

PASSION

CHIRURGIE

Neues
BDC|Akademie
Programm
2024

PANORAMA

„DAS GEHIRN IN
WISSENSCHAFT UND KUNST“ –
EINE AUSSTELLUNG IN DER
BERLINER CHARITÉ

im Fokus

AUS-, WEITER- UND
FORTBILDUNG
IN DER CHIRURGIE

12 | IV | 2023

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

DGCH

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
CHIRURGIE E.V.
Gründ. 1872, Sitz Berlin



BDC
Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.



Halb leer oder halb voll?

Jörg-A. Rüggeberg, Peter Kalbe, Hans-Joachim Meyer

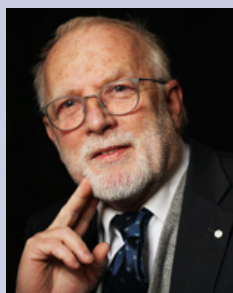
Am Ende eines Jahres gehört es zu den üblichen Traditionen, Bilanz zu ziehen und das Vergangene zu bewerten. Und Sie kennen das: Der gleiche Sachverhalt wird oft unterschiedlich betrachtet, das Glas ist eben halb voll oder halb leer. Beides ist richtig, nur die Emotionen der Betrachter unterscheiden sich, hier der Pessimist, der einen Mangel beklagt, dort die Optimistin, die sich über das (noch) Vorhandene freut.

Das vergangene Jahr war geprägt von politischen Spannungen direkt vor unserer Haustür, die bis tief in unsere Gesellschaft hinein längst vergessen geglaubte Konflikte haben wiederaufleben lassen. Die wirtschaftliche Bedrohung durch hohe Inflationsraten und Energiepreisteigerungen hat jeden betroffen, ganz zu schweigen von den immanenten Auswirkungen des Klimawandels. Grund genug, eher düster auf das halb leere Glas zu blicken. Andererseits ist unsere Gesellschaft offenbar stabil genug, solche Friktionen zu überstehen, und das sollte dann doch hoffnungsfroh stimmen.

Auch im BDC und in Ihrem und unserem beruflichen Umfeld gibt es häufig unterschiedliche Wahrnehmungen. Manchmal auch nicht, wie bei der Weiterentwicklung der GOÄ; da ist das Glas für alle erkennbar völlig leer. Auch bei der Diskussion um die vollmundig als Revolution angekündigte Krankenhausreform gibt es nur sehr Wenige, die derzeit mehr als einen Bodensatz im Glas erkennen. Die Sorge um tiefgreifende belastende Veränderungen erscheint begründet, weil der Gesetzgeber offenbar nach wie vor kaum Wert legt auf

fachkundige Beratung und die Pläne demzufolge eher in die Irre führen als tatsächlich die flächendeckende wohnortnahe Patientenversorgung zu verbessern. Gerade für die Chirurgie dürfte sich die Frage stellen, wer in Zukunft wo tätig sein kann und wie überhaupt die Weiterbildung zukünftiger Chirurg:innen-Generationen gewährleistet werden soll. Gerade deshalb setzt sich auch die gemeinsame Weiterbildungskommission der chirurgischen Berufsverbände und Fachgesellschaften intensiv für eine zeitgemäße Weiterbildungsordnung ein.

Damit kommen wir wieder zu dem Bild des Glases und seines Füllungs Zustands. Wir registrieren sehr wohl, dass die Arbeit des BDC und seiner Mitarbeiter durchaus kritisch betrachtet wird. Für viele wirkt es so, als geschehe nichts, weil nur vereinzelt Erfolge erkennbar sind, zumindest nicht die gewünschten. Aus unserer Sicht stellt sich das verständlicherweise anders dar. Darum ist es hilfreich, das Bild des Glases um eine dynamische Komponente zu erweitern. Wasser fließt hinein oder hinaus oder auch hindurch. Sie können davon ausgehen, dass niemand, vor allem nicht die entsprechenden politischen Gremien, unser Glas freiwillig füllen wird, nur, weil wir das einfordern. Unsere Aufgabe besteht vielmehr darin, den Korken am Einlassventil aufzubohren und mehr noch, die Leckagen auf der Ausflusseite zu stoppen. Dann kann es durchaus als Erfolg gewertet werden, wenn der Pegelstand zumindest nicht sinkt, auch wenn das diejenigen, die nur das halb leere Glas sehen, nicht zufriedenstellen wird.



Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgie e.V. (BDC)
dr.rueggeberg@t-online.de



Dr. med. Peter Kalbe
Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgie e.V. (BDC)
Gelenkzentrum Schaumburg
Kalbe@bdc.de



Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Präsident des Berufsverbandes der
Deutschen Chirurgie e.V. (BDC)
praesident@bdc.de

Rüggeberg JA, Kalbe P, Meyer HJ:
Editorial – Halb leer oder halb voll?
– Passion Chirurgie. 2023 Dezember;
13(12): Artikel 01.



Neuigkeiten aus dem BDC finden
Sie auf BDC|Online (www.bdc.de)
unter der Rubrik BDC|News.

In jedem Fall bedarf es einer gemeinsamen Anstrengung, die Aufgaben der nächsten und auch der fernerer Zukunft zu bewältigen. Unser Dank gilt all denjenigen, die sich persönlich daran beteiligen, sei es durch aktive Mitarbeit in den Gremien, durch uns gegenüber zur Kenntnis gebrachte Kritik und Anregungen oder auch durch Verbreitung der BDC-Botschaften in Ihrem jeweiligen Umfeld. Wir werden auch weiter Ihre Interessen wahrnehmen, schon allein, weil es auch unsere eigenen sind.

Um das zu erreichen, brauchen wir einen starken Verband, der allein durch seine Größe und Mitgliederzahl die erforderliche Wahrnehmung erzielt, um

unsere und vor allem Ihre Interessen zu platzieren. Bitte überlegen Sie sich daher, ob der BDC nicht eigentlich Ihre berufspolitische Heimat lebenslang sein müsste und begrenzen Sie Ihre Mitgliedschaft nicht nur auf Zeiten, in denen Sie die unmittelbaren Vorteile durch Versicherung, Fortbildung, Rechtsberatung etc. in Anspruch nehmen können.

Wir wünschen Ihnen unabhängig von einer spannenden Lektüre dieser Ausgabe der PASSION ein friedvolles und ruhiges Weihnachtsfest und für das neue Jahr privat und beruflich nur das Beste, vor allem aber Frieden und Gesundheit. ○



HERAUSGEBER

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

DGCH

Präsidentin: Prof. Dr. med. Christiane Bruns
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Andreas Seekamp,
Prof. Dr. med. Udo Rolle,
Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner
Generalsekretär: Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
(V.i.S.d.P.)
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
Geschäftsführerin: Dr. med. Friederike Burgdorf
Justitiar: Dr. jur. Jörg Heberer, Berlin/München

REDAKTION

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer (V.i.S.d.P.)
Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen (V.i.S.d.P.)
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Dr. med. Friederike Burgdorf
Katrin 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 © iStock/LightFieldStudios

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 Chirurgie e.V. und der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie e.V. enthalten und den
Mitgliedern vorbehalten.

EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

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

ISSN 2194-5586

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

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



INHALT

1 EDITORIAL

1 Halb leer oder halb voll? Jörg-A. Rüggeberg, Peter Kalbe,
Hans-Joachim Meyer

4 KURZNACHRICHTEN

5 CHIRURGIE

5
20

BDC|AKADEMIE-PROGRAMM 2024

**LETZTER HALT PJ – NACHWUCHS
FÜR DIE KLINIK MOTIVIEREN**

Carolina Girnstein, Jens Rolinger, Johanna Millner,
Andreas Kirschniak, Tina Histing, Benedikt J. Braun

25

FRAGEN ZUM MEDIZINSTUDIUM

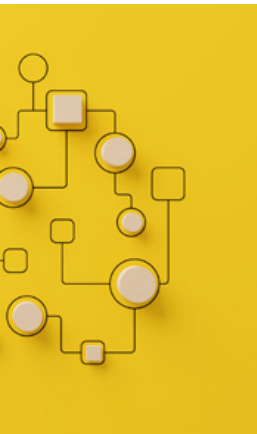
Olivia Päßler

28



CME-ARTIKEL: DER THORAXMAGEN

Bernd Geißler, Matthias Anthuber



38 CHIRURGIE⁺

- 38 Online-Seminar? Geht ganz gut *Annika Schröder*
- 39 **Safety Clip:** Die Patientensicherheit fördern mit Ansätzen aus dem „Magnet Recognition Program®“
Anja Pope
- 44 **Hygiene-Tipp:** Zugang zur OP-Abteilung
Walter Popp, Lutz Jatzwauk, Wolfgang Kohnen
- 45 **Artzpraxis Tipp:** Wie sieht es mit der Abrechnung von chirotherapeutischen Leistungen nach der UV-GOÄ aus?
Peter Kalbe
- 47 Personalia
- 48 **RECHT**
- 48 **F+A:** Wahlleistungen bei Chefarzt-Doppelspitze
Jörg Heberer

49 GESUNDHEITSPOLITIK

- 49 **BDC-Praxistest:** Neue flexible Ansätze für Sichten auf die medizinischen Daten tun Not
Peter Haas, Jessica Swoboda
- 55 **BDC|Pressemitteilung:** Die Pflege als wichtige Säule des Gesundheitssystems muss wieder attraktiv werden

56 INTERN

- 56 **DGCH**
- 56 Kommentar des Generalsekretärs
- 59 In eigener Sache: Neue Herausgeber bei „Innovative Surgical Sciences“

- 60 Statement of the Association of the Scientific Medical Societies (AWMF), Germany on the Emerging PFAS Ban
Ernst Klar, Andreas Markewitz, Rolf-Detlef Treede, Henning Schliephake
- 63 Sehr persönlich nachgefragt bei Michael Thomas
- 64 Grußwort DCK 2024 *Christiane Bruns*
- 68 Rückblick auf die 26. Chirurgischen Forschungstage der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Christoph Reissfelder
- 70 Eine chirurgische Operation (Lithotomie) im 18. Jh. – aus der Sicht des Patienten
Michael Sachs
- 74 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
Solveig Tenckhoff
- 77 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus
- 82 DGCH-Pträsidium ab 1. Oktober 2023

83 BDC

- 83 BDC|News
- 84 Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2024
Hans-Joachim Meyer
- 85 BDC|Schnittstelle – im Fokus: Dr. Sven Gregor
- 88 BDC|Landesverbände

90 PANORAMA

- 90 „Das Gehirn in Wissenschaft und Kunst“ – Eine Ausstellung in der Berliner Charité *Henriette Pleiger*
- 96 Bilderrätsel

ARD-SERIE



„CHARITÉ INTENSIV – GEGEN DIE ZEIT“

DOKU ZUR ORGANSPENDE

Mit einem Spenderorgan gelingt es, schwer kranken Menschen zu helfen und ihre Lebensqualität deutlich zu verbessern. Doch es gibt zu wenige Organspender:innen und bundesweit warten jährlich mehr als 10.000 Patient:innen auf eine Transplantation. Die Charité-Universitätsmedizin Berlin gehört zu den Entnahmekliniken und hat den Filmschaffenden Carl Gierstorfer und Mareike Müller erneut die Türen der Intensivmedizin geöffnet: Die zweite Staffel „Charité intensiv: Gegen die Zeit“ zeigt in vier Folgen Betroffene und die behandelnden medizinischen Teams im Wettlauf gegen die Zeit.

Zur Serie in der ARD-Mediathek: <https://bit.ly/ARD-Charitee-Serie>

„MY DOCTOR’S
LIFE“TAGEBUCH EINER ÄRZTIN,
DIE AUSSTEIGT“FILM- UND FERNSEHPREIS
DES HARTMANNBUNDES

Die Chirurgin Stefanie Minkley und Filmautorin Antonella Berta sind 2023 mit dem Film- und Fernsehpreis für „My doctor's life – Tagebuch einer Ärztin, die aussteigt“ (Hessischer Rundfunk) ausgezeichnet worden. Die Dokumentation wurde aus 37 eingesandten Beiträgen ausgewählt.

Die Begründung der Jury: „Mehr Authentizität geht wohl kaum: Mutig und entschlossen legt ‚My doctor's life – Tagebuch einer Ärztin, die aussteigt‘ die Missstände und personellen Überforderungen im Klinikalltag

ungeschminkt offen. Stefanie Minkley zieht die Konsequenz, den Beruf an den Nagel zu hängen – nach sechs Jahren Facharztausbildung. Es ist die Geschichte einer jungen Ärztin, die mit vielen Hoffnungen und Anstrengungen ihren Traumberuf ergreift und dann an der Realität scheitert. Der Film zeigt einmal mehr, wie sehr die medizinische und pflegerische Versorgung in Deutschlands Krankenhäusern auf Kante genäht ist.

Die Sozialdemokratin Minkley hatte sich bei der Landtagswahl in Hessen am 8. Oktober um ein Landtagsmandat beworben, war aber wegen des schlechten Abschneidens der SPD gescheitert.

Zum Beitrag in der ARD-Mediathek:
<https://bit.ly/ARD-Aussteigerin>



BDC|AKADEMIE Programm 2024

Herzlich willkommen zu einem neuen Jahr chirurgischer Fort- und Weiterbildung zusammen mit der BDC|Akademie des Berufsverbands der Deutschen Chirurgie e.V.

Wir freuen uns, unseren Mitgliedern und allen chirurgisch Interessierten ein Programm anzubieten, das neben lang bewährten „Klassikern“ der Fort- und Weiterbildung auch wieder neue Präsenz- und Online-Angebote präsentiert.

Eine Veränderung ist offensichtlich und notwendig. Das Jahresprogramm steht nicht mehr nur im gewohnten Printformat, sondern online über verschiedene Medien zur Verfügung, dies als ein Zeichen, dass der gegenwärtige wirtschaftliche und gesellschaftspolitische Wandel in unserem Land mittlerweile auf allen Ebenen, auch in der BDC|Akademie, angekommen ist. Andere Aspekte aber sind entscheidender. Der Fachkräftemangel im deutschen Gesundheitssystem verhindert längere Abwesenheiten für Fort- und Weiterbildung im niedergelassenen und stationären Bereich, ein Umstand, der zusammen mit einem veränderten Anmeldeverhalten die Planung und Durchführung, insbesondere von Präsenzveranstaltungen, deutlich schwieriger macht. Die Diskussion um das optimale

Format einer Fortbildung steht daher im Fokus. Mehrere Treffen mit zahlreichen Seminarleiter:innen haben jedoch ein eindeutiges Votum ergeben, nämlich dass Angebote in Präsenz für den direkten Austausch aller Beteiligten unverzichtbar sind und bleiben. Das sieht auch die jüngere Generation der Chirurg:innen so.

Es besteht also die Herausforderung, einen akzeptierten Mix zwischen Online- und Präsenzformaten anzubieten, der nicht nur das individuelle Lernverhalten, sondern auch die aktuellen Erfordernisse in den Kliniken berücksichtigt. Dieser Spagat der Programmgestaltung ist nicht innerhalb eines Jahres umzusetzen, sondern vielmehr als kontinuierlicher Prozess zu verstehen. Neben mittlerweile vielfältigen Online-Veranstaltungen in allen Fort- und Weiterbildungsgruppen ist die BDC|eAkademie mit zwei Webinar-Reihen und einem eigenen Podcast gut aufgestellt. Insbesondere der Podcast „Surgeon Talk“ findet wachsenden Zuspruch und damit auch Interesse bei den Sponsoren der Industrie. Eine der Kernaufgaben der BDC|Akademie bleibt aber, wie auch in diesem Jahr, immer wieder innovative Formate mit neuen Inhalten und mit verschiedenen Kooperationspartnern voranzutreiben und auf dem Markt zu erproben.

An dieser Stelle bedankt sich die BDC|Akademie bei allen, die an der Gestaltung des Jahresprogramms 2024 mitgewirkt haben, ganz besonders bei den Seminarleiter:innen und den Referent:innen, aber auch bei unseren Partnern in der Industrie, die ebenfalls vor großen Herausforderungen bei zunehmender Bürokratie, der zwingenden Wirtschaftlichkeit und notwendigen Innovation stehen. Nur ein vertrauensvoller Austausch in beiderlei Interessen ist hier zielführend.

In diesem Sinne möchten wir alle Chirurg:innen motivieren, die anstehenden Veränderungen im kommenden Fort- und Weiterbildungsjahr nicht als Bürde, sondern als Chance für eine Neugestaltung zu verstehen, und laden alle herzlich ein, sich gemeinsam mit dem BDC hierbei einzubringen.

Prof. Dr. Dr. h.c. H.-J. Meyer
Präsident des BDC

Prof. Dr. W. Schröder
Leiter der BDC|Akademie

Inhalt

AUSBILDUNG

7 PROGRAMME FÜR DEN CHIRURGISCHEN NACHWUCHS

WEITERBILDUNG

9 BASISCHIRURGISCHE SEMINARE UND WORKSHOPS

10 SEMINARE ZUR FACHARTZTVORBEREITUNG

FORTBILDUNG

11 FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

- 11 Curriculare Fortbildungen
- 12 Viszeralchirurgie Kompakt
- 12 Fortbildungen Allgemein- und Viszeralchirurgie
- 12 Fortbildungen Thoraxchirurgie
- 13 Fortbildungen Orthopädie und Unfallchirurgie
- 13 Fortbildungen D-Ärzte/-Ärztinnen

14 SOFTSKILL- UND MANAGEMENTSEMINARE

- 14 Seminare für Chirurginnen
- 14 Seminare für Niedergelassene
- 14 Managementseminare

15 BDC|eAKADEMIE

- 15 Podcast: Surgeon Talk
- 15 Webinar-Reihe: Leitlinien in der Chirurgie
- 15 Webinar-Reihe: Medizinökonomie Kompakt
- 16 Blended Learning: Hygienebeauftragte(r) Arzt/Ärztin

PROGRAMME FÜR DEN CHIRURGISCHEN NACHWUCHS

M3 „STAATSEXAMEN & KARRIERE“

Nach sechs langen Jahren stellt die mündliche Prüfung im Staatsexamen die letzte große Hürde im Studium dar. Jetzt geht es um alles! Die Berufsverbände der Deutschen Chirurgie und der Deutschen Internistinnen und Internisten – BDC und BDI – bringen Dich in zwei intensiven Tagen in eine prüfungstaugliche Form. Vorträge, Diskussionen und Videos zeigen dabei, was wichtig und unwichtig ist. Dazu bieten wir Tipps und Tricks für den praktischen Prüfungsablauf.

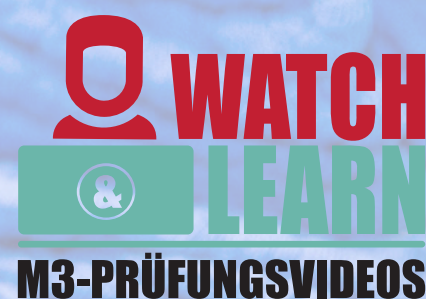
Als weiteren Teil des M3-Abschlusstrainings „Staatsexamen & Karriere“ laden wir Dich ein, verschiedene Karrierepfade in der Medizin kennenzulernen und Möglichkeiten für Deine berufliche Laufbahn auszuloten. Diskutiere im persönlichen Gespräch mit den Referent:innen über Deine individuelle Karriereplanung.

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
15.03.24	16.03.24	Essen	M3-Abschlusstraining Staatsexamen und Karriere	Prof. Dr. med. Andreas Kirschniak; PD Dr. med. Benedikt Braun; Dr. med. Andreas Jerrentrup	99,00	99,00
20.09.24	21.09.24	Berlin	M3-Abschlusstraining Staatsexamen und Karriere	Prof. Dr. med. Andreas Kirschniak; PD Dr. med. Benedikt Braun; Dr. med. Andreas Jerrentrup	99,00	99,00

M3-PRÜFUNGVIDEOS „WATCH & LEARN“

Neu im Programm sind M3-Prüfungsvideos, die Du als direkte Vorbereitung auf das mündliche M3-Examen nutzen kannst. Hier werden realistische Prüfungssituationen am Krankenbett mit verschiedensten chirurgischen Krankheitsbildern im Videoformat simuliert. Wer diese Videosequenzen durchgearbeitet hat, wird nicht mehr das Gefühl des ersten Mals bei der echten Prüfung haben. Nach Kongressbesuch und Lernen mit den M3-Prüfungsvideos kann eigentlich nichts mehr passieren.

Die Prüfungsvideos sind ganzjährig in der eAkademie abrufbar (€ 39,40 BDC-Mitglied/€ 49,00 Nicht-Mitglied).



WORKSHOPS „NUR MUT! CHIRURGIE ZUM MITMACHEN“

Angehende Chirurginnen und Chirurgen setzen sich hohe Ziele. Die Faszination des Berufs und seine Erfolge sind groß – die Chirurgie stellt aber auch hohe mentale und physische Anforderungen. Dazu gehören natürlich auch die technischen Fähigkeiten.

In unseren Nur Mut!-Workshops bieten wir Dir die Möglichkeit, die handwerkliche Seite des Berufs kennenzulernen. Teste Dein Potenzial in exzellent ausgestatteten Trainingsräumen – mit den eigenen Händen schneiden, bohren, schrauben, spiegeln, stechen, nähen. Alles ist dabei.

NUR MUT

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
25.05.24		Greifswald	Nur Mut! Chirurgie zum Mitmachen	Prof. Dr. med. Stephan Kersting	0,00	50,00
01.06.24		Berlin	Nur Mut! Chirurgie zum Mitmachen	Prof. Dr. med. Andreas Kirschniak; PD Dr. med. Benedikt Braun	0,00	50,00
15.06.24		Erlangen	Nur Mut! Chirurgie zum Mitmachen	PD Dr. med. Christian Krautz	0,00	50,00
14.09.24		Meckernich	Nur Mut! Chirurgie zum Mitmachen	Prof. Dr. med. Jonas Andermahr	0,00	50,00
18.09.24		Magdeburg	Nur Mut! Thoraxchirurgie zum Mitmachen		0,00	50,00
09.11.24		Minden	Nur Mut! Chirurgie zum Mitmachen	Prof. Dr. med. Berthold Gerdes; Dr. med. Saleem Elhabash	0,00	50,00
09.11.24		Langen	Nur Mut! Chirurgie zum Mitmachen	Prof. Dr. med. Dr. Ernst Hanisch; Dr. med. Alexander Buia	0,00	50,00
30.11.24		Dresden	Nur Mut! Chirurgie zum Mitmachen	PD Dr. med. Andreas Volk; Prof. Dr. med. Alexander Disch	0,00	50,00

BASISCHIRURGISCHE SEMINARE UND WORKSHOPS

CURRICULUM BASISCHIRURGIE

Das BDC-Programm Basischirurgie vermittelt Berufseinsteiger:innen das nötige theoretische Grundwissen und die ersten praktischen Fertigkeiten, die für eine chirurgische Tätigkeit auf Station, in der Ambulanz, der Notaufnahme und auf der Intensivstation in den ersten beiden Jahren erforderlich sind. Alle Angebote lassen sich innerhalb der ersten zwei Weiterbildungsjahre inhaltlich und organisatorisch gut miteinander kombinieren. Kernelement des Curriculums ist das

seit vielen Jahren etablierte und immer wieder aktualisierte Seminar „Basischirurgie“ als ein umfassender und begleitender Einstieg in die chirurgische Weiterbildung.

Nach Teilnahme an einem Seminar Basischirurgie und einem weiteren Workshop oder Seminar des Curriculums verleiht die BDC|Akademie das BDC-Zertifikat Basischirurgie.

BASISCHIRURGIE

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
08.03.24	09.03.24	Leipzig	Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Dr. med. Lutz Meyer	200,00	300,00
09.05.24	11.05.24	Hamburg	Basischirurgie	PD Dr. Dr. Uwe Johannes Roblick; Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith	350,00	550,00
23.05.24	25.05.24	Berlin	Praktischer Workshop: Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00	600,00
17.10.24	19.10.24	Berlin	Praktischer Workshop: Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00	600,00
24.10.24	25.10.24	online	Basischirurgie	Dr. med. Jörg Sauer; Dr. med. Katja Staade	200,00	300,00
25.11.24	29.11.24	Berlin	Basischirurgie	Dr. med. Christian Müller; Prof. Dr. med. Stephan Gretschel	400,00	600,00

SEMINARE ZUR FACHARZTVORBEREITUNG

Die Facharztseminare gehören seit vielen Jahren zum Kerngeschäft der BDC|Akademie. Die Seminare sind konzipiert, um am Ende der sechsjährigen Weiterbildung das notwendige Wissen des Weiterbildungskatalogs für die anstehende Facharztprüfung noch einmal zu rekapitulieren und damit die jungen Kolleginnen und Kollegen direkt auf die Prüfung vorzubereiten.

Die Seminare werden in enger Kooperation mit den verantwortlichen Fachgesellschaften und deren wissenschaftlichen Leitungen organisiert. Das Seminarangebot umfasst alle acht Säulen des Gebiets Chirurgie, sodass diese mehrtägigen Seminare auch für Fachärztinnen und Fachärzte anderer Disziplinen und für den Quer- und Wiedereinstieg als Refresher-Kurse bestens geeignet sind.

FACHARZTSEMINARE

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
26.02.24	29.2.24	Berlin	Facharztseminar Gefäßchirurgie	Prof. Dr. med. univ. Andreas Greiner	450,00	600,00
11.03.24	15.03.24	Berlin	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller	450,00	600,00
13.03.24	16.03.24	Leipzig und online	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Christian Kleber; PD Dr. med. Georg Osterhoff	400,00	550,00
21.03.24	23.03.24	online	Facharztseminar Plastische Chirurgie	Prof. Dr. med. Heinz-Herbert Homann; Prof. Dr. med. Ulrich Kneser	300,00	500,00
22.04.24	26.04.24	Hamburg	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großterlinden; Prof. Dr. med. Frank Timo Beil	450,00	600,00
15.05.24	17.05.24	online	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Matthias Anthuber	300,00	500,00
03.06.24	07.06.24	Erfurt	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Steffen Minner	450,00	600,00
12.06.24	14.06.24	Düsseldorf	Facharztseminar Thoraxchirurgie	PD Dr. med. Aris Koryllos	350,00	550,00
09.09.24	13.09.24	Leipzig	Facharztseminar Allgemein-chirurgie	Dr. med. Ludwig Schütz	450,00	600,00
26.– 27.09.24 online	30.09.– 01.10.24 Berlin	Berlin und online	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Julia Seifert; PD Dr. med. Stefan Schulz-Drost	300,00	500,00
11.11.24	14.11.24	Hamburg	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. h.c. Jakob R. Izbicki; PD Dr. med. Matthias Reeh	400,00	550,00
11.11.24	15.11.24	Dortmund	Facharztseminar Allgemein-chirurgie	Dr. med. Jens-Peter Stahl; Prof. Dr. med. Maximilian Schmeding	450,00	600,00
27.11.24	29.11.24	online	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Hans-Georg Palm	300,00	500,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

CURRICULUM LAPAROSKOPISCHE CHIRURGIE

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
18.01.24	19.01.24	Berlin	CAMIC 1: Grundlagen der minimal-invasiven Chirurgie	Dr. med. Panagiotis Fikatas	500,00	700,00
21.03.24	22.03.24	Berlin	CAMIC 2: Endoskopische Hernienchirurgie	Dr. med. Panagiotis Fikatas	500,00	700,00
12.09.24	13.09.24	Berlin	CAMIC 3: Laparoskopische Chirurgie des Gastrointestinaltraktes	Dr. med. Panagiotis Fikatas	500,00	700,00
21.11.24	22.11.24	Berlin	CAMIC 4: Laparoskopische kolorektale Chirurgie	Dr. med. Panagiotis Fikatas	500,00	700,00

CURRICULUM ROBOTISCHE CHIRURGIE

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
16.05.24	17.05.24	Rüdersdorf bei Berlin	Robotische Chirurgie: Modul 4 Hospitation Kolorektale Chirurgie	Dr. med. MBA Colin Markus Krüger; Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Dr. med. Oskar Rückbeil	400,00	600,00
28.08.24	30.08.24	Straßburg	Robotik-/Laparoskopie im IRCAD Modul 1	Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Prof. Dr. med. Barbara Seeliger	150,00	200,00
28.08.24	30.08.24	Straßburg	Robotik-/Laparoskopie im IRCAD Modul 2	Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Prof. Dr. med. Barbara Seeliger	500,00	620,00
28.08.24	30.08.24	Straßburg	Robotik-/Laparoskopie im IRCAD Modul 3	Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Prof. Dr. med. Barbara Seeliger	950,00	1.200,00
21.11.24	22.11.24	Köln	Robotische Chirurgie: Modul 4 – Hospitation oberer Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns; Prof. Dr. med. Hans Fuchs	400,00	600,00

CURRICULUM OSTEOSYNTHESE

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
18.04.24	19.04.24	Bremen	Osteosyntheseverfahren an der oberen Extremität	Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn	400,00	600,00
14.11.24	15.11.24	Bremen	Osteosyntheseverfahren an der unteren Extremität	Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn	400,00	600,00

CURRICULUM FUSSCHIRURGIE

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
14.06.24	15.06.24	Hamburg	Fußchirurgie II	Dr. med. Ralph Springfeld	500,00	650,00
22.03.24	23.03.24	Berlin	Fußchirurgie III	Dr. med. Angela Simon; Dr. med. Anja Helmers	500,00	650,00

VISZERALCHIRURGIE KOMPAKT

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
29.02.24	01.03.24	Köln	Viszeralchirurgie Kompakt: Onkologische Chirurgie des oberen Gastrointestinaltraktes	Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns; Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder; Prof. Dr. med. Hans Fuchs	350,00	500,00
16.04.24	17.04.24	Berlin	Viszeralchirurgie Kompakt: Kolorektale Chirurgie	Prof. Dr. med. Johann Pratschke; PD Dr. med. Robert Siegel; Prof. Dr. med. Katharina Beyer	350,00	500,00
03.05.24	04.05.24	Mannheim	Viszeralchirurgie Kompakt: Proktologie	Dr. med. Philipp Manegold; Prof. Dr. med. Dieter Bussen; Dr. med. Andreas K. Joos	350,00	500,00
04.06.24	06.06.24	Berlin	Viszeralchirurgie Kompakt: Endokrine Chirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller; Dr. med. Mechthild Hermanns	350,00	500,00
06.06.24	07.06.24	Köln	Viszeralchirurgie Kompakt: Funktionelle Chirurgie des oberen Gastrointestinaltraktes	Prof. Dr. med. Jessica Leers	300,00	500,00
07.11.24	08.11.24	Frankfurt am Main	Viszeralchirurgie Kompakt: Adipo- sitas- und Metabolische Chirurgie	Dr. med. Sylvia Weiner; Prof. Dr. med. Mirko Otto; PD Dr. med. Susanne Blank	350,00	500,00
22.11.24		online	Viszeralchirurgie Kompakt: Beckenbodenchirurgie	PD Dr. med. Annett Gauruder-Burmester	200,00	300,00
28.11.24	29.11.24	Köln	Viszeralchirurgie Kompakt: Pankreaschirurgie	Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns; PD Dr. med. Felix Popp; Prof. Dr. med. Thomas Schmidt	350,00	500,00

FORTBILDUNGEN ALLGEMEIN- UND VISZERALCHIRURGIE

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
14.06.24	15.06.24	Templin OT Groß Dölln	15. Brandenburger Viszeralchirurgi- sches Update	PD Dr. med. Rainer Kube; Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch	80,00	120,00
10.10.24	11.10.24	Tuttlingen	Spezielle Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	300,00	500,00

FORTBILDUNGEN THORAXCHIRURGIE

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
11.04.24	12.04.24	Köln	VATS OP Kurs: Anatomische Seg- mentresektion	Prof. Dr. med. Erich Stoelben	400,00	500,00
21.11.24	22.11.24	Köln	VATS OP Kurs: Anatomische Seg- mentresektion	Prof. Dr. med. Erich Stoelben	400,00	500,00

FORTBILDUNGEN ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
02.02.24	03.02.24	Dresden	1. Dresdener Handkurs: Wiederherstellung der Handfunktion	Prof. Dr. med. Adrian Dragu; Dr. med. Feras Taqatqeh	500,00	650,00
21.02.24	23.02.24	Augsburg	Spezielle Unfallchirurgie Teil I	Prof. Dr. Dr. h.c. Edgar Mayr	300,00	500,00
19.09.24	20.09.24	online	Spezielle Unfallchirurgie Teil I	Prof. Dr. med. Frank Hildebrand	300,00	500,00

FORTBILDUNGEN D-ÄRZTE/-ÄRZTINNEN

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
03.05.24		Berlin	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung	Prof. Dr. med. Julia Seifert	270,00	330,00
04.05.24		Berlin	Kindertraumatologie für D-Ärzte/-Ärztinnen	Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn	180,00	220,00
04.05.24		Berlin	Rehabilitationsmedizin/-management	Dr. med. Peter Kalbe; Dr. med. Sybille Larsen	135,00	165,00
04.05.24		Berlin	Begutachtung im Behandlungsfehlerprozess	Prof. Dr. med. Heiner Wenk	250,00	400,00
29.11.24	30.11.24	Dresden	Kindertraumatologie für D-Ärzte/-Ärztinnen	Prof. Dr. med. Guido Fitze	300,00	500,00

SOFTSKILL- UND MANAGEMENTSEMINARE

SEMINARREIHE: CHIRURGINNEN AUF DEM WEG NACH OBEN!

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
26.01.24	27.01.24	Berlin	Chirurginnen auf dem Weg nach oben: Modul 1 - Führungsstrategien für Ärztinnen	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	500,00	700,00
08.03.24	09.03.24	Berlin	Chirurginnen auf dem Weg nach oben: Modul 2 - Durchsetzungsstrategien im Klinikalltag	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	500,00	700,00
03.05.24	04.05.24	Berlin	Chirurginnen auf dem Weg nach oben: Modul 3 - Erfolgsstrategien in eigener Sache	Dr. med. Gunda Leschber; Prof. Dr. med. Katja Schlosser; Sabine Schicke	500,00	700,00
07.06.24	08.06.24	Berlin	Chirurginnen auf dem Weg nach oben: Modul 4 - Gesprächsstrategie - Souverän Klartext reden	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	500,00	700,00
08.11.24	09.11.24	Berlin	Refresherkurs: Chirurginnen auf dem Weg nach oben	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	500,00	700,00

SEMINARE FÜR NIEDERGELESSENE

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
16.03.24		online	Abrechnungsseminar EBM	Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg	50,00	80,00
16.03.24		online	Abrechnungsseminar GOÄ und BG	Dr. med. Peter Kalbe	50,00	80,00
09.11.24		online	Abrechnungsseminar GOÄ und BG	Dr. med. Peter Kalbe	50,00	80,00
09.11.24		online	Abrechnungsseminar EBM	Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg	50,00	80,00

MANAGEMENTSEMINARE

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
15.01.24		online	Hybrid-DRG bei ambulanten Operationen: aktueller Gesetzesstand und Handlungsempfehlungen	Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg Prof. Dr. med. Thomas Auhuber	50,00	70,00
15.11.24	16.11.24	Berlin	Chirurginnen und Chirurgen in leitender Position	Prof. Dr. med. Heinz-Jochen Gassel	400,00	600,00

PODCAST „SURGEON TALK“

Surgeon Talk – der BDC|Podcast geht in das dritte Jahr. Chirurgisches Fachwissen auf den Punkt, interessante Fälle aus dem chirurgischen Alltag, Diskussionen von practice-changing Publikationen, neue Ideen zur Karriereplanung oder auch mal ein Blick über den Tellerrand in der Gesundheitspolitik – in Surgeon Talk kommt alles auf den Tisch, was in der Chirurgie unter die Haut geht.



Egal ob unentschlossene:r Berufseinsteiger:in, chirurgische:r Arbeiter:in oder Held:in oder einfach Chirurg:in aus Passion – Surgeon Talk verbindet alle, mehrmals im Monat. Wir, die Moderatorinnen und Moderatoren, ein Team von Begeisterten, die in der Chirurgie schon wahrlich viel gesehen, aber noch immer nicht genug erlebt haben. Ihr, unsere Zuhörerinnen und Zuhörer, neugierig auf alles, was Chirurgie spannend macht, und mutig genug, uns Eure Meinung zu sagen.

Neu im Podcast-Programm – wir besuchen für Euch die großen Jahreskongresse der Fachgesellschaften und berichten von allen aktuellen Trends in der Chirurgie. Im Mai vom Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGK) und im November vom Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU). Für alle, die es nicht nach Leipzig und Berlin geschafft haben.



