten zur Verfügung gestellt haben. Zur weitergehenden Analyse wurden die Krankenhäuser nach Inzidenzbereich eingeteilt. Dazu wurden die vom Robert-Koch-Institut seit dem 18.11.2020 veröffentlichten tagesgenauen Inzidenzen verwendet [9]. Für den Zeitraum 18.11.2020 bis 31.05.2021 wurde ein Inzidenzmittelwert je Kreis (Landkreise und kreisfreie Städte) ermittelt und jedem Haus entsprechend seines Kreises zugewiesen. Ausgehend von den Kreis-Inzidenzmittelwerten wurden die Krankenhäuser in drei Gruppen eingeteilt: niedrig (kleiner 100 Fälle pro 100.000 Einwohner im 7 Tagesdurchschnitt), mittel (zwischen 100 und 150) und hoch (größer 150).

Für die Analyse einzelner Prozeduren wurden nur Abteilungen berücksichtigt, die zu mindestens 90% der operativen Eingriffe einen Operations- und Prozedurschlüssel dokumentiert haben.

ERGEBNISSE

Im Auswertungszeitraum vom 01.01.2017 bis zum 31.05.2021 haben insgesamt 138 Krankenhäuser Daten übermittelt. Aus dieser Stichprobe wurden 115 allgemein- und viszeralchirurgische Abteilungen (AC/VC) mit 947.413 Operationen und 105 unfallchirurgische und orthopädische Abteilungen (UC/OR) mit 903.360 Operationen in die Fallzahlanalyse eingeschlossen.

OP-FREQUENZEN IN RELATION ZUM INZIDENZWERT

Von den 115 AC/VC-Abteilungen lagen 38 in Stadt- oder Landkreisen mit niedriger Inzidenz, 70 mit mittlerer Inzidenz und 7 mit hoher Inzidenz. Für die UC/OR Abteilungen war die Aufteilung niedrig/mittel/ hoch: 36/64/5.

Abbildung 1 und **2** zeigen jeweils die Fallzahlentwicklung seit 2020 in der AC/VC bzw. UC/OR bis zum 31.05.2021 getrennt nach Inzidenzbereich.

Während der ersten Pandemiewelle gehen die Fallzahlen in den eingeschlossenen AC/VC-Abteilungen insgesamt um 39 % und im Januar 2021 während der zweiten Welle um bis zu 27 % zurück. In den AC/VC-Hauptabteilungen, die in einem Hochinzidenzgebiet liegen, ging die Fallzahl während der zweiten Pandemiewelle sogar um bis zu 44 % zurück, während in Hauptabteilungen aus Niedriginzidenzgebieten der maximale Fallzahlenrückgang nur bei 20 % lag.

In den UC/OR-Hauptabteilungen sank die Fallzahl während der ersten Pandemiewelle insgesamt um bis zu 35 % und während der zweiten Welle um bis zu 23 %. In den unfallchirurgischen/orthopädischen Hauptabteilungen, die in einem Hochinzidenzgebiet lagen, ging die Fallzahl während der zweiten Pandemiewelle um bis zu 40 % zurück während in Hauptabteilungen aus Niedriginzidenzgebieten der maximale Fallzahlenrückgang bei 18 % lag.

OP-FREQUENZ IN RELATION ZUR INDIKATION

Für 88 AC/VC-Abteilungen konnten die OPS analysiert werden. In **Abbildung 3** ist die Fallzahlentwicklungen für drei häufige Eingriffe dargestellt, in **Abbildung 4** drei häufige Prozeduren für 79 UC/OR-Abteilungen.

Abbildung 5 zeigt zusätzlich die Fallzahlentwicklungen von zwei häufigen Eingriffen jeweils aus 70 gynäkologischen (GYN) und 54 urologischen (URO) Abteilungen.

Tab. 1: Verteilung der ACH bzw. UCH nach Versorgungsstufe

	Anzahl AC/VC	Anzahl UC/OR
Grund- & Regelversorger	41	32
Schwerpunktversorger	38	38
Maximalversorger ohne Universitätskrankenhäuser	17	17
Universitätskrankenhäuser	16	15
MVZ/AOZ	2	2
Fachkrankenhaus	1	1
Gesamt	115	105

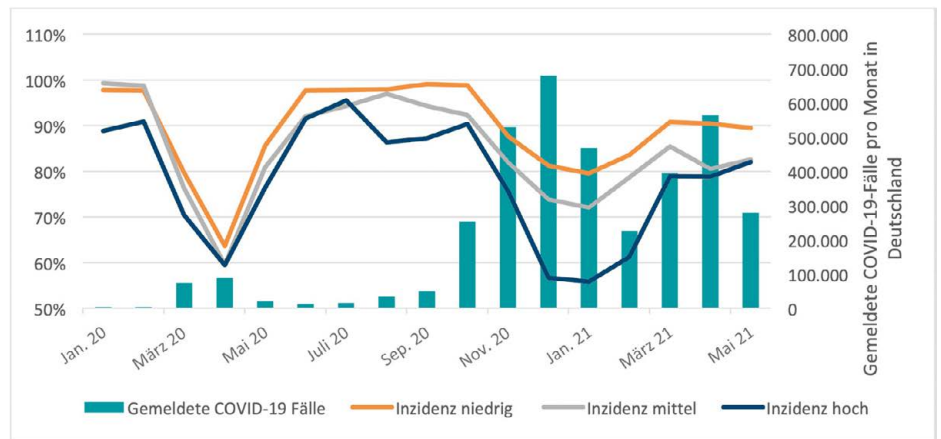


Abb. 1: Pandemieverlauf (rechte Achse, blaue Balken) und prozentuale Fallzahlentwicklung in den 115 AC/VC Hauptabteilungen nach Inzidenzbereichen (linke Achse)

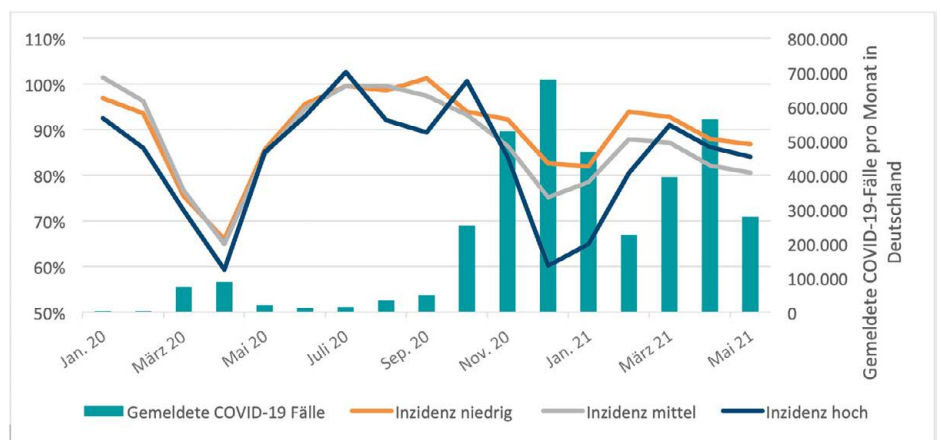


Abb. 2: Pandemieverlauf (rechte Achse, blaue Balken) und prozentuale Fallzahlentwicklung in den 105 UC/OR-Hauptabteilungen nach Inzidenzbereichen (linke Achse)

Es ist deutlich erkennbar, dass Eingriffe mit hoher Dringlichkeit kaum Reduktionen erfahren haben, wogegen klassische Elektiveingriffe hohe Rückgänge zu verzeichnen hatten.

DISKUSSION

Auf Basis der behördlichen Maßnahmen kam es in der ersten Welle, trotz im Nachhinein eher geringen Inzidenz, zu einem drastischen

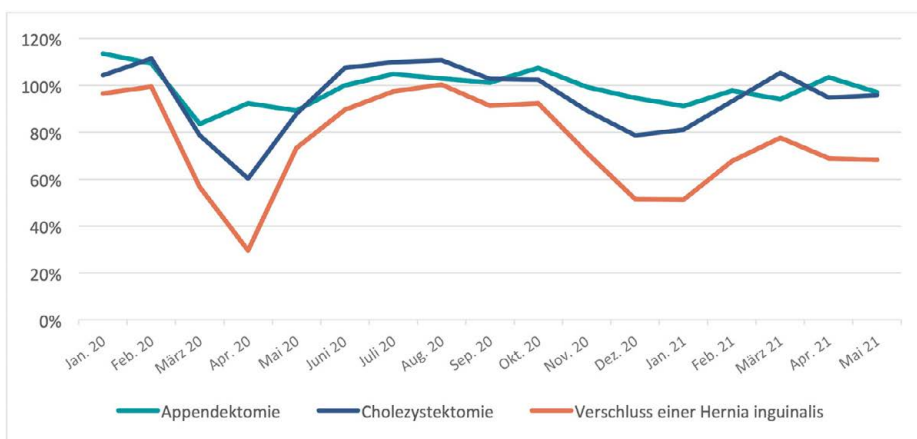


Abb. 3: Prozentuale Fallzahlentwicklung in der AC/VC nach Prozedur (Referenzwert 2017-2019)