WEBINAR-REIHE „LEITLINIEN IN DER CHIRURGIE“

Der Klassiker der BDC|eAkademie geht in das achte Jahr. Auch in 2024 wird wieder jeden Monat eine Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der medizinischen Fachgesellschaft (AWMF) aus allen Gebieten der Chirurgie vorgestellt. In einem 45-minütigen Live-Vortrag referieren Expert:innen die aktuelle Leitlinie und diskutieren diese online via Chat-Funktion. Parallel hierzu erscheint in jeder Ausgabe eine Rubrik in „Die Chirurgie“ (Springer-Medizin) mit den Highlights vorab. Die Archivierung der Webinare ermöglicht die CME-zertifizierte Teilnahme zu jedem späteren Zeitpunkt. Ein kostenfreies Fortbildungsangebot für alle BDC- und DGCH-Mitglieder.



WEBINAR-REIHE „MEDIZINÖKONOMIE KOMPAKT“

Neben den medizinischen Herausforderungen sehen sich Chirurg:innen im Klinikalltag bei steigendem ökonomischem Druck im Gesundheitswesen zunehmend mit Fragen der Gesundheitswirtschaft konfrontiert. Die Webinar-Reihe „Medizinökonomie Kompakt“ soll helfen, die notwendigen Kenntnisse zu entwickeln.

Das Konzept ist modular aufgebaut und beantwortet alle Fragen rund um die Themen Dokumentation, Kodierung, Abrechnung, Controlling, Qualitäts- und OP-Management. Die Inhalte werden regelmäßig den aktuellen Entwicklungen angepasst. Das Programm wird in 12 Webinaren als jährlicher Zyklus einmal im Monat angeboten, alle Präsentationen sind auch online über die BDC|eAkademie abrufbar. Die Veranstaltungen können als Gesamtpaket oder einzeln gebucht werden.



Hygienebeauftragte(r) Arzt/Ärztin (HBA)

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



**60
CME-
Punkte!**



▶ Jetzt anmelden: 
www.bdc-eakademie.de

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-M G	PREIS NICHT-MG
23.02.24	24.02.24	online	Abschlusscolloquium zum Kurs "Hygienebeauftragte(r) Ärztin/Arzt"	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. em. Dr. med. Axel Kramer	799,- €*	950,81 €*
24.05.24	25.05.24	Berlin und online	Abschlusscolloquium zum Kurs "Hygienebeauftragte(r) Ärztin/Arzt"	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. em. Dr. med. Axel Kramer	799,- €*	950,81 €*
11.10.24	12.10.24	Berlin und online	Abschlusscolloquium zum Kurs "Hygienebeauftragte(r) Ärztin/Arzt"	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. em. Dr. med. Axel Kramer	799,- €*	950,81 €*



FORT- UND WEITERBILDUNG IM GESUNDHEITSWESEN

ENABLE. Wir sind an Ihrer Seite und bringen Sie ans Ziel, denn Befähigung bedeutet für uns, Menschen ein ganzes Berufsleben lang zu begleiten.

Indikationsbezogene Workshops und Seminare: Trainingskurse für die Laparoskopische Chirurgie |
Fachkundeführergänge | Chirurgische Nahttechniken | Managementthemen zu Human Factors Training
Neugierig? Details und nähere Informationen finden Sie im Internet: www.aesclap-akademie.de



SPONSOREN DER BDC|AKADEMIE

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC) definiert traditionell chirurgische Fort- und Weiterbildung als eine seiner Kernaufgaben. Das Angebot der BDC|Akademie hat sich in den letzten Jahren insbesondere auf dem digitalen Sektor stetig erweitert und folgt der karrierebedingten Gliederung vom Berufseinstieg des chirurgischen Nachwuchses bis hin zu den praxisorientierten Anforderungen an klinisch tätige Chirurginnen und Chirurgen im Krankenhaus und in der Niederlassung.

Dieses umfassende Programm ist ohne finanzielle und materielle Unterstützung der medizintechnischen und pharmazeutischen Industrie heutzutage gerade unter den sich ändernden Rahmenbedingungen nicht umsetzbar. Das betrifft neben dem Gesamtprogramm der Akademie auch immer wieder die gezielte Förderung einzelner zukunftsorientierter

Projekte mit innovativen und modernen Lernkonzepten. Der konstruktive und regelmäßige Dialog, der hier zwischen der BDC|Akademie und den einzelnen Industrieunternehmen intensiv gepflegt wird, ist Ausdruck dieser engen Kooperation.

Hierbei ist zu betonen, dass die Inhalte der ärztlichen Fortbildung nach wie vor unabhängig von wirtschaftlichen Interessen sind. 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 Fort- und Weiterbildung.



~~956,- €~~
399,- €

Für Ihre
jungen
Ärztinnen/
Ärzte

Das neue BDC-Starterpaket

Das günstigste Weiterbildungspaket für die Chirurgie

Das ist drin für Ihre Assistentinnen und Assistenten:

Ein Weiterbildungsseminar

Freie Wahl zwischen einem Seminar* der BDC|Akademie aus dem Curriculum „Basischirurgie“ oder einem Seminar zur „Facharztvorbereitung“ für alle Säulen der Chirurgie.

Einjährige Mitgliedschaft im Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

Mitglied werden im größten chirurgischen Netzwerk Europas! Es ist die Chance, durch das BDC-Starterpaket** alle Services und Dienstleistungen kennenzulernen und und sich von unseren Experten zum Thema Karriere, Weiterbildung und Fortbildung beraten zu lassen.

Sechsmonatiger Zugang zur Lernplattform Amboss

Vollzugriff auf alle Inhalte und Möglichkeiten auf Amboss.***

Teilnahme am DCK vom 24.04.-26.04.2024 in Leipzig

DCK bedeutet drei Tage Networking mit den Expert:innen in der Chirurgie. Der Deutsche Chirurgie-Kongress ist praktische Fortbildung und berufspolitische Diskussionsplattform in einem.

Jetzt bestellen!
per E-Mail unter:
karriere@bdc.de



* Das Seminar muss innerhalb der Mitgliedschaft gebucht werden.

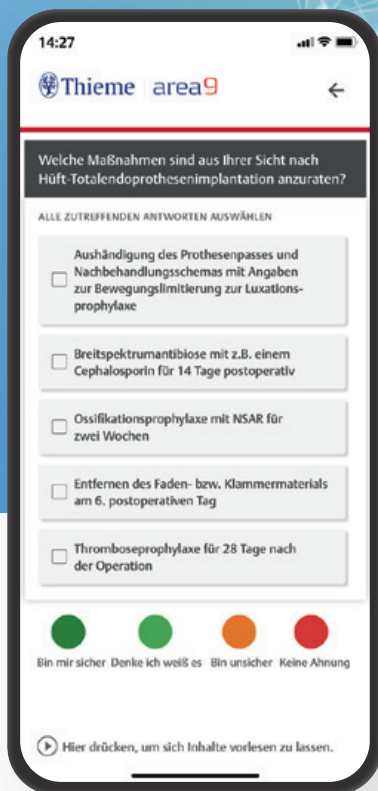
** Die BDC-Mitgliedschaft gilt ab Buchung in 2023 bis Dezember 2024.

*** Amboss: Der kostenfreie Zugang endet nach 6 Monaten und wird dann kostenpflichtig.

LERNEN WIE NIE ZUVOR.

eRef

Adaptives Weiterbildungscurriculum Orthopädie und Unfallchirurgie



KI meets Weiterbildung Orthopädie und Unfallchirurgie

Erleben Sie den Effekt, wenn sich computergestütztes Lernen, künstliche Intelligenz, und kognitive Wissenschaft mit den Inhalten des Weiterbildungscurriculums Orthopädie und Unfallchirurgie verbinden.

Mit dem adaptiven Curriculum bauen Sie schneller, gezielter und nachhaltiger orthopädisches Fachwissen auf als je zuvor. Während der Weiterbildung. Für die Facharztprüfung. Und die Zeit danach.



Jetzt kostenlos testen!
www.thieme.de/lernen-wie-nie-zuvor



IM FOKUS

Fort- und Weiterbildung





Korrespondierender Autor:
PD Dr. med. Benedikt J. Braun,
MBA

Stellv. Leiter Themen-Referat
Nachwuchs im BDC
Perspektivforum Junge Chirurgie
Klinik für Unfall- und
Wiederherstellungschirurgie
Eberhard Karls Universität Tübingen
BG Klinik Tübingen
Schnarrenbergstr. 95
72072 Tübingen
bbraun@bgu-tuebingen.de

Letzter Halt PJ – Nachwuchs für die Klinik motivieren

Carolina Girnstein, Jens Rolinger, Johanna Millner,
Andreas Kirschniak, Tina Histing, Benedikt J. Braun

ERFAHRUNGEN MIT DEM GEMEINSAMEN PJ-LEITFADEN DES BDC UND DER BVMD

Das Thema Nachwuchsmangel wird bei Kongressen, Sitzungen, Fachgesellschaften und Berufsverbänden weiterhin viel diskutiert und die Neuauflage des Berufsmonitorings bestätigt es [1, 2]: Je mehr die Studierenden Kontakt mit dem klinischen Alltag in einem chirurgischen Fach haben, desto höher ist die Gefahr, dass man sie von einer Karriere in diesem Fach abschreckt. Die Gründe dafür sind vielfältig und reichen von mangelnder Betreuung über als unnötig empfundene Aufgaben bis hin zum Kontakt mit unzufriedenen Mitarbeitenden [3]. Das Praktische Jahr (PJ) bietet im Laufe des Medizinstudiums die zunächst letzte große Chance, Studierende von der Attraktivität und Vielseitigkeit chirurgischer Fächer zu begeistern und sie damit zu überzeugen, eine chirurgische Laufbahn anzustreben. Das PJ birgt jedoch auch das relevante Risiko, angehende Ärztinnen und Ärzte durch vermeintlich negative Aspekte der Chirurgie abzuschrecken. Dabei gibt es strukturierte Möglichkeiten, das PJ gewinnbringend für alle Beteiligten zu gestalten, die über die aktuell medial sehr präsente Diskussion zum PJ-Gehalt weit hinausgehen [4, 5].

DER PJ-LEITFADEN DES BDC UND DER BVMD

Der gemeinsame PJ-Leitfaden von BDC und bvmd (Bundesvereinigung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.) intendiert dabei, eine Liste der Möglichkeiten aufzuzeigen, die der Literatur, aber auch der eigenen Erfahrung nach einen für alle Studierenden

erfolgreichen PJ-Ablauf ermöglichen und gleichzeitig darauf abzielt, die Motivation der besonders chirurgisch interessierten PJler:innen auf die erste chirurgische Stelle zu übertragen. Gegliedert ist der Leitfaden in drei Teile, die sich mit dem Ablauf der Vorbereitung, PJ-Durchführung, bis hin zur Nachbereitung befassen. Dies umfasst in der Vorbereitung Maßnahmen wie Rotationsorganisation, Einführungstage und Mentoring, in der Durchführung insbesondere Lernziele und Kernaufgaben, aber auch die strukturelle Gestaltung und Eingliederung der PJler:innen in den Arbeitsalltag, und schließlich in der Nachbereitung die Evaluation. Ein Fokus liegt dabei auch auf den zunehmend und geforderten „Anvertraubaren professionellen Tätigkeiten“ (APTs) [6]. Im Leitfaden werden die einzelnen Maßnahmen mit Praxis- und Literaturbeispielen wie auch Informationsgrafiken im Detail vorgestellt, wodurch die Umsetzung unterstützt werden soll. In einem separaten Flyer werden die wesentlichen Kernpunkte des ausführlichen Leitfadens für das Praktische Jahr noch einmal zusammengefasst (Abb. 1). Darüber hinaus wird der Flyer auch von entsprechendem Zusatzmaterial begleitet, das von einem Stationsplakat über Information zu den APTs bis hin zu Muster-evaluationen reicht und auf die eigene Situation vor Ort angepasst werden kann (Abb. 2). Wir haben an unseren Kliniken Aspekte dieses Leitfadens berücksichtigt und teilweise auch auf die Verhältnisse vor Ort angepasst und wollen mit diesem Artikel von unseren Erfahrungen damit berichten. Zusätzlich wollen wir Sie als Leser:in anregen, sich ebenfalls mit diesem wichtigen Thema auseinanderzusetzen, die Ressource des PJ-Leitfadens zu nutzen und auf Ihre Bedürfnisse zuzuschneiden.

Girnstein C, Rolinger J, Millner J, Kirschniak A, Histing T, Braun BJ: Letzter Halt PJ – Nachwuchs für die Klinik motivieren. *Passion Chirurgie*. 2023 Dezember; 13(12): Artikel 03_02.



Weitere Informationen zum PJ finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Aus-, Weiter- & Fortbildung | Praktisches Jahr.



Dr. med. Carolina Girnstein
Klinik für Unfall- und
Wiederherstellungschirurgie
Eberhard Karls Universität Tübingen
BG Klinik Tübingen



Dr. med. Jens Rolinger
Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Kliniken Maria Hilf GmbH
Mönchengladbach



Dr. med. Johanna Müller
Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie, Kliniken Maria Hilf
GmbH, Mönchengladbach

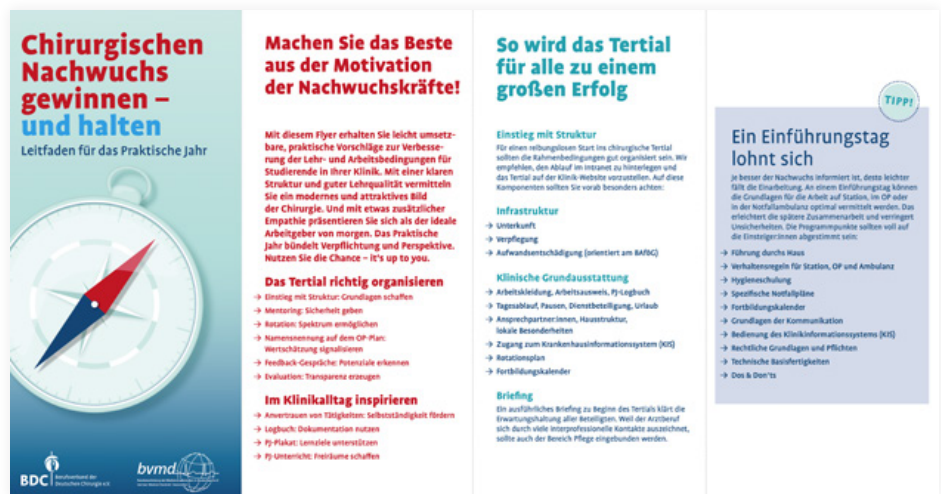


Abb. 1: Auszug aus dem PJ-Flyer des BDC

„... UND NACH DER PRÜFUNG FANGE ICH BEI EUCH AN“

In Zeiten des Personalmangels ist das natürlich der Spruch, den man zum Abschluss eines Tertials hören möchte. Motivierte und engagierte Mitarbeitende zu gewinnen, die durch ein erfolgreiches PJ-Tertial vor Ort auch noch gut eingearbeitet sind, sollte das Ziel sein. Das ist die Idealvorstellung, die wir auch mit dem Flyer aufgegriffen haben. Ziel ist hier eine umfassende Eingliederung der Studierenden in den Alltag einer Station. Einfache Selbstverständlichkeiten wie ein System- und Internetzugang, die Nennung im OP-Plan und einfacher Zugang zu Berufskleidung und Mitarbeiter-Kantine sind dabei die kleinen Startpunkte für einen erfolgreichen Ablauf. Dass es hierzu einiger lokaler Anpassungen bedarf, ist unvermeidlich. Besonders in großen Kliniken ist es für Studierende im PJ zunächst eine Herausforderung, die klinikinterne und personelle Infrastruktur zu durchschauen und zusätzlich Möglichkeiten zu finden, sich im Rahmen ihrer medizinischen Ausbildung in den Klinikalltag einzubringen. Um diese Herausforderung nicht zur Stolperfalle werden zu lassen und um die Studierenden zu motivieren, sich als wertgeschätztes Mitglied eines Teams zu verstehen, bietet es sich an, bereits von Anfang an feste Ansprechpartner:innen festzulegen.

Besonders hilfreich erleben die PJ-ler:innen die Zuteilung einer Mentor:in, die sie während

ihrer Rotation als Bezugsperson begleitet. Ein weiteres Defizit, das PJ-Studierende häufig kritisieren, ist die rechtzeitige und eindeutige namentliche Einteilung im OP-Plan. Ist hier etwa der IT-Aufwand „zu hoch“, um die PJ-Studierenden zu jedem Turnus neu in das Krankenhausinformationssystem einzupflegen, kann eine Eintragung der Studierenden im Info-Block des tagesaktuellen OP-Plans mit namentlicher Nennung Abhilfe schaffen. Mit wenig Aufwand können so die PJler:innen auf dem jeweiligen OP-Tagesplan bereits am Vortag ihre Zuteilung erkennen, sodass gemeinsam mit dem Mentoring-Team der Station eine Vorbereitung auf den Eingriff ermöglicht werden kann.

„JETZT KANN ICH MIR VORSTELLEN, EIN FREMDJAHR IN DER CHIRURGIE ZU MACHEN“

Wir können nicht alle Studierenden für unser Fach gewinnen und ein „Bekehren“ für die Chirurgie sollte nicht der Anspruch sein, gute PJ-Lehre anzubieten. Es sollte für alle Studierenden eine Ausbildung angeboten werden, die alle die Inhalte vermittelt, von denen man auch in anderen Fächern profitieren kann. Dazu zählen neben den manuellen Aspekten, wie Hautnaht oder Infiltrationen, auch die chirurgische Arbeits- und Herangehensweise, wie sogar in einer Umfrageanalyse unter Kolleg:innen in anderen Facharztweiterbildungen

PJ-Studierende gezielt unterstützen In 5 Schritten zu mehr Qualität und Teamwork!

Lehren und Lernen im PJ Chirurgie:

Die folgenden sieben Tätigkeitsbereiche bilden das ärztliche Handlungsfeld in der Chirurgie im Wesentlichen ab. Diese Bereiche wurden auf Basis des Hands-On Lehrkonzepts der Anvertraubaren Professionellen Tätigkeiten (APT) entwickelt. Ärztliches Handeln und die Übernahme von Verantwortung in diesen Handlungsfeldern werden von Ärzt:innen in Weiterbildung ab dem ersten Tag erwartet. Daher sollten diese bereits im PJ anvertraut werden. Daraus ergibt sich eine **Win-Win-Situation** – die Studierenden lernen relevante Tätigkeiten aus dem ärztlichen Alltag, die Ärzt:innen erhalten Unterstützung in der Versorgung, die Patient:innen erhalten eine qualitäts-gesicherte Betreuung heute und in Zukunft.

Zu erlernende Tätigkeitsfelder:

1. Stationäre Aufnahme von Patient:innen mit akuten Beschwerden
2. Stationäre Aufnahme und Vorbereitung von Patient:innen für einen elektiven Eingriff
3. Stationäre Betreuung von postoperativen Patient:innen
4. Mitwirken bei der operativen Behandlung
5. Erstellung und Umsetzung eines sicheren Entlassungsplans
6. Konsultation bei Patient:innen mit akuten Beschwerden
7. Versorgung von Patient:innen mit einer Wunde

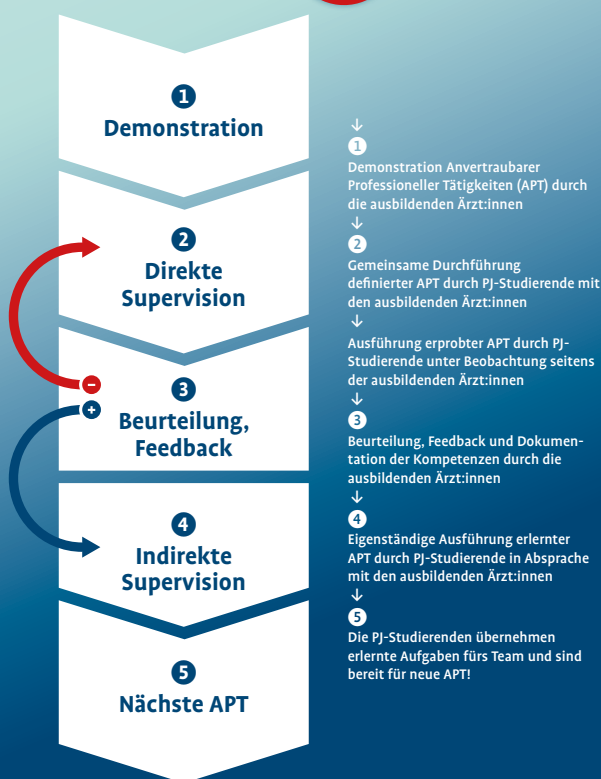
Leitfaden für PJ-Betreuer mit vielen Orga-, Betreuungs- und Leihtrips:



Leitfaden für APT in der Chirurgie vom Medizinischen Fakultätentag (Dachverband aller Fakultäten). Hier sind Beispieltätigkeiten für die Anwendung der APT in der Chirurgie aufgeführt:



**JETZT
bessere
PJ-Lehre!**



- 1 Demonstration Anvertraubarer Professioneller Tätigkeiten (APT) durch die ausbildenden Ärzt:innen
- 2 Gemeinsame Durchführung definierter APT durch PJ-Studierende mit den ausbildenden Ärzt:innen
- 3 Ausführung erprobter APT durch PJ-Studierende unter Beobachtung seitens der ausbildenden Ärzt:innen
- 3 Beurteilung, Feedback und Dokumentation der Kompetenzen durch die ausbildenden Ärzt:innen
- 4 Eigenständige Ausführung erlernter APT durch PJ-Studierende in Absprache mit den ausbildenden Ärzt:innen
- 5 Die PJ-Studierenden übernehmen erlernte Aufgaben fürs Team und sind bereit für neue APT!



Prof. Dr. med. Andreas Kirschniak
Leiter Themen-Referat
„Nachwuchsförderung“ im BDC
Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Kliniken Maria Hilf GmbH
Mönchengladbach



Prof. Dr. med. Tina Histing
Ärztliche Direktorin und Direktorin
Klinik für Unfall- und
Wiederherstellungschirurgie
Eberhard Karls Universität Tübingen
BG Klinik Tübingen

Abb. 2: Stationsplakat zu den Anvertraubaren Professionellen Tätigkeiten (APT), zum Download: www.bdc.de/chirurgin-werden/pj-leitfaden/

eindrucksvoll gezeigt werden konnten [7]. Entsprechende Aspekte sind auch im PJ-Leitfaden berücksichtigt. Insbesondere das Mentoring-System schafft hier eine gute Betreuung der Studierenden, die es erlaubt, Behandlungsverläufe genauso wie Arbeitsweisen direkt und realistisch zu erfahren. Dabei lässt es sich im klinischen Alltag nicht immer umsetzen, den oder die Mentor:in als Einzelperson zu realisieren (Urlaub, Dienste, Dienstreisen, Freizeit-ausgleich), aber zumindest im Stationssystem

gemeinsam mit den Assistent:innen und Ober-ärzt:innen eines umschriebenen Bereichs kann man fest zugeteilte PJ-Studierende mit wenigen Personen intensiv betreuen. In diesem Rahmen können so auch zunehmend eigenverantwortliche Tätigkeiten übernommen werden, die neben der Betreuung „eigener“ Patient:innen auf der Station auch die Aufnahme, gemeinsame Versorgung im OP und Nachversorgung umfassen kann. Dies lässt sich bis hin zum Äquivalent einer

interdisziplinären Ausbildungsstation auch im kleineren Rahmen steigern. In der Absprache mit dem Mentor:innen-Team kann man dann auch, gerade für die Pjler:innen, die eine andere Facharztweiterbildung anstreben, präferentiell Tätigkeiten suchen, die eine gewisse Vorbereitung auf die später angestrebte Weiterbildung zulassen. Das Spektrum der Chirurgie mit Einsätzen auf der Station, in der Präklinik, aber auch in der zentralen Notaufnahme, oder Funktionsbereichen, wie der Sonographie, ist hier glücklicherweise sehr breit. Zu einem chirurgischen Tertial gehört natürlich immer auch die Einteilung im OP, auch wenn es später keine schneidende Karriere wird, aber auch hier kann man mit Fokus auf Organsysteme oder Anatomie und Zugänge noch für viele Studierende ein interessantes Schnittfeld zwischen den Fachbereichen finden. Ein schöner Spruch ist dabei das oben genannte, sinnvolle Zitat eines Pjlers unserer Station. Für ihn war klar, dass er im europäischen Ausland einen spezifischen Facharzt für Notfallmedizin anstrebt. Sein Einsatz war daher im Wesentlichen in der Zentralen Notaufnahme, aber auch auf der Station und im OP. Hier konnte er sich besonders für die allgemeine Arbeitsweise, aber auch die chirurgische Anatomie der Zugänge begeistern. Wie er uns im Abschlussgespräch seines Tertials mitgeteilt hat, war die Arbeit im Team auf der Station und auch im OP für ihn so motivierend, dass er sich ein vorher kategorisch ausgeschlossenes Fremdjahr in der Chirurgie nun als erstrebenswerte Option vorstellt. Ein motivierender Stimulus für das gesamte Team!

„ICH MUSSTE DAUERND IM OP AUSHELFEN“

Nichts lässt sich immer in maximaler Konsequenz umsetzen. Krankheitsfälle und andere Unwägbarkeiten können auch die beste Planung schnell durcheinanderbringen. Da sind Pjler:innen schnelle Lückenbüsser, um noch kurz „bei einer Hüfte das Bein zu halten“. Es lässt sich auch im besten PJ-Tertial nicht immer vermeiden, dass auch notwendige Blutentnahmen anfallen. Das Verständnis für diese Pflichtaufgaben steigt aber mit der Qualität und dem Inhalt des weiteren Tertials. Das wird in den vielen Gesprächen mit den Studierenden schnell deutlich.

Hierbei spielt besonders der Team-Faktor eine entscheidende Rolle: Werden die PJ-Studierenden im klinischen Alltag als vollständiges Mitglied im interdisziplinären Team integriert und folgt den womöglich lästigeren Aufgaben ein von Wertschätzung geprägtes Lehren und Lernen, so sind viele angehende Kolleg:innen gerne bereit, auch bei unliebsamen Tätigkeiten zu unterstützen. Wenn nichts mehr hilft und Abteilung und Pjler:in vollkommen inkompatibel sind, sollte man auch einen Wechsel auf eine andere Station oder in eine andere chirurgische Fachabteilung ermöglichen. Das ist auch im ausführlichen Leitfaden von den Studierenden in dieser Form festgehalten worden. Glücklicherweise sind dazu bei den Autor:innen des Artikels aber keine eigenen Erfahrungen vorhanden.

FAZIT

Es zeigt sich, dass alleine der Fokus hin zu einer guten PJ-Betreuung ein wesentliches Moment ist, die Studierenden für eine chirurgische Laufbahn zu begeistern oder zumindest ein versöhnliches Bild von einer solchen zu vermitteln, auch wenn die angestrebte Weiterbildung ein anderes Ziel hat. Gleichzeitig ist auch sichtbar, wie schnell der eigene Alltag, trotz guter Vorsätze, den PJ-Ablauf beeinträchtigen kann. Hier noch ein paar Blutentnahmen extra, dort mal für eine OP einspringen, bei der man nichts sieht, nicht wirklich helfen kann und dann auch noch niemand etwas erklärt, sind doch allen bekannte Umstände. Diese lassen sich auch im bestgeführten Alltag sicher nicht vollständig vermeiden. Sowohl die eigenen Erfahrungen als auch die vorhandene Literatur zeigen aber, dass es Maßnahmen gibt, die damit verbundene Unzufriedenheit zu minimieren. Das erhöht die Attraktivität des Fachs und der jeweiligen Abteilung. Mit dem PJ-Leitfaden haben wir einige der wesentlichen Maßnahmen gemeinsam mit der Bundesvereinigung der Medizinstudierenden Deutschland zusammengefasst und mit Zusatzmaterialien (Stationsposter, Evaluationsbogen) aufbereitet.

Auf der BDC-Website unter www.bdc.de/pj-leitfaden möchten wir Sie gerne einladen, dieses Material kostenfrei herunterzuladen und an Ihre lokalen Verhältnisse anzupassen. Die fortwährende Auseinandersetzung mit diesem

Thema ist in der heutigen Zeit unabdingbar und kann ein ganz wesentlicher Attraktivitätsfaktor für den eigenen Standort sein. Wir hoffen, mit unseren Erfahrungen und dem Leitfaden einen motivierenden Impetus dafür geben zu können. Sprechen Sie uns auch im Nachgang der Lektüre gerne an, treten Sie mit uns in Kontakt. Der BDC und das Nachwuchsressort des BDCs unterstützen Sie gerne!

LITERATUR

- [1] Website der Präsentation des aktuellen Berufsmonitorings vom 11.10.2022: https://www.kbv.de/media/sp/ergebnisse_medizinstudentenbefragung_kbv_2022.pdf
- [2] Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018; online verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudierende_2018.pdf
- [3] Giantini Larsen, AM, Pories, S, Parangi, S, Robertson, FC. Barriers to pursuing a career in surgery: an institutional survey of Harvard Medical School students. *Annals of Surgery*, 2021, 273(6), 1120-1126.
- [4] Braun BJ, Schmidt J, Chabiera PJ, Fritz T, Lutz B, Drossard S, Mees ST, Brunner SN, Luketina R, Blank B, Kokemohr P, Röth A, Rüggeberg JA, Meyer HJ: Strukturierte Grundvoraussetzungen für das Praktische Jahr. *Passion Chirurgie*. 2019 Oktober, 9(10): Artikel 03_03.
- [5] Pankert J, Psathakis N, Schmidt J, Steinbeck J: Heute PJ – Morgen Chirurgie?! *Passion Chirurgie*. 2022 September; 12(09): Artikel 04_02.
- [6] Medizinischer Fakultätentag; Leitfaden Anvertraubare Professionelle Tätigkeiten; online verfügbar unter: <https://medizinische-fakultaeten.de/wp-content/uploads/2019/07/Leitfaden-APTChirurgieMFT.pdf>
- [7] Zundel S, Meder A, Zipfel S, Herrmann-Werner A. The surgical experience of current non-surgeons gained at medical school: a survey analysis with implications for teaching today's students. *BMC medical education*. 2015 Dec;15(1):1-7. ○



Fragen zum Medizinstudium

Olivia Päßler



Olivia Päßler Was fasziniert Sie am Medizinstudium?

Tillman Krones Das vielfältige und detaillierte Wissen über den menschlichen Körper, und damit ja dann auch über den eigenen, hat mich schon immer fasziniert. Und auch das Allumfassende, denn früher oder später kommt ja eigentlich jeder Mensch mal mit der Medizin in Kontakt. Außerdem werden Mediziner immer gebraucht und auch das entsprechende Ansehen hat durchaus eine Rolle bei der Wahl meines Studiums gespielt.

OP Was hilft Ihnen, den Uni-Alltag zu meistern – auch privat?

TK Ehrlich gesagt, ist es so simpel wie effektiv: Man braucht Aktivitäten, mit denen man den Kopf frei kriegt. Das kann für mich das Hockeytraining, ein gutes Buch oder ein Abend in der Stadt mit Freunden sein – was genau, ist eigentlich egal. Hauptsache, man hat auch mal Gedanken für andere Dinge. Danach finde ich es dann auch wieder einfacher, sich auf die bevorstehenden Aufgaben zu konzentrieren. Gerade wenn nach einem langen Lerntag einfach mal die Luft raus war.

» ZUR PERSON



Tillman L. Krones

10. Semester an der Goethe Universität Frankfurt
tillman.krones@marienhospital.de



Olivia Päßler

Presse- & Öffentlichkeitsarbeit
Berufsverband der Deutschen
Chirurgie e.V. (BDC)
paessler@bdc.de

Päßler O: Fragen zum Medizinstudium.
Passion Chirurgie. 2023 Dezember; 13(12):
Artikel_03_03.



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

OP Welche Personen helfen Ihnen bei der Bewältigung von Herausforderungen?

TK Für mich sind das ganz klar meine engen Freunde und natürlich meine Familie. Ihnen kann ich immer erzählen, was mich gerade bewegt oder wovor ich großen Respekt habe. Jeder hat dann seinen individuellen Rat und man kann sich selbst rauspicken, was für einen passt. Und wenn vielleicht mal ein bisschen die Motivation fehlt, kann man sich liebevoll ermahnen lassen. Meistens hilft es mir aber einfach schon, mit jemandem drüber zu sprechen.

OP Welche Tricks gibt es, Durststrecken zu überwinden?

TK Durststrecken sind ja keine Seltenheit im Medizinstudium. Das Gute ist aber, dass man sich genau deswegen meistens nicht alleine in der Situation befindet und die mitleidenden Kommilitonen können die Last mindern. Ansonsten können auch die gerade schon angesprochenen Gesprächspartner über Durststrecken hinweghelfen. Und das eigene Ziel vor Augen zu haben und sich zu erinnern, wofür man das Ganze überhaupt nochmal macht, kann auch ganz gut helfen. Auf jeden Fall gehört für mich

aber auch einfach ein gewisser Grad an Disziplin zu diesem Studium und dem Beruf.

OP Welche Strukturen und Bedingungen an den Unis braucht es, damit das Medizinstudium zu schaffen ist, etwas bringt und Spaß macht?

TK Wichtig finde ich eine organisierte Lehre und engagierte Dozent:innen, die leidenschaftlich dabei sind. Man muss die Balance zwischen empathischer Atmosphäre und anspruchsvoller Wissensvermittlung finden und die Studierenden aktiv einbinden. Und vor allem darf es auf keinen Fall an Praxis fehlen. Die steigert den Spaß und sorgt für einen nachhaltigen Wissenszuwachs. Leider kommt das jedoch in manchen Bereichen des Studiums für mich aktuell noch etwas zu kurz.

OP Was sind Ihre persönlichen Erwartungen an das kommende PJ?

TK Ich hoffe, möglichst viel praktische Erfahrung sammeln zu können und möglichst viele verschiedene Patientenfälle mitzuerleben. Die praktische Vorbereitung auf den Berufsalltag ist essenziell. Deswegen finde ich es am besten, wenn man

mit seinen Aufgaben wächst und seine Selbstständigkeit steigert, noch bevor es mit dem Beruf richtig los geht. So hat man am meisten Spaß, lernt am meisten und kann tatsächlich eine Bereicherung und Entlastung für die Abteilung sein. Der Schlüssel dafür könnte ein Miteinander zwischen Ärzten und PJlern sein, anstatt einem Nebeneinander.

OP Was sind Ihre Vorstellungen von dem Beruf als Chirurg? Welche Erwartungen haben Sie daran?

TK Vor allem brenne ich für das Operieren. Der Wechsel zwischen händischem Arbeiten direkt am Patienten und verwaltenden Tätigkeiten macht die Chirurgie gegenüber anderen Fachrichtungen so attraktiv. Und auch diesen

unmittelbaren Einfluss nach dem Prinzip: Problem – Lösung finde ich wirklich reizvoll. Das Ergebnis der eigenen Arbeit können die Operateure und Operateurinnen ja oft nach wenigen Tagen schon sehen. Und auch anspruchsvolle medizinische Fälle mitzuerleben und zu lernen wie man sie löst, gehört zu meinen Hoffnungen. Dazu gehört natürlich auch die Verpflichtung, immer up-to-date zu bleiben und sich weiterzubilden. Dass der Wissens- und Erfahrungsschatz dadurch dann immer größer wird, finde ich toll.

OP Ihr persönlicher Tipp für einen guten Einstieg ins PJ?

TK Vorher schon in der Klinik tätig sein! Ich selbst arbeite als studentischer OP-Assistent in der Allgemein- und

Viszeralchirurgie. Zu meinen Aufgaben gehören die Begleitung der Visite, die Teilnahme an Besprechungen, Blutentnahmen und eben die Assistenz im OP. Und auch Nachtdienste in der Notaufnahme sind mit dabei. Je nach der eigenen Erfahrung kann man dort dann auch Patienten selbstständig behandeln, im OP den Wundverschluss per Naht übernehmen, Drainagen ziehen, Verbände wechseln, Patienten schallen und so weiter. Und logisch: Je länger man dabei ist, desto mehr Aufgaben beherrscht man. Wenn man sich schon vorher mit dem Klinikalltag auskennt, erleichtert das sicherlich enorm den Einstieg ins PJ und auch den Beruf später. Und man kann direkt mit einem erweiterten Aufgabengebiet loslegen, was einfach mehr Spaß macht. ○

DER BDC Hilft



BEIM START IN DIE CHIRURGISCHE KARRIERE UND DARÜBER HINAUS

Die vom BDC initiierte Informationskampagne www.chirurg-werden.de bietet Medizinstudierenden und PJlern alles Wissenswerte rund um den Beruf als Chirurgin und Chirurg, etwa zu den Voraussetzungen, der Bewerbung, zur Spezialisierung und den Karriereaussichten. Dazu gibt die Webseite Informationen zu praktischen Hands-on-Veranstaltungen, die der BDC in Kooperation mit Kliniken in Deutschland organisiert. Ein kostenfreies Infopaket rund um den faszinierenden Beruf können sich Interessierte hier jederzeit anfordern.

Auf der BDC-Website stehen zusätzlich hilfreiche Informationen rund um das PJ – sowohl für Studierende als auch für Auszubildende zum Download zur Verfügung. Damit das PJ für alle ein Erfolg wird: www.bdc.de/chirurgen-werden

WEITER

**BUNDESKONGRESS
CHIRURGIE 2024**
BNC · BAO SEKTORENUNABHÄNGIG
FACHÜBERGREIFEND
CHIRURGEN · ANÄSTHESISTEN · OPERATEURE
GEMEINSAM STARK

23. – 24. Februar 2024, Nürnberg Convention Center

BILDUNG

Ost-Eingang



CME-Artikel: Der Thoraxmagen

Bernd Geißler, Matthias Anthuber



Erweitern Sie Ihre CME-Punkte, indem Sie nach dem Lesen des Artikels die Fragen dazu auf der BDC|eAkademie beantworten!

Der Artikel „Der Thoraxmagen“ ist für BDC-Mitglieder drei Monate kostenlos in ihr Konto gebucht! Loggen Sie sich auf www.bdc-eakademie.de ein: Einfach starten!

**Korrespondierender Autor:****Dr. med. Bernd Geißler**

Leitender Oberarzt
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Augsburg
Stenglinstraße 2, 86156 Augsburg
bernd.geissler@uk-augsburg.de

**Prof. Dr. med. Matthias Anthuber**

Vorsitzender des Landesverbands
BDC|Bayern
Direktor der Klinik für Allgemein-,
Viszeral- und Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Augsburg
matthias.anthuber@uk-augsburg.de

Geissler B, Anthuber M: CME-Artikel:
Der Thoraxmagen. Passion Chirurgie.
2023 Dezember; 13(12): Artikel 03_04.



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

ÜBERBLICK ÜBER DIAGNOSTIK, OPERATIONSINDIKATION UND OP-TECHNIK ANHAND EIGENER ERFAHRUNGEN BEI 690 OPERATIONEN

Ein Thoraxmagen tritt selten auf. Daher wird die Diagnose oft erst spät gestellt und eine entsprechende Therapie eingeleitet. Am Universitätsklinikum Augsburg wurden in den letzten 20 Jahren (von 2003 bis 9/2023) insgesamt 690 Patienten mit Thorax- bzw. Upside-down-Magen operiert. Basierend auf der aktuellen Literatur sowie eigenen Erfahrungen und Publikationen [1–3] ist dies ein Überblick zu Diagnostik, Operationsindikation und OP-Technik.

Aufgrund klinischer und therapeutischer Konsequenzen werden axiale von paraösophagealen Hiatushernien unterschieden. Erstere sind bei nahezu jedem zweiten Menschen über dem fünfzigsten Lebensjahr nachweisbar und manifestieren sich wegen eines unzureichenden Verschlusses des unteren Ösophagusphinkters häufig mit einer Refluxkrankheit. Demgegenüber ist der Anteil paraösophagealer Hernien mit einem Anteil von fünf Prozent der Hiatushernien weitaus geringer. Maximalformen paraösophagealer Hernien sind der Upside-down-Magen, bei dem sich die mobile Major-Seite des Magens um die Kardia als Fixpunkt dreht (**Abb. 1**) sowie der Thoraxmagen, bei dem Magen und Kardia nach mediastinal hernieren (**Abb. 2**) [2–4].

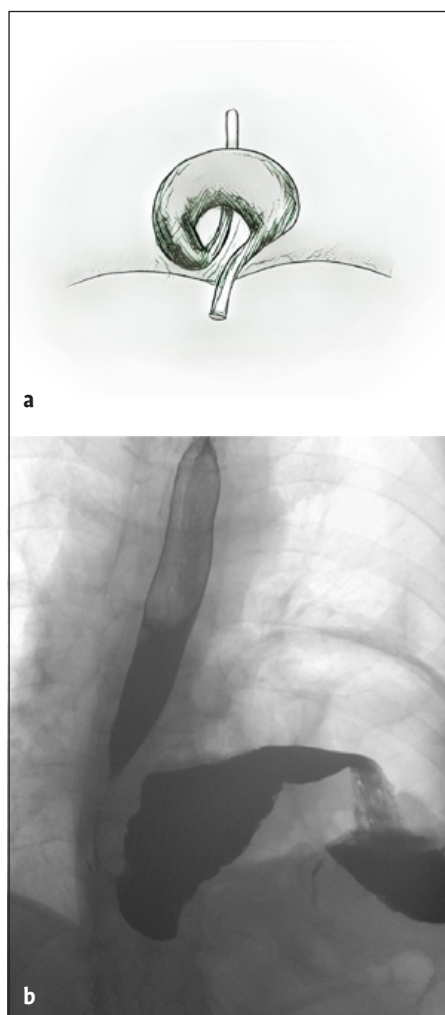


Abb. 1 a, b: Beim Upside-down-Magen ist der Magen, nicht aber die Kardia herniert. a.) schematische Darstellung und b.) Durchleuchtungsbild

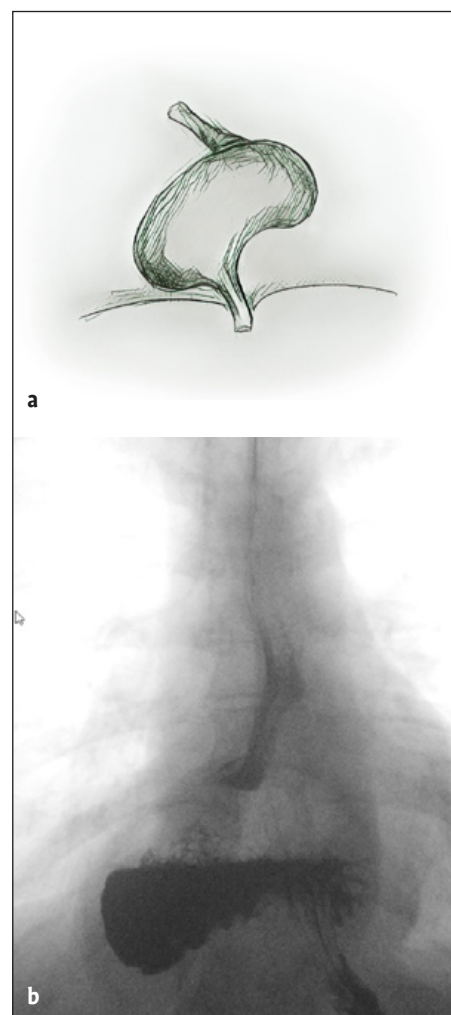


Abb. 2 a, b: Beim Thoraxmagen sind Magen und Kardia herniert. a.) schematische Darstellung und b.) Durchleuchtungsbild



Abb. 3 a, b: Computertomografisches Bild eines Thoraxmagens mit Verdrängung des Kardiomediatinums und Pelottierung des linken Vorhofs, klinisch mit Dyspnoe; a.) Transversalebene, b.) Frontalebene

Den Hiatushernien liegt pathogenetisch eine Bindegewebsschwäche des ligamentären Bandapparats des gastroösophagealen Übergangs zugrunde, wodurch sich der Hiatus im Laufe der Zeit erweitert. Das physiologische abdominothorakale Druckgefälle begünstigt eine Verlagerung des Magens in den Thorax und wird durch Faktoren wie Adipositas, Schwangerschaft und Alter verstärkt. Dabei kann ein Thoraxmagen mit einem „short esophagus“ assoziiert sein, was operationstechnisch relevant ist.

Die klinische Symptomatik reicht von retrosternalem Druckgefühl, Herzrhythmusstörungen, postprandialem Völlegefühl, Kurzatmigkeit und Anämie bis hin zu einer lebensbedrohlichen Inkarzeration [5].

Ältere Patienten schreiben die Symptome oft dem physiologischen Alterungsprozess zu. Die Beschwerden verstärken sich postprandial durch die intrathorakale Verdrängung der Lunge und eine Kompression des linken Herzvorhofs durch den gefüllten Magen, ähnlich dem Roemheld-Syndrom (**Abb. 3**). Es kommt zu einer gesteigerten Herz-Vorlast, was sich auch in erhöhten BNP-Werte widerspiegeln

kann [6]. Ein anfangs bestehender Reflux weicht mit zunehmendem Hernierungsgrad durch Abknicken des Magens einer Magenentleerungsstörung. Erste Symptome sind bei über 30 % der Patienten eine Eisenmangelanämie, manchmal einhergehend mit einer Synkope. Ursache hierfür können okkulte gastrointestinale Blutungen aus Cameron lesions darstellen [7], aber auch Störungen der Hämatopoese durch eine verminderte Resorption von Eisen und Vitamin B12 könnten eine Rolle spielen. Komplikationsstadien mit akuter Inkarzeration und Magenvolvulus sind selten, dann jedoch vital bedrohlich. Bei 50 unserer Patienten herniierten zusätzlich zum Magen noch Dünndarm, Dickdarm oder andere Organe, was als Enterothorax bezeichnet wird.

DIAGNOSTIK

Eine Bildgebung mit Magen-Durchleuchtung oder CT ist für die Operationsplanung hilfreich.

Die Diagnose kann oft schon anhand der typischen Symptome vermutet werden oder ergibt sich zufällig im Rahmen einer

Bildgebung. Pathognomonisch ist in der Röntgenübersichtaufnahme eine retrokardiale Luftsichel mit einem Flüssigkeitsspiegel in der Magenblase. Mit einer Magendurchleuchtung (**Abb. 1+2**) oder einer Computertomografie (**Abb. 3**) kann die Diagnose gesichert werden. Während Erstere zudem Aussagen zu Magenein- und Magenabstrom des Kontrastmittels macht, klärt eine Computertomografie die Lagebeziehung von Ösophagus, Kardia, Magen und ggf. weiteren herniierten Organen. Eine Magenspiegelung ist obligat, um einen Tumor auszuschließen. Funktionsuntersuchungen wie pH-Metrie und Manometrie haben allenfalls bei kombinierten Hernien mit Refluxbeschwerden einen Stellenwert [4].

Da bei Patienten mit Thoraxmagens die Lebensqualität klinisch relevant reduziert ist, sollte diese routinemäßig im Verlauf kontrolliert werden.

Mit dem Gastrointestinalen Lebensqualitätsindex nach Eypasch kann die subjektive Lebensqualität quantifiziert und sowohl prä- als auch postoperativ mittels eines standardisierten Fragebogens erfasst werden [8].

Bei 36 Fragen sind maximal 144 Punkte möglich, wobei die Normalbevölkerung einen Durchschnittswert von 125,8 erreicht [8]. Patienten mit Thoraxmagen weisen in unserem Patientengut erniedrigte Werte zwischen 80 und 100 auf [1, 3].

INDIKATION

Auch ältere Patienten profitieren von der Operation des Thoraxmagens – gerade im Hinblick auf Dyspnoe [9] und Anämie [10].

Patienten mit Thoraxmagen sind in der Regel in einem fortgeschrittenen Lebensalter. Von unseren 690 Patienten waren 70 % Frauen und 30 % Männer, das Durchschnittsalter betrug $67,7 \pm 12,9$ Jahre. Dennoch ist selbst bei über 80-jährigen Patienten die Operation mit der Diagnosestellung indiziert, wenn keine Multimorbidität vorliegt. Außer einer Verlängerung der Liegezeit um 1,6 Tage konnten wir beim Outcome keinen Unterschied zwischen Patienten über und unter dem achtzigsten Lebensjahr feststellen [1]. Auch beschwerdearmen Patienten sollte die Operation empfohlen werden, da etwa ein Drittel der Patienten mit Thoraxmagen ein kompliziertes Stadium mit Anämie oder Passagestörungen bis hin zur Inkarzeration

entwickeln können. Stark adipösen Patienten (BMI ≥ 40) ist ein primär bariatrischer Eingriff (Hiatoplastik plus Roux-en-y-Magenbypass) anzuraten, da bei diesen die alleinige Versorgung der Hiatushernie häufig zu einem Rezidiv führt und dann einen späteren bariatrischen Eingriff erschwert.

OPERATION

Über 90 % der Operationen können minimal-invasiv in laparoskopischer oder robotischer Technik vorgenommen werden.

Analog zur allgemeinen Hernienchirurgie besteht das Operationsziel in einer dauerhaften Reposition des Thoraxmagens durch eine sichere Einengung der Bruchlücke am Hiatus. Abdominelle Zugangswege haben sich gegenüber thorakalen durchgesetzt, da sie eine bessere Reposition, Hiatoplastik und intraabdominelle Magenfixation gestatten und mit einer deutlich geringeren Morbidität und Letalität einhergehen.

Unkomplizierte paraösophageale Hernien können elektiv laparoskopisch in Beach-chair-Lagerung oder robotisch in Rückenlage operiert werden. Beim laparoskopischen Zugang steht der Operateur zwischen den

Beinen des Patienten, wodurch sich ein optimaler Arbeitswinkel zum Hiatus ösophagei ergibt. Fünf Trokare mit einem Durchmesser von 5 bis 12 mm werden im Oberbauch platziert (Abb. 4a). Durch Anheben des linken Leberlappens mit einem Retraktor wird der Hiatus exponiert. Die robotische Chirurgie gewinnt zunehmend an Bedeutung. Vorteile sind insbesondere ein optimales ruhiges 3D/HD-Bild in zehnfacher Vergrößerung, intuitive Bewegungen mit hohem Freiheitsgrad insbesondere beim Nähen, eine präzise Präparation und autarkes Operieren [11]. Als Zugangswege dienen vier 8-mm-Trokare auf einer Linie in bzw. unter der Nabelhöhe (Abb. 4b). Operationen, die voraussichtlich eine Resektion des gastroösophagealen Übergangs oder Magens erforderlich machen, erfolgen am besten über eine quere Oberbauchlaparotomie in Rückenlage.

Die Operation beinhaltet folgende fünf operative Knotenpunkte:

- Reposition des Bruchinhalts
- Präparation und Resektion des Bruchsacks
- Mobilisieren des Ösophagus ggf. mit Verlängerungsplastik
- Hiatoplastik
- Fixation des Magens

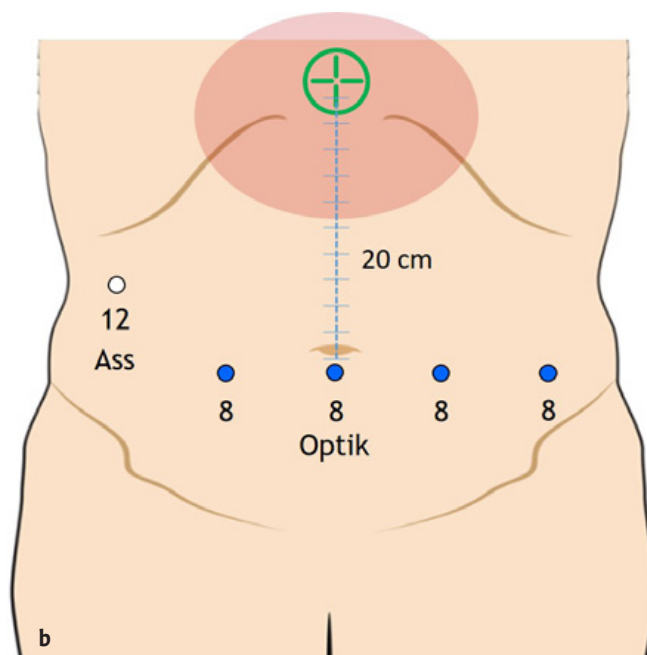
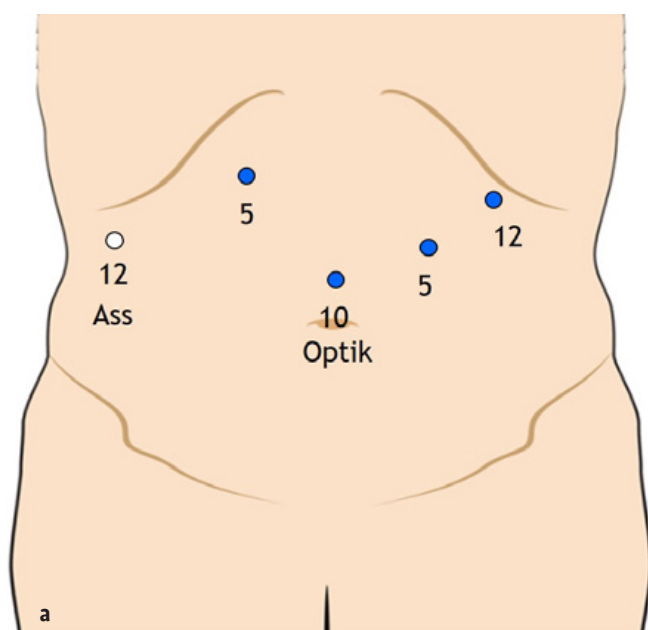


Abb. 4 a, b: Trokarpositionen bei der a.) laparoskopischen und b.) robotischen Operation

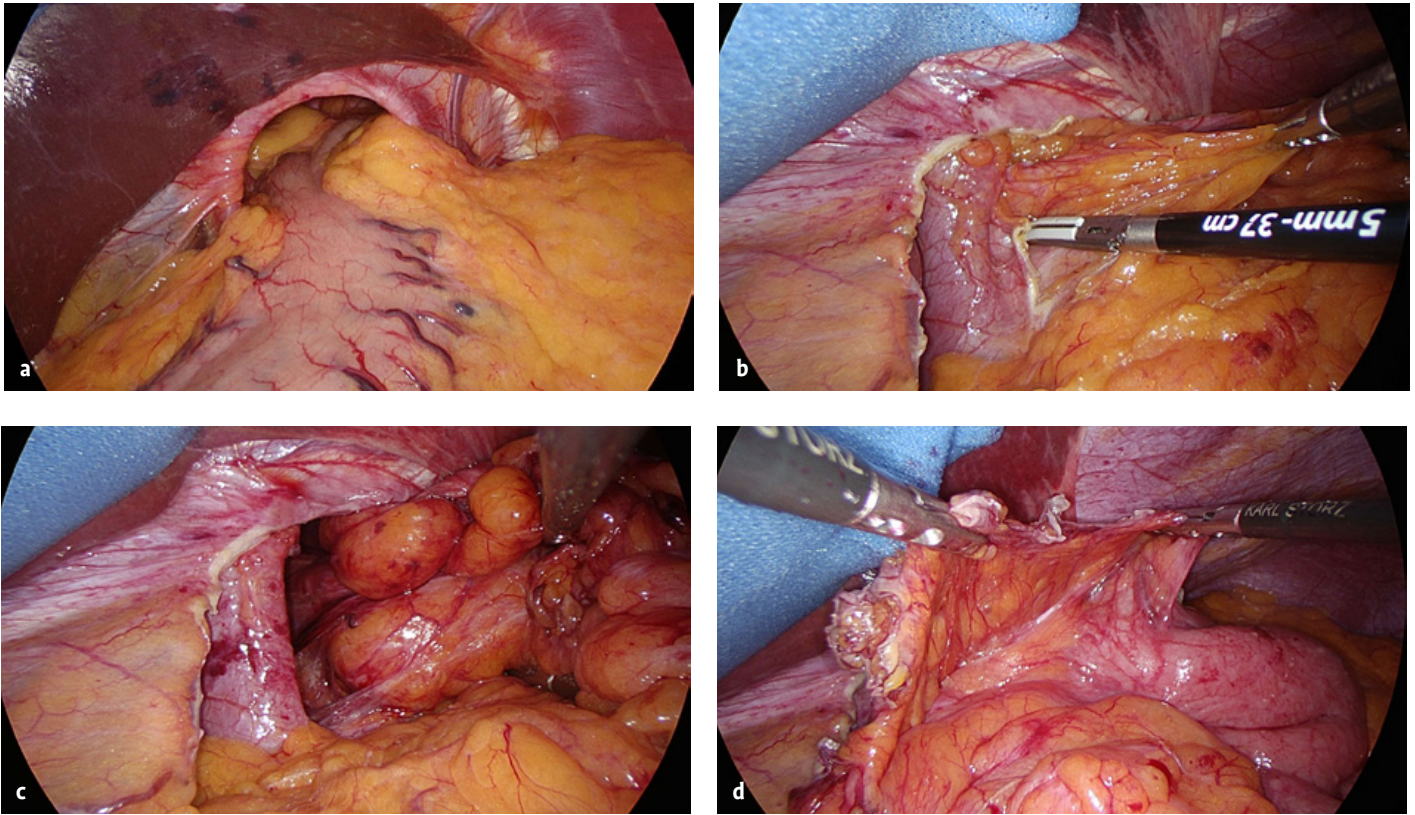


Abb. 5 a–d: Intraoperative Bilder: a.) große Hiatushernie, Magen bereits großteils reponiert, b.) Einstieg zur Bruchsackresektion am rechten Zwerchfellschenkel, c.) Resektion von Lipomen, d.) herauspräparierter Bruchsack

Die Reposition des Bruchinhalts gelingt meist unproblematisch, da selbst bei großen Hernien (**Abb. 5a**) und ausgedehnter Hernierung – bis hin zum Enterothorax – Bruchsack und Bruchinhalt beim Ersteingriff nicht miteinander verklebt sind. Ein guter Einstieg in die avaskuläre Präparationsschicht findet sich am rechten Zwerchfellschenkel nach Durchtrennung des Peritoneums (**Abb. 5b**). Das Absetzen kranialer Vasa gastricae breves ermöglicht einen einfachen Zugang zum linken Zwerchfellschenkel. Bei der Präparation und Gefäßversiegelung haben sich Dissektionsgeräte auf bipolarer Strombasis oder Ultraschall-Scheren bewährt, die auch robotisch zur Verfügung stehen. Im Anschluss an die Präparation des Bruchsacks müssen retroösophageale Lipome (**Abb. 5c**) und der Bruchsack selbst (**Abb. 5d**) reseziert werden, da ein Belassen als Schrittmacher für ein Rezidiv fungieren kann [5].

Ein verkürzter Ösophagus stellt den wichtigsten Risikofaktor für die Entstehung eines Hernienrezidivs dar.

Bei lange bestehender Hernierung kann sich der Muskelschlauch des Ösophagus verkürzen (sog. „Short Esophagus“) [12]. Die Häufigkeit wird uneinheitlich mit null bis 60 % beim Thoraxmagen angegeben [12]. Durch einen „Short Esophagus“ wird die Gefahr eines Hernienrezidivs nachweislich erhöht. Durch eine mediastinale Mobilisierung der Speiseröhre über 6 bis 8 cm und komplettes Herauspräparieren des Bruchsacks (**Abb. 5d**) gelingt es meist, den gastroösophagealen Übergang dennoch nach abdominal zu positionieren [12, 13]. Verbleibt trotz dieses Vorgehens der gastroösophageale Übergang oberhalb des Hiatus (**Abb. 6a**), kann eine Verlängerungsplastik der Speiseröhre nach Collis-Nissen Abhilfe schaffen [13–15]. Dabei wird der proximale Fundus mit einem Stapler (ca. drei bis vier Magazine à 60 mm) parallel zum distalen Ösophagus reseziert, der mit einem 12 bis 14 mm dicken Magenschlauch kalibriert ist (**Abb. 6b und c**). Unsere Erfahrungen mit 53 Collis-Nissen-Gastroplastiken in den letzten fünf Jahren waren hier durchweg positiv: Es zeigten sich bislang weder Leckagen noch Früh- oder Spätrezidive.

Auch langfristig war in Studien die Dysphagie- und Rezidivrate gering [16].

Der hintere Nervus vagus wird dargestellt und bestmöglich geschont, da ca. 10 % der unbeabsichtigt vagotomierten Patienten ein Postvagotomiesyndrom mit Magenentleerungsstörungen oder Diarrhöen entwickeln. In diesen Fällen können Botox-Injektionen in den Pylorus (ggf. gefolgt von einer gastralen peroralen endoskopischen Pyloromyotomie) den Magenabfluss verbessern.

Ein alloplastischer Bruchlückenverschluss des Hiatus kann das Rezidiv-Hernierungsrisiko senken.

Dorsal des Ösophagus wird die Zwerchfelllücke als hintere Hiatoplastik mit nicht resorbierbaren Fäden unter Kalibrierung der Speiseröhre mit einem 12 bis 14 mm dicken Magenschlauch reduziert. Dabei empfiehlt es sich, den peritonealen Überzug auf den Zwerchfellschenkeln als Nahtlager zu erhalten. Um eine zu starke Angulierung des Ösophagus nach ventral zu

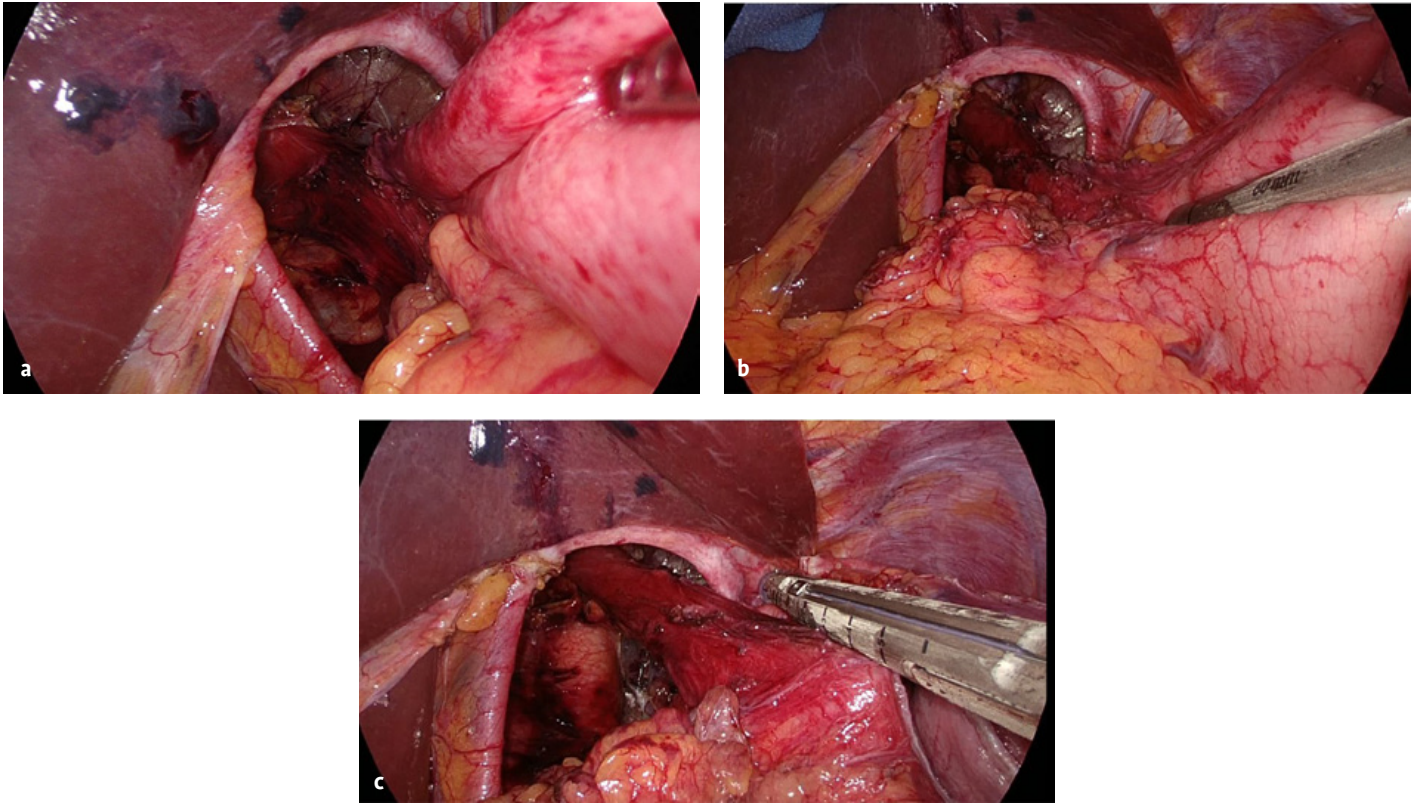


Abb. 6 a–c: Intraoperative Bilder: a.) short esophagus mit Einmündung des ösophagogastralen Übergangs oberhalb der Hiatussebene, b.) Einstieg zur Collis-Nissen-Plastik mit dem Stapler am Fundus-Corpus-Übergang, c.) letzter Schritt der Collis-Nissen-Verlängerungsplastik mit Absetzen des Fundus parallel zum Ösophagus mit Staplern

vermeiden, sollte bei sehr großen Hernien neben der hinteren auch eine vordere Hiato-plastik erfolgen (**Abb. 7a–d**). Kontrovers und oftmals emotional diskutiert wird der Einsatz von Kunststoffnetzen bei der Hiato-plastik, wobei bei einer Umfrage 67 % von 503 befragten europäischen Chirurginnen und Chirurgen hier prinzipiell Netze einsetzen [17]. Die alloplastische Bruchlückenversorgung konnte das Rezidivrisiko signifikant von 15 % auf 2,6 % reduzieren [18]. Jedoch wurden Komplikationen im Zusammenhang mit implantierten Kunststoffnetzen am Hiatus beschrieben, wie Stenosen, Fibrosen und der Penetration von Netzen nach intraluminal [19, 20]. Allerdings stammen die beschriebenen Komplikationen größtenteils aus einer Zeit, in der schwergewichtige und scharfkantige Polypropylen- oder PTFE-Netze eingesetzt wurden, die zur Schrumpfung und Migration neigten. Aktuelle leichtgewichtige, grobmaschige Netze können auch an der mobilen Region des Hiatus ösophagei risikoarm implantiert werden (**Abb. 8a**) [21]. Empfehlenswert ist, dass bei Implantation eines nicht resorbierbaren Netzes Anteile des

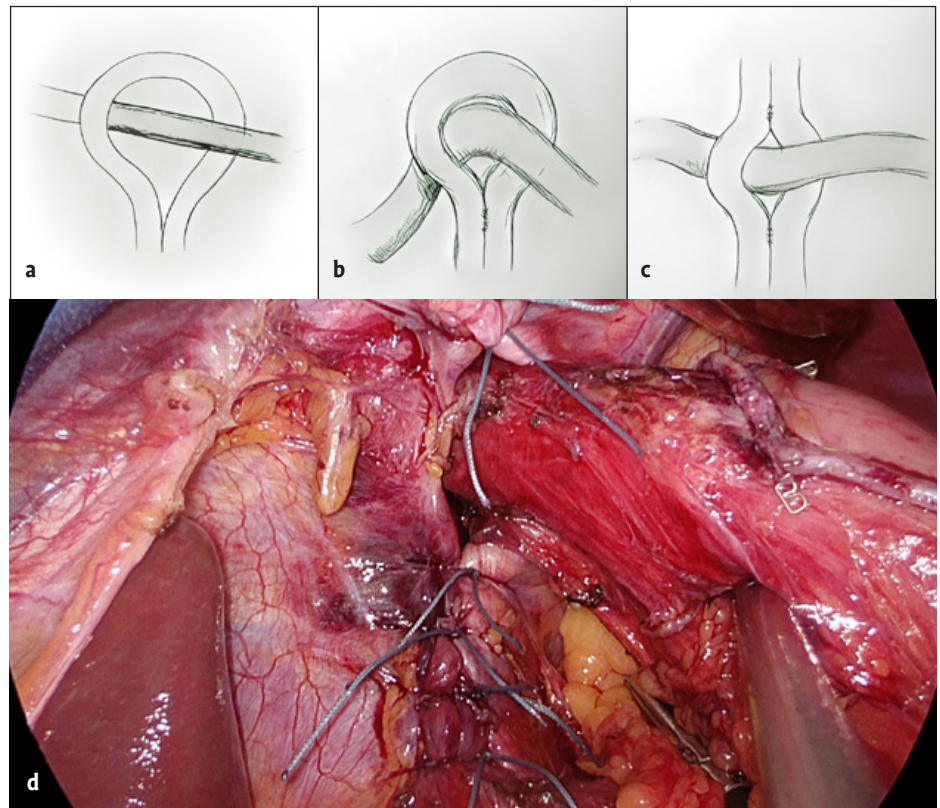


Abb. 7 a–d: Hiato-plastik: a.) Schema einer großen Hiatushernie, b.) eine ausschließlich hintere Hiato-plastik kann zur Knickbildung des Ösophagus führen, c.) dies kann durch Kombination einer hinteren mit einer vorderen Hiato-plastik vermieden werden, d.) intraoperatives Bild einer hinteren und vorderen Hiato-plastik mit nicht resorbierbaren Nähten

aus dem Mediastinum nach intraabdominell verlagerten Bruchsacks, so technisch möglich, zwischen dem Ösophagus und dem Netz platziert und fixiert werden. Bei einer eigenen Untersuchung bestand die Indikation zu einem alloplastischen Bruchlückenverschluss bei Hiatushernien mit einer Größe über 8 cm, schwachen Zwerchfellschenkeln und Rezidivhernien [1]. Knapp die Hälfte der Patienten erfüllten diese Kriterien, wodurch die klinische Rezidivrate in 6.281 Anwendungsmonaten ohne netzbedingte Komplikationen von 7,4 auf 1,4 % reduziert werden konnte [1]. Obsolet ist das Fixieren des Netzes ventral am Hiatus mit Tackern, da durch das dünne Zwerchfell der Herzbeutel oder Koronararterien verletzt werden können [22]. Man sollte die Patienten darüber informieren, dass laut größeren Nachuntersuchungen ein radiologisches Rezidiv auch trotz Netzverstärkung auftreten kann [21, 23]. Resorbierbare Netze schnitten hier in einer Metaanalyse etwas schlechter ab als nicht resorbierbare Netze (17,1 % vs. 12,6 %) [17], haben aber den potenziellen Vorteil, dass bei Re-Operationen weniger Verwachsungen zu erwarten sind.

Der Magen wird intraabdominal mit einer ventralen oder dorsalen Hemifundoplikatio und/oder einer Gastropexie fixiert.