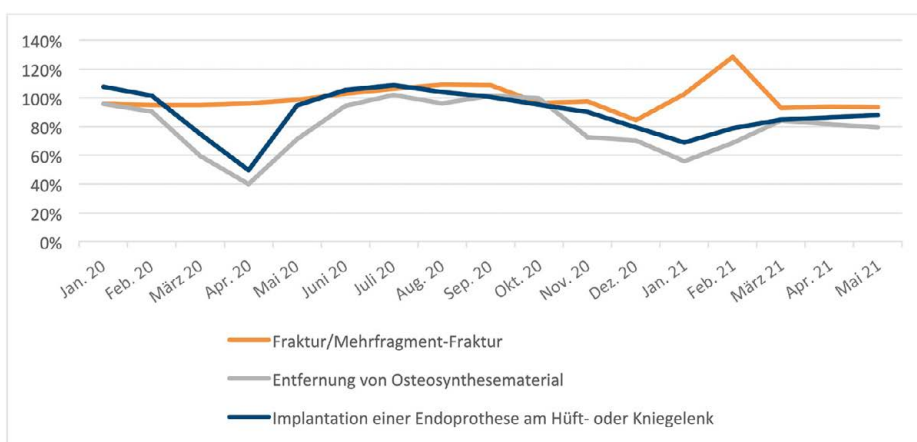


Abb. 4: Prozentuale Fallzahlentwicklung in der UC/OR nach Prozedur (Referenzwert 2017-2019)

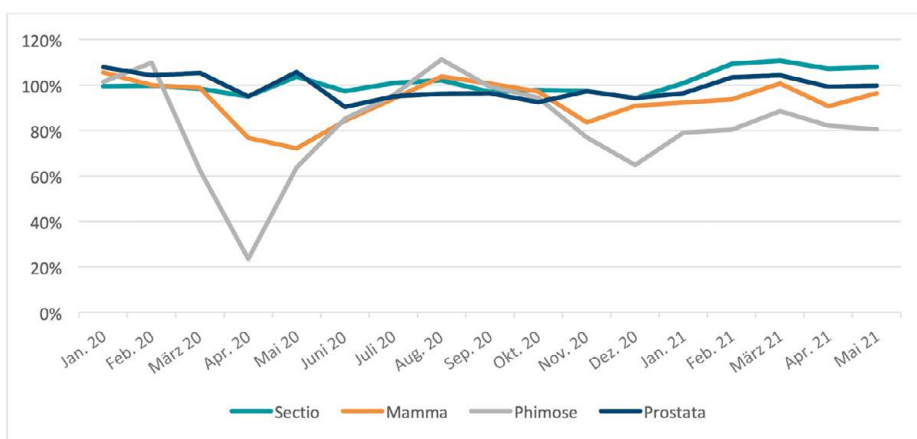


Abb. 5: Prozentuale Fallzahlentwicklung in der GYN und URO nach Prozedur (Referenzwert 2017-2019)

und pauschalen Fallzahlrückgang in den Krankenhäusern. In der sogenannten zweiten und dritten Pandemiewelle zeigte sich ein differenzierteres Bild. In den hier untersuchten Hauptabteilungen zeigte sich eine

weitgehend an den Inzidenzzahlen orientierte Versorgung der Patienten. Die Hauptabteilungen aus Kreisen, in denen ein erhöhtes Infektionsgeschehen zu verzeichnen war, haben ihre Fallzahlen entsprechend stärker reduziert

als Hauptabteilungen aus Niedriginzidenzgebieten. Trotz der veränderten Ausgangssituation während der zweiten Welle (zum Beispiel ausgeweitete Testmöglichkeiten, bessere Verfügbarkeit von persönlicher Schutzausrüstung in den Krankenhäusern) gingen die Fallzahlen in Hochinzidenzgebieten aber ebenso stark zurück wie während der ersten Pandemiewelle.

Die Auswertungen der Fallzahlentwicklungen auf Prozedurebene zeigen, dass dringliche Eingriffe bzw. Notfalleingriffe, wie die Appendektomie in der Allgemein- und Viszeralchirurgie und die Frakturen in der Unfallchirurgie/Orthopädie ohne erhebliche Fallzahlrückgänge von den Hauptabteilungen durchgeführt worden sind. Trotz hoher Covid-19-Fallzahlen während der zweiten und dritten Pandemiewelle wurde die Versorgung sichergestellt. Der vergleichsweise geringe Fallzahlrückgang für die Appendektomie spiegelt die Ergebnisse anderer Studien wider, nach denen während der ersten Pandemiewelle auch ein gewisser Prozentsatz an Notfalleingriffen zurückgegangen ist [5, 10]. Hier sind die Auswirkungen der Angst der Patienten vor einer Behandlung im Krankenhaushaus während der SARS-CoV-2-Pandemie zu diskutieren. Trotz vorhandener Versorgungsangebote fanden Fallzahlrückgänge auch für dringliche Eingriffe statt, da die Operationen unter anderem durch die Patienten abgesagt wurden [5].

Eingriffe, die erfahrungsgemäß ohne ausgeprägte negative medizinische Konsequenzen für den Patienten für einige Zeit verschoben werden können, wie die operative Versorgung von Hernien oder die Metallentfernung, verzeichnen auch während der zweiten und dritten Pandemiewelle deutliche Fallzahlrückgänge. Für die Cholezystektomie und die Endoprothetik sind jeweils in den Sommermonaten 2020 Aufholeffekte sichtbar. Die Fallzahlrückgänge während der dritten Pandemiewelle waren sowohl insgesamt als auch auf Prozedurebene nicht so stark wie in der ersten Welle. Hier sind weitere insbesondere auch qualitative Untersuchungen bezüglich der Indikationsstellung notwendig, um die einzelnen Effekte auf die Fallzahlentwicklung im Verlauf der Pandemie zu untersuchen.

Zusammenfassend zeigt die Analyse die differenzierte Reaktion der Kliniker sowohl in Bezug auf die Dringlichkeit der Operation als auch in Bezug auf das Infektionsgeschehen in der Umgebung, die insbesondere in besonders betroffenen Gebieten eine deutlich restriktivere Nutzung der operativen Kapazitäten notwendig erscheinen ließ. Akuteingriffe wurden trotz Pandemie durchgeführt und Elektiveingriffe wurden der Dringlichkeit nach reduziert. Die Hauptabteilungen pass-ten sich somit dem Infektionsgeschehen an und stellten gleichzeitig die Versorgung der Patienten sicher.

LITERATUR

- [1] Busse R, Nimptsch U. COVID-19-Pandemie: Historisch niedrige Bettenauslastung. Dtsch Arztebl 2021; 118(10): A-504 / B-426
- [2] Bialas E, Schleppers A, Auhuber T: COVID-19: Auswirkungen des Lockdowns auf die operative Patientenversorgung in Deutschland im April 2020. Anästh Intensivmed 2021;62:054–062. DOI: 10.19224/ai2021.054
- [3] Kühlen R, Schmithausen D, Winklmaier C, Schick J, Scriba P: The effects of the COVID-19 pandemic and lockdown on routine hospital care for other illnesses. Dtsch Arztebl Int 2020; 117: 488–9. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0489.
- [4] Günster C, Drogan D, Hentschker C, Klaubner J, Malzahn J, Schillinger G, Mostert C. WIdO-Report: Entwicklung der Krankenhausfallzahlen während des Coronavirus-Lockdowns. Nach ICD-Diagnosekapiteln und ausgewählten Behandlungsanlässen. Berlin 2020.
- [5] Stöß C, Haffer H, Steffani M, et al. Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf die Chirurgie – Eine nationale Querschnittsstudie [Effects of the SARS-CoV-2 pandemic on surgery - a national cross-sectional study]. Chirurg. 2020;91(9):762–768. doi:10.1007/s00104-020-01256-x
- [6] Hattenbach, L., Heinz, P., Feltgen, N. et al. Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf die ophthalmologische Versorgung in Deutschland. Ophthalmologe 117, 892–904 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00347-020-01220-4>
- [7] Karaca O, Rüggeberg JA, Schuster M. Zweite Pandemiewelle: Rückgang der Operationen variiert. Dtsch Arztebl 2021; 118 (16): A 824–5
- [8] Bialas E, Schuster M, Taube C, Diemer M, Bauer M. Fünf Jahre OP-Prozessdaten Benchmarking (2009-2013) Der aktuelle Stand des Programms von VOPM, DGAI/ BDA und BDC. Anästh Intensivmed 2014; 55:594-613
- [9] Robert-Koch-Institut. 7-Tage-Inzidenzen nach Bundesländern und Kreisen (fixierte Werte). Abgerufen 16.08.2021 von https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Fallzahlen_Kum_Tab.html
- [10] Augurzky B, Busse R, Haering A, Nimptsch U, Pilny A, Werbeck A. Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise - Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020



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.

NOVEMBER 2021

Hanna Bedürftig, Fachärztin für Chirurgie und für Gefäßchirurgie sowie endovaskuläre Chirurgin, hat zum 01.09.2021 die Sektionsleitung der Gefäßchirurgie im Agaplesion Evangelisches Krankenhaus Mittelhessen in Gießen übernommen.

PD Dr. med. Carsten Englert hat im Sommer 2021 die Führung der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie des Hospitals in Fritzlar übernommen. PD Dr. Englert war zuvor Oberarzt im Sana-Klinikum Hof und ist zertifizierter Schulterchirurg mit besonderem Schwerpunkt auf die arthroskopische Gelenkchirurgie.

Dr. Bernhard Fortmeier wurde zum 01.09.2021 neuer Chefarzt der Unfallchirurgie am Christlichen Klinikum Unna. Fortmeier wechselte vom HELIOS Hanseklinikum Stralsund, wo er seit 2012 als Chefarzt tätig war.

Dr. med. Bogdan Mircea, der zuvor gefäßchirurgische Chefarztpositionen im AMEOS Klinikum Haldensleben und im Sana Klinikum Biberach an der Riß innehatte, ist seit dem 01.09.2021 neuer Chefarzt der Gefäßchirurgie in der HELIOS Klinik Oberwald in Grebenhain.

Dr. med. Susanne Regus ist neue Chefarztin der Klinik für Gefäßchirurgie, vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie der Kreiskliniken Reutlingen (KKR) GmbH. Regus, Fachärztin für Chirurgie und Gefäßchirurgie und endovaskuläre Chirurgin, war zuvor Sektionsleiterin im Bereich Endovaskuläre Chirurgie am Klinikum in Ansbach tätig.