Für die abdominelle Fixierung des Magens stehen verschiedene Optionen zur Verfügung. Ein sehr effektiver Hiatusverschluss kann durch eine ventrale Hemifundoplikatio nach Dor mit zusätzlicher Gastropexie am linken Zwerchfell mittels nicht resorbierbarer Nähte erzielt werden. Bei Reflux-Anamnese ist auch eine dorsale 270° Fundoplikatio nach Toupet geeignet. Bei kleinem Magenfundus ist oft auch das alleinige Wiederherstellen des Hiss'schen Winkels mit einer langstreckigen Gastropexie ausreichend. Insbesondere nach einer Collis-Nissen-Plastik bieten hier die Klammernähte am Magen ein sehr stabiles Nahtlager (Abb. 8b). Da paraösophageale Hernien nicht selten mit Motilitätsstörungen von Ösophagus und Magen einhergehen (Abb. 9), kann eine 360°-Nissen-Manschette bereits zu einer Dysphagie führen [24], zumal wenn die Manschette im Verlauf hernieren sollte. Eine Revision ist dann meist unvermeidlich, weswegen wir die Indikation zur

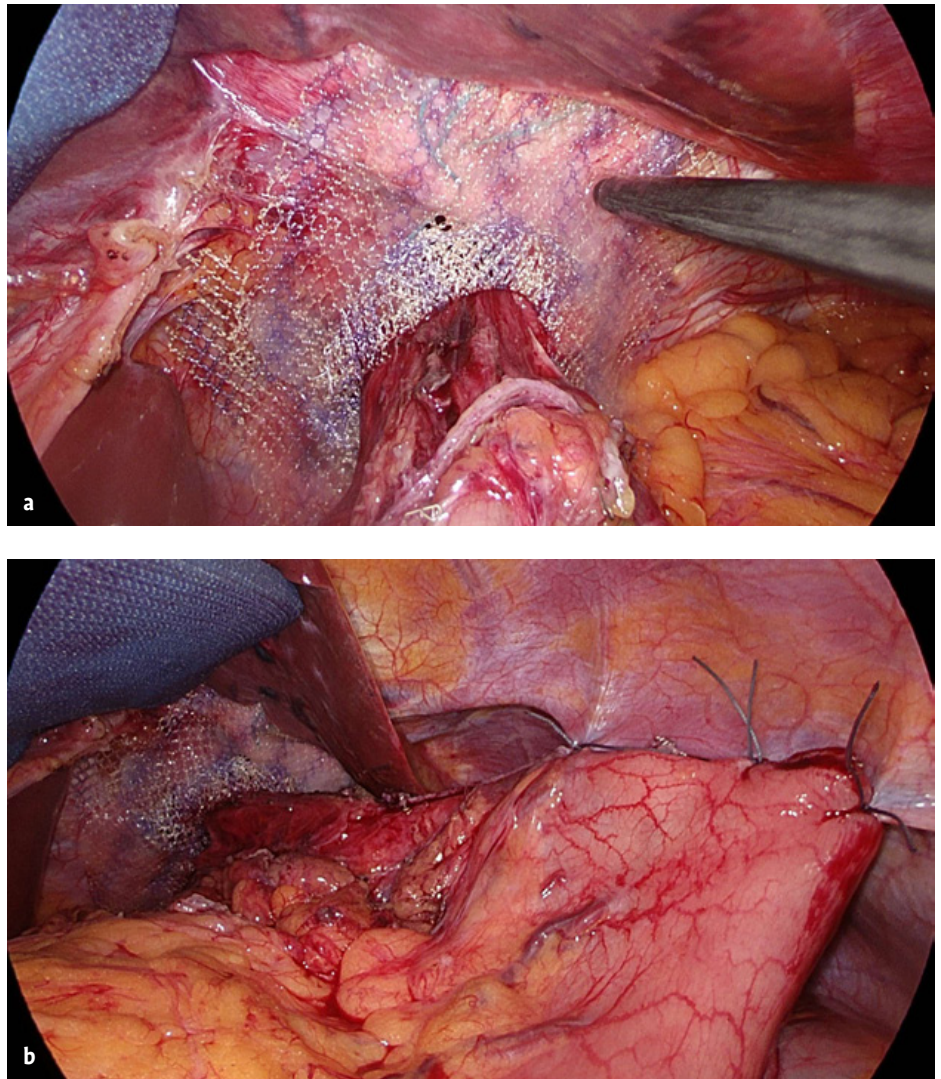


Abb. 8 a, b: Intraoperative Bilder: a.) alloplastische zirkuläre Hiatoplastik, Fixierung des Netzes mit Fibrinkleber, b.) stabile Gastropexie unter Einschluss der Klammernaht nach Collis-Nissen-Plastik

Nissen-Manschette eher zurückhaltend stellen. Die amerikanische Leitlinie der SAGES gibt für eine Gastropexie eine starke und für eine Fundoplikatio lediglich eine schwache Empfehlung ab [5].

ERGEBNISSE

Morbidität und Letalität für elektive laparoskopische Eingriffe sind sehr gering.

Für die Beurteilung des operativen Erfolgs sind die entscheidenden kurzfristigen Parameter die postoperative Morbidität und Letalität sowie langfristig das klinische Ergebnis und die Rezidivrate. Intraoperative Komplikationen können eine Eröffnung von Ösophagus oder

Magen sein. Falls dies sofort erkannt wird, ist eine Übernähung in der Regel problem- und folgenlos möglich, gegebenenfalls mit Deckung des Defekts mit Magenfundus oder einer Manschette. Unerkannt können diese Verletzungen allerdings lebensbedrohlich sein. Da die Wahrscheinlichkeit für derartige Verletzungen vor allem bei Rezidiv-Operationen erhöht ist, kann zur Klärung schwieriger anatomischer Gegebenheiten eine intraoperative Gastroskopie hilfreich sein. Blutungen aus dem Milzparenchym sind selten und können in der Regel minimalinvasiv gestillt werden. Bei der Dissektion eines großen Bruchsacks im Mediastinum kann es zu einer Eröffnung der Pleura kommen, was sich meist in einem erhöhten Beatmungsdruck teils mit begleitendem

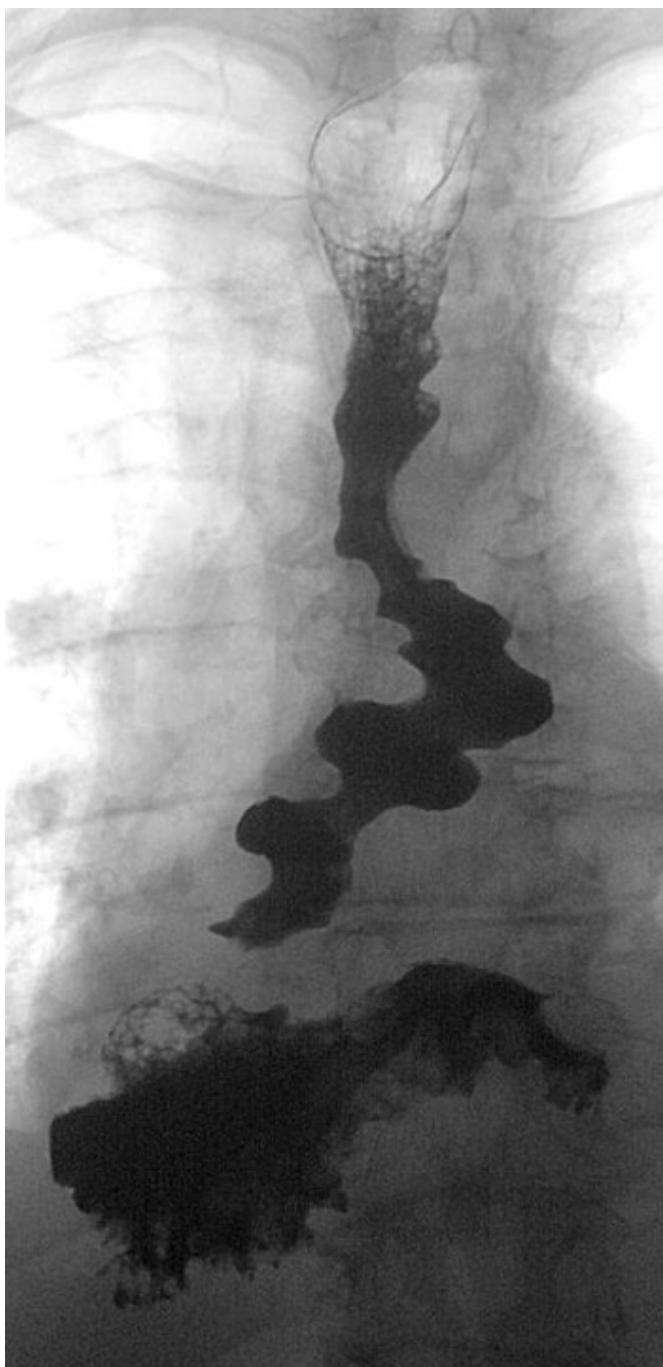


Abb. 9: Motilitätsstörung des Ösophagus mit tertiären simultanen Kontraktionen bei Thoraxmagen. Eine Nissenmanschette kann hier zur Dysphagie führen.

Hautemphysem manifestiert. Durch Druckminderung des Pneumoperitoneums ist die Anlage einer Thoraxdrainage jedoch nur ausnahmsweise erforderlich, zumal CO₂ sehr gut absorbiert wird.

Die stationäre Verweildauer beträgt für elektive minimalinvasive Eingriffe zwei bis vier Tage, während sie für offene Operationen

im komplizierten Stadium auf 25 Tage ansteigt [1].

Die Letalität laparoskopischer Hiatus Eingriffe wird mit 1,4 % angegeben im Gegensatz zu 3 % bei offenen Operationen [1]. Bei uns sind in 20 Jahren von 690 Patienten einschließlich aller Notfälle und Re-Operationen vier Patienten verstorben, was 0,3 % nach

laparoskopischen bzw. 2,5 % nach offenen Operationen entspricht.

Die Operation verbessert klinisch relevant und statistisch signifikant die Lebensqualität.

In zahlreichen Publikationen wurde eine signifikante Verbesserung von Brustschmerz, Regurgitation, Dyspnoe, Anämie und Lebensqualität durch die operative Korrektur der Hiatushernie belegt [3]. Mit dem gastrointestinalen Lebensqualitätsindex nach Eypasch lässt sich das klinische Befinden quantifizieren [8]. In eigenen Untersuchungen stieg der mittlere Wert von präoperativ 89 auf postoperativ 111 signifikant an und blieb im Langzeitverlauf bei 106 [1, 3]. Interessanterweise besserten sich dabei in einer Untergruppenanalyse nicht nur rein physische, sondern auch emotionale Symptome wie Trauer, Angst oder Frustration [3]. Bei Patienten mit klinisch manifestem Rezidiv verschlechterte sich der Index wieder auf den Ausgangswert vor der Operation. Die Messung der Lebensqualität stellt somit einen einfachen, kostengünstigen und validen Verlaufsparemeter dar.

Mit einer postoperativen Magendurchleuchtung können Frührezidive rechtzeitig erkannt und behandelt werden.

Der wichtigste langfristige Parameter zur Beurteilung des Operationserfolgs ist die Rezidivrate. Zeitlich kann man Früh- und Spätrezidive unterscheiden. Klinisch finden sich asymptomatische und symptomatische Rezidive. Bereits bei der postoperativen Durchleuchtung, die an unserer Klinik routinemäßig innerhalb der ersten beiden postoperativen Tage durchgeführt wird, sind Frührezidive nachweisbar und vermutlich bedingt durch einen erhöhten intraabdominellen Druck, wie er z. B. beim Würgen bei der Extubation oder postoperativem Erbrechen auftreten kann [5]. Durch die enorme Kraftentfaltung beim Erbrechen können die Nähte der Hiatoplastik ausreißen. Eine Propofol-Narkose mit „sanfter“ Extubation mit PONV-Prophylaxe ist deshalb anzustreben. Bei einem Frührezidiv sind operative Revisionen innerhalb der ersten ein bis zwei Tage problemlos laparoskopisch möglich, da noch keine Verwachsungen vorliegen [1]. Hierdurch

lässt sich die Rate an Spätrezidiven senken. Wir stellten bei 22 der 690 Patienten revisionspflichtige Frührezidive fest, die technisch wenig aufwendig minimalinvasiv korrigiert werden konnten.

Im langfristigen Verlauf auftretende radiologisch nachweisbare Hernienrezidive können asymptomatisch oder klinisch symptomatisch sein. Die radiologische Rezidivrate wird in der Literatur mit bis zu 42 % angegeben [25], wobei als unabhängige Risikofaktoren neben Übergewicht und Herniengröße insbesondere ein short esophagus gilt. Bei einer Metaanalyse hatten 25,5 % von 965 Patienten im Verlauf ein radiologisches Rezidiv, während von diesen nur 10,2 % symptomatisch waren [26]. In unserem Patientengut entwickelten im Zeitverlauf 4,4 % ein operationspflichtiges symptomatisches Rezidiv nach einer durchschnittlichen Latenzzeit zur Erstoperation von 814 Tagen (147-3122 Tage) [data unpublished]. Die lange Latenzzeit zeigt, dass die Entstehung von Rezidiven auch eine Funktion der Zeit ist.

VERSORGUNG DER REZIDIVE

Während asymptomatische Spätrezidive keiner Therapie bedürfen, sollten klinisch manifeste

Rezidive in einem Zentrum mit entsprechender Erfahrung operiert werden [5].

In die Entscheidung zur Therapie eines Spätrezidives gehen Voroperation, Begleiterkrankungen, Alter, radiologischer Befund und klinische Symptomatik ein. Solange die Voroperation minimalinvasiv vorgenommen wurde, kann auch die Revision meist minimalinvasiv erfolgen.

Der Einsatz von Netzen ist bei Wiederholungsoperationen mit niedrigem Risiko möglich [5]. Eine intraoperative Gastroskopie sollte allerdings genauso verfügbar sein wie die Expertise zu OP-Erweiterungen bis hin zur Major-Resektion [4], weshalb eine entsprechende Erfahrung für Rezidiv-Operationen vorteilhaft ist. Eine Untersuchung in den USA an über 60.000 Hiatus Eingriffen zeigte Vorteile beim Outcome, wenn die Operationen in High-volume-Zentren (> 20 Eingriffe/Jahr) erfolgten [27].

ZUSAMMENFASSUNG

Mit der Diagnosestellung eines Thorax- oder Upside-down-Magens ist in der Regel die Indikation zur Operation gegeben. Die Operation

erhöht nachweislich die gastrointestinale Lebensqualität, was mit dem gastrointestinalen Lebensqualitätsindex nach Eypasch einfach und valide gemessen werden kann. Ein zuwartendes Vorgehen kann für multimorbide Patienten eine Option sein. Die minimalinvasive laparoskopische oder robotische Versorgung des Thorax- oder Upside-down-Magens ist heutzutage das Standardverfahren. Bei entsprechender Indikation und geeigneter Technik können resorbierbare oder nichtresorbierbare Kunststoffnetze am Hiatus implantiert werden, wodurch das Rezidivrisiko gesenkt werden kann. Hierzu kann ebenfalls eine Collis-Nissen-Verlängerungsplastik des Ösophagus beim short esophagus beitragen. Postoperativ empfiehlt sich eine Durchleuchtung, um Frührezidive rechtzeitig erkennen und noch im gleichen stationären Aufenthalt korrigieren zu können. Später auftretende, radiologisch nachweisbare, aber asymptomatische Rezidive können verlaufsbeobachtet werden. Klinisch manifeste Spätrezidive sollten in einem erfahrenen Zentrum operiert werden.

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

**JETZT
STARTEN**



**10 FRAGEN ZU DIESEM ARTIKEL
BEANTWORTEN UND
CME-PUNKTE HOLEN!
MIT DER eAKADEMIE DES BDC GEHT'S:
EINFACH STARTEN!**

Dieser CME-Artikel ist für BDC-Mitglieder ab jetzt drei Monate kostenlos in Ihr Konto der BDC|eAkademie eingebucht.

www.bdc-eakademie.de/kurse

BDC  **eAKADEMIE**
Einfach starten!



SURGEONTALK

Der BDC | Podcast



WIR PRÄSENTIEREN SURGEON TALK

**Chirurgisches Wissen
auf den Punkt.**

www.surgeontalk.de



Online-Seminar? Geht ganz gut

Annika Schröder

Mit einem herzlichen Dankeschön an die Pandemie, die uns alle in Online-Fortbildungen zwang, können wir nun endlich wieder aus vollen Kongresssälen strahlen! Wer erinnert sich nicht an die euphorische Stimmung bei den Hands-on-OP-Workshops mit unseren treuen Schweinemodellen? Auch das Gefühl, mitten in der Industrieausstellung mit alten und neuen Kollegen ins Fachsimpeln abzutauchen, ist einfach unbezahlbar.



Abb. 1: Bildschirmarbeit

Als Chirurgen sind wir vielleicht nicht unbedingt die digitalen Pioniere unserer Zeit. Doch manchmal kommt der Moment, in dem wir uns der modernen Technologie bedienen müssen. Und dieser Moment ist, wenn man sich in der Facharztausbildung befindet und gleichzeitig in den turbulenten Wirbelwind des Familienlebens mit drei Kindern eingetaucht ist.

Im Mai dieses Jahres hatte ich das Vergnügen, am BDC-Webinar „Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie“ teilzunehmen. Für mich war dieses Online-Format eine wahre Offenbarung, besonders im Hinblick auf die Balance zwischen Lernen und Familienzeit. Die präzise präsentierten Informationen boten eine solide Grundlage für meine Prüfungsvorbereitung. Zusätzlich war es äußerst hilfreich, dass die Aufzeichnungen der Vorträge schnell verfügbar waren, sodass gezieltes Nacharbeiten möglich war; ein echter Vorteil des Online-Formats.

Zugegebenermaßen war die Kombination aus Allgemein- und Viszeralchirurgie vielleicht nicht ganz perfekt auf meine Bedürfnisse zugeschnitten, da die unfallchirurgischen Themen fehlten und manchmal tief in die viszeralchirurgische Materie eingetaucht wurde, was für die Vorbereitung auf die Facharztprüfung Allgemeine Chirurgie nicht unbedingt erforderlich war.

Trotzdem möchte ich abschließend betonen, dass die Dozenten, obwohl sie hauptsächlich auf schwarze Bildschirme blickten, äußerst engagiert waren. Es gab ausreichend Raum für Fragen, die bequem im Chat gestellt werden konnten. In diesem Sinne freue ich mich auf weitere innovative Fortbildungsangebote und spannende Diskussionen in unserer lebendigen Chirurgengemeinschaft.



Abb. 2: Geschafft!

Schröder A: Online-Seminar? Geht ganz gut. *Passion Chirurgie*. 2023 Dezember; 13(12): Artikel 04_01.



Seminare der BDC|Akademie finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik BDC|Akademie.

Herzliche Grüße und scharfe Skalpelle,

Dr. med. Annika Schröder
FÄ Allgemeine Chirurgie



SAFETY CLIP



© iStock/MARHARYTA MARKO

Die Patientensicherheit fördern mit Ansätzen aus dem „Magnet Recognition Program®“

Anja Pope

Das aus dem US-amerikanischen stammende Konzept und Zertifizierungsverfahren „Magnet Recognition Program®, im Deutschen meist als „Magnetkrankenhaus“ bezeichnet, enthält vielfältige Vorgaben, um Krankenhäuser zu exzellenten Organisationen zu entwickeln.

HINTERGRUND ZUM MAGNET RECOGNITION PROGRAM®

Die sogenannten „Magnetkrankenhäuser“ erfüllen die empirisch belegten und durch

statistische Analysen entwickelten Kriterien des ANCC (American Nurses Credentialing Center) zur Zertifizierung als Magnet Recognition Program®. Das Modell wurde von der US-amerikanischen Pflegewissenschaft entwickelt, legt seinen Fokus aber auch über die Pflege hinaus auf vielfältige Aspekte der Krankenhausorganisation und -kultur. Das Konzept wird seit den 80er-Jahren immer wieder evaluiert und auf Evidenz überprüft. Ausschlaggebend für die Entwicklung und stetige Weiterentwicklung des Ansatzes ist die Frage danach, warum einige Krankenhäuser sowohl

**Anja Pope**

Wirtschaftspsychologin, Beraterin
für Organisationsentwicklung und
Patientensicherheit
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
mbH
Ecclesiastraße 1-4
32758 Detmold
anja.pope@grb.de
www.grb.de

Patient:innen wie auch Mitarbeitende nahezu magnetisch anziehen, während andere Krankenhäuser viel stärker zum Beispiel unter dem Fachkräftemangel leiden. Was macht die Häuser so attraktiv? Die Prozesse, Methoden und die Kommunikationskultur werden im Folgenden wissenschaftlich analysiert und die Ergebnisse als Erfolgsfaktoren im Magnet Recognition Program® zusammengefasst. In den letzten Jahren ist der Ansatz auch im europäischen Raum zunehmend bekannter geworden. Im Rahmen einer EU-weiten Interventionsstudie werden aktuell 20 deutsche Kliniken dabei unterstützt, die Anforderungen eines Magnetkrankenhauses zu etablieren [1].

Das Magnet-Konzept enthält nicht nur ein Bündel von Maßnahmen, sondern ist viel umfassender als das, es ist eine Philosophie zur Gestaltung der Organisation. Bezüge zu anderen Konzepten wie der agilen Organisation oder des Lean Managements finden sich wieder, da es durchaus Überschneidungen gibt. In dieser Ausführung geht es nicht um die Darstellung der vollumfänglichen Anforderungen. Vielmehr sollen solche Aspekte spezifisch in den Vordergrund rücken, die einen Bezug zur Patientensicherheit haben.

ERKENNTNISSE AUS STUDIENERGEBNISSEN

Vielfältige Studien und auch Metaanalysen existieren zu diesem Thema. Federführend in der Forschung ist beispielhaft die University of Pennsylvania. Wesentliche Kernergebnisse zum Magnet Recognition Program® existieren sowohl in Bezug auf Patienten wie auch auf Mitarbeiteroutcomes [2, 3].

Die Studie zeigt, dass Magnetkrankenhäuser im Vergleich zu anderen Häusern Folgendes aufzeigen: signifikant geringere

- Mortalitätsraten,
- Sturzszenarien,
- Zahlen von im Krankenhaus erworbenen Infektionen und
- Zahlen von im Krankenhaus erworbenen Dekubitalulzera.

Ebenso bieten Magnetkrankenhäuser im Vergleich zu anderen Häusern für die Pflegefachpersonen:

- signifikant bessere Arbeitsbedingungen,
- geringere Burnoutraten und
- niedrigere Fluktuationsraten.

Es zeigt sich, dass Magnetkrankenhäuser den Risiken messbar erfolgreicher begegnen. Während dieser Einfluss bei den genannten Kennzahlen mit Patientenbezug unmittelbar erkennbar ist, so ist dieser bei den Mitarbeiteroutcomes mittelbar sichtbar. Dass aber der rein quantitative und zudem auch der qualitative Mangel an Pflegefachpersonal zu einer Erhöhung der Komplikationsraten führt, ist international untersucht und belegt [4].

WIE BEEINFLUSST DAS KONZEPT DIE PATIENTENSICHERHEIT?

Das Magnet-Modell besteht aus fünf Kernkriterien, unter denen alle weiteren Anforderungen subsumiert werden:

- Empirische Ergebnisse
- Strukturelle Stärkung
- Vorbildliche Berufspraxis
- Neues Wissen, Innovationen und Verbesserungen
- Transformationale Führung

1. EMPIRISCHE OUTCOMES: KENNZAHLEN – TRANSPARENT UND IN ANWENDUNG

Valide Kennzahlen sind eine wichtige Basis für alle weiteren folgenden Maßnahmen. Patientenoutcomes, die dabei im Mittelpunkt stehen können, sind unter anderem [6, 7]:

- nosokomiale Dekubitalulzera,
- Device-assoziierte Dekubitalulzera,
- Stürze mit Verletzungsfolge,
- nosokomiale beatmungsassoziierte Pneumonien,
- postoperative Wundinfektionen,
- katheterassoziierte Harnwegsinfekte,
- venöse Thromboembolien und
- im OP zugezogene Brandverletzungen.

Zudem sind umfangreiche Mitarbeiter- und Patientenbefragungen, die stets in einem nationalen Benchmark verglichen werden, Standard. Darüber hinaus wird der Effekt von umgesetzten Verbesserungsmaßnahmen gemessen. Üblicherweise erfolgt dies durch mindestens eine Messung vor den

Pope A: Safety Clip: Die Patientensicherheit fördern mit Ansätzen aus dem „Magnet Recognition Program®“. Passion Chirurgie. 2023 Dezember; 13(12): Artikel 04_02.



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

Verbesserungsmaßnahmen und eine nach der Umsetzung. Zudem wird nach einigen Monaten eine Follow-up-Messung durchgeführt.

Diese Kennzahlen sind möglichst transparent innerhalb des Krankenhauses zu verwenden. Umsetzbar ist dies zum Beispiel durch Dashboards auf den Stationen, im OP und in der Notaufnahme. Diese zeigen allen am Prozess beteiligten Mitarbeitenden die wesentlichen Kennzahlen in möglichst tagesaktueller Form auf. Steigt zum Beispiel die Anzahl an Brandverletzungen im ambulanten OP, so wird dies für alle Beteiligten unmittelbar und objektiv deutlich und es kann gezielt und frühzeitig sensibilisiert sowie interveniert werden. Kennzahl-Dashboards wurden bereits in vielen Krankenhäusern installiert. Primär werden Kennzahlen aus den Bereichen Personal und Betriebswirtschaft abgebildet. Die Entwicklung des CMI oder der Vollkräfteentwicklung ist im Management häufig etabliert. Die Betrachtung der oben genannten Outcomes findet mit großem Abstand retrospektiv statt und oft nur in kleinen Kreisen innerhalb einer Disziplin oder auf Managementebene.

2. STRUKTURELLE VORAUSSETZUNG – BETEILIGUNG DER MITARBEITENDEN ERMÖGLICHEN

Das Magnetkonzept sieht vielfältige Entscheidungsgremien und Arbeitsgruppen vor, in denen multiprofessionell gearbeitet wird. Dabei kommt der respektvollen Haltung den anderen Professionen gegenüber eine große Bedeutung zu. Mitarbeitende werden eingebunden in Veränderungen des eigenen Bereichs, der intraprofessionellen hausinternen Standards und in die Verbesserung von Abläufen. Moderierte und zielgerichtete Arbeitsgruppen finden regelmäßig statt. In diesen wird auf der Grundlage von Kennzahlen an Verbesserungen gearbeitet. Die Leitung einer Arbeitsgruppe ist nicht primär die ranghöchste Führungskraft. Personen mit Kompetenz, aber ohne Sonderaufgabe sollen diese Aufgaben, wenn möglich übernehmen. Sie müssen dann die methodischen Kenntnisse, wie zum Beispiel Moderationstechnik und die strukturelle Befähigung, wie die notwendige Arbeitszeit für die Vor- und Nachbereitung, erhalten. Im Ergebnis fühlen sich

Mitarbeitende ernst genommen und mitverantwortlich. Ihr Handlungsspielraum und die erlebte Transparenz wird vergrößert. Formate wie CIRS, M&M-Konferenzen oder auch klinik- oder abteilungsspezifische Qualitätszirkel sind bereits in vielen Krankenhäusern etablierte Formate. Die Art und Weise wie sie stattfinden, kann entsprechend der Magnetkrankenhäuser weiter zielgerichtet entwickelt werden. Daneben sind auch interdisziplinäre Fallbesprechungen oder Übergaben hilfreiche Formate, in denen eine veränderte Kommunikation durch eine weiterführende verantwortliche Einbindung von Mitarbeitenden erprobt und umgesetzt werden kann.

3. EXEMPLARISCHE PROFESSIONELLE PRAXIS

Auch an dieser Stelle spielen Kennzahlen wieder eine große Rolle. Die positive Entwicklung der Gesamtqualifizierung (Fachkraftquote, Fachweiterbildungsquote, Akademisierungsquote) ist relevant. Es wird investiert in Fort- und Weiterbildung/Fachweiterbildung und Studium, da dies die patientenbezogenen Outcomes verbessert [8]. Eine aktive Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der Patientenbefragung und belegte Beispiele für eine Verbesserung der Ergebnisse werden gefordert. Auch hier wird wieder die Einbindung der Mitarbeitenden ohne Führungsverantwortung erwartet. Führungskräfte haben vielmehr die Aufgabe, ihren Mitarbeitenden beim Verständnis und bei der Umsetzung der Maßnahmen unterstützend zur Seite zu stehen. Sie sollen ihre Mitarbeitenden befähigen, die Prozesse eigenständig mitzugestalten (ausführlichere Beschreibung siehe dazu Punkt 5). Die Einhaltung von nationalen gesetzlichen Vorgaben und auch von Standards und Leitlinien der Fachgesellschaften oder anderer anerkannten Stellen sind bindend. Eine weitere spezifische Forderung ist ein sogenannter „Patientensicherheitsplan“. Dies ist eine Art Gesamtkonzept mit

konkreten Maßnahmen und Kennzahlen, die den Sicherheitsstatus und die Strategie des Krankenhauses zur stetigen Verbesserung der Patientensicherheit widerspiegeln.

4. NEUES WISSEN, INNOVATION UND VERBESSERUNGEN

Gemeinsame interprofessionelle Fortbildungen von Medizin, Pflege und Therapie sind genauso selbstverständlich wie spezifische intraprofessionelle Ansätze. Zudem wird die Zeit eingeräumt, dass gut qualifizierte und fachlich versierte Pflegenden im Rahmen von selbst geleiteten Arbeitsgruppen die internen Standards, das klinikeigene Dokumentationssystem usw. eigenständig und orientiert an den aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnissen weiterentwickeln. Es erfolgt ein enger Austausch mit der Wissenschaft, zum Beispiel über Kooperationen mit Universitäten und Hochschulen auch über die medizinische Fakultät hinaus.

Beispielsweise führt das Uniklinikum Münster ein interprofessionelles Unterrichtskonzept durch. Auszubildende der Pflege und Studierende der Medizin betreuen darin gemeinsam sechs Betten einer chirurgischen Station. Die Ziele sind, – neben dem fachlichen Input – die interprofessionelle Zusammenarbeit und den gegenseitigen Respekt zu erlernen [9].

5. TRANSFORMATIONALE FÜHRUNG

Aufgrund der wissenschaftlichen Evidenz zu diesem Thema ist im Magnet-Konzept der transformationale Führungsstil etabliert. Der Organisationspsychologe Bernhard M. Bass hat 1985 das ursprüngliche Konzept etabliert. Dieses wurde dann 1994 von ihm selbst und Bruce J. Avolio in der Arbeit „*Improving Organizational Effectiveness through Transformational Leadership*“ weiterentwickelt. Zentrale Bausteine sind dabei die 4 I (Abb. 1) [10].



Abb.1: Die 4 I der Transformationalen Führung (eigene Darstellung in Anlehnung an Heyna & Fittkau)

Idealisierter Einfluss: Transformational Führende sind in Bezug auf die Werte und Einstellungen der Mitarbeitenden ein persönliches Vorbild. Ihr Verhalten ist modellhaft und dadurch ist es auch glaubwürdig und akzeptiert, dass sie von ihren eigenen Mitarbeitenden gleiches fordern. Eine Führungskraft, die sich vorbildlich und deutlich zum Beispiel an die hygienischen Richtlinien zur Händedesinfektion hält, für die dies also ein hoher Wert ist, wird gleiches von seinen Mitarbeitenden erwarten können.

Inspirierende Motivation: Dieser Aspekt führt zu einer starken Motivation, zu Stolz, in dem Team tätig zu sein, und zu einer starken Sinngebung für jeden einzelnen Mitarbeitenden. Erreicht wird dies, indem die Führungskraft eine klare Vision von der Zukunft hat. Sie kommuniziert dies, beschreibt, wie die Vision erreicht werden kann und äußert Zuversicht und Vertrauen in das Team, sodass das Ziel erreicht werden kann.

Intellektuelle Stimulierung: Problemlösungskompetenz und die Innovation der Mitarbeitenden werden gestärkt, indem Führungskräfte Mitarbeitende einbeziehen, sie aktiv bitten, kritische Fragen zu stellen, motivieren, die Blickwinkel zu verändern, Routinen in Frage stellen, Fehler und Beinahe-Fehler zu benennen. Ein wesentlicher Bestandteil ist hier auch der Umgang mit Fehlern. Die Kommunikation von Fehlern ist geübt und wird auch von Führenden vorgelebt – gerade auch in Bezug auf die eigenen Fehler. (Beinahe-) Fehler werden genutzt, um zu analysieren

wie sie ein anderes Mal vermieden werden können. Aus einem amerikanischen Magnetkrankenhaus berichten Pflegeleitungen, dass CIRS-Meldungen dort üblicherweise als „good catch“ bezeichnet werden. Man freut sich, wenn jemand einen „guten Fang“ gemacht hat. Führungskräfte können mit übereinstimmenden Werten die Sicherheitskultur eines Krankenhauses stark beeinflussen.

Individuelle Berücksichtigung: Die Führungskraft geht auf die individuelle Persönlichkeit der Mitarbeitenden ein. Entsprechend jeweiliger Stärken werden gezielt die Kompetenzen weiterentwickelt. Verschiedene Formen der Personalentwicklung werden dazu angewendet. Neben den klassischen Schulungen, sind auch Coachings, Supervisionen, Simulationen und Peer-Feedbacks einsetzbare Verfahren. Förderung und Forderung finden also individuell und nicht per Gießkannenprinzip für alle gleichermaßen statt. Das bedeutet auch, dass die Kommunikation grundsätzlich eher partnerschaftlich und in einer coachenden Haltung durch die Führungskraft erfolgen sollte.

FAZIT

Erkennbar ist, dass das Magnet Recognition Program® sich auf einige zentrale Bausteine stützt, die die Patientensicherheit begünstigen.

Abbildung 2 zeigt, wie auf dem Fundament der Kultur die weiteren Bausteine aufgebaut werden können, um schließlich zu einer Verbesserung der Patientensicherheit auf der Grundlage des Magnet-Ansatzes beizutragen:



Abb. 2: Bausteine der Patientensicherheit anhand des Magnet-Konzepts (eigene Darstellung)

Voraussetzung hierfür ist eine Kultur, in der sicherheitsrelevante Aspekte beachtet werden und alle Mitarbeitenden die Kompetenz haben, um daran mitwirken zu können. Das qualifizierte Personal kann somit die fachlichen und gesetzlichen Standards erfüllen. Dabei können Risikoaudits einen solchen Prozess unterstützen. Die Ergebnisse zu den relevanten Kennzahlen werden in einem engmaschigen Monitoring gesichtet und bewertet. Unter Einbezug der Mitarbeitenden, die die Prozesse kennen, können zielgerichtete Maßnahmen entwickelt und umgesetzt werden, um die Ergebnisse der Evaluierung zur Patientensicherheit zu verbessern.

AUSBLICK

Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels scheint das Konzept an dieser Stelle zunächst beinahe absurd. Es stellt sich die Frage: Mit welchem Personal sollen wir das umsetzen? Die Hans-Böckler-Stiftung hat im Jahr 2022 mit der Studie „Ich pflege wieder, wenn...“ Aufmerksamkeit erregt. Dabei stellte sich heraus, dass eine wichtige Bedingung der Befragten für eine Rückkehr in den Beruf war: „Ein wertschätzender und respektvoller Umgang von Vorgesetzten, Kollegialität sowie Augenhöhe gegenüber der Ärzteschaft“ [11].

Um den U-Turn in Bezug auf den Fachkräftemangel zu bewältigen, bedarf es einer Auseinandersetzung mit erfolgreichen Lösungsansätzen, klaren Entscheidungen und auch den Mut einen Weg, wie ihn das Magnet-Konzept vorgibt, zu gehen. Er ist keine kurzfristige, schnelle, aber eine erfolgsversprechende mittel- bis langfristige Lösung, die einen Veränderungs- und Weiterentwicklungsprozess erfordert. Vielfältige Einflussfaktoren des Fachkräftemangels, zum Beispiel politischer Art, kann ein einzelnes Krankenhaus nicht verändern. Eine Entwicklung zu einem attraktiveren Arbeitgeber ist aber anhand von evidenten Konzepten durchaus möglich. Der Magnet-Ansatz bietet dafür eine Möglichkeit, denn von der Umsetzung profitieren sowohl Mitarbeitende wie auch Patientinnen und Patienten.

Die Literaturliste erhalten Sie auf Anfrage via passion_chirurgie@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: bdv-versicherungsservice@ecclesia.de



Prof. Dr. med. Prof. h. c. (MNG) Walter Popp
 Ärztlicher Leiter
 HyKoMed GmbH
 Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für
 Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)
 popp@hykomed.de

Prof. Dr. rer. nat. et rer. medic. habil. Lutz Jatzwauk
 Krankenhaushygiene/Umweltschutz
 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Dr. rer. nat. Wolfgang Kohnen
 Stellvertretender Abteilungsleiter Krankenhaushygiene
 Beauftragter für das Qualitätsmanagement
 Abteilung für Hygiene und Infektionsprävention
 Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität
 Mainz
 Vorstand der Deutschen Gesellschaft für
 Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)

Popp W, Jatzwauk L, Kohnen W: Hygiene-Tipp:
 Zugang zur OP-Abteilung. *Passion Chirurgie*.
 2023 Dezember; 13(12): Artikel 04_03.



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

HYGIENE TIPP

Zugang zur OP-Abteilung

Walter Popp, Lutz Jatzwauk, Wolfgang Kohnen

Der Zugang zur OP-Abteilung ist grundsätzlich geschlossen zu halten. Der Zugang sollte nur möglich sein für das OP-Personal über Schlüssel, Karten, Chips oder eine Ziffernkombination. „Alternativ“zugänge, z. B. über offene Ver- oder Entsorgungsräume, sind nicht erlaubt.

Sonstige Personen (z. B. Hospitanten, Praktikanten, Medizinstudierende, Pflegeschüler, Handwerker des Hauses) sollten nur einen eigenen (ggfs. befristeten) Zugang erhalten, wenn sie geschult sind und die OP-Leitung sicher ist, dass sie sich korrekt verhalten. Gleiches gilt für z. B. hauseigene Fotografen.

Weitere Personen (z. B. Medizinprodukteberater, externe Handwerker) sollten generell nur auf Meldung eingelassen werden, eine Schulung am Anfang ist selbstverständlich. Paketdienst-Mitarbeiter haben im OP überhaupt nichts zu suchen.

Von (z. B. werbewirksamen) Führungen normaler Bürger während des laufenden OP-Betriebs ist abzuraten, da hierdurch ethische, datenschutzrechtliche und haftungsrechtliche Risiken entstehen.

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



ARZTPRAXIS TIPP

Frage & Antwort



Wie sieht es mit der Abrechnung von chirotherapeutischen Leistungen nach der UV-GOÄ aus?



Antwort von:

Dr. Peter Kalbe

Vizepräsident

Berufsverband der Deutschen

Chirurgie e.V. (BDC)

Gelenkzentrum Schaumburg

Kalbe@bdc.de

Kalbe, P: Abrechnung von chirotherapeutischen Leistungen nach der UV-GOÄ. *Passion Chirurgie*. 2023 Dezember; 13(12): Artikel 04_04.



Mehr Artikel rund ums Thema **Niederlassung** finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen | Fachgebiete | Niederlassung).

FRAGE:

Ein niedergelassener Durchgangsarzt bemängelt die Kürzung von abgerechneten Leistungen der Chirotherapie durch eine Berufsgenossenschaft. Die BG habe argumentiert, dass chirotherapeutische Maßnahmen nach Unfallverletzungen grundsätzlich nicht angezeigt seien.

ANTWORT:

Diese Einschätzung trifft nicht zu. In ihren **Arbeitshinweisen** nimmt die DGUV dazu ausführlich Stellung. Grundsätzlich sind zwei verschiedene chirotherapeutische Leistungen in der der UV-GOÄ enthalten:

3305: CHIROPRAKTISCHE WIRBELSÄULENMobilisierung

Hierunter sind mobilisierende und somit schonende Techniken der manuellen Therapie zu verstehen. Dabei wird im Gegensatz zur Manipulation lediglich isometrisch und post-isometrisch mobilisierend gearbeitet. Diese Leistung kann auch bei frischen posttraumatischen Gelenkblockierungen zur Anwendung

kommen und dann natürlich auch abgerechnet werden. Klassisches Anwendungsbeispiel ist ein posttraumatischer Schiefhals bei Kindern und Jugendlichen nach einer HWS-Distorsion (nach vorherigem Ausschluss einer strukturellen Schädigung). Leider ist die Leistung mit 3,94 € (Stand 7/2023 bei besonderer Heilbehandlung) unattraktiv dotiert, zumal der zeitliche Aufwand nicht unerheblich ist. Gleichwohl ist eine Streichung dieser Leistung auch im frisch posttraumatischen Umfeld fachlich nicht zu rechtfertigen. Der Legendentext bezieht sich zwar nur auf die Wirbelsäule, gemäß der Arbeitshinweise der DGUV kann die Leistung aber auch an den Extremitäten-Gelenken erbracht und abgerechnet werden.

3306: CHIROTHERAPEUTISCHER EINGRIFF AN DER WIRBELSÄULE UND AN DEN EXTREMITÄTEN

Damit ist eine klassische chirotherapeutische Manipulation („Einrenken“) gemeint, die direkt posttraumatisch in der Regel nicht indiziert ist. Auch aus unserer Sicht sollte eine Manipulation frühestens vier bis sechs

Wochen nach einer Unfallverletzung und nach Ausschluss sämtlicher Kontraindikationen zur Anwendung kommen. Eine Indikation kann darüber hinaus bestehen bei anerkannten Berufskrankheiten der BWS (BK 2109) und der LWS (BK 2108 und BK 2110). Die Manipulation ist mit 15,75 € (Stand 7/2023 bei besonderer Heilbehandlung) deutlich höher dotiert als die Mobilisation. Die Anwendung dieser Techniken setzt allerdings eine entsprechende fachliche Kompetenz und Erfahrung der Behandler:innen voraus, um Nebenwirkungen, wie etwa neurologische und vaskuläre Schäden, zu vermeiden. Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung setzt

die Abrechnung dieser Leistungen bei BG- und Privatpatient:innen nicht den Nachweis der Zusatzweiterbildung „Manuelle Therapie/Chirotherapie“ voraus. Wir empfehlen aber – auch aus Gründen der Berufshaftpflicht im potenziellen Schadensfall – trotzdem, dass die Kompetenz der Behandler entweder durch die Zusatzbezeichnung, mindestens aber durch gleichwertige fachliche Kurse und eigene Erfahrungen belegt werden kann.

BEURTEILUNG

Die Leistungen nach 3305 und 3306 sind nur dann nebeneinander abrechenbar, wenn

unterschiedliche Bewegungsorgane behandelt werden, wobei die gesamte Wirbelsäule als ein Organ gilt. Eine mehr als dreimalige Behandlung nach der Nr. 3306 (Manipulation) am gleichen Wirbelgelenk oder Bewegungssegment ist in der Regel nicht sinnvoll. Der Einsatz und die Abrechnung chirotherapeutischer (manualmedizinischer) Techniken ist somit auch bei BG-Patienten grundsätzlich möglich und im Einzelfall sinnvoll, sollte dann aber in Maßen und unter Beachtung der Kontraindikationen für die Manipulation erfolgen. ○



Qualifizierte Fortbildungen für alle fachlichen Säulen der Chirurgie

- ✓ Hochkarätig wissenschaftliche Referent:innen
- ✓ CME-zertifizierte Online-Kurse
- ✓ Webinare live und on demand
- ✓ Podcasts
- ✓ Seminarunterlagen
- ✓ Kongressnachlese „DCK Kompakt“
- ✓ Mitgliederrabatt



Personalia



Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie gratulieren allen Mitgliedern zu den neuen Funktionen, Ernennungen und Auszeichnungen.

Bitte geben Sie uns Bescheid, wenn sich für Sie beruflich etwas ändert. Senden Sie uns einfach eine kurze Nachricht mit Ihrer neuen Funktion und wir veröffentlichen die Neuigkeiten an dieser Stelle. Bitte schreiben Sie an passion_chirurgie@bdc.de.

DEZEMBER 2023

Dr. med. Katrin Armbruster ist neue Chefärztin der Allgemein- und Viszeralchirurgie an der Helios Klinik Titisee-Neustadt. Sie leitet die Abteilung gemeinsam mit **Dr. med. Benjamin Sommer** als neue Doppelspitze.

Prof. Dr. med. Markus Diener, zuvor leitender Oberarzt sowie stellvertretender Ärztlicher Direktor der Allgemeinchirurgie am Universitätsklinikum Freiburg, hat im September 2023 die chefärztliche Leitung der Klinik für Allgemeinchirurgie am Klinikum Nürnberg übernommen.

Dr. med. Verena Grünewald, zuletzt Oberärztin an den Städtischen Kliniken Mönchengladbach, ist neue Chefärztin der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie/Proktologie am St.-Elisabeth-Krankenhaus Geilenkirchen.

Heinrich Bergmann ist neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie im Elisabeth-Krankenhaus Thuine der Niels-Stensen-Kliniken. Bergmann war zuletzt Chefarzt im Hümmlinghospital Sögel.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, BDC-Präsident, wurde im Oktober 2023 die Ehrenmitgliedschaft des European Chapter der „International Gastric Cancer Association“ verliehen. Zusammen mit Prof. W. Allum aus London leitete er das European Chapter viele Jahre.

Dr. med. Ahmad Oyais ist neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie der Sana Kliniken Niederlausitz in Lauchhammer. Dr. Oyais wechselte vom Helios St. Elisabeth in Hünfeld in die Lausitz.

Alexander Radke ist seit November 2023 neuer Chefarzt der Chirurgie am Spital Aarberg. Radke arbeitet seit April 2021 für die Insel-Gruppe, zuletzt am Standort Tiefenau als Chefarzt der Chirurgie. 



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

Frage & Antwort



Wahlleistungen bei Chefarzt-Doppelspitze



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, ob bei einem Chefarzt-Teammodell beide Chefarzte, die Fachärzte für Gefäßchirurgie sind, in der Wahlleistungsvereinbarung als Wahlärzte benannt werden können und ob ein gemeinsamer Erlöstopf hierfür im Rahmen der Vergütungsstruktur akzeptabel ist.

ANTWORT:

Nachdem nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung die Bestimmung des Zuständigkeitsbereichs des Wahlarztes in der Wahlleistungsvereinbarung so klar definiert sein muss, dass der Patient ohne Weiteres erkennen kann, welcher Arzt tatsächlich zuständig ist, kann pro Fachgebiet nur ein Wahlarzt in der Wahlleistungsvereinbarung zulässig benannt werden. Es kann somit aus meiner Sicht für das Fachgebiet Gefäßchirurgie nicht zwei Wahlärzte geben, es sei denn, das Fachgebiet Gefäßchirurgie wird weiter untergliedert.

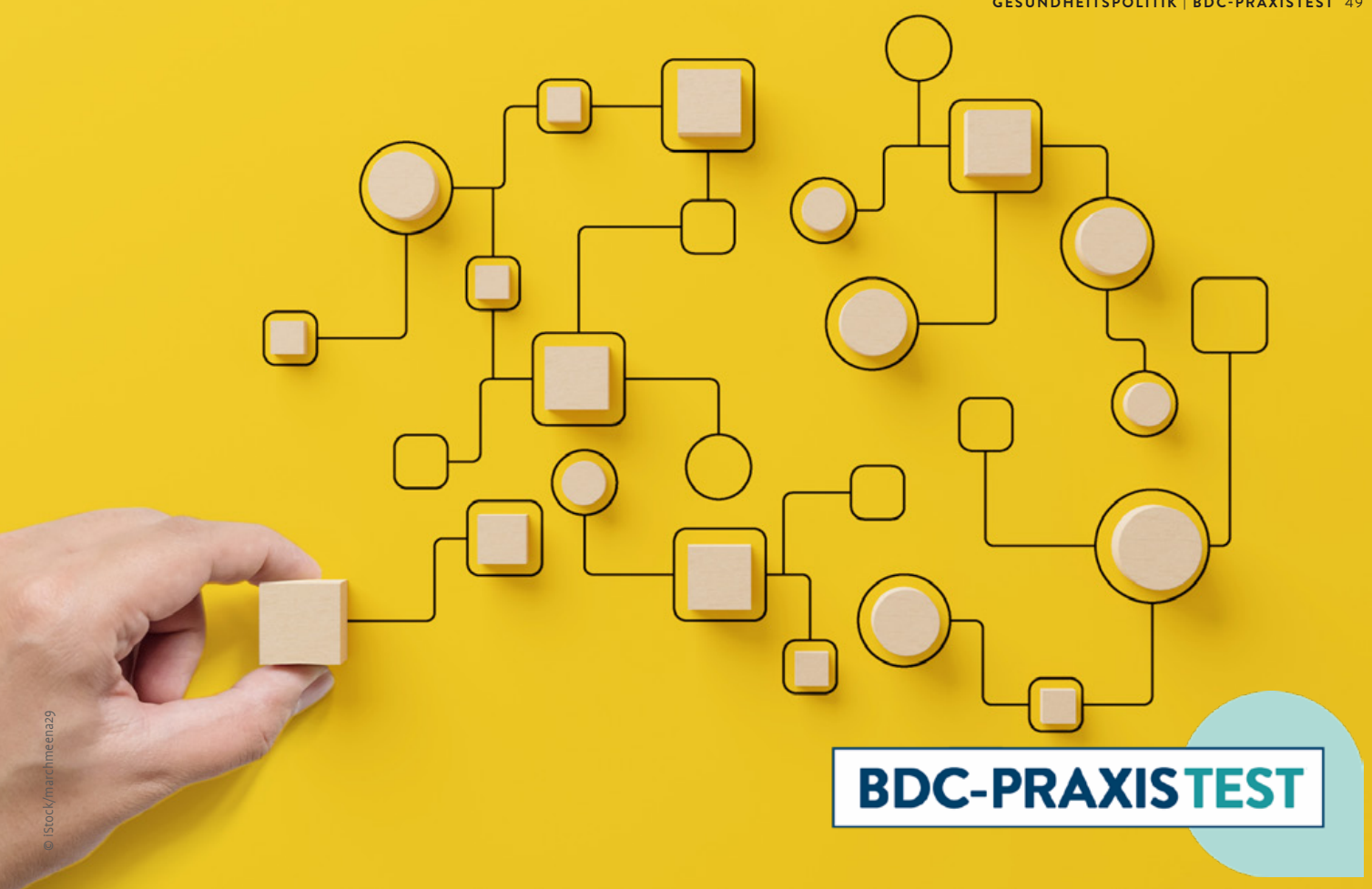
Somit kann eine Wahlleistungsvereinbarung nur wirksam geschlossen werden, wenn das Fachgebiet Gefäßchirurgie weiter untergliedert wird, sodass jeder der beiden Chefarzte als Wahlarzt für eine jeweils abgrenzbare Untergliederung zuständig ist und in der Vereinbarung benannt wird. Auch pro Untergliederung darf nach der Rechtsprechung nur ein Wahlarzt benannt werden. Die klar abgrenzbare Untergliederung kann dabei beispielsweise entweder erfolgen nach Unterfachbereichen oder Schwerpunkten der Gefäßchirurgie oder nach Stationen bzw. Sektionen.

Von einem gemeinsamen Erlöstopf rät der Verfasser aus anwaltlicher Sicht ab, da die Erfahrung zeigt, dass im Hinblick auf die jeweilige Performance des einzelnen Team-Chefarztes es über kurz oder lang zu Diskussionen kommt und daher im Ergebnis ein gemeinsames „Erlösschicksal“ erheblich konfliktträchtig ist. ○

Heberer J: F+A: Wahlleistungen bei Chefarzt-Doppelspitze. 2023 Dezember; 13(12): Artikel 04_06.



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



Neue flexible Ansätze für Sichten auf die medizinischen Daten tun Not

Peter Haas, Jessica Swoboda

VORWORT – KLINISCHES DASHBOARD – ALLES AUF EINEN BLICK

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Zeitalter der Information ist die wahre Kunst, nicht alles zu wissen, sondern die entscheidenden Informationen richtig miteinander zu kombinieren. Neben der Erhebung und Sammlung von Daten gehört dazu ihre Gewichtung. Erhebung und Sammlung werden mittlerweile in nahezu allen Sparten elektronisch abgehandelt. Der wandelnde humane Almanach alter Schule ist immer noch beeindruckend, aber in der modernen Lern- und Lehrtheorie eigentlich überholt. Jedes Smartphone bietet den jederzeitigen Zugang zur Weltbibliothek. Man muss also nicht mehr auswendig, sondern kombinieren lernen.

**Korrespondierender Autor:****Prof. Dr. Peter Haas**

Fachhochschule Dortmund
 Fachbereich Informatik, Medizinische
 Informatik
haas@fh-dortmund.de

**Jessica Swoboda, M. Sc.**

Fachhochschule Dortmund
 Fachbereich Informatik, Medizinische
 Informatik
 Universitätsklinikum Essen
 Institut für Künstliche Intelligenz in der
 Medizin

Haas P, Swoboda J: BDC-Praxistest: Neue flexible Ansätze für Sichten auf die medizinischen Datentun Not. Passion Chirurgie. 2023 Dezember; 13(12): Artikel 05_01.



Mehr BDC-Praxistests finden Sie auf
[BDC|Online \(www.bdc.de\)](http://BDC|Online (www.bdc.de)).

Da moderne Informationssammlungen den Informationssuchenden auch in der Medizin mit Informationsinhalten geradezu überschütten, liegt ein entscheidender Schritt auch in der Informationsdarstellung. Alles auf einen Blick ist doch das alte Ideal aus Schüler- und Studententagen zur Erfassung komplexer Themenfelder. Ein Spickzettel wird auch in Mikroschrift diesem Anspruch heute nicht mehr gerecht.

Klinische Dashboards, die standardisiert aufgebaut individuell angepasst werden können, bieten hier eine sehr interessante Alternative. Und weil die sichtbare Information vom Interpretieren – hier also dem Arzt – zusammengestellt wird, bleibt im Gegensatz zu Diagnosehilfen, die passiv konsumiert werden, auch Platz für die intellektuelle Leistung der Synopse, was Lernfortschritt und Verständnis sicher fördert. Klinische Dashboards sind ein spannendes Tool in einer Zeit medizinischer Diagnostik und Therapie, in der frei nach Neil Postman der Erfolg dadurch bestimmt wird, das Wesentliche zu erkennen und Unwesentliches einfach wegzulassen.

Erhellende Lektüre wünschen

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



Prof. Dr. med. D. Vallböhmer



Anzahl und Komplexität von medizinischen Daten zu Patient:innen steigen kontinuierlich – z. B. durch Hinzukommen neuer diagnostischer und therapeutischer Verfahren, Multimorbidität oder Zunahme geriatrischer Fälle. So wird es immer schwieriger und aufwändiger, alle relevanten Daten im Blick zu halten. Dafür können – wie in anderen Branchen oft üblich – Dashboards zum Einsatz kommen, wobei klinische Dashboards eine hohe Flexibilität und Individualität bieten müssen und besondere Anforderungen haben. Die Vorteile: Hat der Arzt/die Ärztin beim Öffnen einer Patientenakte immer sofort alles Relevante im Blick, kann einerseits Zeit gespart werden und andererseits die Qualität und Effektivität von klinischen Entscheidungen erhöht werden. Dafür muss es auch möglich sein, dass vordefinierte Dashboards in Form von generellen oder indikationsspezifischen Vorlagen zum Einsatz kommen können. Für eine hohe Patient:innen-Orientierung muss eine Patient:innen-individuelle Anpassung der Sichten möglich sein. Die Zusammenstellung des Dashboardaufbaus muss einfach und für jeden Arzt/jede

Ärztin ohne großen Schulungsaufwand möglich sein. Am Beispiel eines Diabetes-Dashboard werden der Grundaufbau und die möglichen Komponenten vorgestellt und erläutert.

HINTERGRUND UND MOTIVATION

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen und der Einsatz elektronischer Patientenaktensysteme führen zu immer mehr Informationen über Patient:innen. Neue diagnostische und therapeutische Verfahren sowie die Zunahme von chronisch kranken und multimorbiden Patient:innen verstärken diesen Aspekt. So sieht sich der Arzt/die Ärztin bei seinen/ihrer Entscheidungen und dem Monitoring der Patient:innen-Situationen im Rahmen wiederkehrender Vorstellungen immer mehr Daten gegenüber. Diese Daten können für klinische Entscheidungen kaum mehr effizient gesichtet werden, denn die Visualisierungen von relevanten Patient:innen-Informationen mittels statischen Bildschirmmasken und hierarchischen Ordnerbäumen erfordern in den gängigen klinischen Softwaresystemen

viele Klicks und Aktionen, um alle in klinische Entscheidungen einzubeziehenden Informationen abzurufen und einzusehen. Hier bedarf es neuer intelligenter und flexibler Ansätze, die auf einen Blick alles Wichtige sachgerecht anzeigen lassen.

DAS PRINZIPIELLE KONSTRUKT 'DASHBOARD'

Als Dashboard wird eine Visualisierungsform bezeichnet, mit welcher Daten übersichtlich auf einem Bildschirm dargestellt werden. Die Daten stammen dabei aus einem großen Daten-Pool, der nur schwerlich rasch überblickt werden kann. Die anzuzeigenden Daten hängen vom Anwendungsgebiet und dem Nutzungskontext ab, somit ist ein Dashboard stets auf einen speziellen Anwendungsfall ausgerichtet [1]. Da in einem Anwendungsbereich viele Anwendungsfälle existieren, gibt es in einem Anwendungsbereich oftmals zahlreiche Dashboards. Durch die von Dashboards bereitgestellten Daten kann das Verständnis des Benutzers/der Benutzerin über die Gegebenheiten verbessert [1] und ein effizienteres Arbeiten und sachgerechtere Entscheidungen unterstützt werden. Medizinische Dashboards können u. A. dafür genutzt werden, um medizinische Daten aus Patientenakten darzustellen. Diese sollen Mediziner:innen durch ihre übersichtliche Darstellung von relevanten Informationen bei der Entscheidungsfindung innerhalb der Behandlung unterstützen und zur Behandlungsqualität beitragen [2].

GRUNDIDEE UND ANFORDERUNGEN

Medizinische Informationen aus durchgeführten diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen sind umfangreich und vielfältig. Mit Blick auf eine Fragestellung oder bezogen auf eine bestimmte Indikation haben aber nicht alle Informationen den gleichen Stellenwert und sind dauerhaft relevant. Man kann hier von einer „Halbwertszeit“ gewisser Information sprechen. Die Information einer chronischen Erkrankung hat ab Feststellungszeitpunkt dauerhaft Bedeutung, ein Laborwert aber nur für einen bestimmten kurzen Zeitraum, es sei denn, dieser wird für

eine Trendanalyse (Beispiel Entwicklung des Tumormarkerwertes) benötigt. So macht es also wenig Sinn, alles auf Basis einer Patientenakte, die alle Informationen über lange Zeit enthält, durchsuchen zu müssen, um bestimmte Aspekte oder nur einen kleinen Zeitabschnitt zu Daten der letzten Tage anzuschauen. Daher ist die Grundidee eines klinischen Dashboards, je nach Wichtigkeit der Informationen bezogen auf eine Indikation oder die spezielle Patient:innen-Situation eine vorkonfigurierte klinische Übersichtsansicht zur Verfügung zu stellen.

Dabei ergeben sich eine Reihe von Anforderungen:

- Ein Dashboard sollte die Informationen nach bestimmten Kategorien darstellen können. Auf oberster Ebene sind dies z. B. die Phänomenarten Symptome, Diagnosen, Maßnahmen, Vorfälle, Medikationen, Einteilungen und Scores, klinische Parameter zu sehen. Die Kategorisierung sollte ausdrucksstark und granular sein, um die klinische Phänomenologie eines Patienten/einer Patientin gut abbilden zu können.
- Für die Anzeige sollten, ähnlich wie man das von Textverarbeitungssoftware kennt, Vorlagen definiert und hinterlegt werden können.
- Vorlagen müssen für bestimmte Anwendungsfälle definiert werden können, z. B. bezogen auf spezielle Indikationen, wobei es auch alternative Sichten/Dashboards je Indikation geben können muss.
- Eine Anpassung von Vorlagen auf die individuelle Patient:innen-Situation muss möglich sein, gegebenenfalls z. B. auch für wichtige Informationen über zwei Indikationen und/oder mehrere Aspekte hinweg (Beispiel Patient:in hat Diabetes und Asthma und Übergewicht).
- Einem Patienten/einer Patientin müssen auch mehrere verschiedene Dashboards zugewiesen werden können, zwischen denen rasch umgeschaltet werden muss.
- Die Integration oder der rasche Aufruf von Bild- und Signalobjekten muss möglich sein.

AUFBAU UND ELEMENTE EINES KLINISCHEN DASHBOARDS

AUFBAU

Bei jeder klinischen Anwendung bzw. Maske ist es unabdingbar, dass der Anwendungskontext klar ist. Unser Dashboard (siehe **Abbildung 1**) enthält daher im oberen Headerbereich sehr präsent eine Übersicht der Patient:innen-Stammdaten und den problemorientierten Dashboard-Fokus. Aber auch der aktuelle klinische Status des Patienten/der Patientin sollte direkt deutlich werden. Daher befinden sich im Headerbereich zusätzlich die Patient:innen-spezifischen wichtigen klinischen Zielwerte sowie gegebenenfalls erhobene Assessment- und Score-Werte.

Neben diesen schnell zu überblickenden generellen Angaben werden spezifischere Behandlungsinformationen zu den einzelnen klinischen Phänomenen benötigt. Diese werden, nach Typen gruppiert und in Form von Bausteinen im zentralen Bausteinbereich unseres Dashboards angezeigt. Diese Bausteine nennen wir im Folgenden ClIPICs (Clinical Phenomenon Information Components). Ein ClIPIC repräsentiert entweder eine der o. a. Phänomenarten oder einen speziellen benutzer:innen-definierten Inhalt.

Um optimal und ganz spezifisch im Behandlungs- und Patient:innen-Kontext den Arzt/die Ärztin in seinen/ihren Entscheidungen unterstützen zu können, werden statt einer statischen Patientenaktenansicht für alle Arten von Patient:innen und Indikationen ganz individuell anpassbare (Dashboard-)Ansichten benötigt.

Je nach Indikation und spezieller Patient:innen-Situation sollten individuell ausgewählte relevante Informationen zusammengestellt und visuell präsentiert werden können. Gerade in Zeiten von Termindruck und Zunahme der zu behandelnden Patient:innen pro Zeiteinheit kann eine solche angepasste Gesamtsicht auf die Patient:innen-Situation einen Wertebeitrag zum Behandlungserfolg leisten.

Damit das Dashboard schnell angepasst werden kann, können Konfigurationen und

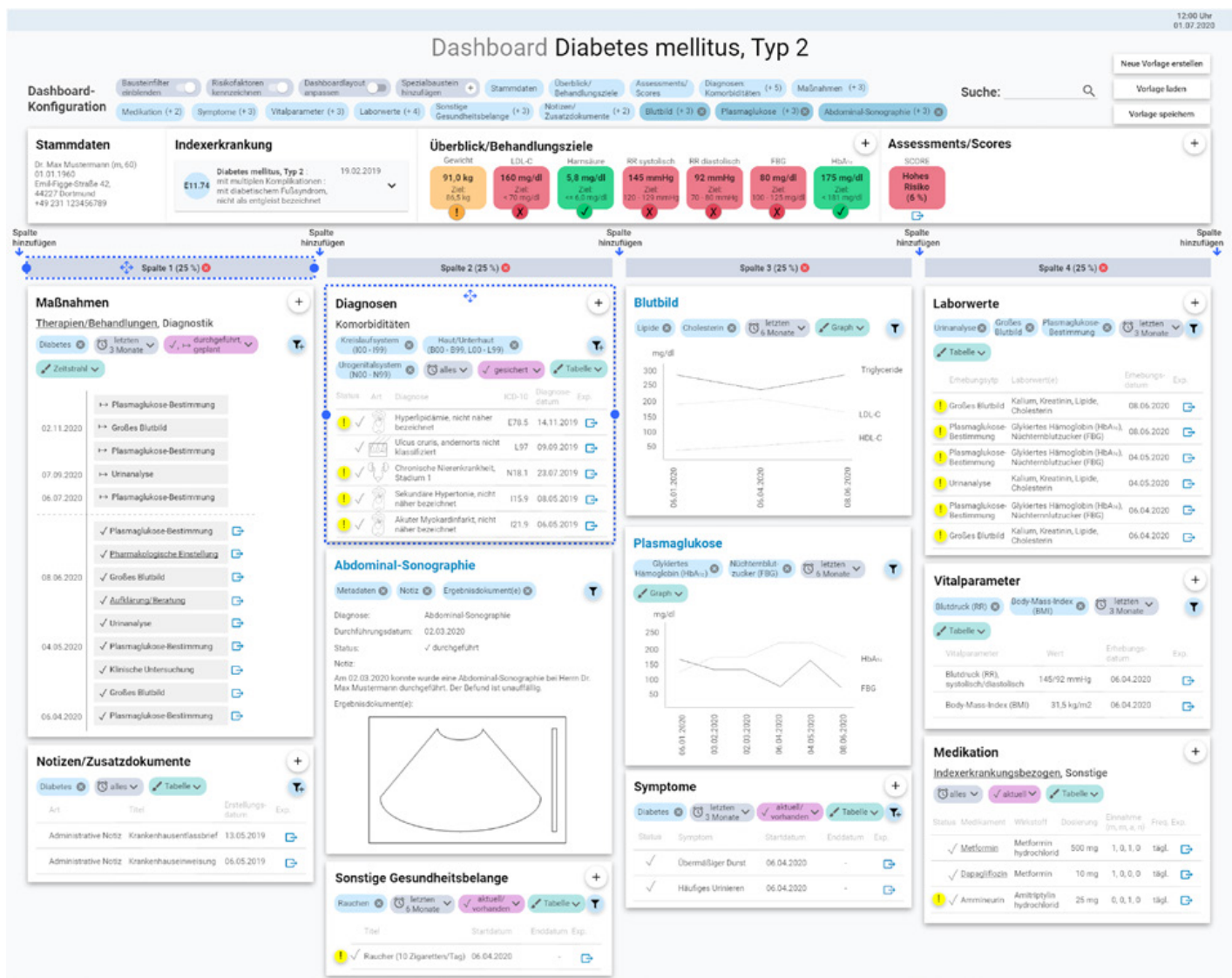


Abb. 1: Dashboard Mockup; Beispiel für Typ 2 Diabetes Mellitus, mit Bereichen/Bausteinen, Filterungen, Konfigurationen und Risikofaktorkennzeichnungen

Filterungen durch einen Klick auf Chips, d. h. kleine Rechtecke mit maximal abgerundeten Ecken, im Baustein- und Konfigurationsbereich angepasst werden. Da je nach klinischem Anwendungsfall die vielfältig vorhandenen klinischen Informationen bzw. Informationstypen von unterschiedlicher Relevanz sind, können diese in unserem Dashboard auch mithilfe von Chips ein- und ausgeblendet, inhaltlich gefiltert und in ihrer Anzeigegröße und -position angepasst werden. So können die Plasmaglukosewerte z. B. bei Patient:innen mit T2DM besonders relevant sein und in unserem Dashboard in einem Extra-Bereich sehr detailliert über eine Zeitspanne angezeigt werden, und bei anderen Patient:innen nur als je ein Wert unter

vielen verschiedenen Laborwerten angezeigt werden.

Sollten Risikofaktoren vorliegen, können diese innerhalb des Dashboards visuell hervorgehoben dem Benutzer/der Benutzerin angezeigt werden. Zusätzlich können Dashboard-Inhalte nach Freitexten durchsucht und einmal erstellte Dashboard-Vorlagen gespeichert, verwaltet und wiederverwendet werden.

CLINICAL PHENOMENON INFORMATION COMPONENTS (CLiPICs)

Ein wichtiger Aspekt für die Medizinische Dokumentation und digitale Patientenakten ist die

Granularität der Dokumentation. So sind Systeme die nur Dokumente verwalten wenig geeignet, klinische Entscheidungen und Handeln zu unterstützen. Man sollte also die klinische Phänomenologie aus z. B. Diagnosen, Maßnahmen, Medikation, Symptomen, Vitalparametern, Laborwerten, Sonstigen Gesundheitsbelangen oder Notizen/Zusatzdokumenten (siehe **Abbildung 2**) gut abbilden können.

Diese medizinischen Inhalte können für Speicherung und Anzeige in Bausteinen gekapselt werden, wobei auch Beziehungen zwischen den Phänomenen möglich sind.

CLiPICs bestehen aus einem Bezeichner, aktiven Filterchips (inhaltlich, zeitlich und

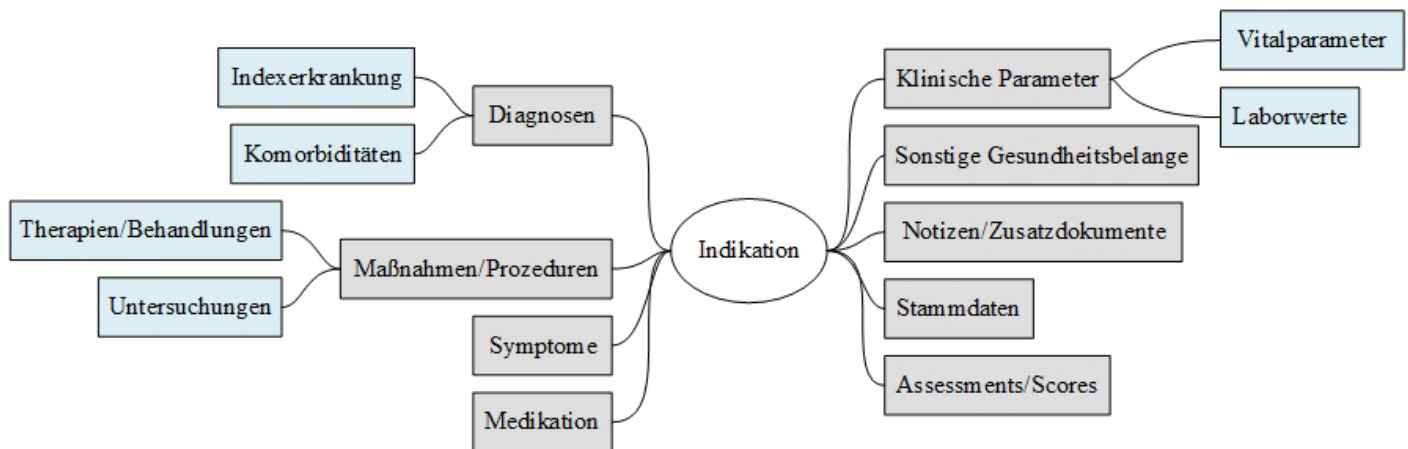


Abb. 2: Phänomenklassen (grau) und -unterklassen (blau) einer Indikation

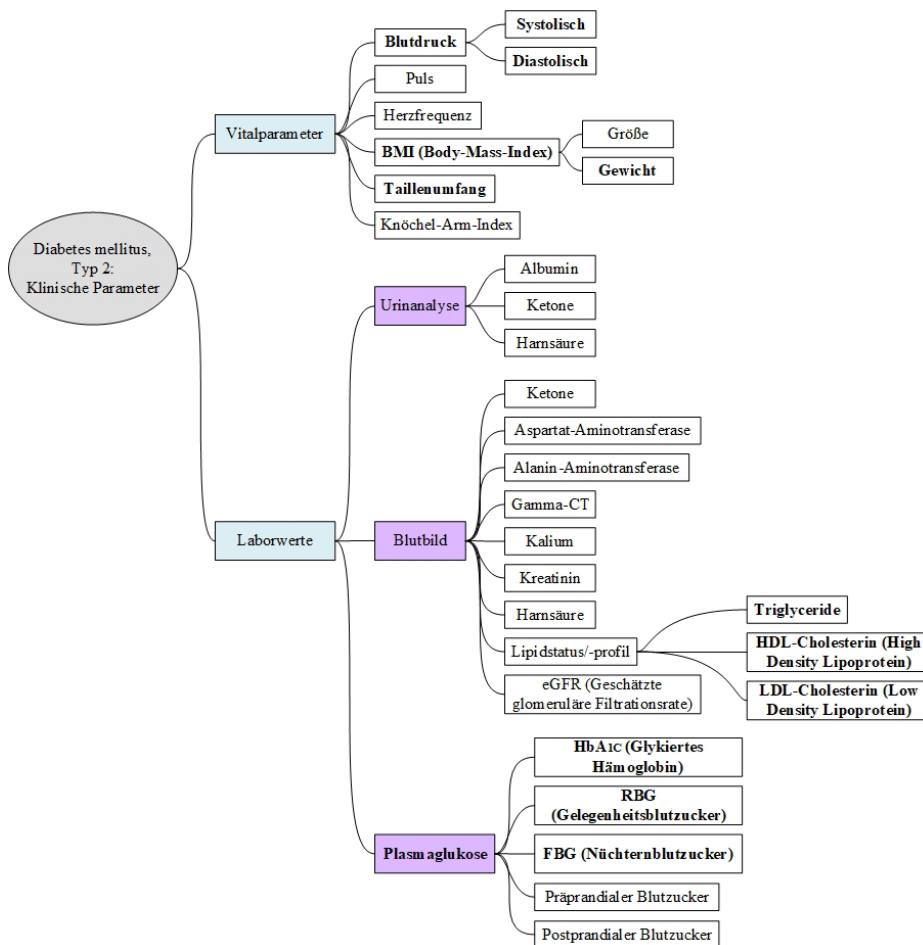


Abb. 3: Mindmap medizinischen Fachwissens der Indikation Typ 2 Diabetes Mellitus der Phänomenklasse (grau) Klinische Parameter und -unterklassen (blau) Vitalparameter und Laborwerte mit verschiedenen Phänomenentitäten (violett), Attributen (farblos) und möglichen Risikofaktorkennzeichnungen (Fettschrift)

statusabhängig), einem Chip zur Anpassung der Darstellungsform (Tabelle, Graph und Zeitstrahl), und Buttons zum Hinzufügen weiterer inhaltlicher Filter und medizinischer

Daten. Visuelle Markierungen können optional einzelne medizinische Phänomene innerhalb von ClIPICs als Risikofaktoren kennzeichnen.