Dr. med. Taiseer Sayegh, Facharzt für Chirurgie, Viszeralchirurgie und spezielle Viszeralchirurgie und zuvor Oberarzt am Caritasklinikum St. Theresia Saarbrücken, ist seit dem 01.09.2021 Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie der Marienhausklinik St. Josef-Kohlhof in Neunkirchen.

Arndt von Kirchbach übernahm zum 01.10.2021 die Position des Chefarztes der Abteilung für Chirurgie am Immanuel Klinikum Bernau Herzzentrum Brandenburg und löst damit Dr. med. Christof Schulz ab, der in den Ruhestand geht. Von Kirchbach war zuvor langjähriger Oberarzt der Abteilung. ○



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

Frage & Antwort



Kein Entschädigungsanspruch nach IfSG bei abgelehnter Impfung



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

Heberer J: F+A: Kein Entschädigungsanspruch nach IfSG bei abgelehnter Impfung. 2021 November; 11(11): Artikel 04_09.



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

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob tatsächlich kein Anspruch auf Entschädigung nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) besteht, sodass auch er als Arbeitgeber keinen Erstattungsanspruch nach § 56 Abs. 5 Satz 3 IfSG hat, wenn eine angestellte Mitarbeiterin einen konkret angebotenen Termin zur Impfung gegen Covid-19 ablehnt hat.

ANTWORT:

Voraussetzung für einen Entschädigungsanspruch gem. § 56 Abs. 1 IfSG ist, dass der Anspruchsteller einen Verdienstausfall erlitten hat, weil er als Ausscheider, Ansteckungsverdächtiger, Krankheitsverdächtiger oder als sonstiger Träger von Krankheitserregern einem infektionsschutzrechtlichen Verbot in der Ausübung seiner bisherigen Erwerbstätigkeit (berufliches Tätigkeitsverbot) oder einem infektionsschutzrechtlichen Absonderungsgebot (Quarantänepflicht) unterliegt. Gemäß § 56 Abs. 5 IfSG hat bei Arbeitnehmern der Arbeitgeber für die Dauer des Arbeitsverhältnisses, längstens für sechs Wochen, die Entschädigung für die zuständige Behörde ausbezahlen und diese Beträge werden dem Arbeitgeber sodann auf Antrag von der zuständigen Behörde erstattet.

§ 56 Abs. 1 Satz 4 IfSG regelt jedoch, dass weder ein Entschädigungsanspruch des Arbeitnehmers gegenüber dem Arbeitgeber noch ein Erstattungsanspruch des Arbeitgebers gegenüber der zuständigen Behörde besteht, wenn durch Inanspruchnahme einer Schutzimpfung oder anderen Maßnahme der spezifischen Prophylaxe, die gesetzlich vorgeschrieben ist oder im Bereich des gewöhnlichen Aufenthaltsorts des Betroffenen öffentlich empfohlen wurde, oder durch Nichtantritt einer vermeidbaren Reise in ein bereits zum Zeitpunkt der Abreise eingestuftes Risikogebiet ein berufliches Tätigkeitsverbot oder eine Quarantäne hätte vermieden werden können. Eine Reise ist nach Satz 5 vermeidbar, wenn zum Zeitpunkt der Abreise keine zwingenden und unaufschiebbaren Gründe für die Reise vorlagen.

Ist somit eine Schutzimpfung entweder gesetzlich vorgeschrieben oder zumindest öffentlich empfohlen und ist diese medizinisch möglich und zumutbar, wird aber vom Arbeitnehmer abgelehnt, so kann eine Entschädigung nach § 56 IfSG nach Auffassung des Verfassers versagt werden. Begründet wird dies durch den Gesetzgeber damit, dass das schädigende Ereignis (Tätigkeitsverbot/Quarantäne) durch die Nichtimpfung in vorwerfbarer Weise vom Arbeitnehmer in der Regel selbst verursacht wurde.

Gesetzlich vorgeschrieben ist die Covid-19-Impfung zwar nicht, aber diese ist offenkundig durch das RKI, die STIKO, die EMA und die Regierung öffentlich empfohlen. Nachdem mittlerweile jedem Bürger ein Impfangebot gemacht

werden kann, ist der Entschädigungsanspruch aus Sicht des Verfassers dann ausgeschlossen, wenn ein Arbeitnehmer ein konkretes Impfangebot und somit die Möglichkeit zur Impfung bekommen hatte, diese aber abgelehnt hat. Eine Ausnahme hiervon wird nach Meinung des

Verfassers wohl nur gemacht werden können, wenn aus objektiver Sicht medizinische Gründe gegen eine Impfung sprechen.

Die Regelung in § 56 Abs. 1 S. 4 IfSG galt bereits vor der Corona-Pandemie. Bislang

fehlt allerdings noch Rechtsprechung zu dieser konkreten Frage, sodass gewisse Rechtsunsicherheiten bestehen und mit Spannung abzuwarten bleibt, wie diese sich zukünftig positionieren wird. ○



Bezeichnung einer Praxis als Facharztklinik



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

FRAGE:

Eine niedergelassene Chirurgin fragt an, ob sie ihre Praxis als „Facharztklinik“ bezeichnen darf, wenn sie Patienten die Möglichkeit bietet bzw. diese es wünschen, nach bestimmten Eingriffen eine Nacht in den zur Praxis gehörenden Patientenzimmern zu bleiben.

ANTWORT:

Allein das Verbleiben der Patienten über Nacht ist aus Sicht des Verfassers nicht maßgeblich, um den Begriff „Klinik“ berufs- und wettbewerbsrechtlich führen zu dürfen. Vielmehr kommt es nach ständiger Rechtsprechung für die Annahme, wie der Verkehr den verwendeten Klinikbegriff versteht, darauf an, dass sich die Verkehrserwartung entscheidend an der Möglichkeit einer stationären Behandlung – im Unterschied zu einer rein ambulanten – ausrichtet, da der Begriff der Klinik dem des Krankenhauses synonym sei. Der angesprochene Verkehr verbindet mit dem Begriff „Klinik“ eine auf einen stationären Betrieb ausgerichtete personelle und apparative Ausstattung, die eine notfallmäßige Versorgung an allen Wochentagen, insbesondere an Wochenenden „rund um die Uhr“ gewährleistet (vgl. OLG München, Urteil vom 15.01.2015 – 6 U 1186/14).

Die Bezeichnung einer Praxis oder sonstigen ambulanten ärztlichen Einrichtung als „Klinik“ stellt somit nach Meinung des Verfassers grundsätzlich einen Verstoß gegen das berufs- und wettbewerbsrechtliche Verbot der irreführenden Werbung dar und ist unzulässig. Denn nach Auffassung der Rechtsprechung versteht die Öffentlichkeit den Begriff „Klinik“ so, dass stationäre Behandlungen durchgeführt werden und die beworbene Einrichtung sowohl über eine entsprechende Personalkapazität durch Ärzte und Pflegekräfte als auch apparative Ausstattung verfügt (vgl. Bundesärztekammer, Arzt-Werbung-Öffentlichkeit, DÄ, DOI: 10.3238/arztebl.2017.baek.arzt_werbung_oeffentlichkeit01., S. 6). Demnach erfordert die Verwendung des Begriffs „Klinik“ nach Auffassung des Verfassers einen einem Krankenhaus vergleichbaren stationären Betrieb mit einem krankheitsbedingten Verweilen über eine oder mehrere Nächte.

Hiervon zu unterscheiden ist die Bezeichnung „Praxisklinik“, der nach allgemeinem Verständnis ein bestimmtes Leistungsangebot umfasst, nämlich einerseits einen ambulanten Praxisbetrieb und andererseits jedenfalls auch die Möglichkeit einer stationären Behandlung.

Folglich ist nach Ansicht des Verfassers die Begriffsbezeichnung „Facharztklinik“ aus berufs- und wettbewerbsrechtlicher Sicht jedenfalls problematisch, sofern eben nicht eine auf einen stationären Betrieb ausgerichtete personelle und apparative Ausstattung vorliegt wie bei einem Krankenhaus. ○

Heberer J: F+A: Bezeichnung einer Praxis als Facharztklinik. 2021 November; 11(11): Artikel 04_10.



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

**60
CME-
Punkte!**

Hygiene- beauftragter Arzt (HBA)

Geeignet für alle Ärzte



Mit der Smart-Learning-Methode

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) und meduplus haben gemeinsam mit renommierten Krankenhaushygienikern ein kompaktes Angebot zur zertifizierten Qualifikation „Hygienebeauftragter Arzt“ entwickelt.

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

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

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

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



PRAXIS TEST

Wie finde und binde ich meine Mitarbeiter? Personal- und Organisationsentwicklung am Beispiel einer Universitätsklinik

VORWORT

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Schwierigkeiten in der Personalakquise betreffen die Chirurgie sicher schon seit 20 Jahren. Die Gründe sind mannigfaltig, und sollen hier nicht mehr kulturpessimistisch bedauert werden. Lösungsorientiert ausgedrückt sind die Ansprüche der Aspiranten an ihre eigene Tätigkeit mit der angebotenen Arbeitsplatzstruktur in Inhalt, Organisation und Aufwand nicht ausreichend kongruent. Und diese Lücke zwischen Anspruch und Angebot ist so groß, dass der Personalmangel mittlerweile auch weit weniger arbeitsintensive Fächer belastet.