DASHBOARD-VORLAGEN

Nun macht es jedoch wenig Sinn mit Blick auf Aufwand und Standardisierung, immer wieder für jeden Patienten/jede Patientin ein Dashboard zu konfigurieren, denn einerseits generell und andererseits je nach Indikation gibt es aus medizinischer Sicht immer eine Menge von Informationen, die von besonderer Bedeutung sind.

Ähnlich wie bei gängiger Textverarbeitungssoftware, welche Vorlagen für Briefe, Rechnungen usw. nutzen, nutzt auch unser Dashboard Vorlagen. Durch Dashboard-Vorlagen können die Konfiguration und das Layout eines einmal zusammengestellten Dashboards gespeichert und für weitere Anwendungsfälle mit unterschiedlichen Benutzer:innen und Patient:innen angepasst und wiederverwendet werden.

Als Anwendungsfall unseres generisch-konfigurierbaren und problemorientierten Dashboards haben wir beispielhaft die chronische Erkrankung Typ 2 Diabetes Mellitus (T2DM) genutzt. Medizinisches Fachwissen zur Behandlung und zum Management dieser Indikation (siehe **Abbildung 3**) wurden hierzu einer Behandlungsleitlinie [3], einer aufbauenden praktischen Empfehlung [4] und einer thematisch verwandten Publikation [5] entnommen. Die beispielhaft vorgestellte T2DM-Dashboard-Vorlage verdeutlicht auch, wie Dashboard-Vorlagen spezifisches Expert:innen-Wissen darüber, welche Phänomene und Ergebnisse in einem bestimmten

Anwendungsfall und Kontext überwacht und überblickt werden sollten für weitere Anwendungsfälle vererben können. Ein indikationsspezifisches Dashboard bildet somit Fachwissen ab.

SCHLUSSFOLGERUNG

Klinische Dashboards können Ärzten und Ärztinnen dabei helfen, den Überblick über klinische Patient:innen-Situationen zu behalten und somit bei klinischen Entscheidungen unterstützen. Eine von uns durchgeführte nicht repräsentative qualitative Umfrage hat u. A. gezeigt, dass die meisten Proband:innen mit ihren aktuellen Informationssystemen keine spezifischen Übersichten erstellen können. Es zeigt sich, dass sie sich von unserem Dashboard besser unterstützt fühlen würden. Es bedarf somit in den verschiedenen klinischen Informationssystemen neuer intelligenter und flexibler Ansätze, die auf einen Blick alles Wichtige sachgerecht anzeigen lassen.

In der digitalen Ausgabe der PASSION klicken Sie [hier](#) für ein 2-Minuten-Video „Klinische Dashboards“ von Jessica Swoboda und Prof. Peter Haas oder Sie geben in Ihren Browser ein: <https://bit.ly/BDC-Dashboard-Video>.

LITERATUR

- [1] Matheus R, Janssen M, Maheshwari D. Data science empowering the public: Data-driven dashboards for transparent and accountable decision-making in smart cities. *Gov Inf Q*. 2020;37(3):101284. doi:10.1016/j.giq.2018.01.006
- [2] Dowding D, Randell R, Gardner P, et al. Dashboards for improving patient care: review of the literature. *Int J Med Inform*. 2015;84(2):87-100. doi:10.1016/j.ijmedinf.2014.10.001
- [3] Nationale VersorgungsLeitlinie (Bundesärztekammer, KBV, AWMF). Therapie des

Typ-2-Diabetes: Langfassung 1. Auflage. Available at: <https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/diabetes-mellitus/archiv/therapie/dm-therapie-1aufl-vers4-lang.pdf>. Accessed September 01, 2023

- [4] Landgraf R, Aberle J, Birkenfeld AL, et al. Therapy of Type 2 Diabetes. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2019;127(S 01):S73-S92. doi:10.1055/a-1018-9106
- [5] Zghebi SS, Mamas MA, Ashcroft DM, et al. Development and validation of the Diabetes Severity SCOrE (DISSCO) in 139 626 individuals with type 2 diabetes: a retrospective cohort study. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2020;8(1):e000962. doi:10.1136/bmjdr-2019-000962

Herzmedizin 2024

17. - 19. FEBRUAR 2024
CONGRESS CENTER HAMBURG

**MISSION
ZUKUNFT!**



56. JAHRESTAGUNG

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

www.dgpk-jahrestagung.de



53. JAHRESTAGUNG

Deutsche Gesellschaft für
Thorax-, Herz- und
Gefäßchirurgie

www.dgthg-jahrestagung.de



BDC|Pressemitteilung

Die Pflege als wichtige Säule des Gesundheitssystems muss wieder attraktiv werden

Berlin, den 08.11.2023 – Im Vorfeld des Deutschen Krankenhaustags 2023 mahnt der Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC) an, endlich notwendige Maßnahmen zu ergreifen, um den aktuellen akuten Pflegenotstand zu überwinden. „Wir begrüßen, dass die Zukunft der Pflege beim Deutschen Krankenhaustag intensiv thematisiert werden soll. Wir sind an einem Punkt, an dem der Personalmangel in der Pflege dazu führt, dass in den Kliniken bestimmte Leistungen nicht mehr erbracht werden können oder durch Studierende oder Ärztinnen und Ärzte notdürftig kompensiert werden müssen. Unser Gesundheitssystem droht zusammenzubrechen, wenn wir die Pflegeberufe nicht bald attraktiver gestalten und so den Menschen Anreize geben, sie – auch längerfristig – auszuüben“, so BDC-Präsident Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer.

Die Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland steigt immens. Im Jahr 2022 waren es 4,1 Millionen, Tendenz steigend. 1,9 Millionen Menschen arbeiteten 2022 in der Pflege, 200.000 Pflegerinnen und Pfleger fehlen für eine adäquate Pflegesituation in Deutschland. Dazu kommt, dass ausgebildete Pflegekräfte oft nicht lange in ihrem Beruf bleiben und durch Berufswechsel Patienten und Ärzteschaft nicht mehr zur Verfügung stehen.

Die Unzufriedenheit über den Pflegeberuf liegt nicht nur im geringen Gehalt. Aktuelle Umfragen zeigen, dass Pflegekräfte außerdem die mangelnde Wertschätzung ihres Berufs kritisieren. Dazu kommen Stress und körperliche und psychische Belastungen, die durch die immer dünner werdende Personaldecke weiter zunehmen werden. Auch der gute und persönliche Kontakt zu den Patienten durch die angespannte Arbeitssituation fehlt den Pflegekräften. Zudem wollen sie stärker in Entscheidungsprozesse ihres Hauses eingebunden werden.

„Die jetzige Arbeitssituation steht mit den Erwartungen der nachfolgenden Generationen bezüglich eines auskömmlichen Gehalts, Vereinbarkeit von Beruf und Familie und Erfüllung im Job durch Sinnstiftung und Anerkennung in einem diametralen Verhältnis. Wenn sich hier nichts ändert, wird die Abwanderung in der Pflege zunehmen und die Lage sich weiter zuspitzen. Wir fordern daher jetzt sofort Maßnahmen und Kampagnen von Regierung, Verbänden und dem Management an den Krankenhäusern, den Pflegeberuf wieder attraktiv zu machen, um engagiertes Personal langfristig zu gewinnen“, erklärt Meyer. ○



Presse-Kontakt BDC: Olivia Päßler,
Telefon 030/28004-203, presse@bdc.de

Alle Pressemitteilungen und das Medienecho
finden Sie auf BDC|Online im Bereich
PRESSE.

Kommentar des Generalsekretärs



Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
Generalsekretär der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)
DGCH-Präsident 2019-20
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

Sie werden sich vielleicht erinnern! Im letzten Jahr konnten wir Weihnachten eine Reihe erfreulicher virtueller Pakete auspacken. In vielen waren nur Botschaften verpackt, wobei die verlässlichsten Botschaften aus der Biologie bzw. Infektiologie kamen. Tatsächlich hat die alle quälende Pandemie ihren Schrecken verloren und ist zur beherrschbaren Erkältungskrankheit mutiert. Das Virus wird nie ganz verschwinden und Risikogruppen wird zu einer inzwischen angepassten Vakzination geraten. Allerdings verschärfen die Krankheitsausfälle unser sowieso existierendes Personalproblem. Wohl deshalb haben einige Krankenhäuser auch wieder eine Maskenpflicht und verschärfte Besuchs- und Isolationsregeln eingeführt.

Alle anderen Pakete scheinen irgendwie vergiftet zu sein. Jedenfalls sind wir mit den meisten Inhalten nicht substantiell weitergekommen. Die Reformvorhaben stocken im Nebel des Föderalismus und viele, zu viele Pakete mit der Aufschrift „Vorsicht ernsthafte Krise“ sind hinzugekommen. Darüber hinaus ärgern uns hausgemachte Probleme der Politik und lassen uns am herrschenden politischen Sachverstand zweifeln, wenn Maßnahmen und große finanzielle Transaktionen von den Gerichten kassiert werden. Wird da nicht zu Ende gedacht oder schlecht regiert, fragt sich der redliche Bürger. Auch die, die zu den Gerichten laufen, sollte man fragen, ob sie das geflügelte Sprichwort von Wilhelm Busch „Wehe, wehe, wenn ich auf das Ende sehe“ vergessen haben. Die Oppositionsparteien empören sich und die Regierung beschwichtigt, es handelt sich nur um 15 Milliarden Euro pro Jahr. Aber ein solcher Betrag ist z. B. kalkuliert worden, um die

Transformation der Krankenhäuser in den Reformvorhaben zu unterstützen.

Der hektische Umbruch unserer Zeit macht auch nicht vor uns halt und wieder fragen wir uns, was die jetzige krisenhafte Lage uns Chirurginnen und Chirurgen an Paketen unter den Weihnachtsbaum legen wird. Welche Pakete werden wir selbst geschnürt haben und welche Wunschliste wird einer Erfüllung in der Zukunft oder nie entgegensehen. Letzteres würde bei der Ad-hoc-Kommission zur Strukturreform der AWMF, bei der sich Vertreter von über 80 klinisch wissenschaftlichen Fachgesellschaften engagieren und die sich über das gesamte Jahr 2023 redlich bemüht hat, die vom Bundesministerium für Gesundheit angestoßenen Reformen konstruktiv zu begleiten, eine massive Frustration auslösen. Der vom Minister Lauterbach als revolutionär bezeichnete Entwurf ist längst in den Niederungen des Föderalismus zerredet worden. Aus einem System des partiellen Ersatzes von Fallpauschalen durch Vorhaltepauschalen mittels qualitativ definierten Leistungsgruppen wird jetzt ein Modell zur Krankenhausplanung in NRW mit deutlich weniger Leistungsgruppen diskutiert. Dementsprechend tut sich das INEK schwer, die Vorhaltepauschalen zu kalkulieren. Erste Schätzungen der Auswirkung der Umsetzung dieses Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG: ein solches Wort ist nur in der deutschen Sprache möglich) ergaben für NRW eine Ausweitung der Standorte und des Leistungsportfolios, also das Gegenteil des gewünschten Effektes. Statt Konzentration der hochwertigen komplexen Leistungen ist wieder Beliebigkeit angesagt! Aber noch liegt nur ein vorläufiger Referentenentwurf für ein bundesweites Ausrollen vor. Da des Ministers liebstes Kind, die Einteilung der Krankenhäuser in qualitativ definierte Level als wichtiger Eckpunkt

der Reform, an den Ländern gescheitert ist, möchte er diese Einteilung über eine Transparenzverordnung einbringen. Zunächst war man im Ministerium der Meinung, dass diese Verordnung nicht Bundesratspflichtig sei, muss ab jetzt konstatieren, dass diese Verordnung im Bundesrat durch Zweidrittel-Mehrheit gestoppt werden kann. Die ungeliebte Levelbezeichnung und der vorgezogene Zeitpunkt der Verabschiedung könnten die eigentlich notwendige Qualitätstransparenz zu Fall bringen. Welche weiteren Pakete hat Minister Lauterbach, der sich schon einmal als „Chirurgie-Sympathisant“ geoutet hat, für uns geschnürt? Für die Ambulantisierung sind Hybrid-DRGs auf den Weg gebracht worden, neben Cannabis gibt es auch Pakete gegen den Medikamentenmangel. Vorstellungen des G-BA zur Notfallversorgung wurden vom BMG sofort wieder eingepackt. Es darf noch spekuliert werden, ob Digitalgesetz und Gesundheitsdatennutzungsgesetz beim „unpacking“ überleben werden. So herrscht am Jahresende eine etwas trübe Stimmung in Berlin. Hierzu tragen auch Untergangsstimmungspakete bei. Sie tragen Aufschriften wie: „Die KBV sieht die ambulante Versorgung in Gefahr“, „Freie Heilberufe warnen vor derzeitiger Gesundheitspolitik“ und bitten den Bundeskanzler, seinen Gesundheitsminister zu beeinflussen. Scharfe Kritik auch an den Plänen des Bundesgesundheitsministers, die Apotheken in Früherkennung und Prävention einzubinden. Alle Jahre wieder können wir auch ein stetig wachsendes Paket mit der Aufschrift „Bürokratie“ mit wachsendem Unwillen erwarten. Abhilfe soll ein zeitnah erscheinendes, großes und umfassendes Entbürokratisierungsgesetz bringen. Ob dies mit der rückständigen und durch übermäßigen Datenschutz behinderten Digitalisierung in unserem Gesundheitssystem zu schaffen ist, dürfte mit einem großen Fragezeichen zu versehen sein. Wenn wir eine Qualitätsverbesserung wollen und wenn diese transparent gemacht werden soll, dann benötigen wir Daten und diese Datenerhebung ist mit einem Mehraufwand zweifelsohne verbunden. Dies kann aus meiner Sicht nur mit einer riesigen Investition in KI geschafft werden. Der Bund wird dies nicht finanzieren können, die Länder werden sich verweigern und um die optimistische Vision des Gesundheitsministers, aus

dem 200 Milliardenpaket der Energiesoforthilfe ein 8 Milliarden Paket für die Krankenhäuser herauszuschneiden, ist es sehr ruhig geworden. Stattdessen rollt eine regelrechte Insolvenzelle durch die Republik. In vielen Krankenhäusern geht die Existenzangst um. Müssen Kliniken schließen, wird das voraussichtlich vor allem ländliche Regionen treffen und dort reißt es Löcher in die flächendeckende Versorgung; übrigens nicht nur in den Krankenhäusern, sondern auch in der ambulanten Notfallversorgung. Es wird berichtet, dass die Kassenärztliche Vereinigung droht, defizitäre Notfallpraxen zu schließen. Eine solche Maßnahme würde den Druck auf die Krankenhausambulanzen weiter steigern.

In einem Paket, auf dem in bunten Lettern „Pflege- und Funktionspersonal“ steht, wird gähnende Leere herrschen. Die bunte Hülle, die eigentlich für mehr Personal und bessere Arbeitsbedingungen, spricht ein besseres Patientenbetreuungsverhältnis steht, darf nicht über die Frage hinwegtäuschen, wie der Mehrbedarf an Pflegepersonal denn zu decken sei. Auch muss die Resilienz unserer jetzt schon dauerbelasteten Kollegen und des Pflegepersonals umgehend gestärkt werden. Hierzu gehört die kontinuierliche Überprüfung unserer Arbeitsbedingungen und eine adäquate Bezahlung der Pflege. Diese Fakten müssen immer wieder kommuniziert werden und da hat sich seit einem Jahr nichts verbessert.

Ein schönes Paket wird unsere Präsidentin Frau Professor Bruns auspacken können. Es ist gefüllt mit Abstract-Einreichungen für den nächsten DCK 2024. Die Sichtung der Reviews lässt jetzt schon erkennen, dass die Qualität der Abstracts auf einem erfreulich hohen Niveau liegt. Schön, dass sich auch die Zahl der Abstracts für die chirurgische Forschung jetzt auf einem guten Niveau eingependelt hat. Alle kongressbeteiligten Fachgesellschaften, Verbände, Sektionen und Arbeitsgemeinschaften sind übrigens aufgefordert, die Vorträge der Sitzungen nicht nur gendgerecht 1:1 zu besetzen, sondern auch einen dritten Juniorvorsitz zu bestimmen. Das Kongresspaket, das die Präsidentin schnüren kann, wird wie 2023 aus zwei gleichberechtigten Teilen bestehen; einem

rein digitalen Teil in der 16. Kalenderwoche für die chirurgische Forschung und Rapid Communications, der ursprünglichen Posterpräsentation. Exzellente Teile der Forschung, wie die Fritz-Linder-Preisträgersitzung, aber auch preiswürdige „Poster“ werden in der 17. Kalenderwoche einem dann präsenten Auditorium präsentiert. Die Kongressdauer von Mittwoch bis Freitag in dieser zweiten Woche hat sich bewährt. Zwei Sitzungsstränge werden online gestreamt. Die hybride Veranstaltung wird einen internationalen Strang (fester Sitzungs-saal) haben, in dem das Gastland USA, aber auch uns unmittelbar benachbarte Länder sowie Japan ihren Platz finden werden. Alle ausländischen Gäste werden zu einem internationalen Empfang vom Präsidenten eingeladen werden. Es wird auch wieder einen Gesellschaftsabend geben und auch außerhalb der Kongresszeiten ist der etablierte Organspendelauf geplant; auch dieser ist seit der Pandemie hybrid. Zum Stichwort Interdisziplinarität lässt sich sagen, dass wir den Kongress bewusst in diese Richtung steuern. Erfreulicherweise spiegelt sich dies auch in den eingereichten Abstracts, aber auch in den Beiträgen der assoziierten Fachgesellschaften, die ihren Hauptkongress separat veranstalten, wider. Für den DCK 2024 haben wir bereits für die Einreichung der Beiträge die Loslösung von der Fachzuordnung veranlasst, es wird vielmehr im Einreichungssystem eine Themenzuordnung angeboten, was die Möglichkeiten der Planung von interdisziplinären Sitzungen verbessert. Erneut werden Sie einige Innovationen auf dem DCK erwarten können, wie z. B. eine „Innovation-Corner“ und ein Kommunikationszentrum in Form eines Theaters. Lassen Sie sich überraschen!

Aber es werden auch kleine Päckchen unter dem Baum liegen, Päckchen, die Aufmerksamkeit von uns verlangen.

Da ist das Päckchen der europäischen Medical Device Regulation, das droht, immer weniger Produkte zu beinhalten, auch weil die Hersteller sich die umfangreichen und teuren Zulassungsverfahren nicht mehr leisten können. Auch zeichnet sich ab, dass nicht abbaubare Kunststoffe mit hohem Gefährdungsgrad, sogenannte PVAS (Per- und Polyfluoralkylsubstanzen – ein bekannter Vertreter ist Teflon) in

absehbarer Zeit verboten werden. Gut für die Umwelt, schlecht für die Industrie, die dann Alternativen entwickeln muss. Die Fluor-Kohlenstoffbindung gehört zu den stärksten kovalenten Bindungen überhaupt, sodass diese nur extrem schwer abgebaut werden können. Die Persistenz solcher Verbindungen ist dafür verantwortlich, dass diese noch Jahrzehnte, oder sogar Jahrhunderte nach ihrer Freisetzung die Umwelt kontaminieren können. Noch lässt die Umsetzung von dringend notwendigen Ausnahmeregelungen auf sich warten.

Auch hat sich durchgesetzt, dass eine Reform des Gesundheitswesens, die ja wegen der zu erwartenden Personalknappheit notwendig ist, nicht ohne eine Kalkulation des ärztlichen Personalbedarfs möglich ist. Zurzeit läuft ein Pilotprojekt der Bundesärztekammer. Denn die individuelle ärztliche Leistung, ähnlich wie in einer Manufaktur, ist der Faktor, der Patienten zu uns bringt.

Was steht denn auf unserer Wunschliste, sei sie kurzfristig erfüllbar oder ihre Erfüllung in weite Ferne gerückt?

- Wir wollen ernsthaft weiterkommen mit der Digitalisierung unseres Gesundheitssystems. Die Standardisierung der sektorenübergreifenden Gesundheitskarte wäre ein großer Schritt. Endlich könnten wir dann auf reale Outcome-Daten zurückgreifen und die so wichtige Versorgungsforschung könnte hiermit wegweisende Analysen bieten. Leider ist immer noch nicht transparent, wie weit dieser Prozess gediehen ist.

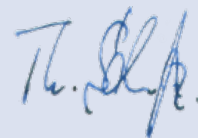
- Die Ambulantisierung wie auch die Zentralisierung von Leistungen hat einen erheblichen Einfluss auf die Weiterbildung. Hier ist als richtungsweisendes Organ die Bundesärztekammer gefragt; die Landesärztekammern müssen dann zeitgerecht folgen. Auch der Gesetzgeber muss die Personalgestaltung im Rahmen von Weiterbildungsverbünden regeln. Das gesamte Konzept der Weiterbildung muss neu gedacht werden. Die Finanzierung muss ähnlich wie in Holland von den Leistungserbringern gelöst und unabhängig geregelt werden.
- Die Umsetzung der auf dem Tisch liegenden Novellierung der GOÄ wird wohl in dieser Legislaturperiode auf dem Wunschzettel verbleiben.
- Supportive KI-Systeme müssen rasch in die klinische Routine kommen. Dies gilt nicht nur für die Arztbriefherstellung. Auch die perioperative Überwachung und postoperative Nachsorge könnte eine rasch umsetzbare Domäne für die KI-Unterstützung werden.
- Die Generierung ärztlichen Nachwuchses steht weit oben auf unserer Wunschliste. Die junge Generation braucht die Herausforderung und eine strukturierte individuelle Förderung. Zur Förderung gehört auch eine den gestiegenen Anforderungen an das Private berücksichtigende Personalausstattung.

Wie alle Jahre wieder werden wir an Heiligabend zu unseren Familien eilen, uns unter dem Weihnachtsbaum treffen, innehalten und daran denken, dass es vielen Menschen

im Angesicht eines barbarischen Krieges an den Grenzen Europas und im Nahen Osten überhaupt nicht heimelig zu Mute ist. Besonders bedrückend sind die im Netz und auch auf den Straßen verbreiteten Hassbotschaften. Wieder müssen Bürger unseres Landes mit jüdischem Glauben um ihre körperliche Integrität fürchten. In Deutschland stehen wir in besonderer Verantwortung, dies nicht zuzulassen. Wir stehen auch in der Pflicht, die humanitären Verfehlungen auf den Kriegsschauplätzen dieser Welt anzuklagen und zu fordern, dass menschliche Geiseln, seien sie nun in personam entführt worden oder passiv in Geiselhaft genommen, in Freiheit gebracht werden. Ganz oben auf unserer Wunschliste steht die politische Lösung der Konflikte und eine tragfähige Regelung der Lebensgrundlage aller Bewohner unseres Planeten.

Ich wünsche Ihnen jetzt schon ein ganz besonderes, besinnliches und vor allen Dingen friedliches Weihnachtsfest im Kreis Ihrer Lieben. Mögen unsere Wunschlisten möglichst rasch in Erfüllung gehen.

Ihr



Thomas Schmitz-Rixen

In eigener Sache: Neue Herausgeber bei „Innovative Surgical Sciences“



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

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



Jähne J: Neue Herausgeber bei „Innovative Surgical Sciences“. *Passion Chirurgie*. 2023 Dezember; 13(12): Artikel 06_01_2.

Sehr geehrte Mitglieder der DGCH,
Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wie Sie aus den vorangegangenen Mitteilungen in der „Passion Chirurgie“ erfahren haben, ist die DGCH seit vielen Jahren ein Unterstützer der Open Access Initiative zur freien Verfügbarkeit von (chirurgischem) Wissen. So hat die DGCH unter der Präsidentschaft von Frau Prof. Dr. Gabriele Schackert bereits im Jahr 2015 die Berliner Erklärung zu Open Access als damals erste medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft unterzeichnet. Seit 2013/2014 hat die DGCH an der Entwicklung eines eigenen Open Access Journals gearbeitet, sodass dann im März 2016 in Zusammenarbeit mit dem DeGruyter Verlag die erste Ausgabe von „Innovative Surgical Sciences“ erschienen ist. Das Besondere an dieser Zeitschrift ist unverändert, dass zu jedem angenommenen Beitrag die im Double-Blind-Peer-Review-Prozess erstellten Gutachten zusammen mit den Artikeln publiziert werden. Darüber hinaus hält die DGCH alle Rechte an diesem Journal, auch dies eine Besonderheit im Vergleich zu den anderen gängigen chirurgischen Zeitschriften im deutschen Schrifttum.

Entgegen der Einschätzung von zahlreichen Kollegen mit z. T. erheblicher Ablehnung von Open Access Formaten hat sich „Innovative Surgical Sciences“ seit seiner Gründung sehr gut entwickelt und im Juni dieses Jahres einen Impact-Faktor von 1,3 erhalten. Somit sieht sich die DGCH auch in Übereinstimmung mit den Empfehlungen des Wissenschaftsrates mit seinem Journal als Gold Open Access auf einem guten Weg, zumal inzwischen auch langjährig am Markt etablierte Zeitschriften wie *Langenbeck's Archives of Surgery* und sogar *Annals of Surgery* Open Access propagieren.

Um „Innovative Surgical Sciences“ auch weiterhin erfolgreich zu entwickeln, hat sich der Editor-in-Chief Joachim Jähne auf eigenen

Wunsch und in Anerkennung der Tatsache, dass jede Routine und eingetretene Pfade für Innovationen und Weiterentwicklungen nicht förderlich sind, dazu entschieden, den Staffeltab der Herausgeberschaft weiterzugeben.

Es ist uns daher eine besondere Freude, mitteilen zu können, dass die Herausgeberschaft von „Innovative Surgical Sciences“ zukünftig (zum 01.01.2024) in den Händen eines Tandems liegt: Prof. Dr. Udo Rolle, Direktor der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie des Universitätsklinikums der Goethe Universität Frankfurt, und PD Dr. med. Juliane Liese, Oberärztin in der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Transplantationschirurgie des Universitätsklinikums Gießen, werden zukünftig die Geschicke des Journals bestimmen und als Editors-in-Chief gemeinschaftlich agieren.

Die DGCH bedankt sich bereits jetzt bei Udo Rolle und Juliane Liese für die Übernahme dieser Aufgabe. Gleichzeitig dankt die DGCH allen Autor:innen und Gutachter:innen, die „Innovative Surgical Sciences“ in den Jahren des Aufbaus unterstützt haben. Nur dadurch war es möglich, sieben Jahre nach dem ersten Erscheinen einen Impact-Faktor von 1,3 zu generieren. Wir hoffen, dass Sie auch zukünftig das Journal und besonders die Editors-in-Chief bei ihrer Arbeit unterstützen.

Für die DGCH
Joachim Jähne, Hannover

LITERATUR

- [1] Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Transformation des wissenschaftlichen Publizierens zu Open Access (Drs. 9477-22), Januar 2022, im Internet: [Wissenschaftsrat – Publikationen – Empfehlungen zur Transformation des wissenschaftlichen Publizierens zu Open Access \(Drs. 9477-22\), Januar 2022](#), abgerufen am 26.10.2023

Statement of the Association of the Scientific Medical Societies (AWMF), Germany on the Emerging PFAS Ban

Ernst Klar, Andreas Markewitz, Rolf-Detlef Treede, Henning Schliephake

Prof. Dr. med. Ernst Klar
Chair
AWMF Ad-hoc-Commission for the
Assessment of Medical Products

Prof. Dr. med. Andreas Markewitz
Co-Chair
AWMF Ad-hoc-Commission for the
Assessment of Medical Products

Prof. Dr. med. Rolf-Detlef Treede
President
Association of the Scientific Medical
Societies (AWMF)

**Prof. Dr. med. Dr. Henning
Schliephake**
Vice President
Association of the Scientific Medical
Societies (AWMF)

**Arbeitsgemeinschaft der
Wissenschaftlichen Medizinischen
Fachgesellschaften e. V. (AWMF)**
office@awmf.org
www.awmf.org

Berlin, 25.09.2023 – The special feature of PFAS is their high resistance to mechanical stress and temperature with an inert surface. These properties include a special durability that has led to widespread use in a wide variety of everyday products including about 10,000 substances. On the other hand, increasing attention has been focused on the long-term persistence of the substances in terms of environmental impact and bioaccumulation in humans and animals. Data on possible toxicity and carcinogenicity in animal experiments have been published. Extrapolating data from animal to human studies was hampered due to differences in exposure [1].

Among all PFAS, a subgroup can be defined which, according to the data available to date, is non-toxic [2], non-carcinogenic [3], has no effect on the immune response [4], and shows no bioaccumulation. These long-chain fluoropolymers are referred to as „polymers of low concern“ [5, 6]. The best-known example is PTFE (Teflon).

KEY MESSAGES

- The Association of Scientific Medical Societies in Germany (AWMF) points out, that PFAS are widely used in the medical field and are central components of modern medical devices.
- There is currently a knowledge gap regarding the composition and harmlessness of PFAS in medical devices.
- The regulation of PFAS use planned by the EU Commission with the aim of a

far-reaching PFAS ban is supported in principle by the AWMF. However, two principles must be guaranteed:

1. the medical care of the population must be guaranteed at a state-of-the-art level at all times.
 2. the PFAS subgroups must be classified risk-adapted and treated differently to facilitate further use.
- PFAS have ideal characteristics for use in medical devices with regard to sterilization, long-term exposure and tissue compatibility (biocompatibility, in the case of fluoropolymers). As a consequence a ban on PFAS in the field of medical devices can only be implemented if substitute substances with comparable properties are available and new medical devices can be brought to market approval. For both prerequisites a considerable lead time is necessary.
 - Exemptions or derogations from the PFAS ban in the medical field are therefore inevitable in order to ensure modern patient care in a transition phase of sufficient duration.

PFAS AS COMPONENTS OF MEDICAL DEVICES

The thermal stability of PFAS allows sterilization of complex instruments and implants with plastic components without functional impairment. Mechanical and chemical stability of PFAS guarantee the long-term function of implants in terms of biocompatibility and lowest possible wear. PFAS thus possess ideal characteristics for use in the field of modern

medical devices. This applies to the most diverse areas of patient care, that are summarized in Annex 1 as the result of a recent survey among medical societies.

The compilation clearly reflects, that PFAS, as components in medical devices, have a central function in today's common patient care. As consequence, a PFAS ban in the area of medical devices can only be implemented when adequate substitutes have been developed and equally important, the resulting new medical devices have obtained market approval. It has to be considered that under the more stringent regulatory conditions of the Medical Device Regulation, product development up to market maturity will require significantly more resources and time than before and thus will significantly exceed the maximum transition period of 12 years [7, 8].

APPROACHES TO MAINTAIN PATIENT CARE

1. Sector-specific regulation

This is considered the most resilient solution for maintaining medical care. Following the approach taken for medical products (pharmaceuticals), a general exemption for medical devices would ensure patient care without risk until PFAS-free medical devices are developed. The essential-use concept is urgently advocated for medical devices to ensure that chemicals are allowed „when their use is necessary for health, safety or the functioning of society“, that undoubtedly is the case here [9].

2. Exemption of „PFAS of low concern“

This PFAS subgroup does not pose an obvious risk to humans or the environment [6] and can therefore be excluded from the restriction process if the substances are essential for patient care.

3. Risk-adapted derogations

Answers to the following questions are required:

- a) Are there medical devices that consist exclusively of „PFAS of low concern“? In this regard, reference is made to the ECHA consultation by the manufacturers.

- b) What is the proportion of „PFAS of low concern“ in mixed PFAS compositions, and what is the minimal proportion to still guarantee a low risk to health and / or environment?

- c) How reliable are data on the composition of PFAS components in medical devices? Due to the large number of PFAS-chemicals a substance-to-substance risk assessment and management approach is not adequate to efficiently prevent risk to the environment and human health from a single PFAS or mixtures of them [10]. Therefore this common question might not be of ultimate relevance.

Overall, it seems unlikely that products will be manufactured using only „PFAS of low concern“. Even if the end producer could certify this for his production step, suppliers are mostly not able to provide corresponding information. According to the European Environment Agency, an evaluation of individual substances is unsuitable for risk-adapted derogation. However, the situation has to be re-evaluated after analysis of the ECHA consultation.

4. Risk-adapted differentiation according to the amount of waste residue.

There is a fundamental difference concerning the environmental impact between reusable medical devices with low PFAS proportion (e.g. surgical instruments) and disposables with predominant / complete PFAS-content (e.g. plastic tubes, sterilizable outer packaging). (see 6. „Disposal“)

5. Reduction of PFAS-risks during the production process

One of the main sources of PFAS discharge into the environment is the production process [11]. The detection of PFAS in remote areas of the world, for example in polar bears, suggests that particularly volatile PFAS-fractions are inadequately controlled during production. PFAS – production must therefore be subjected to adequate safeguards. This would allow a substantial reduction of environmental pollution.

6. Reduction of PFAS-risks by controlled waste disposal

In contrast to consumer goods, there is a chain of control for non-implantable medical devices from production to the end of life cycle with defined disposal. However, there is additional potential for improvement. In the already existing structure, a targeted take-back system for products containing PFAS could be established to minimize the environmental impact. Recycling techniques are under development. In addition, work is underway to optimize disposal with the goal of eliminating critical PFAS residues. For PTFE as a test substance for „PFAS of low concern“ PFAS incineration under common waste disposal conditions showed that no PFAS fractions were generated by the incineration process (Karlsruhe Institute of Technology). The efficiency of these routine techniques must be the subject of further investigation. For the remaining PFAS, very high temperatures with increased effort directed to efficient thermodegradation are required in any case [11].

SUMMARY

PFAS possess properties that currently make them indispensable for the production of medical devices and thus for state-of-the-art patient care.

For obvious reasons of environmental pollution and possible health hazards PFAS should be banned in the European area.

The transitional periods, that are provided, if an exemption is granted, are very likely to be too short to develop equivalent substitute substances and to bring corresponding new medical devices to market approval, especially under the requirements of the MDR.

As the safest option for maintaining patient care, the AWMF therefore advocates sector-specific regulation for medical devices in line with the exemption for medical products (pharmaceuticals). Should no agreement be reached on this, at least „PFAS of low concern“ must be exempted from the ban.

In parallel, all efforts must be made by research and development to maximize the proportion of „PFAS of low concern“ within the total group of PFAS used and to generate harmless substitute substances for PFAS.

Efficient control of the production process and the disposal or recycling of medical devices would significantly reduce the discharge into the environment.

The AWMF points out possibilities for practicable solutions to continue the production

of medical devices in the EU while improving the protection of humans and environment from PFAS substances. It is important to consider that a PFAS ban in the EU would mean, that production has to be relocated abroad in order to maintain the indispensable product range for patient care. The consequence would most likely be the continuation of production under lower standards.

Die Literaturangaben und den „Anhang zum AWMF-Positionspapier“ können Sie auf der Webseite der AWMF einsehen, bitte klicken Sie [HIER](#) oder geben in den Browser ein: <https://bit.ly/BDC-AWMF-Statement>.



SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI MICHAEL THOMAS

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Abwechslungsreichtum, Teamarbeit, stetige Weiterentwicklung

Welche Forschungsrichtung inspiriert Sie?

Xenotransplantation, Transplant Oncology

Welche Publikation der letzten vier Jahre halten Sie für einen Game Changer in Ihrem Fach?

Results of Two Cases of Pig-to-Human Kidney Xenotransplantation. Montgomery R. et al. N Engl J Med 2022; 386:1889-1898 DOI: 10.1056/NEJ-Moa2120238 und Survival Following Liver Transplantation for Patients with Nonresectable Liver-only Colorectal Metastases. Duelland S. Ann. Surg. 2020 Feb;271(2):212-218. doi: 10.1097/SLA.0000000000003404

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Forschungsaufenthalt USA, Flexibilität, Unterstützung durch meine Familie, körperliche und psychische Fitness

Was war Ihre größte Inspiration?

Meine chirurgischen Mentor:innen

Was haben sie erst vor kurzem in Ihre chirurgische Praxis implementiert?

ICG Lymphographie bei NTX

Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

Implementierung der robotischen Leberchirurgie, ein vorbildlicher Leader zu sein

In der Krankenhauspolitik gibt es viele Baustellen. Was sollte als Erstes angepackt werden?

Digitalisierung, Bürokratieabbau (insbesondere im Rahmen der Initiierung klinischer Studien), Zentralisierung

Wann sind Sie glücklich?