**Korrespondierende Autorin:****Dipl. Soz. Päd., M.A.****Kirsten Bikowski**

Klinik für Anästhesiologie und
Institut für Medizinische Psychologie
Universitätsklinikum Heidelberg
Kirsten.Bikowski@med.uni-heidelberg.de

Prof. (apl.) Dr. med. Katrin**Hoffmann, MBA**

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 420
69120 Heidelberg

Prof. Dr. med. Markus A. Weigand

Ärztlicher Direktor
Klinik für Anästhesiologie
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 420
69120 Heidelberg

Bikowski K, Hoffmann K, Weigand M.:
BDC-Praxistest: Wie finde und binde
ich meine Mitarbeiter? Personal- und
Organisationsentwicklung am Beispiel einer
Universitätsklinik. *Passion Chirurgie*.
2021 November; 11(11): Artikel 05_01.



Diesen Artikel finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de) unter
der Rubrik Politik | Krankenhaus

Die Vorschläge zur Lösung dieser Nachwuchs-Krise sind ebenfalls sehr vielfältig. Unzählige Verbände, Fachgesellschaften, Klinikgruppen und selbst Gewerkschaften umgarnen die potentielle Klientel mit säuselnden Schalmeienklängen, welche das eigene Fach als das einzig glückseligmachende preisen, Probleme ausblenden, und für die Zukunft nur das ganz, ganz Blaue vom Himmel versprechen. Das ist nicht nur unseriös, nein auch die Zielgruppe wird falsch eingeschätzt. Anstatt diffuse Werbung zu betreiben, wäre es cleverer, die wirklich Interessierten gezielt anzusprechen. Eine in der Medizin weithin unterschätzte Möglichkeit, genau das zu tun, stellt als Erweiterung der Personalakquise die Personalbindung dar. Im Gegensatz zum Tingeltangel der vielen Werbeveranstaltungen eigentlich ein Heimspiel. Denn hier trifft man ja auf eine Gruppe bereits Engagierter, welche die erste Entscheidung der Berufswahl schon hinter sich gelassen haben. Und zufriedene Mitarbeiter strahlen nicht nur intern, sondern betreiben über vielfältige Kontakte und Netzwerke auch beste Außenwerbung. Die Aussichten hier eine echte Wirkung zu erzeugen sind also deutlich höher. Grund genug sich dem Thema ernsthaft zu widmen. Am Beispiel der Heidelberger Anästhesie lässt sich auch für Chirurgen viel lernen. Und für alle, die eh schon mit dem Gedanken gespielt haben, sich nachhaltig um die eigenen Mitarbeiter:innen zu kümmern:

Have a try – das ist gar nicht so schwer.

Animierende Lektüre wünschen

Prof. Dr. med.
C. J. Krones

und

Prof. Dr. med.
D. Vallböhmer



Die demographische Entwicklung und der Generationenwandel haben die Rekrutierung und Bindung qualifizierter Mediziner:innen trotz steigender Studienplätze zu einer echten Herausforderung gemacht. Mittlerweile betrifft das Thema nicht nur kleine Häuser an unbeliebten Orten, sondern auch Universitätsklinikum auf dem Niveau der Spitzenmedizin (Schweitzer und Bossmann, 2013: Systemisches Demografiemanagement. Springer). Die „Arbeitgeberattraktivität“ der Klinik ist so zu einem sehr kostbaren Gut geworden, in das es sich zu investieren lohnt.

Die klassischen Aufgaben der akademischen Medizin in Deutschland sind die erstklassige medizinische Behandlung nach neuestem Stand der Wissenschaft, die Ausbildung aller zukünftigen Ärzte deutschlandweit und das

Antreiben medizinischer Innovation durch translationale Forschung. Am Beispiel der Anästhesie Heidelberg sollen in diesem Artikel Ideen dargestellt werden, wie Instrumente der Personalgewinnung und -bindung praktisch umgesetzt werden können.

PERSONELLE HERAUSFORDERUNGEN

2017 hatte sich auch in der Klinik für Anästhesiologie am UK Heidelberg ein Mangel an qualifizierten Bewerber:innen entwickelt. Vor diesem Hintergrund hörte der Klinikleiter von einem prominenten Bundesliga-Trainer, dass im Profi-Fußball die kontinuierliche individuelle und Teambetreuung der Profispieler durch Psychologinnen und Psychologen zum Standard gehöre. Warum nicht auch in einer Universitäts-Klinik für Anästhesie mit 200

Ärztinnen und Ärzten? So stellte die Klinik, in Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizinische Psychologie, eine in systemischem Coaching und Organisationsentwicklung qualifizierte Mitarbeiterin (50 %) für die beiden Aufgabenbereiche „interne Mitarbeiterberatung“ und „Interne Personal- und Organisationsentwicklung“ ein.

Ziel war, mehr hochqualifizierte Nachwuchsanästhesist:innen anzuziehen, und hochqualifizierte erfahrene Kollege:innen möglichst lange zu binden. Viele Mitarbeiterabgänge haben erfreuliche Ursachen und Folgen: Mitarbeiter:innen werden andernorts Chefärztinnen oder Chefärzte, folgen ihm oder ihr an dessen neue Klinik oder lassen sich in eigener Praxis nieder. Vermieden werden sollten dagegen die „unnötigen“ Abgänge, die z.B. durch interpersonelle Konflikte, persönliche Krisen, ungeklärte Entwicklungsperspektiven oder eine unzureichende Betreuung ausgelöst werden. Dazu wurde zunächst eine klinikinterne, niedrigschwellige Mitarbeiterberatung (Coaching) eingerichtet. Dafür ließen sich Organisationsprozesse identifizieren und anpassen, welche die Arbeitsfähigkeit und Bindung aller Mitarbeiter:innen unterstützten.

DIE ERSTEN 3 MONATE: HOSPITIEREN UND ANALYSIEREN

In den ersten drei Monaten des Projektes wurden Mitarbeiter:innen aller Hierarchiestufen stichprobenartig an allen Standorten halbstrukturiert interviewt. Wichtige Themen betrafen neben der persönlichen Motivation, Parameter der Arbeitszufriedenheit, Klinikcharakteristika und Entwicklungspotentiale. Fragen lauteten z.B. „Weshalb sind Sie Anästhesist:in geworden?“, „Was macht Ihnen Freude an Ihrer Arbeit?“, „Weshalb sind Sie gern in dieser Klinik?“, „Was macht die Klinik aus?“ oder „Wo sehen Sie Entwicklungsmöglichkeiten für sich und für die Abteilung?“. Die Ärztinnen und Ärzte zeichneten ein vielfältiges Bild, bei dem sich einige Muster allerdings regelmäßig wiederholten und sich so zu Entwicklungsthemen der ganzen Klinik zusammenfassen ließen.

BESTANDSAUFNAHME: THEMEN UND IDEEN

Zu den gemeinsamen Themen gehörten „Orientierung und Begleitung der Assistenzärzt:innen in der Weiterbildung“, „Meinen Platz finden als Fach- und Oberarzt /-ärztin“,

„Dienstpläne – flexibel und familienfreundlich“, „Kommunikationskultur: Wertschätzung, Rückmeldung, Achtsamkeit“ und „Identifikation mit der Abteilung“. Als belastend wurde dabei die enorme interne Diversität empfunden: die Arbeitstätigkeit umfasst vier operative Standorte, eine gestaffelte Dienststruktur, viele Einsatzstellen auch außerhalb der zentralen OP-Einheiten und eine Personalrotation innerhalb des ganzen Klinikums als auch nach außen. Bei der Diskussion der Entwicklungsfelder mit Klinikleitung und Mitarbeiterversammlung wurden immer auch sogleich erste Lösungsansätze und Gestaltungsmöglichkeiten formuliert. Erste Projektgruppen mit engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik, konkretisierten diese Ansätze unter Moderation der Beraterin in Handlungspläne und setzten sie um. Ziel war es in den meisten Fällen, Strukturen zu schaffen, die durch die Institutionalisierung von Lösungen, Perspektiven, Verlässlichkeit und Nachhaltigkeit erreichen.

INDIVIDUELLE BERATUNGEN UND COACHING: WIE ES BEGANN UND SICH WEITERENTWICKELTE

Zu Beginn musste in Vertrauensarbeit investiert werden. Informelle Berichte einzelner Mitarbeiter:innen über ihre Beratungserlebnisse im „Flurfunk“ sowie Kontakte innerhalb der Projektgruppen schafften dieses Vertrauen. Themen der Beratung waren neben anderem die eigene klinikinterne Karriereentwicklung, für manche der Karriereprozess zur Chefärztin oder zum Chefarzt, der Umgang mit Konflikten am Arbeitsplatz sowie auch eine niederschwellige Beratung bei persönlichen und psychischen Krisen, die gelegentlich in eine Weitervermittlung an Therapeutinnen und Therapeuten münden konnte. Ein wichtiger Aspekt im Coaching war dabei auch immer wieder der Umgang mit Dilemmata, in die man in ärztlicher Tätigkeit im Krankenhaus im Konflikt zwischen den eigenen ethischen Ansprüchen und den äußeren Erwartungen gerät. Hier half die Anleitung zu reflektierten und verantworteten, klaren Entscheidungen, diese belastenden Situationen für sich aufzulösen und Handlungsfähigkeit zu bewahren.

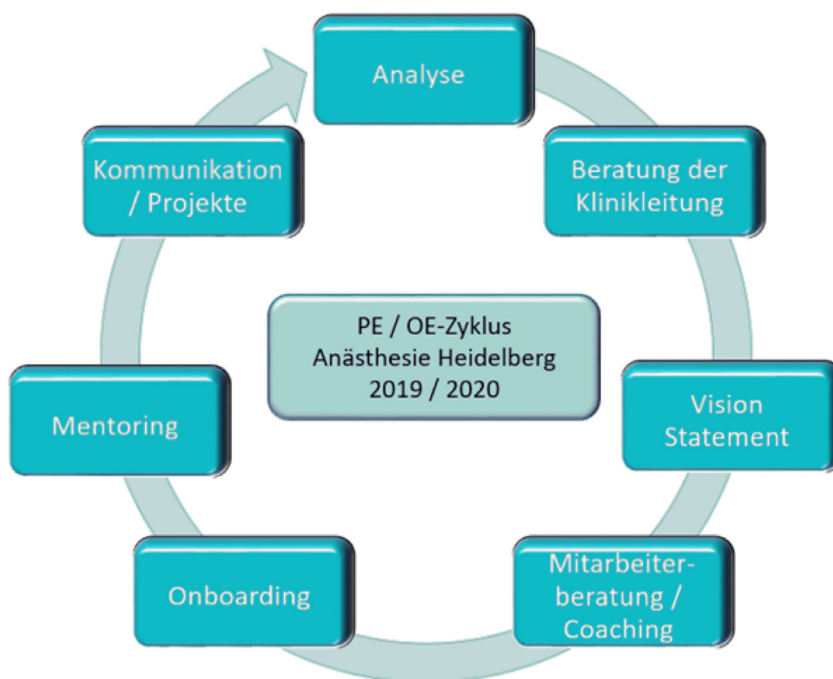


Abb. 1: PE / OE-Zyklus Anästhesie Heidelberg

ANKOMMEN IN DER KLINIK: DAS ONBOARDING PROGRAMM

Eines der ersten Projekte adressierte das „Ankommen in der Klinik“. Es gab bis dato noch keinen strukturierten Prozess für neue Mitarbeiter:innen, welche über die klinische Einarbeitung und Anleitung im OP-Alltag der ersten Wochen durch einen erfahrenen Kollegen oder eine erfahrene Kollegin hinaus ging. Entwickelt wurde eine ganz neue Willkommenskultur: neue Mitarbeiter:innen bekommen zwei Wochen vor Arbeitsbeginn eine Einladung mit den wichtigsten Vorinformationen zum „Onboarding-Programm“. In ihren ersten Arbeitstagen erhalten sie dann von einem erfahrenen Team kompakt und konkret alle wichtigen Informationen zur Klinik, der Infrastruktur und den Ansprechpartner:innen. Am letzten Einführungstag findet abends schließlich ein Assistententreffen statt, bei dem die neuen Mitarbeiter:innen ihre Kolleg:innen kennenlernen und erste soziale Kontakte knüpfen.

EINS ZU EINS: DAS MENTORING-PROGRAMM

Die hierarchische Struktur einer Universitätsklinik bietet zwar viele fachliche Entwicklungschancen, aber oft zu wenig Möglichkeiten zur Selbsteinschätzung eigener Stärken und Schwächen. Das neue Mentoring-Programm unterstützt Assistenzärzt:innen durch die Jahre ihrer Facharztweiterbildung hindurch mit einem strukturierten Eins-zu-Eins-Mentoring. Ziel der Begleitung durch erfahrene Kollegen:innen ist die sichere Orientierung im System, eine Unterstützung bei der Karriereplanung, die fachliche Reflektion, die Moderation im Konfliktfall und Beistand in der persönlichen Entwicklung. Daneben soll das Mentoring-Programm aber auch die „Grundpfeiler“ der Abteilung vermitteln, und den „Fluss der Ideen“ verbessern, sowie das Interesse an Forschung und Lehre auch langfristig fördern.

Wichtig war dabei die Entkopplung des Karriere mentors vom fachlichen Mentor. Die Anleitung und Supervision im jeweiligen Arbeitsbereich blieben weiterhin Aufgabe der dort vorgesetzten Kollegen:innen. Karriere-Mentoren:innen

sollten nach Möglichkeit dagegen nicht unmittelbar vorgesetzt agieren. Nur so kann man ohne Rollenkonfusion zu persönlichen Entwicklungsthemen beraten, und den Karriereweg nachhaltig begleiten. Ziel ist es, vor allem die individuellen Fähigkeiten des Mentees zu fördern, und so zu helfen, den individuell richtigen Weg und Platz zu finden. Die Anforderungen seitens der Mitarbeiter:innen sind in diesem Feld stark gestiegen. Man möchte mit seinem persönlichen Profil gesehen und gefördert werden, und ist dann aber auch bereit viel zu geben, wenn denn die Perspektive passt. Es lohnt sich also, hier gezielt Ressourcen einzusetzen, um den Mitarbeiter:innen Chancen zu geben, aber auch frühzeitig zu erkennen, an welcher Stelle beide Seiten Energien sinnvoll einsetzen sollten.

FÜNF JAHRE VORAUS: DAS VISIONS-PROJEKT

Ein Vision-Statement-Projekt erarbeitete eine gemeinsam entwickelte Vision zu den Fragen, welche Werte die Klinik vertritt, wie diese im Alltag gelebt werden und was die Klinik in fünf Jahren darstellen sollte. In einem moderierten bottom-up Prozess konnten sich alle Mitarbeiter:innen in verschiedenen Stufen an

der Erarbeitung des Vision-Statements beteiligen. Dazu gab es neben offenen Treffen auch die Möglichkeit, virtuell mit eigenen Ideen an dem Papier mitzuarbeiten – dies war besonders wichtig für Mitarbeiter:innen, die aufgrund der Diensterteilung nicht an den Treffen teilnehmen konnten. Nach eineinhalb Jahren war ein Vision-Statement mit dem Slogan „Unsere Expertise für Ihre Sicherheit“ formuliert. In diesem finden sich alle Mitarbeiter:innen der Abteilung mit Zielen wieder, an denen alle weiterarbeiten wollten. Deren Umsetzung wird durch neue Projektgruppen fortgesetzt.

ORIENTIERUNG TROTZ HÄUFIGER WECHSEL: ROTATIONSGESPRÄCHE

Aus dem Vision-Statement entstanden die Rotationsgespräche – Assistenzärztinnen und -ärzte rotieren oft in schneller Abfolge zwischen Einsatzorten und Diensten. Zur besseren Einarbeitung am neuen Einsatzort wurde das Konzept der „Rotationsgespräche“ mit der ärztlichen Bereichsleitung zu Beginn und Ende einer Rotation entwickelt. Die Rotationsgespräche dienen am Anfang der Orientierung über Anforderungen und Aufgaben, dem gegenseitigen Kennenlernen und einer realistischen Einschätzung der bereits

Vision-Statement - Prozess

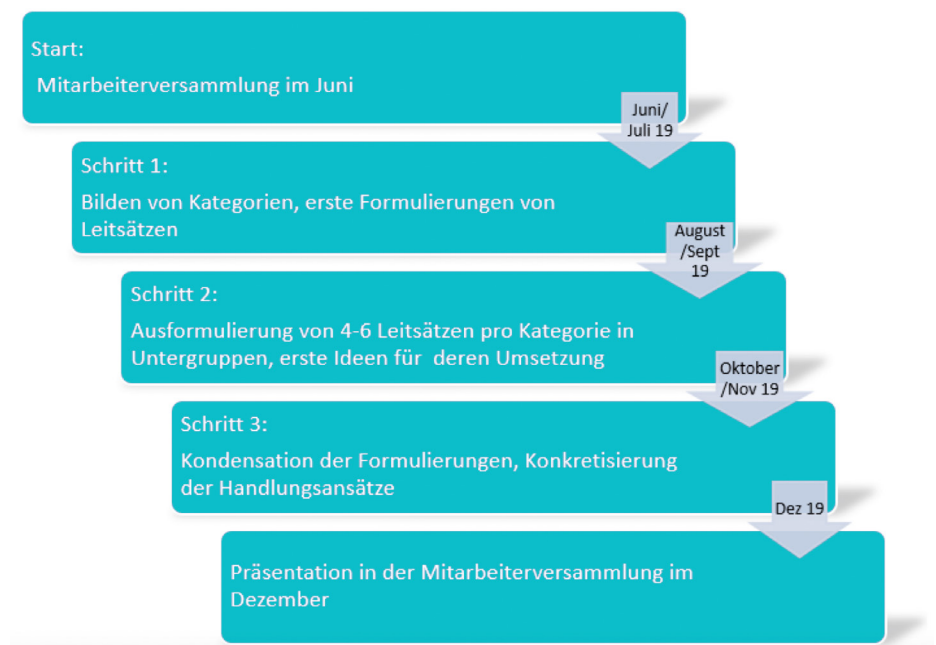


Abb. 2: Vision-Statement-Projekt

mitgebrachten Fähigkeiten. Am Ende der Rotation geben sich Assistent:in und Oberärzt:in oder Oberarzt ein gegenseitiges Feedback, das einerseits die Lernfortschritte und andererseits das Lehr- und Führungsverhalten thematisiert. Für diese Rotationsgespräche finden regelmäßig Kommunikations-Schulungen statt.

REBOARDING – DER WIEDEREINSTIEG NACH LÄNGERER PAUSE

Häufig unterschätzt werden die Probleme beim Wiedereinstieg nach Elternzeit oder längerer Absenz aus anderen Gründen. Es wird erwartet, dass die Mitarbeiter:innen quasi sofort an den Status vor dem Ausscheiden anknüpfen, und schnell die alte Rolle wieder aufnehmen. In der Regel sind die fachlichen Fähigkeiten rasch wieder abrufbar, völlig unterschätzt wird allerdings die emotionale Belastung, die in einigen Fällen schnell zur Überforderung führt. Nach oft zwölf oder mehr Monaten „raus aus dem Job“, in dem man sich mit ganz anderen Themen beschäftigt hat – der Geburt von Kindern, Veränderungen im familiären Umfeld, körperliche Einschränkungen und vielleicht auch existenzielle Bedrohung bei einer schwerwiegenden Erkrankung – sind die alltäglichen Anforderungen in der Klinik auch psychisch und emotional eine große Herausforderung.