Unterwegs mit meiner Familie und Freunden

Wann platzt Ihnen der Kragen?

Illoyalität, Lügen, Selbstverliebtheit

Welche Hoffnung haben Sie aufgegeben?

Dass jemand anders als der FC Bayern München Meister wird.

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Immer weitermachen!

Ihr wichtigstes Hobby?

Tennis, Fußball

Wo werden Sie schwach?

Belgische Pommes und Pralinen

Was bringt Sie zum Lachen?

Meine Kinder, Jim Carrey, Monty Python

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Zufriedene, hoffnungsvolle Patienten mit gutem operativem Outcome sowie die Möglichkeit, noch am Abend meine Kinder zu sehen

Wie gehen Sie mit fehlender Teamfähigkeit bei einer/m Mitarbeiter:in um?

Gemeinsames klärendes Gespräch und Fehleranalyse einzeln oder im gesamten Team

Wie fördern Sie die persönliche und fachliche Entwicklung in Ihrem Team?

Persönliche Gespräche, Fokussierung auf Stärken, chirurgische Assistenz mit Geduld und Zuspruch

Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Auf jeden Fall, kombiniert mit einer gehörigen Prise Empathie

PD Dr. med. Michael Thomas

Kongresssekretär DCK 2024

Facharzt für Viszeralchirurgie, spezielle Viszeralchirurgie, Zusatzbezeichnung Transplantationsmedizin

Verheiratet, 2 Kinder,

Personaloberarzt, Leiter Leberchirurgie der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie im Uniklinikum Köln

Die Fragen stellte Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen.

Grußwort DCK 2024

Christiane Bruns



Prof. Dr. med. Christiane Bruns
Präsidentin der DGCH 2023/2024
Direktorin
Klinik und Poliklinik für
Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und
Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Köln (AöR)
anke.kreusch@uk-koeln.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
Liebe Studierende, Pflegekräfte und Angehörige des Rettungsdienstes,

die aktuellen Zeitgeschehnisse führen dazu, dass die Weltpolitik zunehmend unruhiger wird. Unsere wichtigsten Werte wie Frieden, Freiheit und gesundheitliches Wohlergehen jedes Einzelnen in den westlichen demokratischen Ländern sind durch die Ereignisse der letzten Jahre auf einmal gefährdet und nicht mehr selbstverständlich gegeben.

Nach dem Ende der 2019 begonnenen globalen Corona-Pandemie folgte direkt im Anschluss nach über 70 Jahren Frieden in Europa 2022 der russische Angriffskrieg auf das Nachbarland Ukraine mit furchtbarem Leid für die betroffenen Menschen. Auch wenn nur eher wenige von uns direkt betroffen sind, so wird nach über einem Jahr Kriegsgeschehen jeder sicher weiter in Gedanken bei den Menschen sein, die dem militärischen Konflikt und seinen Folgen unmittelbar ausgesetzt sind.

Von Seiten der DGCH möchte ich der Ukraine weiterhin unsere voll umfängliche Solidarität und Unterstützung aussprechen, wo immer es uns als Deutsche Gesellschaft für Chirurgie auch im Folgejahr möglich ist.

Die Welt wurde im Februar dieses Jahres erneut erschüttert von der humanitären Katastrophe und ihren bislang unabsehbaren Folgen durch das schwere Erbeben in der Türkei und Syrien mit über 50.000 Toten. Rettungs- und Hilfsaktionen konnten zum Teil nur verzögert und unter schwierigsten Umständen stattfinden.

Hinzukommen spürbare Veränderungen unseres Lebensraums mit Umwelt- und Naturkatastrophen – wie in Deutschland die

Überflutungen im Ahrtal – sowie internationale Wirtschaftskriege der Großmächte mit drohenden Finanzkrisen, die zur allgemeinen Lebensverunsicherungen und Vertrauensverlust in die Werte einer demokratischen Gesellschaft führen.

Entsprechend wird jede Systemänderung im eigenen Umfeld, auch wenn sie rational betrachtet noch so erforderlich und wichtig ist, eher kritisch und mit großer Sorge vor möglichen Einschränkungen des persönlichen und beruflichen Lebens betrachtet.

Im 152. Jahr des Bestehens der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gilt es in Anbetracht der aktuellen Ereignisse umso mehr, sich darauf zu besinnen, was die DGCH auszeichnet und welche gesellschaftliche Verantwortung wir gemeinsam haben. Neben Beständigkeit, Verlässlichkeit und Transparenz sowie humanitärer Zuwendung in verschiedenen Katastrophensituationen ist es das Erfüllen des grundsätzlichen Vertrauens, das in unsere Gesellschaft und unser Handeln gesetzt wird, insbesondere seitens der Patienten und ihrer Angehörigen sowie des chirurgischen Nachwuchses. Gemeinsam müssen wir darauf achten, dass die durch Forschung und Wissenschaft geschaffenen Werte nicht verloren gehen, und die Erkenntnis pflegen, dass Fortschritt nur durch Wissenschaft und Forschung zustande kommt.

Im kommenden Jahr 2024 findet der 141. Deutsche Chirurgie Kongress turnusgemäß vom 23. – 26. April 2024 im Congress Center Leipzig statt.

Das Motto des DCK 2024 „Mut zur Veränderung – Zukunft mitgestalten“ zielt einerseits darauf ab, gemeinsam die zukünftige Ausrichtung der Deutschen Gesellschaft für

Jähne J: Neue Herausgeber bei „Innovative Surgical Sciences“. *Passion Chirurgie*. 2023 Dezember; 13(12): Artikel 06_01_2.

Chirurgie unter den aktuellen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen verantwortungsvoll und engagiert mitzugestalten. Andererseits möchten wir vermitteln, dass wir zusammen den Mut aufbringen müssen und können, dringend notwendige Veränderungen des Gesundheitssystems in Deutschland kraftvoll und positiv zu begleiten. Nur wenn wir gemeinsam Veränderungen inhaltlich unterstützen, haben wir eine Chance auf Systemverbesserung.

Die Zukunft der Chirurgie in Deutschland wird geprägt sein durch große gesundheitspolitische Projekte wie die Krankenhausstrukturreform mit Zentrumsbildung und Mindestmengen, zunehmende Ambulantisierung mit noch vielen organisatorischen und strukturellen Problemen sowie dem schon längst überfälligen Projekt der flächendeckenden Digitalisierung im fortbestehenden Kampf mit dem Datenschutz.

Bei diesen Mammutaufgaben müssen wir dringend darauf achten, dass die Aus- und Weiterbildung sowie generell die klinische und wissenschaftliche Nachwuchsförderung nicht vergessen wird. Durch kluge und innovative regionale, aber auch überregionale Kooperationsstrukturen, die inhaltlich von uns selbst mitgestaltet werden, können wir dem entgegenwirken und damit die Versorgung chirurgischer Patienten zukünftig weiter auf hohem Niveau in Deutschland sicherstellen. Dabei sollte die steigende Vielfalt unserer Bevölkerung auch in der Chirurgie unbedingt als Chance gesehen werden.

Zukünftig werden alle chirurgischen Fächer sowie auch viele interventionelle Nachbar-disziplinen zunehmend durch modernste Technologie geprägt sein, unterstützt durch künstliche Intelligenz und Computer Vision. Das gelingt uns nur durch Einbinden der jüngeren Generation in Forschung und Entwicklung dieser Technologien in Zusammenarbeit mit unseren industriellen Partnern.

Inhaltlich wird sich die Chirurgie in allen Facetten auch deutlich in Richtung Therapiepersonalisierung entwickeln, was unter anderem zu maßgeschneiderte Erweiterung von OP-Indikationen führen kann. Entscheidend

bleibt dabei in allen chirurgischen Bereichen das grundlegende Verständnis für die Biologie der Erkrankungen und das empathische, mitmenschliche Verständnis der Patienten und ihrer Angehörigen.

Die Corona-Pandemie der letzten drei Jahre hat uns alle zwangsläufig in unserem Kommunikationsverhalten umgeschult, wir haben gelernt, Online-Formate zum Wissens- und Informationsaustausch zu akzeptieren, ja nahezu wertzuschätzen. Die Digitalisierung hat durch die Pandemie in vielen Lebensbereichen in der Tat einen Schub nach vorne erfahren und entsprechend hat sich auch die Kongresslandschaft von voll virtuellen bis hin zu unterschiedlichen Hybridformaten verändert.

Dennoch liegt uns allen etwas am sehr persönlichen Austausch, fernab von virtuellen Kommunikationsplattformen. Insofern werden wir auch im nächsten Jahr 2024 einen Präsenzkongress mit einzelnen Hybridelementen anbieten, daneben aber den virtuellen Präkongress in der Woche davor beibehalten, nicht zuletzt, um dem engagierten chirurgischen Nachwuchs und Kolleg:innen im Ausland möglichst viel Flexibilität und Partizipationsmöglichkeiten über virtuelle Sitzungen anzubieten. Befragt man den chirurgischen Nachwuchs, so scheint diese neue Flexibilität der Kongressgestaltung längst überfällig gewesen zu sein und ist zudem nachhaltig.

Neben der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sind traditionell die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) und die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie mit ihren Jahrestagungen an unserem Kongress beteiligt. Zudem werden die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG), die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) und zum wiederholten Male auch die Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (DGPRÄC) ihre jeweiligen Frühjahrstagungen auf dem gemeinsamen Kongress abhalten. Auch die weiteren Mitgliedsgesellschaften der DGCH, die ihre eigenen Jahrestagungen außerhalb des Chirurgie Kongresses abhalten, werden

sich wieder aktiv in die Programmgestaltung des nächstjährigen Kongresses mit einbringen.

Ebenfalls beteiligt sind der Berufsverband der Deutschen Chirurgie (BDC) sowie der Berufsverband für Pflegeberufe und die Rettungsdienste mit eigenen Programmpunkten. Die Attraktivität des gemeinsamen Deutschen Chirurgie Kongresses 2024 besteht trotz aller Spezialisierung für alle Mitgliedsgesellschaften insbesondere darin, gemeinsam interdisziplinäre Sitzungen zu gestalten, gemeinsame Sitzungen mit den Partnerfächern wie Anästhesie und Intensivmedizin, Innere Medizin und Pathologie zu entwickeln und im Verbund die großen gesundheitspolitischen Themen zu diskutieren. Themen, die uns alle interessieren sind die perioperative Medizin, die Intensiv- und Notfallmedizin, unsere ureigene chirurgische Forschung sowie berufspolitische Themen wie Personaluntergrenzen und Arbeitsbedingungen des Nachwuchses, die wir zusammen mit unserem Berufsverband bearbeiten müssen. Derartige uns alle betreffenden Themen müssen gemeinsam und gebündelt nach außen dargestellt und vertreten werden, damit sie mehr Gehör finden.

Großprojekte des Gesundheitswesens wie die bundesweite Umsetzung der Krankenhausstrukturreform mit einheitlich Versorgungsstufen und definierten Strukturvorgaben, die zunehmende Ambulantisierung sowie die Implementierung eines mehrdimensionalen Vergütungssystems sind „dicke Bretter“, die uns alle betreffen, uns auch Sorgen bereiten und die auf dem DCK 2024 zusammen weiter besprochen werden können.

Für den chirurgischen Nachwuchs bietet der DCK ideale Netzwerke untereinander, einerseits für zukünftige Verbundforschungsprojekte und multizentrische, deutsche Studien, andererseits zur Schaffung einer grundlegenden Basis für die Team-orientierte, moderne Patientenversorgung im klinischen Alltag. Hervorheben möchte ich die intensive Kooperation mit der Bundeswehr, die über Jahre hinweg regelmäßig am DCK teilgenommen hat. Insbesondere in Anbetracht der verheerenden Kriegsgeschehnisse

in der Ukraine ist diese Kooperation von ganz besonderer Wichtigkeit für unser gemeinsames Fach Chirurgie. Durch die erneute Teilnahme der Bundeswehr am DCK 2024 stellen wir sichtbar dar, dass die Bundeswehr ein entscheidender Teil unserer öffentlichen Gesellschaft ist.

Ein schon traditionelles Highlight des DCK ist der Organspendelauf. Die virtuelle Form der Teilnahme, die ebenfalls Pandemie-bedingt etabliert wurde, hat mittlerweile eine vielfach höhere Teilnehmerzahl erreicht als der Lauf vor Ort. Dieses Ereignis hat sich über die letzten Jahre erfreulicherweise zu einem Markenzeichen der DGCH entwickelt und unterstützt wirkungsvoll das Thema Organspende in der Öffentlichkeit.

Für die Studierenden wird seitens des Perspektivforums der DGCH wieder ein eigener Programmtag mit verschiedenen Sitzungen veranstaltet. Dieser Sitzungstag ermöglicht fokussiert kurze Einblicke in das facettenreiche Fach Chirurgie und wurde bereits in den Jahren zuvor als wertvolle Erfahrung für die weitere berufliche Entwicklung seitens der Studierenden wahrgenommen.

Gastnation sind zum 141. Deutschen Chirurgie Kongress 2024 die Vereinigten Staaten von Amerika. Wir erwarten eine Partnerdelegation des American College of Surgeons, die sich an den internationalen Sitzungen zu chirurgischen Themen wie auch gesundheitspolitischen Themen im Vergleich zu Deutschland und Europa beteiligen wird.

Abschließend darf ich Sie herzlich auch im Namen der Präsidenten aller Fachgesellschaften der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie auf den 141. Deutschen Chirurgie Kongress 2024 nach Leipzig einladen, den wir vom 23. – 26. April 2024 im Congress Center Leipzig in Präsenz abhalten wollen. Erneut vorgeschaltet wird der Online DCK.digital vom 16. – 18. April 2024 stattfinden.

Ich freue mich, Sie gemeinsam mit meinem Team und den Präsidenten der DGCH Mitgliedsgesellschaften persönlich in Leipzig begrüßen zu können und verbleibe mit herzlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Christiane J. Bruns
Präsidentin der DGCH 2023/2024



DCK 2024

Gemeinsam lernen und heilen

141. Deutscher Chirurgie Kongress

16. – 18. April 2024, DCK.digital

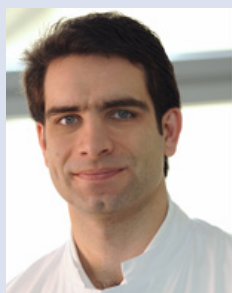
24. – 26. April 2024, Congress Center Leipzig

**MUT ZUR VERÄNDERUNG –
ZUKUNFT MITGESTALTEN**

www.dck2024.de

Rückblick auf die 26. Chirurgischen Forschungstage der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Christoph Reissfelder



Prof. Dr. med. Christoph Reissfelder
Klinikdirektor
Chirurgische Klinik
Universitätsmedizin Mannheim
Medizinische Fakultät Mannheim
Universität Heidelberg

Am 21. und 22. September 2023 fanden die 26. Chirurgischen Forschungstage der deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Mannheim statt. Nachdem das Schreckgespenst COVID-19 in unserem chirurgischen Alltag nur noch eine untergeordnete Rolle spielt und Kongressreisen dieses Jahr wieder einfacher wurden, zeigte sich, dass die Chirurgischen Forschungstage wieder in unseren Kongresskalender gehören.

Das Motto der Veranstaltung und den gemeinsamen Sitzungen war „Integration von Forschung im klinischen Alltag“. Arbeitszeitverdichtung, neue Dienstmodelle, Qualitätsstandards, Zertifizierung, ökonomischer Druck und vieles mehr sind Schlagworte, die wir jeden Tag hören und die es auf den ersten Blick schwierig machen die Forschung zu integrieren. Trotzdem sind wir uns und unseren Patienten dazu verpflichtet uns für die Zukunft zu rüsten und die akademische Chirurgie weiter zu entwickeln. Mit dem Aufbau von klaren Strukturen und auch Forderungen gegenüber der Politik gelingt

uns die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses.

Bereits im Vorfeld kam es zu einer regen Beteiligung bei den Abstract-Anmeldungen. Über 140 verschiedene Abstracts aus allen zehn Fachgesellschaften der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sind eingegangen. Bei der Konzeption des Kongressprogramms wurden gemeinsame Themen aller Fachbereiche genutzt, um interdisziplinär zusammenzukommen. Gleichzeitig wurde aber auch jeder Fachgesellschaft ihr individueller Spielraum gewährt. Dies zeigte sich in den sechs Plenarsitzungen und 20 fachspezifischen Sitzungen. Abgerundet wurde das Programm mit einem Organoid-Workshop und einem Nahtkurs für junge chirurgische Kolleginnen und Kollegen.



Abb. 1: Gesellschaftsabend



Abb. 2: Nahtkurs

Reissfelder C: Rückblick auf die 26. Chirurgischen Forschungstage der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. *Passion Chirurgie*. 2023 Dezember; 13(12): Artikel 06_05.

Die Forschungstage fanden dann in der alten Brauerei, den Räumen der medizinischen Fakultät Mannheim, statt – ein hervorragender Ort für persönliche Begegnungen und intensive akademische Diskussionen.

Insgesamt kamen 251 Teilnehmer der Chirurgischen Forschungstage in die Quadratestadt Mannheim.

Bereits in der ersten Sitzung „Karriereplanung Chirurgie“ kam es zu lebhaften Diskussionen und Nachfragen an die Vortragenden. Prof. Dr. S. Post startete als ehemaliger Ordinarius für Chirurgie mit Tipps und Erfahrungen aus seiner Karriere gepaart mit der retrospektiven Sicht auf die Dinge.

Allein für diese Sitzung wäre die doppelte Zeit gerade noch ausreichend gewesen. Und so wurde auch in den folgenden Sitzungen immer lebhaft diskutiert und viele Gespräche mit in die Pausen genommen. Mit Erfrischungsgetränken, reichlich Kaffee und Fingerfood wurden dort die Geister wieder geweckt für die folgenden Sitzungen.

Der Abschluss des ersten Tages bildete die Preisträgersitzung. Hier durfte zunächst Herr Dr. M. Menger aus der BG Klinik Tübingen für seine Arbeit „Photoacoustic imaging for the study of oxygen saturation and total hemoglobin in bone healing and non-union formation“ den Nachwuchsförderpreis der Sektion chirurgische Forschung entgegennehmen.

Anschließend wurden die drei besten Abstracts vom Publikum bewertet. Frau Prof. Susanne Dihlmann aus der Gefäßchirurgie des Universitätsklinikums Heidelberg

erhielt den diesjährige Bretschneider-Preis für das beste Abstract der chirurgischen Forschungstage für ihre Arbeit „Zirkulierende zellfreie DNA (ccfDNA) als potenzieller klinischer Biomarker und biologischer Trigger des Bauchortenaneurysmas“.

Der Ausklang des ersten Tages war der Gesellschaftsabend in der Eichbaumbrauerei. Dieser war voll ausgebucht und wurde zum Austausch unter den jungen KollegInnen aus den verschiedenen Fachgesellschaften und Kliniken genutzt.

Auch der zweite Tag gestaltete sich ereignisreich. Die gemeinsame Sitzung mit unseren Partnern aus Österreich und der Schweiz zum Thema der digitalen Zukunft war bis auf den letzten Platz besetzt.

Beide Tage waren gut besucht, die Sitzungen bis zuletzt voll und die Themen richtig gewählt, sodass alle Teilnehmer mit vielen neuen Ideen die Heimreise angetreten haben.

Der Kongresspräsident Prof. Dr. Christoph Reißfelder (Klinikdirektor Chirurgische Klinik, Universitätsmedizin Mannheim) dankt herzlich allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern, dem Organisationskomitee (Frau PD Dr. K. Breitkopf-Heinlein, Frau Y. Leger und Herr PD Dr. E. Birgin) und der Sektion Chirurgische Forschung für die erfolgreichen Forschungstage.

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie hat auch weiterhin ihr deutliches Interesse an der Forschung demonstriert. Gerade die Förderung junger Talente und der Erfahrungsaustausch kamen bei dieser Veranstaltung deutlich zu Tage.



Abb. 3: Vortrag



Abb. 4: Alles ist gut gegangen – strahlende Gesichter am Ende einer gelungenen Veranstaltung

Das komplette Programm und die Abstracts können noch unter www.umm.de/chirurgische-forschungstage/themen-referenten/ abgerufen werden.



BEDEUTENDE, ABER (FAST) VERGESSENE CHIRURGEN

Eine chirurgische Operation (Lithotomie) im 18. Jh. – aus der Sicht des Patienten

Michael Sachs

In den Darstellungen der Medizingeschichte spielten bis Ende des letzten Jahrhunderts traditionell die Patientinnen und Patienten als Subjekte kaum eine Rolle. Im Vordergrund stand die Darstellung der Persönlichkeit der Ärzte oder des technisch-apparativen Fortschritts. Erst ab Mitte der 1980er-Jahre befasste sich die Forschung auch mit der Perspektive der Patientinnen und Patienten und fragte nach ihren Erfahrungen und Wahrnehmungen: Wie erleben Patientinnen und Patienten Schmerzen, Krankheit und Pflegebedürftigkeit, wie nehmen sie die Beziehung zu ihren Ärztinnen und Ärzten und Pflegenden wahr, welchen Einfluss haben Erkrankungen auf ihren Alltag?

Im Jahr 1720 litt der französische Komponist Marin Marais (1656-1728) in Paris an Blasensteinen (**Abb. 1**). Durch einen bisher namentlich nicht bekannten Chirurgen wurde bei ihm ein sog. „Steinschnitt“ (*Lithotomie*) durchgeführt. Dies erfolgte vermutlich in Paris, wo Marais als „*Gambiste de la chambre du Roi*“ tätig war. Fünf Jahre später publizierte er dann ein Stück für „*Viola da gamba*“ (Kniegeige), in dem er seine Ängste und Schmerzen bei der Operation musikalisch beschrieb: „*Le tableau de l'operation de la Taille*“. Da die einzelnen Abschnitte seiner Komposition jeweils nur wenige Takte umfassten, versah Marais sein Stück nicht nur mit einer Überschrift, sondern auch mit den hier



Prof. Dr. med. Michael Sachs

Komm. Leiter des Dr.
Senckenbergischen
Instituts für Geschichte und Ethik der
Medizin
Goethe-Universität Frankfurt am Main
Paul-Ehrlich-Str. 20-22
60590 Frankfurt am Main

wiedergegeben Erläuterungen. Solche Erläuterungen sind sonst bei keinem anderen seiner über 500 Gambenstücke nachweisbar. Dieser begleitende Text wird hier in der Originalsprache und in deutscher Übersetzung wiedergegeben.

Man braucht kein Musiker zu sein, um den musikalisch ausgedrückten Schmerzschrei

bei Einführen der Steinfasszange in der Komposition zu erkennen (**Abb. 2**). Der Mainzer Medizinhistoriker Prof. Dr. **Werner Friedrich Kümmel** (Studium der Geschichte, Musikwissenschaft, Klassischen Philologie und Philosophie) beschreibt die musikalische Untermalung der einzelnen Abschnitte dieser Komposition:

„Das Stück von Marais ist nur kurz, aber es steckt voller hörbarer Symbolik. Zunächst wird das Zittern des Patienten beim Anblick des Operationstisches durch ein doppeltes Tremolo wiedergegeben, der Entschluss hinaufzusteigen durch einen schnellen Lauf nach oben. Das Absenken der Rückenlehne des Operationstisches, um den Patienten in die richtige Position zu bringen, wird durch eine absteigende Tonleiter nachgeahmt, die „ernsten Gedanken“, die ihm dabei kommen, durch zwei kurze Floskeln, das anschließende Festbinden durch Figuren mit vielen Bindebögen. Die eigentliche Operation ist charakterisiert durch mehrfaches Ansteigen der Tonhöhe: zunächst der Schnitt durch zwei kurze Tremoli, danach das Einführen einer Zange und die Entfernung des Steins durch ein langes Tremolo, die dem Patienten zuletzt versagende Stimme durch einen noch höheren langen, nun aber ganz leisen Ton („doux“). Auf diese Weise



Abb. 1: Portrait (Gemälde um 1704) des französischen Komponisten Marin Marais (1656-1728)

Tab. 1: Überschriften der einzelnen Abschnitte in „Le tableau de l'operation de la Taille“

Le tableau de l'operation de la Taille	Darstellung des Steinschnittes
L'aspect de l'appareil	Der Anblick des Operationsstuhles
Frémissement en le voyant	Schaudern bei seinem Anblick
Résolution pou y monter	Entschluss ihn zu besteigen
Parvenu jusqu'au hault	Nach oben gelangt
Descente du dit appareil	Der Operationsstuhl wird herabgesenkt
Réfexions érieuses	Ernsthafte Überlegungen
Entelassement des soyes entre les bras et les jambes	Arme und Beine werden mit Stricken gebunden
Icy se fait l'incision	Hier macht man den Einschnitt
Introduction de la tenette	Einführung der Steinfasszange
Icy l'on tire la pierre	Hier zieht man den Stein heraus
Icy l'on perd quasi la voix	Hier verliert man beinahe seine Stimme
Croulement du sang	Fließen des Blutes
Icy l'on oste le soyes	Hier nimmt man die Stricke ab
Icy l'on vous transporte dans le lit	Hier bringt man euch ins Bett
Les relevailles	Die Erleichterung

Sachs M: Bedeutende, aber (fast) vergessene
Chirurgen. Passion Chirurgie. 2023 Dezember;
13(12): Artikel 06_06.

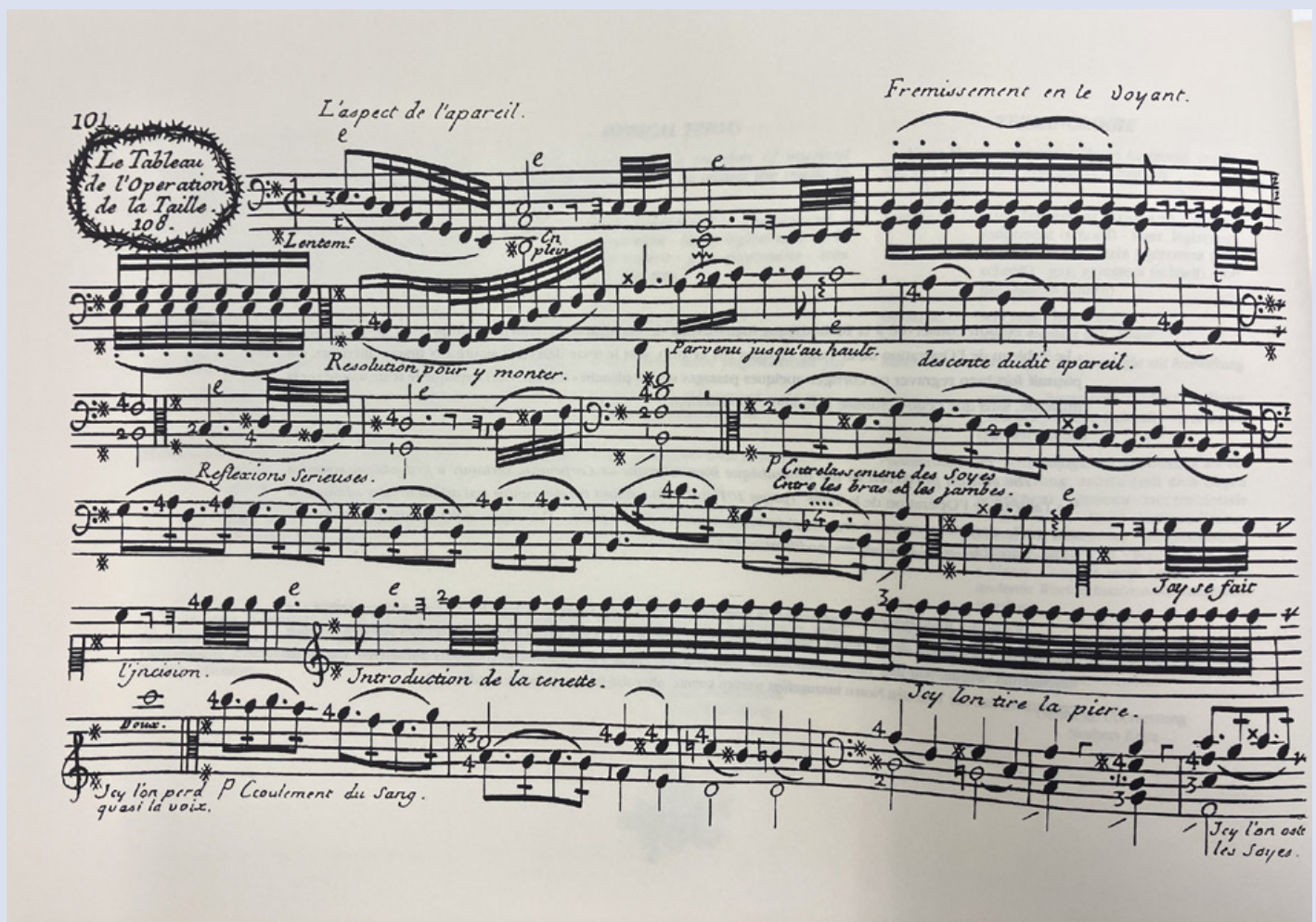


Abb. 2: Selbstdarstellung der Ängste und Schmerzen während einer Steinschnittoperation bei dem französischen Komponisten Marin Marais (1656-1728), der im Jahre 1720 lithotomiert wurde [aus: Marais 1725]

werden die immer stärkeren Schmerzen und die Schreie des Patienten ausgedrückt, die vor der Ära der Narkose bei einer Operation unvermeidlich waren, bis dem Patienten eine Ohnmacht zu Hilfe kam. Das nach dem Schnitt und der Steinextraktion ausfließende Blut wird fünf Takte lang durch absinkende Töne dargestellt; dabei verdeutlicht ein in Halbtönen absteigendes Quartintervall, das traditionell zum Ausdruck von Schmerz, Klage usw. diene („Lamentobass“), dass die Schmerzen andauern. Schließlich wird das Lösen der Bänder wieder (wie zuvor das Festbinden) durch Figuren mit Bindebögen angedeutet. Der Transport des Patienten in sein Bett in den letzten Takten bleibt ohne „tonmaleurische“ Ausgestaltung“.

Welcher Chirurg aber könnte diese Operation 1720 in Paris bei Marais durchgeführt haben?

Infrage käme als Operateur zunächst der Pariser Chirurg **Jean-Louis Petit** (1674-1750), der um

1720 Sekretär der Académie royale de Chirurgie in Paris war. Er gilt als der bekannteste und vielseitigste französische Chirurg der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts. Er scheint aber weder etwas über den Steinschnitt publiziert zu haben noch werden Angaben zur Technik der Lithotomie in seinen gesammelten Werken gemacht [publiziert 1837]. Wahrscheinlich hatte Petit keine eigenen operativen Erfahrungen auf diesem Gebiet, sonst hätte er dies vermutlich erwähnt.

Der bekannteste und angesehenste Steinschneider (Lithotomist) in Paris war seinerzeit (um 1720) **René-Jacques Croissant de Garengéot** (1688-1759). Er war Chirurg des Régiment du Roi. Garengéot entwarf auch eine spezielle Steinfasszange („tenette“), die auch in dem Text von Marais erwähnt wird und einem seiner Bücher abgebildet ist (Abb. 3). Die Operation wurde von einer perinealen Inzision durchgeführt und die Fasszange an einer Sonde entlang blind (beim Mann an der Prostata vorbei)

in die Blase vorgeschoben – möglichst unter Schonung der Harnröhre, die vorher durch einen Metallkatheter geschient wurde (Abb. 4). Vermutlich hat dieser Königliche Regimentschirurg den Königl. Gambisten operiert. Als Schmerzmittel waren damals u. a. Opium oder Alkohol bekannt, wurden aber in Zusammenhang mit dieser Operation nicht erwähnt.

Ferner war um 1720 in Paris der Chirurg **Henri-Françoise Le Dran** (1685-1770) als Steinschneider bekannt. Wie Petit war auch er Mitglied der Académie royale de Chirurgie in Paris und war dort Chirurgien-major an der Charité. 1730 publizierte er Buch über seine Erfahrungen mit der Blasensteinoperation. 1742 fasste er seine Erfahrungen über persönlich von ihm vorgenommene Lithotomien in seinem Lehrbuch „Traité des operations de Chirurgie“ zusammen [Le Cran 1742]. Seine Fallberichte und Operationsbeschreibungen stammen aber erst aus den Jahren 1727-1740.



Abb. 3: Eine der auch im Begleittext der Komposition als „tenette“ erwähnte Blasensteinfasszange in der Modifikation von Garegeot [aus: Garegeot 1719]



Abb. 4: Typische Lagerung bei einer Steinschnittoperation [aus: Heister 1743, Tab. XXIX]

Der Chirurg **Georges Maréchal** (1658-1736) war seit 1703 Erster Chirurg König Ludwigs XIV. und später auch dessen Nachfolgers. Er führte nachweislich Steinschnitt-Operationen in Paris durch, hat aber darüber nichts publiziert [Le Dran 1742, 273].

LITERATUR

[1] Garegeot, Jacob Cresc., Berühmten Chirurgi in Paris, Abhandlung Von den nützlichen und gebräuchlichsten Instrumenten in der Chirurgie. Aus dem Französischen übersetzt von J. A. Mischel.

Berlin u. Potsdam: J. A. Rüdiger 1719, Tab. XXIII, nach p. 258. <erste deutsche Ausgabe; die Originalausgabe erschien unter dem Titel: „Nouveau traité des instruments de chirurgie les plus utiles“>

[2] Heister, Laurentius: Chirurgie. Nürnberg: Joh. Steins Witwe 1743, Tab. XXIX <die Erstausgabe erschien 1719 in Nürnberg>

[3] Kümmel, Werner Friedrich: Marin Marais (1656-1728). *Le Tableau de l'Opération de la Taille* – Die barocke Vertonung einer Blasenstein-Operation. In: *Leben in Leichenpredigten* 07/2013. Online-Ausgabe: <http://www.personalschriften.de/leichenpredigten/>

artikelserien/artikelansicht/details/marin-marais-1656-1728.html

[4] Le Dran, H.-F.: *Traité des operations de Chirurgie*. Paris: Ch. Osmont 1742, p. 269-288 und 304-346.

[5] Marais, M.: *Le tableau de l'operation de la Taille*. In: *Pieces de Viole*. Composée par M. Marais. Paris 1725, Nr. 108, p. 101-102.

[6] Petit, Jean-Louis: *Oeuvres complètes de Jean-Louis Petit, Maître de Chirurgie*. Limoges: F. Chapoulaud 1837 [8°; LII, 882 S.]. (Bibliothèque Chirurgicale, Vol. I).