Sinnvoll ist ein individueller „Wiedereinstiegsplan“, der zuvor mit der Klinikleitung und ggf. einem Coach vorbereitet wird. Dieses Vorgehen unterstützt dabei, das fachliche Selbstbewusstsein wieder zu stärken, aber auch individuelle Themen, wie z.B. die familiäre Situation oder andere Belastungen ausreichend zu berücksichtigen, und so eine Situation zu schaffen, die auf beiden Seiten passt und nachhaltig zufrieden stellt. Darüber hinaus sind natürlich auch Modelle für Mütter in Teilzeitanstellung wichtig, wie z.B. in Form von geteilten Oberarztpositionen

oder anderen Verantwortungsbereichen. Nur so lassen sich dem weiter steigenden Anteil von Frauen im Arztberuf auch angemessene Zukunftsperspektiven anbieten.

BERATUNG DER KLINIKLEITUNG

Auch die ärztliche Leitung profitiert von einer Beratung, die kontinuierlich Informationen und Stimmungen aus der Abteilung aufnimmt, diese mit den aktuellen Geschehnissen und Plänen in Verbindung setzt und so Hinweise für das strategische Vorgehen geben kann. Durch die Integration der Beraterin in Bewerbungs- und Mitarbeitergespräche, Besprechungen auf den verschiedenen Hierarchieebenen und durch Rückmeldungen aus der Abteilung kann wertvolles Feedback an die Klinikleitung erfolgen, das ihm sonst meist nur schwer zugänglich ist.

ZWISCHENBILANZ NACH 24 MONATEN

Die zeitgleiche Verankerung von interner Mitarbeiterberatung und Organisationsberatung als integraler Bestandteil der Mitarbeiterführung in der Anästhesiologischen Universitätsklinik Heidelberg hat sich bewährt. Durch das niederschwellige Angebot finden die Mitarbeiter:innen stets schnell eine Ansprechpartnerin, welche die „Innensicht“ der Abteilung kennt. Vieles wird in Kurzinterventionen rasch bewältigt, bevor es sich verfestigt oder gar eskaliert. Manche Mitarbeiter:innen finden in besonders „schweren“ Themen zeitnah eine erste Anlaufstelle, ggf. auch schon eine Krisenintervention, bei Bedarf können sie kompetent weiterverwiesen werden. Nach zwei Jahren erfolgreicher Probephase wurde diese klinikinterne Mitarbeiter- und Organisationsberatung deshalb Anfang 2021 verstetigt.

FAZIT

Hochqualifizierte, motivierte und loyale Mitarbeiter:innen sind das zentrale Gut

jeder klinischen Disziplin in der Krankenversorgung. Das eingangs gesteckte Ziel, mehr hochqualifizierte Nachwuchsanästhesist:innen und „High Potentials“ anzuziehen, konnte mit den oben dargestellten Maßnahmen übertroffen werden. Auch ein „unnötiges“ Verlassen der Klinik konnte reduziert werden. Die Ideen und Wünsche der Mitarbeiter:innen haben sich in den letzten Jahren und Jahrzehnten verändert, daher sind die Kliniken heute nicht nur aufgefordert, dies zu akzeptieren, sondern auch kreative Ideen zu entwickeln um im Personalwettbewerb weiterhin attraktiv zu bleiben. Der Anspruch an den akademischen Arzt die „Triple Threat Trias“ des exzellenten Kliniklers, herausragenden Wissenschaftlers und besonderen Lehrers in einer Person vereinigen zu müssen, erscheint in Zeiten, in denen die persönliche Freizeitgestaltung und außerberufliche Selbstverwirklichung immer mehr in den Vordergrund treten, antiquiert (Moore FD: What is surgical research? European Surgical Research 1973 5(4):245-58).

Um auf einem zunehmend kompetitiven Stellenmarkt konkurrenzfähig zu sein, müssen akademische Abteilungen zukünftig, die in anderen Bereichen der Wirtschaft bereits weit verbreiteten, Instrumente der Personalbeschaffung implementieren. Ziel des Personalmarketings ist es eigene kreative Lösungen zu finden, um die Standortattraktivität zu steigern und so im „War for Talents“ die besten Mitarbeiter:innen gewinnen zu können.

Nach unserer Kenntnis ist ein solches Angebot an einer Universitätsklinik für Anästhesie in Deutschland bislang noch einzigartig, wird es aber sicher perspektivisch nicht bleiben.

**Teile der Arbeit wurden bereits in „Führen und Wirtschaften im Krankenhaus“ 5/21 veröffentlicht*





DCK 2022

Gemeinsam lernen und heilen

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

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




 AUS DER
DGCH

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: 06221/56-33850
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: BariSurg₁₊₂ 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 Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP Kontrollgruppe: Magenbypass-OP	FPI: 27.11.2013 155 von 248 Patienten	– Kein Fallgeld	Prof. Dr. B.P. Müller Universitätsklinikum Heidelberg Chirurgische Klinik Sektion Minimalinvasive Chirurgie T: 06221/56-8641 F: 06221/56-8645 E: beat.mueller@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: BIOLAP₂ Registrierungsnummer: DRKS00010178				
Prof. Dr. med. M. Heiss	Primäre bilaterale Leistenhernien 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 525 Diese Studie hat die Rekrutierung beendet.	DFG 750 € / Patient	Dr. J. Knievel IFOM – Institut für Forschung in der Operativen Medizin Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin Universität Witten/Herdecke Ostmerheimer Str. 200, Haus 38 51109 Köln 0221 98957-24 0221 98957-30 Judith.Knievel@uni-wh.de

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 34 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: HULC 4* Registrierungsnummer: DRKS00017517				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen-Netz Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik	08.08.2019 303 von 812 Patienten	DFG 500 € / 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: IOWISI₃* Registrierungsnummer: DRKS00012251 EudraCT 2017-000152-26				
PD Dr. med. Daniel Reim	offene abdominalchirurgische Eingriffe Experimentelle Gruppe: Spülung des subkutanen Gewebes nach Faszienverschluss mit Intervention 1: 0,04%iger Polyhexanidlösung Intervention 2: 0,9%iger NaCl-Lösung Kontrollgruppe keine Wundspülung	20.09.2017 618 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: PERCOG 6* 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 14 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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: PONIV₇* 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 227 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: WOPP₈* 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 335 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] Parenterale Ernährung unter neoadjuvanter Chemotherapie beim lokal fortgeschrittenen Magenkarzinom/Karzinom des ösophagogastralen Übergangs zur Reduktion der postoperativen Morbidität

[7] Postoperative negative pressure incision therapy following open colorectal surgery: a randomized-controlled trial

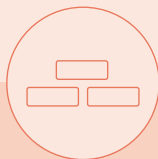
[8] Pulmonary wedge resection plus parietal pleurectomy (WRPP) versus parietal pleurectomy (PP) for the treatment of recurrent primary pneumothorax

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

Stand: September 2021

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

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

Überweisungen mit Angabe von Namen und Adresse des Spenders werden erbeten auf das Konto der DGCH bei der Deutschen Apotheker- und 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. Rüeff, München
 Herr Prof. Dr. med. Karl-Joseph Paquet, Bad Kissingen
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Volker Schumpelick, Aachen
 Herr Prof. Dr. med. Yoshiki Hiki, Tokio/Japan
 Herr Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith, Konstanz
 Herr Dr. med. Goswin von Mallinckrodt, München
 Herr Prof. Dr. med. Lothar Kinzl, Ulm
 Frau Ingrid und Herr Dr. med. Robert Raus, Riedlingen
 Frau Dr. med. Ursula Engel, Hamburg
 Enddarm-Zentrum Bietigheim,
 Herr Dr. med. Wolfgang Pfeiffer,
 Herr Dr. med. Markus Piro-Noack,
 Herr Dr. med. Edgar Kraft
 Herr Prof. Dr. med. Thomas Rüedi, Maienfeld/Schweiz
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Chur/Schweiz
 Herr Prof. Dr. med. Gert Specht, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Henning Weidemann, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Otto Scheibe, Stuttgart
 in memoriam Prof. Dr. med. Helmut Remé, Lübeck
 Herr Prof. Dr. med. Stephan Langer, Mönchengladbach
 Herr Dr. med. José Luis Narro, Köln
 Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Ulf Wayand, Linz
 Herr Prof. Dr. med. Werner Grill, Starnberg
 Herr Prof. Dr. med. Fritz Kümmerle, Mainz
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Friedrich Stelzner, Bonn
 Herr Prof. Dr. med. Günther Vetter, Bad Vilbel
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Bernhard Sprung, Dresden

Frau Dr. med. Eva Böhlau, Bad Soden
 1991–2011 DGT in memoriam
 Prof. Dr. med. Ingolf Vogt-Moykopf zum 80. Geburtstag
 Herr Prof. Dr. med. Gerhard Krönung, Wiesbaden
 in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke,
 Regensburg
 Herr Prof. Dr. med. Alois Fürst
 Herr Dr. med. Arthur Heiligensetzer
 Herr Dr. med. Peter Sauer
 Herr Dr. med. Bernfried Pikal
 Herr Dr. med. Johannes Winfried Pruy
 in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke,
 Regensburg
 Herr Prof. Dr. med. Christian Müller, Hamburg
 Herr Dr. med. Friedrich Klee, Heidelberg
 Herr Prof. Dr. med. Karl Dinstl, Wien
 in memoriam Prof. Dr. med. K. Keminger
 Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim
 Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen
 Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
 Herr Dr. med. Helge Hölzer, Stuttgart
 in memoriam Prof. Dr. med. Gerhard Köveker, Sindelfingen und
 Böblingen
 Herr Dr. med. Friedemann Schreiter, Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler, Linden
 Herr Dr. med. Frank U. Zittel, Frankenthal
 in memoriam Prof. Dr. med. Richard Xaver Zittel
 Herr Prof. Dr. med. Wulf Brands, Karlsruhe
 in memoriam Dr. med. Hartmut Wirth, Mannheim
 Herr Prof. Dr. med. habil. Dieter Bokelmann, Essen
 in memoriam Dr. med. Ottmar Kohler, Idar-Oberstein
 Herr Prof. Dr. med. Hermann Bunte, Münster
 Frau Dr. Eva Appel, Frankfurt/Main
 in memoriam Prof. Dr. med. Alexander Appel
 Herr Prof. Dr. med. Gerhard Schönbach, Freiburg
 Frau Prof. Dr. med. Dorothea Liebermann-Meffert, Freiburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Basel
 Herr Dr. med. Andreas Dörmer, Frankfurt/Main
 Herr PD Dr. med. habil. Klaus H. Fey, Berlin
 in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Linder, Heidelberg,
 Prof. William P. Longmire Jr., Los Angeles
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Köle, Graz
 in memoriam Prof. Dr. med. Adolf Winkelbauer und
 Prof. Dr. med. Franz Spath
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Helmut Wolff, Berlin
 Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Rehbein
 Herr Prof. Dr. med. E. Ulrich Voss, Karlsruhe
 in memoriam Herr Prof. Dr. med. Jörg F. Vollmar
 Herr Dr. med. Christoph Bubb, Landshut

Herr Dr. med. Bernhard Arlt, Herne
 Herr Prof. Dr. Axel Laczkovics, Bochum
 in memoriam Prof. Waldemar Kozuschek, Bochum
 Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau, Bochum
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans Hellmuth Hirsch
 Herr Prof. Dr. med. Otto-Andreas Festge, Greifswald, Herr Dr. med.
 Reinhold Festge, Oelde, Frau Dr. med. Brigitte Festge, Greifswald
 in memoriam Dr. med. Otto Festge
 Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
 Herr Prof. Dr. med. Horst Hamelmann, Kiel
 Herr Prof. Dr. med. Paul Hahnloser, Zürich
 in memoriam Prof. Dr. med. Åke Senning
 Herr Dr. med. Christoph Schüürmann, Bad Homburg
 Dres. med. Hermann und Beate Sons, Kassel
 in memoriam Dr. med. Paula Rotter-Pool, Berlin
 Herr 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 Kothén, Tegernsee
 Herr Dr. med. Jürgen Friedrich, Essen
 Herr Dr. med. Arnd Siegel, Stade
 in memoriam Prof. Dr. med. Rudolf Nissen
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke, Plettenberg
 in memoriam Prof. Dr. med. E.H. Farthmann
 Saarländische Chirurgenvereinigung e.V., Saarbrücken
 Herr Dr. med. Johannes Zeller, Laufenburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Manfred Schmolke, Düsseldorf
 Herr Prof. Tomislav Stojanovic
 Dr. med. Radovan Stojanovic, Wolfsburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Heinz Becker, Göttingen
 Herr Dr. med. Jürgen Benz
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Joachim Streicher
 Frau Dr. med. Frauke Eleonore Meyer-Wigro, Bielefeld
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Berger, Deutschlandsberg
 Herr Prof. Dr. med. Roland Eisele, Göppingen
 Herr Dr. Joachim Casper, Überlingen
 Herr Dr. med. Thomas Friess
 in memoriam Prof. Dr. med. Klaus Reichel
 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

FRÜHERE PRÄSIDENTEN

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

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	N. C. Nüssler, München
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie/Vertreter Allgemeine Chirurgie	K. Ridwelski, Magdeburg
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin	M. Steinbauer, Regensburg
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	U. Rolle, Frankfurt
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	J. Hoffmann, Heidelberg
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	R. Goldbrunner, Köln
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	B. Kladny, Herzogenaurach
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen	L. Prantl, Regensburg
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	A. Böning, Gießen
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	H.-S. Hofmann, Regensburg
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	D. Pennig, Köln
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.	J.-A. Rüggeberg, Bremen
Perspektivforum Junge Chirurgie	J. KRÖPLIN, Schwerin
	B. Blank, Kulmbach

SPRECHER DER SENATOREN

N. P. Haas, Berlin
J. Jähne, Hannover

SENATOREN

H.-J. Peiper, Göttingen
H. Hamelmann, Kiel
W. Hartel, Ulm
G. Hierholzer, Duisburg
H. Bauer, Altötting
D. Rühland, Singen
A. Encke, Frankfurt
K. Schönleben, Ludwigshafen
J. R. Siewert, München
N. P. Haas, Berlin
B. Ulrich, Düsseldorf
M. Rothmund, Marburg
H. D. Saeger, Dresden
H. U. Steinau, Bochum
K. Junghanns, Ludwigsburg
R. Arbogast, Pforzheim
V. Schumpelick, Aachen
R. Gradinger, München
A. Haverich, Hannover
M. Büchler, Heidelberg
K.-W. Jauch, München
J. Jähne, Hannover
P. Vogt, Hannover
G. Schackert, Dresden
T. Pohlemann, Homburg

WEITERE MITGLIEDER

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

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





ANSCHNITT

chirurgIn-werden.de

Wage den Schnitt!



BDC-JOURNALISTENPREIS 2021 – ANKÜNDIGUNG



Der BDC vergibt auch dieses Jahr wieder seinen Journalistenpreis. Unter den bis September eingegangenen Bewerbungen fanden sich verschiedene journalistische Gattungen, wie Bericht, Reportage, Feature, aber auch verschiedene Präsentationsformen, wie Text, Video oder Fernsehbeitrag.

Die Jury des BDC hat es sich nicht leichtgemacht, aber mittlerweile eine Entscheidung getroffen. Der Preisträger oder die Preisträgerin steht fest, wir verraten hier aber noch nicht mehr. Nur so viel: Die Preisverleihung erfolgt im Rahmen der diesjährigen Präsidiumssitzung am 26. November 2021 in Berlin. In der nächsten Ausgabe der Passion Chirurgie lesen Sie, wer den Preis gewonnen hat und welcher Beitrag es ganz nach oben geschafft hat.

Den BDC-Journalistenpreis können journalistische Beiträge erhalten, in denen chirurgische Themen aus Ärzte- und/oder Patientensicht differenziert und faktenbasiert dargestellt werden. Ziel ist es, die Faszination Chirurgie in der Publikumsberichterstattung zu fördern.

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



BDC | Landesverbände

BDC | Westfalen-Lippe

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Waldemar Uhl, MHSA

Stellv. Vorsitzender und Regionalvertreter NL
Jerzy Wielowiejski

BDC | Bremen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Heiner Wenk

Regionalvertreter NL
Dr. med. Björn Ackermann

BDC | Hamburg

Vorsitzender
Dr. med. Christopher Wenck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Mansfeld

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Kemnitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gerd Fass

BDC | Schleswig-Holstein

Vorsitzender
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Michael Müller

Regionalvertreter NL
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Bertram Wittrin



DER BDC IN DEN BUNDESLÄNDERN

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

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

www.bdc.de/bdc-landesverbände

BDC | Nordrhein

Vorsitzender
Dr. med. Jügen Klein

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Werner Boxberg

stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Sven Gregor

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Jügen Klein

BDC | Hessen

Vorsitzender
Frank Forst

1. Stellvertr. Vorsitzender
Dr. med. Christoph Schüürmann

2. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Alexander Buia

Regionalvertreter NL
Dr. med. Detlev Grapentin

BDC | Saarland

Vorsitzender
Dr. med. Peter Bongers

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Daniel Bastian

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 | 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

BDC | Thüringen

Vorsitzender
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Lutz Künanz

Regionalvertreter NL
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Ingo Menzel

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	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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 €
10.02.2022	12.02.2022	Bochum	2022-21665	Common Trunk*	Prof. Dr. med. Daniel Vallböhmer; Dr. med. Jörg Sauer	350,00 €	550,00 €

FACHARZTVORBEREITUNG							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
08.11.2021	11.11.2021	Hamburg	2021-2672	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Prof. h.c. Dr. h.c. Jakob Izbicki; Dr. med. Matthias Reeh	350,00 €	550,00 €
15.11.2021	19.11.2021	Dortmund	2021-22530	Facharztseminar Allgemein-chirurgie	PD Dr. med. Maximilian Schmeding; Dr. med. Jens-Peter Stahl	350,00 €	550,00 €
21.02.2022	25.02.2022	Augsburg	2022-22580	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie*	Prof. Dr. med. Matthias Anthuber	350,00 €	550,00 €
09.03.2022	12.03.2022	Berlin	2022-23691	Facharztseminar Gefäßchirurgie*	Prof. Dr. med. Andreas Greiner	350,00 €	550,00 €
14.03.2022	18.03.2022	Berlin	2022-22570	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie*	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller	350,00 €	550,00 €
17.03.2022	19.03.2022	online	2022-23920	Facharztseminar Plastische Chirurgie – BDC Online	Prof. Dr. med. Heinz-Herbert Homann; Prof. Dr. med. Ulrich Kneser	250,00 €	450,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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 €
28.01.2022	29.01.2022	Hamburg	2022-23862	Fußchirurgie II*	Dr. med. Ralph Springfeld	500,00 €	650,00 €
25.02.2022		Hamburg	2022-23780	Facharzt-Seminar Hand zur Prüfungsvorbereitung Orthopädie/Unfallchirurgie*	Dr. med. Jan Cruse; Dr. med. Paul Preisser; Dr. med. Johanna Russe	130,00 €	160,00 €
04.03.2022	05.03.2022	Dresden	2022-23781	Dresdener Handkurs: Wiederherstellung der Handfunktion*	Prof. Dr. med. Adrian Dragu; Dr. med. Feras Taqatqeh		
09.03.2022	11.03.2022	Augsburg	2022-23610	Spezielle Unfallchirurgie Teil II*	Prof. Dr. Dr. h.c. Edgar Mayr	300,00 €	500,00 €
24.03.2022	25.03.2022	Köln	2022-23677	Viszeralchirurgie Kompakt: Oberer Gastrointestinaltrakt*	Prof. Dr. med. Christiane Bruns; Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder	300,00 €	500,00 €

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
11.02.2022	12.02.2022	Nürnberg	2022-24712	Abschlusscolloquium hygienebeauftragte Ärzte (Bundeskongress Chirurgie)*	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
16.11.2021		online	2021-24716	Der ökonomische Notfallkoffer für Chirurg:innen	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 €
04.12.2021		Berlin	2021-27707	Abrechnungseminar EBM neu 2022	Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg	140,00 €	240,00 €
28.01.2022	29.01.2022	Berlin	2022-26531	Führungsseminare: Modul 1 - Führungsstrategien für Ärztinnen*	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	450,00 €	650,00 €
04.03.2022	05.03.2022	Berlin	2022-26532	Führungsseminare: Modul 2 - Durchsetzungsstrategien im Klinikalltag*	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	450,00 €	650,00 €

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

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

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

* Online-Anmeldung zu den Seminaren 2022 ab November 2021

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 November 2021

%

35 %



TOM TAILOR: 35 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

27 %



FISSLER: 27 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

20 %



JUST SPICES: 20 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

25 %



GIESSWEIN: 25 %
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.

PANORAMA

Ärzte ohne Grenzen



Medical care in Kunduz, Afghanistan: Making it work

ÄRZTE OHNE GRENZEN

Die Kämpfe in der Stadt Kunduz im Nord-osten Afghanistans endeten am 8. August 2021. Während des Konflikts haben die Médecins Sans Frontières (MSF) ihr Büro in ein temporäres Traumazentrum umfunktioniert, um verwundete Menschen zu behandeln. Dieses Zentrum wurde geschlossen und am 16. August wurden die Patienten in das fast fertige Kunduz Trauma Zentrum verlegt, das MSF seit 2018 erbaut. Die Menschen vor Ort brauchen weiterhin medizinische Hilfe. Ein Arzt in Team von MSF Kunduz, der aus Sicherheitsgründen anonym bleiben möchte, beschreibt seine Erlebnisse während der Kämpfe und wie seine Arbeit aussieht.

Fighting in the city of Kunduz in north-eastern Afghanistan ended on 8 August. During the clashes, Médecins Sans Frontières (MSF) transformed its office space into a temporary trauma unit to treat the people wounded. That unit is now closed and on 16 August all patients were transferred to the nearly-finished Kunduz Trauma Centre that MSF had been building since 2018. The local community still requires trauma care. A medic in MSF's Kunduz team describes their experience during the fighting and the work that is going on today.

It is busy but calm, we're recruiting new staff, and the final parts of finishing the hospital construction are happening all around us. But first things first – starting with the evening when the fighting erupted in Kunduz city...

That first evening there was continuous bombardment and shooting so we had to rush to the bunker and we stayed there all night, without any sleep. Patients were not able to reach the trauma unit at that stage, on account of the non-stop fighting in the streets.

The following morning, we got news of multiple victims arriving in the unit, but we could not get there because there was fighting in the street between where I was staying and the unit. Our colleagues were asking for our help very urgently because they had a patient who had a gunshot wound in his chest and stomach who needed to go to surgery very soon and they needed assistance for that.

A moment came when the guns were quieter and it was possible to move – three of us ran to the other side of the road to the operating theatre. The patient had just lost their pulse, so we started chest compression while the anaesthetist was looking for an airway. I cut two holes in the chest – to make sure blood could drain out and to allow the lungs to expand; meanwhile another colleague was trying to stop the bleeding below the sternum. We could tell pretty quickly that the bullet had probably hit part of the heart, and it rapidly became clear that there was no way that we could save him.

HARD DAYS

That was the start of our day of hell. And the first moment of our team being completely overwhelmed. There were a lot of other

Ärzte ohne Grenzen: „Medical care in Kunduz, Afghanistan: Making it work. Passion Chirurgie. 2021 November; 11(11): Artikel 09_01.



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



Abb. 1: In response to the fighting MSF transformed its office space into a 25-bed trauma unit. The team has been providing care to people injured by explosions, bullets, and shrapnel.

victims who came in and had to go to surgery: a lot of gunshot-wounded coming in; a lot of people injured by bomb blasts; and a lot of people caught in the crossfire.

It was a very long day. Many of our staff also could not reach the trauma unit. The night-shift staff worked through the day. Some would take naps and sleep while others worked so we could keep staff going from morning and into the night.

At about 6:30am the next morning an ER doctor called me on the radio, saying “I need your help now”. As the fighting had receded a bit at that moment, I ran with the surgeon across the road. When we got into the unit it was crammed.

Four patients urgently needed emergency surgery - at the same time. We started doing life-saving surgery on two patients, and meanwhile we were doing everything possible to keep the other two alive. The two who were waiting survived and we could proceed to operate on them too. In the end one patient died, but three survived, which is still quite impressive – they all had very severe gunshot wounds and bomb blast injuries. While waiting for space to open up in the operating theatre, all the while trying to keep the other two alive in the emergency room, we still needed to assist other patients who had come in and needed care. We tried to assist them in between working on the emergency cases. So this was a heavy day to get through.

AN UNEXPECTED CASE

One of our patients was a young boy. He was brought by his father to the ER with a bandage already on his arm. He wasn't crying and was just very silently looking ahead of him. I was supervising the ER along with the Intensive Care Unit nurse. The boy looked comfortable and very much okay. There was no immediate urgency for me.

Because the fingers sticking out of the bandage looked well circulated and warm, I took my time in demonstrating to the staff how to do a proper investigation of the hand for nerve damage. Strangely enough the boy didn't seem to feel anything on his whole hand, which suggested all three different nerves were cut.



Abb. 2: Operating theatre of the MSF Kunduz Emergency Trauma Unit, MSF surgical teams perform an operation on a patient injured by the fighting in Kunduz.

I continued and was gently unwrapping the bandage off his arm. I remember the moment the bandage opened and you just saw a gaping hole in the forearm of this child. There was more of the hole than tissue remaining! The father told me that a stray bullet had hit him while the kid was playing.

I remember the faces of the staff. Their expressions just said: well I didn't expect that! And nor had I. So we packed up the wound again and tried to stabilise the hand as it was as unstable as a hand can be. For some reason the only thing remaining was the artery going all the way to the fingers, but the nerves were all broken.

Medically, we all agreed that amputation was probably the best option. The father didn't agree with this. He wanted to give it a chance. We did our best to debride [clean] the wound and keep the tissue alive, and attached an external fixator, a metal bracket to hold the bones in place while mending, to try to let it heal for as long as possible. Up until today the boy's hand is still there. He will never have a good hand again, that's for sure. But the hand's still there and that's already something that we didn't expect.

The father has been very friendly, but the little boy knows that if a doctor is coming close, that means there is going to be pain. He hasn't smiled towards any of us, but we can see him smiling at his father.

CALM – BUT STILL BUSY

After the fighting had started to lessen, we began to see more patients coming in. Many of them had already received some sort of emergency treatment. When an injury had happened to them, they had gone to the nearest hospital where they could be taken care of and the medical people there did what they could.

We are seeing an increase of patients being referred to us from provincial hospitals, where patients had multiple surgeries. And they end up in our ER. And quite often we go into surgery and realise that there are not many options for us to take – there is not much more we can do to try to save this person. Still

trying though; trying to stabilise; trying to get things in order with some surgery.

MOVING TO THE NEW HOSPITAL

Here in Kunduz the rebuilding of our hospital has been going on for quite a while. The community has been waiting for the hospital to open up. Two weeks ago we transferred the patients from our temporary clinic to the hospital for the first time. This is new. It is a huge step to open the hospital, although it is not completely finished yet.

What we see in terms of patients coming is shifting from the very active gunshot and bomb blast injuries. Now mostly we see complications with the war wounded who need follow-up from previous treatment and now also road traffic accidents, which are increasing sharply as society opens up again.

Everyone here drives on their motorcycles without a helmet; when they fall, they suffer head traumas, which is not the best thing for us to treat as we don't have neurosurgeons, so sometimes there is little we can do.

MAKING IT WORK

In the Kunduz Trauma Centre, we're doing our medical work while the construction is still going on. But the speed at which all the construction team and others are fixing things is quite amazing. They have a real approach of solving problems. We saw a stretcher bearer going to get a patient and having problems passing the stretcher over the uneven ground because there's too much rubble. In no time, there were people putting concrete over the rubble. It's quite incredible how all the construction team are helping so hard to fix all the problems the medical staff encounter.

We have the same support from the team who are responsible for the hospital compound. One of them is always on a bicycle, cycling from one department to the other, fixing things incredibly rapidly. Same for supply, you just see medical items and supplies suddenly appearing at the front step of the departments and a bit later there's another doorstep bearing gifts of other packages for us to treat our patients.

You also have the recruitment part - we're increasing again. We have exams for staff going on; and we're hoping to start recruiting mental health officers, which is something that we badly need.

And that's how it feels for the moment - all the teams really helping each other, together, trying to just make it work. ○



Herzmedizin 2022

19. – 22. FEBRUAR 2022

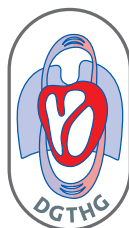
CONGRESS CENTER HAMBURG



**VON DER INNOVATION
ZUM STANDARD
WISSEN. WAS WIR TUN.**

51. JAHRESTAGUNG

Deutsche Gesellschaft für
Thorax-, Herz- und
Gefäßchirurgie



www.dgthg-jahrestagung.de



54. JAHRESTAGUNG

Deutsche Gesellschaft für
Pädiatrische Kardiologie und
Angeborene Herzfehler e.V.

www.dgpk-jahrestagung.de

Let's operate.