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr Dr. med. Hans Herzhoff, Hagen
Herr Dr. med. Dr. Gerhard von Schöning, Burg Stargard
Herr Prof. Dr. med. Volker Bühren, Murnau
Herr Dr. med. Matthias Denk, Bremen
Herr Dr. med. Walter K. H. Lange, Bremen
Herr Prof. Dr. Dr. h.c. Horst Wilms, Bonn

*01.12.1936 †22.07.2023
*05.01.1943 †24.09.2023
*18.09.1952 †17.08.2023
*04.02.1951 †22.04.2023
*16.10.1933 †20.09.2023
*22.09.1943 †01.05.2023

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

Hier 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 für interessierte Chirurgen und Chirurginnen 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 ARMANI ₁ *				
Registrierungsnummer: NCT04678583, DRKS00023792				
Prof. Dr. med. Jürgen Weitz, MSc.	Exper. Gruppe anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	FPI: 12.03.2021	DKTK Joint Funding	Ulrike Neckmann, PhD Studienkoordinatorin Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Sachsen Fetscherstraße 74 01307 Dresden T: +49 (0)351 458 18130 F: +49 (0)351 458 7273 E: ulrike.neckmann@uniklinikum-dresden.de
Prof. Dr. med. Nuh Rahbari	Kontrollgruppe nicht-anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	30 von 240 Patienten	1530 € / Patient	
Studientitel: BariSurg ₂ *				
Registrierennummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. B.P. Müller	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m ² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m ²	FPI: 27.11.2013	–	Prof. Dr. B. P. Müller Viszeralchirurgie Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel T: +41 61 777 75 75 E: beat.mueller@clarunis.ch
	Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP	182 von 248 Patienten	Kein Fallgeld	
	Kontrollgruppe: Magenbypass-OP			

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				
Dr. med. Rosa Klotz	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 118 von 294 Patienten	DFG 1.250 € / Patient	Dr. med. Rosa Klotz Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Heidelberg Im Neuenheimer Feld 420 T: 06221/56-6980 F: 06221/56-33850 E: rosa.klotz@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: HULC₄*				
Registrierungsnummer: DRKS00017517				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen-Netz Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik	08.08.2019 463 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: PONIY₅*				
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 342 von 340 Patienten Rekrutierung beendet	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: SELREC₆*				
Registrierungsnummer: DRKS00030567				
PD Dr. med. Rosa Klotz	Experimentelle Gruppe: Totale mesorektale Exzision (TME) ohne neoadjuvante (Chemo-)Radiotherapie Kontrollgruppe: Leitlinienkonforme neoadjuvante (Chemo-) Radiotherapie (5x5 Gy oder insgesamt 50,4Gy) und ggf. begleitende 5-FU-basierte Chemotherapie gefolgt von TME innerhalb von 12 Wochen	04.05.2023 3 von 1.074 Patienten	BMBF 1.762,39€/Patient	Dr. S. Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) T: 06221/56-36839 F: 06221/56-33850 E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: RECOPS₇*				
Registrierungsnummer: DRKS00024364				
Prof. Dr. med. Daniel Reim	Experimentelle Gruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresektion, Child-Rekonstruktion und zusätzlicher Braun'scher Fußpunktanastomose zwischen der zu- und abführender Schlinge der Duodenojejunostomie Kontrollgruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresektion und Child-Rekonstruktion	05.05.2022 145 von 606 Patienten	675 €/Patient	Prof. Dr. Daniel Reim Klinikum Rechts der Isar der TU München Klinik und Poliklinik für Chirurgie Ismaninger Str 22 81675 München T: 089 4140 5019 F: 089 4140 2184 E: 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: MICkey_® Registriernummer: DRKS00027927				
Prof. Dr. A. L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Totale minimal-invasive Ösophagektomie (MIN-E; entweder über „klassische“ minimal-invasive Laparoskopie + Thorakoskopie; oder über Roboter-assistierte minimal-invasive Ösophagektomie [RAMIE] oder eine Kombination aus beidem) Kontrollgruppe: Hybrid-Ösophagektomie (HYBRID-E; laparoskopische/ robotische Bauchchirurgie und offene Thoraxchirurgie)	14.06.2023 1 von 152 Patienten	BMBF 850 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: +49-(0)7071 29-86619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de
Studientitel: P.E.L.I.O.N₉* Registriernummer: DRKS00027921				
Prof. Dr. A. L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der Bauchwand während des Loop-Ileostoma-Verschlusses mit fortlaufendem, langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik, der mit einem retromuskulären, nicht resorbierbaren, makroporigen leichten Monofilament- oder Mixed Structure-Netz verstärkt wird. Kontrollgruppe: Bauchwandverschluss beim Loop-Ileostoma-Verschluss mit fortlaufendem langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik ohne Netzverstärkung.	20.01.2023 2 von 304 Patienten	BMBF 650 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: +49-(0)7071 29-86619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de

[1] Anatomical Resection of liver Metastases in patients with RAS-mutated colorectal cancer

[2] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial

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

[6] Selective Neoadjuvant Therapy of Rectal Cancer Patients: SELREC a randomized controlled, open, multicentre non-inferiority trial

[7] The effect of an additional Braun anastomosis in patients after pancreas head resections

[8] Eine multizentrisch randomisierte Studie zum Vergleich der postoperativen Morbidität nach total minimal invasiver Chirurgie mit der Hybrid Chirurgie bei der Ösophagektomie - MICkey Studie

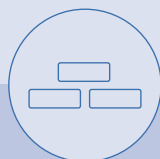
[9] Prophylactic Effect of retromuscular mesh placement during Loop Ileostomy closure On incisional hernia incidence - a multicentre randomized patient- and observer-blind trial (P.E.L.I.O.N Trial)

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

Stand: Juli 2023

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

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

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

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



Prof. Dr. med. Ch. Bruns

Präsidentin

Prof. Dr. med. Th. Schmitz-Rixen

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
Ideengeber und Mentor
Herr SR Dr. med. Rudolf Jakob Peter Blandfort, Friedrichsthal
(2 Bausteine)
Herr Prof. Dr. med. Reinhard Friedrich Gustav Hoffmann, Frankfurt/Main
Herr Dr. med. Jochen Reichmann, Herford
in memoriam Prof. Dr. med. Joachim Reichmann, Halle/Saale
Herr Dr. med. Jochen Reichmann, Herford
Herr Prof. Dr. med. Günther Winde, Herford

BAUSTEIN IN SILBER

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

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

Herr Prof. Dr. med. E. Ulrich Voss, Karlsruhe
 in memoriam Herr Prof. Dr. med. Jörg F. Vollmar
 Herr Dr. med. Christoph Bubb, Landshut
 Herr Dr. med. Bernhard Arlt, Herne
 Herr Prof. Dr. Axel Laczkovics, Bochum
 in memoriam Prof. Waldemar Kozuschek, Bochum
 Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau, Bochum
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans Hellmuth Hirsch
 Herr Prof. Dr. med. Otto-Andreas Festge, Greifswald, Herr Dr. med.
 Reinhold Festge, Oelde, Frau Dr. med. Brigitte Festge, Greifswald
 in memoriam Dr. med. Otto Festge
 Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
 Herr Prof. Dr. med. Horst Hamelmann, Kiel
 Herr Prof. Dr. med. Paul Hahnloser, Zürich
 in memoriam Prof. Dr. med. Åke Senning
 Herr Dr. med. Christoph Schüürmann, Bad Homburg
 Dres. med. Hermann und Beate Sons, Kassel
 in memoriam Dr. med. Paula Rotter-Pool, Berlin
 Herr PD Dr. med. Stefan Welter, Hemer
 Herr Prof. Dr. med. Rolf Schlumpf, Zürich
 Herr Prof. Dr. med. Reinhart T. Grundmann, Burghausen
 in memoriam Margarethe Grundmann, Burghausen

Herr Prof. Dr. med. Helmut Witzigmann
 von seinen Mitarbeitern der Chirurgischen Klinik
 Dresden-Friedrichstadt
 Herr Dr. med. Claus Müller, Dresden
 Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Hartig, Leipzig
 Herr Dr. med. Klaus Schellerer, Bamberg
 in memoriam Dr. med. Heinrich Schellerer und
 Prof. Dr. med. Gerd Hegemann
 Prof. Dr. med. Dieter Rühland, Singen
 Herr Dr. med. Jürgen Hofmann, Innsbruck
 in memoriam Dr. med. Werner Pfafferott und
 Dr. med. Hermann Wiesinger
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Otto Bechstein, Frankfurt/Main
 Herr Dr. med. Nikolaos Mastragelopoulos, Heinsberg
 „Primum non nocere.“
 Herr Prof. Dr. med. Ralf-Bodo Tröbs, Mülheim a. d. Ruhr
 Herr Dr. med. Alexander Florek, Radebeul
 zu Ehren von Dr. med. Hans-Joachim Florek, Dresden
 Herr Dr. med. Detlev Büttner, Gehrden
 in memoriam Prof. Dr. med. Adalbert Büttner, Goslar
 Herr Prof. Dr. med. Christian Schwokowski, Leipzig

BAUSTEIN IN BRONZE

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

Herr Dr. med. Radovan Stojanovic, Kassel
 Herr Dr. med. Jörg Kluge, Erfurt
 in memoriam Dr. med. habil Werner Kluge, Dresden
 Herr Prof. Dr. med. Gerd Meißner, Bernburg
 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
 Herr Dr. med. Kurt Zimmermann, Lauterbach
 Herr Dr. med. André Stoberneck, Kleve
 in memoriam PD Dr. med. Claus Engelmann
 Herr Prof. Dr. med. Thomas Riemenschneider, Bonefeld
 Herr Wolfgang Johannes,
 Firma Medtronic, in Würdigung seiner Verdienste in mehr als
 30 Jahren um die chirurgische Ausbildung
 Herr Prof. Dr. med. Gerd Meißner, Bernburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Dietrich Röher, Düsseldorf
 in memoriam G. Horeysek, C. D. Stahlknecht, R. A. Wahl
 Herr Dr. med. Marc-Ulrich Helber, Bad Boll
 Die Chirurgeninnen e.V.
 Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karsten Vilmar, Bremen
 in memoriam Prof. Dr. med. Wilhelm Rieder

Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Ingolf Vogt-Moykopf
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Werner Maaßen
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Albrecht Encke
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Bartel
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Heikki Toomes
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. Joachim Hasse
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. Heinz Neef
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Mikhail Perelman
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. Pál Keszler

DGCH-PRÄSIDIUM

ab 01. Oktober 2023

VORSTAND

Präsidentin	C. Bruns, Köln
1. Vizepräsident	A. Seekamp, Kiel
2. Vizepräsident	U. Rolle, Frankfurt/Main
3. Vizepräsident	R. Goldbrunner, Köln
Schatzmeister	J. Werner, München
Generalsekretär	Th. Schmitz-Rixen, Frankfurt/Main

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	P. Piso, Regensburg
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie/Vertreter Allgemeine Chirurgie	K. Ridwelski, Magdeburg
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin	T. Stojanovic, Wolfsburg
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	B. Ludwikowski, Hannover
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	J. Hoffmann, Heidelberg
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	H. Clusmann, Aachen
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	B. Kladny, Herzogenaurach
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen	M. Lehnhardt, Bochum
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	T. Doenst, Jena
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	K. Welcker, Mönchengladbach
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	D. Pennig, Köln
Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.	H.-J. Meyer, Hannover
Perspektivforum Junge Chirurgie	J. Kröplin, Rostock
	B. Blank, Kulmbach

WEITERE MITGLIEDER

Leitender Universitätschirurg	S. Fichtner-Feigl, Freiburg
Leitender Krankenhauschirurg	K. Ludwig, Rostock
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik	C. Hauser, Kiel
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung	B. Blank, Kulmbach
Niedergelassener Arzt für Chirurgie	P. Kalbe, Rinteln
Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland	K. Emmanuel, Salzburg/Österreich
Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung	M. Laschke, Homburg/Saar

FRÜHERE PRÄSIDENTEN

Th. Schmitz-Rixen, Frankfurt/M.	2020
M. Ehrenfeld, München	2021
H. Lang, Mainz	2022

SPRECHER DER SENATOREN

J. Jähne, Hannover
T. Pohlemann, Homburg

SENAT

H.-J. Peiper, Göttingen	1987
W. Hartel, Ulm	1991
G. Hierholzer, Duisburg	1995
H. Bauer, Altötting	1997
D. Rühland, Singen	1999
K. Schönleben, Ludwigshafen	2001
J.R. Siewert, München	2002
N.P. Haas, Berlin	2003
B. Ulrich, Düsseldorf	2004
M. Rothmund, Marburg	2005
H.D. Saeger, Dresden	2006
H.U. Steinau, Bochum	2007
K. Junghanns, Ludwigsburg*	
R. Arbogast, Pforzheim	2008
R. Gradinger, München	2010
A. Haverich, Hannover	2011
M. Büchler, Heidelberg	2012
K.-W. Jauch, München	2013
J. Jähne, Hannover	2014
P. Vogt, Hannover	2015
G. Schackert, Dresden	2016
T. Pohlemann, Homburg	2017
J. Fuchs, Tübingen	2018
M. Anthuber, Augsburg	2019
H.-J. Meyer, Hannover**	

* Senator ehrenhalber, Schatzmeister 1996-2011

** Senator ehrenhalber, Generalsekretär 2012-2022

NEUES BDC-STARTERPAKET



FÜR JUNGMEDIZINER:INNEN

Junge Mediziner:innen auf dem Weg zum Facharzt und zur Fachärztin für Chirurgie intensiv zu unterstützen, ist eine der Missionen des BDC. Deshalb haben wir ein neues Produkt an den Start gebracht, das diesen Weg unterstützt: das BDC-Starterpaket. Es ist ab sofort erhältlich und bietet folgende Inhalte:

- ein Weiterbildungsseminar der BDC|Akademie,
- einjährige Mitgliedschaft im BDC, dem Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.,
- 6 Monate Vollzugriff mit allen Möglichkeiten auf die Lernplattform Amboss und
- Teilnahme am DCK-Kongress vom 24.04.-26.04.2024 in Leipzig

Das Paket hat einen Wert von mehr als 956 Euro – und kostet nur 399 Euro!

Zur Webseite mit allen Paket- und Buchungsdetails: www.bdc.de/karriere-jobs/starterpaket

MINISTER DR. ANDREAS PHILIPPI



IM AUSTAUSCH MIT DEM BDC

Schnappschuss vom Austausch zwischen Niedersachsens Gesundheitsminister Dr. Andreas Philippi mit den BDC-Vorständen. Das politische Fachgespräch unter Chirurgen verlief sehr produktiv.

Die Teilnehmenden diskutierten unter anderem über Status und Folgen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes, über das Transparenzgesetz, die Situation im ländlichen Raum, Nachwuchs und Weiterbildung, die Überwindung von Sektorengrenzen sowie die Entwicklung der Rettungsdienste.

Der BDC freut sich auf die Key-Note Speech von Minister Dr. Philippi bei der Präsidiumssitzung im November und über die gute, kollegiale Zusammenarbeit.

BDC|Online: www.bdc.de

Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2024

Hans-Joachim Meyer



**Prof. Dr. med.
Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer**
Präsident des Berufsverbandes der
Deutschen Chirurgie e.V. (BDC)
praesident@bdc.de

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

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

Termin: Freitag, 26. April 2024, 13:00 – 14:00 Uhr*

Ort: Congress Center Leipzig, Saal 2,
Messe-Allee 1, 04356 Leipzig

Ich wünsche Ihnen eine angenehme Anreise.
Ihr

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

* Änderungen vorbehalten

Für BDC-Mitglieder bietet unser Justitiar, Dr. Jörg Heberer, am Freitag, 26. April 2024, 09:00 – 12:30 Uhr eine kostenlose Rechtsberatung am BDC-Stand an. Bitte melden Sie sich verbindlich via justitiar@bdc.de an.

TAGESORDNUNG

TOP 1	Begrüßung	Meyer
TOP 2	Feststellung der Beschlussfähigkeit	Meyer
TOP 3	Genehmigung der Tagesordnung	Meyer
TOP 4	Bericht des Präsidenten	Meyer
TOP 5	Bericht des Schatzmeisters	Mayer
TOP 6	Antrag auf Entlastung des Vorstandes	
TOP 7	Bestellung eines Wahlleiters	
TOP 8	Nachwahl der Leiter:innen der BDC-Fachreferate 1. Prof. Dr. med. Tobias Kisch, DGPRÄC 2. Prof. Dr. med. Waldemar Uhl, DGAV 3. Dr. Dr. PH Michael Conzen, BDNC 4. Dr. med. Katrin Welcker, DGT	
TOP 9	Bericht des Justitiars	Heberer
TOP 10	Aktuelles aus der Berufspolitik	Mitglieder des Präsidiums
TOP 11	Verschiedenes	



Neuigkeiten aus dem BDC finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik
BDC|News.

BDC|Schnittstelle – im Fokus: Dr. Sven Gregor



Olivia Päßler
Presse- & Öffentlichkeitsarbeit
Berufsverband der Deutschen
Chirurgie e.V. (BDC)
paessler@bdc.de

Päßler O: BDC|Schnittstelle – im Fokus:
Dr. Sven Gregor, Passion Chirurgie.
2023 Dezember; 13(12): Artikel 07_03.



Mehr Interviews auf BDC|Online
(www.bdc.de).

» **U**nsere Format BDC|Schnittstelle präsentiert in regelmäßigen Abständen Persönlichkeiten aus den BDC|Landesverbänden. Heute im Fokus: Dr. Sven Gregor, Vorsitzender des Landesverbands BDC|Nordrhein und Sprecher der Landesverbände seit November 2023.

Passion Chirurgie: Herr Dr. Gregor, welchen Auftrag haben Sie sich für Ihren Landesverband auf die Fahne geschrieben?

Sven Gregor: Begeisterung. Wir wollen wieder mehr Chirurgeninnen und Chirurgen für die Arbeit im BDC gewinnen. Die nächsten Jahre werden die Praxen und Kliniken wie nie zuvor vor neuen Herausforderungen stehen: Demografischer Wandel, Generationenpsychologie, Familienfreundlichkeit, Nachhaltigkeit sind nur einige Themen, mit denen wir uns beschäftigen werden. Außerdem

arbeiten wir inzwischen in einem sich schnell und stetig ändernden Umfeld. Die alten Lösungskonzepte sind hier absehbar zum Scheitern verurteilt: Strenge Sektorentrennung, fehlende Kommunikation sowie alte und verkrustete Strukturen sind überholt. Wir, auch und gerade in der Chirurgie, sind aufgefordert, Altes, und vor allem auch uns selbst zu hinterfragen, und zukunftsfähiges Neues für die folgenden Generationen in Praxis und Klinik zu gestalten. In diesen Zeiten zu gestalten ist herausfordernd, spannend und wird die Arbeit einer ganzen Generation junger Chirurgeninnen und Chirurgen prägen.

Wir benötigen einen starken Berufsverband, um die Interessen aller Chirurgen und Chirurgeninnen auch gegenüber der Gesundheitspolitik zu vertreten.

» ZUR PERSON



Kurzporträt Dr. med. Sven Gregor

Geboren 1967, bin ich im Rheinland aufgewachsen, habe nach dem Abitur als Zeitsoldat in den Niederlanden gearbeitet, danach in Köln Medizin studiert und bin seit 1996 in der Chirurgie tätig.

Meine klinische Tätigkeit begann im Klinikum Köln Merheim, am II. chirurgischen Lehrstuhl der Universität Köln (Prof. Dr. med. Dr. h.c. H. Troidl), dem späteren Lehrstuhl Chirurgie I der Universität Witten-Herdecke (Prof. Dr. med. M. Heiss). Parallel dazu erfolgte die wissenschaftliche Ausbildung in der biochemischen und experimentellen Abteilung des II. chirurgischen Lehrstuhls der Universität Köln (Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. E. Neugebauer), dem heutigen Institut für operative Forschung in der operativen Medizin (IFOM) der Universität Witten-Herdecke (Prof. Dr. R. Lefering). Ab 2006 habe ich meine gefäßchirurgische Weiterbildung im Evangelischen Krankenhaus Mülheim an der Ruhr komplettiert (Prof. Dr. med. K. Balzer), bevor ich meinen Weg mit wachsender Verantwortung als Oberarzt in der Viszeral- und Gefäßchirurgie im KKH Gummersbach (Prof. Dr. med. St. Saad) fortgesetzt habe. Nach meiner folgenden Tätigkeit als

leitender Oberarzt der Gefäßchirurgie am Sana Klinikum Remscheid (Dr. med. F. Lepique) habe ich im Januar 2012 eine gefäßchirurgische Praxis in Düsseldorf übernommen.

Neben der vertragsärztlichen Tätigkeit, die auch verschiedene sektorenübergreifende klinische Kooperationen eingeschlossen hat beziehungsweise einschließt, habe ich begonnen projektbezogene Beratungstätigkeiten für verschiedenste Leistungserbringer im Gesundheitswesen (MVZ, ambulante OP-Zentren, Klinikbetreiber, Krankenkassen, Vereinte Nationen) als weiteres Standbein meiner Tätigkeit zu etablieren. In zunehmendem Umfang gehört heute das berufspolitische Engagement, idealerweise die unterschiedlichen Verbände verbindend, zu meiner Tätigkeit. Als Vorsitzender des BDC|Nordrhein bin ich auch Vorstandsmitglied der ANC und GNC Nordrhein, der ANG und war zwischenzeitlich im Kreisstellenvorstand Düsseldorf der KV Nordrhein tätig. Neben fortgesetzter wissenschaftlicher Tätigkeit (AWMF, Methodenberatung, DGfW, Leitlinienautor, IQWiG, klinischer Sachverständiger) habe ich mich mit Gremienarbeit in öffentlichen Institutionen oder wissenschaftlichen Fachgesellschaften für oder durch Berufsverbände mandatiert beschäftigt (IQTiG, QS-WI, LAGDeQSNRW, DGfW, DGG).

Die letzten und die kommenden Jahre sollen weiter von der Verbindung der Berufsverbände, über fachliche – und Sektorengrenzen hinaus, geprägt sein, damit der Begriff der sektorenübergreifenden Medizin eine wirkliche Bedeutung und Verbesserung für die im System erlangt, um die es letztlich immer gehen sollte. Unsere Patientinnen und Patienten.

PC Was stimmt Sie optimistisch?

SG Ich bin Gefäßchirurg. In der Gefäßchirurgie ist es uns durch langwierige, geduldige, gleichzeitig intensive Arbeit über verschiedene, sektoren- und fachgruppenübergreifende Berufsverbände hinweg – natürlich auch mit dem BDC – gelungen, erhebliche Verbesserungen für die Versorgung von Patienten und Patientinnen sowie für die

leistungserbringenden Operateurinnen und Operateure in Praxen und Kliniken zu erreichen. Eine echte Win-win-win-Situation. Das ist ein einmaliger Vorgang in all den Jahren meiner chirurgischen Tätigkeit. Einem solchen Muster folgend, stehen wir in den nächsten Jahren vor riesigen Herausforderungen mit Themen wie etwa Hybrid-DRG, Krankenhausreform, sektorenübergreifende

Leistungssubstitution. Hier entscheiden andere über uns und unsere Zukunft, aber vor allem über die Zukunft der jüngeren Generationen. Wir müssen Entscheidungen gestalten helfen, damit Patientinnen und Patienten, aber auch die Leistungserbringer, am Ende wirklich profitieren. Die Erfolge in der Gefäßchirurgie haben mich und viele andere sehr motiviert, und ich hoffe, wir können einiges davon auf andere Bereiche übertragen.

Ganz entscheidend sind dabei die ehrenamtlich in ihren Regionen und darüber hinaus arbeitenden Kolleginnen und Kollegen aus den unterschiedlichen Fächern der Chirurgie. Ohne deren Arbeit wäre keiner der oben genannten beziehungsweise angestrebten Erfolge auch nur denkbar gewesen. Diese Menschen sind der entscheidende Faktor. Es ist das große Glück in der Chirurgie, dass wir über die einzelnen Fächer hinweg über eine Vielzahl von engagierten Menschen verfügen, die bereit und in der Lage sind, ein so innovatives und spannendes Fach wie die Chirurgie zu gestalten. Die Zusammenarbeit mit diesen Menschen macht Spaß und bringt uns im besten Fall alle voran. Das macht mich optimistisch für die Zukunft.

PC Was sind Ihre wichtigsten Themen?

SG Kommunikation und Zukunftsfähigkeit. Kommunikation ist ein Schlüssel für

Wandel. Das Weltbild der Chirurgie, der Chirurgen und Chirurgen der Kliniklandschaft und der Medizin in der Niederlassung entspricht nur noch zum Teil dem Umfeld, das über unsere Tätigkeiten bestimmt und entscheidet. So sehr wir untereinander beispielsweise besondere akademische Leistungen schätzen, so wenig interessieren sich möglicherweise Beamte der Selbstverwaltung oder Politik dafür. Wir müssen uns engagieren und mehr Gehör zu verschaffen durch viele Gespräche und geduldige Erklärung, auf Augenhöhe und durch harte Arbeit mit, nicht gegen die entscheidenden Institutionen. Die Zukunftsfähigkeit der chirurgischen Praxen und Kliniken wird entscheidend davon abhängen, wie wir es schaffen zu kommunizieren, dass sich unser Selbstbild, aber auch unser Umgang mit anderen glaubhaft, dauerhaft und stetig zeitgerecht verändert. Daran hängen die Existenzen von Praxen, Kliniken und ihren Mitarbeitenden.

Zukunftsfähigkeit: Ich komme aus einer Generation Chirurgie, in deren Ausbildungszeit Führungsstile und -modelle – und das sage ich mit großem Respekt für meine Lehrer – nicht unüblich waren, die unter heutiger Sichtweise insbesondere der Folgegenerationen als missbräuchlich, ehrverletzend und arbeitsrechtlich hoch bedenklich beschrieben würden. Die Welt hat sich gewandelt, die Chirurgie hat sich gewandelt. Die Chirurgie

sollte sich schnell weiter wandeln und entwickeln. In einem so innovativen Fach wie unserem muss es unser Anspruch sein, bei mindestens elf Jahren Ausbildung der jungen Chirurgeninnen und Chirurgen nicht nur mit der Zeit zu gehen, sondern diese weit vorausszudenken. Die Industrie, auch die uns begleitende, kann uns da als gutes Beispiel dienen. Hier gilt es, schnell zu lernen und Zukunft zu gestalten.

PC Was wünschen Sie sich für die Gremienarbeit?

SG Ich würde mich freuen, wenn es uns gelänge, die Anzahl der aktiv in den verschiedenen Gremien des BDC arbeitenden Chirurgeninnen und Chirurgen zu erhöhen. Es gibt so viel zu tun und wir alle können jede helfende Hand gebrauchen. Das in der Gremienarbeit unerlässliche Wissen der Erfahrenen und deren Hilfe im Detail braucht eine Nachfolge, die deutlich jünger als zum Beispiel ich sein sollte, denn es geht in vielem um die Gestaltung der Zukunft der noch jüngeren Generation. Daher: Begeisterung für Gremienarbeit bei jungen Chirurgeninnen und Chirurgen zu wecken, das ist mein Ziel.

Der BDC|Landesverband Nordrhein

Der Landesverband BDC|Nordrhein hat 2135 Mitglieder. Ziel der Arbeit der nächsten Jahre soll es sein, die Mitglieder im Verband zu aktivieren und für die Arbeit im BDC einzuladen und sie einzubinden. Hierzu bestehen vielfältige Verbindungen zu anderen Berufsverbänden und den Gremien der KV, insbesondere der Vertreterversammlung. In einem sich rasant verändernden Gesundheitssystem (Hybrid-DRG, Krankenhausstruktur etc.) gilt es, die chirurgischen Kräfte über alle Grenzen hinweg zu bündeln und ihnen mehr Gehör, insbesondere da, wo die Entscheidungen über uns getroffen werden, zu verschaffen.

Hier geht's zu den BDC|Landesverbänden: www.bdc.de/bdc-landesverbände

BDC | Landesverbände

BDC | Westfalen-Lippe

Vorsitzender
Dr. med. Björn Schmitz, MHBA

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Waldemar Uhl, MHSA

Regionalvertreter NL
Prof. Dr. med. Michael Aufmkolk

Stellv. Regionalvertreter NL
Jerzy Wielowiejski

BDC | Bremen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Knut Müller-Stahl

Regionalvertreter NL
Dr. med. Björn Ackermann

BDC | Hamburg

Vorsitzende
Prof. Dr. med. Carolin Tonus

Stellv. Vorsitzende
Dr. med. Michaela Rothe

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Mansfeld

Regionalvertreter NL
Dr. med. Philipp Kölln

Regionalvertreter in NL
Dr. med. Michaela Rothe

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 Landesverbände

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. Sven Gregor

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Sven Gregor

BDC | Hessen

Vorsitzender
Frank Forst

1. Stellvtr. Vorsitzender
Jan Henninger

2. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Alexander Buia

3. Stellv. Vorsitzende
Nathalena Hein

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Schrödter

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Detlev Grapentin

BDC | Rheinland-Pfalz

Vorsitzender
Dr. med. Jörg Fischböck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Chatterjee

Regionalvertreter Rheinland
Dr. med. Andreas Herzog
Dr. med. Christopher Thomas

Regionalvertreter Pfalz
Dr. med. Oliver Dörr
Dr. med. Ulrich Glatzel

BDC | Saarland

Vorsitzender
Dr. med. Daniel Bastian, Ph.D.

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreterin NL
Dr. med. Serpil Koc

BDC | Baden-Württemberg

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Schäffer

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph W. Jaschke

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Szabo

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christoph W. Jaschke



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

BDC | Mecklenburg-Vorpommern

Vorsitzender
PD Dr. med. Lutz Wilhelm

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph Prinz

Regionalvertreter NL
Dr. med. Andreas Oling

Regionalvertreter NL
Dr. med. Thomas Nowotny

BDC | Berlin

Vorsitzende
Dr. med. Katharina Paul-Promchan

Vorsitzender
Dr. med. Ralph Lorenz

Stellv. Vorsitzende
Dr. med. Marie Samland

Regionalvertreter NL
Dr. med. Max Freiherr von Seebach

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Karsten Mann

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gunnar Peters

BDC | Brandenburg

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

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Mario Liese

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christian Federlein

BDC | Sachsen-Anhalt

Vorsitzender
Dr. med. Matthias Krüger

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

2. Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Martin Stockmann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Dirk Arbter

BDC | Sachsen

Vorsitzender
Dr. med. Ludwig Schütz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Jörg Hammer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Hammer

BDC | Thüringen

Vorsitzender
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Vorsitzender
Steffen Minner

Regionalvertreter NL
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Regionalvertreter NL
Dipl. Med. Ingo Menzel

BDC | Niedersachsen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Guido Schumacher

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Ulf Culemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Florian Barth

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Raymond Young

Stellv. Regionalvertreterin NL
Dr. med. Annina Donner

BDC | Bayern

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Matthias Anthuber

Stellv. Vorsitzende
Dr. med. Hubert Mayer
Dr. Kerstin Schick

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:
Olivia Päßler
Telefon 030/28004-203
presse@bdc.de

Bildbeschreibung: Hirnschnitt, 2012, Kleidung, Stecknadeln, Karton, Birgit Dieker;
E.A.2, Clemens Meyer – Galerie Laden für Nichts, Leipzig



PANORAMA

Das Gehirn in Wissenschaft und Kunst

Birgit Dieker



Henriette Pleiger
Ausstellungskuratorin
Kunst- und Ausstellungshalle der
Bundesrepublik Deutschland
Bonn
pleiger@bundeskunsthalle.de
www.bundeskunsthalle.de

„Das Gehirn in Wissenschaft und Kunst“ – Eine Ausstellung in der Berliner Charité

Henriette Pleiger

Die laufende Ausstellung „Das Gehirn in Wissenschaft und Kunst“ im neugestalteten Berliner Medizinhistorischen Museum der Charité (noch bis 8. September 2024, [Das Gehirn | Ausstellungen | bmm – Berliner Medizinhistorisches Museum der Charité \(bmm-charite.de\)](#)) ist ein interdisziplinäres Ausstellungsprojekt, das im Hinblick auf die Vermittlung von jüngsten Forschungsergebnissen in der Medizin neue Wege beschreitet.

Funktionen in vielerlei Hinsicht noch als unverstanden. Aktuell unternimmt die Neurowissenschaft die größten Forschungsanstrengungen, um den Funktionen des Gehirns genauer auf die Spur zu kommen. Daraus schöpft sie innovative Ansätze für Diagnose und Therapie von neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen, zum Beispiel an hervorragender Stelle auch in der Berliner Charité.

Das Gehirn ist eines der letzten großen Rätsel des menschlichen Körpers. Als zentrales Körperorgan, das unser Sein und Wesen ausmacht, gilt es in seinen Strukturen und

Die Ausstellung „Das Gehirn in Wissenschaft und Kunst“ bietet allen Interessierten einen Gang hinter die Kulissen der Hirnforschung. Sie zeigt, wie detailliert sich die Landkarte des

Pleiger H: „Das Gehirn in Wissenschaft und Kunst“ – Eine Ausstellung in der Berliner Charité. *Passion Chirurgie*. 2023 Dezember; 13(12): Artikel 09_01.



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



Abb. 1: Blick in die Ausstellungsräume „Das Gehirn in Wissenschaft und Kunst“ (Foto: H. Pleiger)

Gehirns inzwischen zeichnen lässt, wo Wahrnehmung, Empfinden, Erinnern und Denken sitzen, wie sich die einzelnen Hirnregionen zu höheren Funktionseinheiten vernetzen und welche medizinischen Hilfsangebote inzwischen gemacht werden können, wenn Hirnleistungen durch Alter, Krankheit oder Unfall eingeschränkt sind.

Die Ausstellung weitet aber auch bewusst den Blick. Sie stellt philosophische Fragen, wie die nach dem Ich und dem Selbst und wie wir uns in die Welt stellen und uns mit ihr verbinden. Dabei setzt sie bewusst auch auf das Mittel der Kunst als eine andere, inspirierende Perspektive auf das spannende Thema. Denn neben der Medizin beteiligen sich seit jeher auch andere Disziplinen wie Philosophie, Religion, Psychologie und eben auch die Kunst mit großer Neugier und Hingabe an der Entdeckungsgeschichte des menschlichen Gehirns.

Die Entwicklung der Ausstellung hat eine längere Vorgeschichte. Sie wurde unter dem noch etwas kunstbetonterem Titel „Das Gehirn. In Kunst & Wissenschaft“ zunächst in der Bundeskunsthalle in Bonn konzipiert und gezeigt (28. Januar bis 26. Juni 2022), bevor Prof. Dr. Thomas Schnalke, Leiter des Berliner Medizinhistorischen Museums der Charité, sich zu unserer großen Freude entschloss, die Ausstellung für das Jahr 2023 in Berlin zu adaptieren. Doch die Charité war schon ab einem früheren Zeitpunkt in das Projekt eingebunden. Johanna Adam und ich, als die zwei zuständigen Kuratorinnen der Bundeskunsthalle, interessierten uns besonders für eine künstlerische, philosophische und kulturhistorische Betrachtung des Themas. Als fulminanten Sparringspartner konnten wir unseren Co-Kurator Prof. Dr. John-Dylan Haynes gewinnen, Direktor des Berlin Center for Advanced Neuroimaging und renommierter Hirnforscher der Charité, der die wissenschaftlichen Aspekte unseres Themas vertreten sollte.

So hatte sich ab 2020 ein interdisziplinäres Kuratorenteam gebildet, das sich aufgrund der Pandemie in unzähligen Online-Meetings zwischen Bonn und Berlin traf, um eine gemeinsame kuratorische Sprache auszuhandeln, die in ein prägnantes



Abb. 2: Blick in die Ausstellungsräume „Das Gehirn in Wissenschaft und Kunst“ (Foto: H. Pleiger)

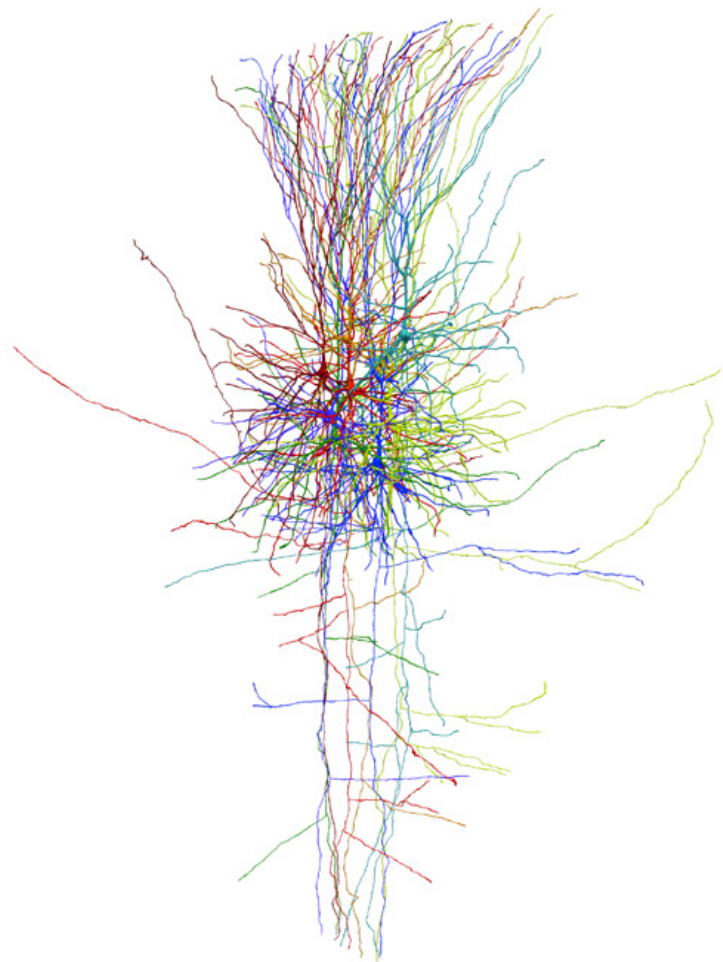


Abb. 3: Zehn menschliche Neuronen und ihre Verknüpfungen, 2022, Anatomische Rekonstruktion, Yangfan Peng, Sabine Grosser, AG Vida, AG Geiger, AG Schmitz, Medical Research Council Brain Networks Dynamics Unit (MRC BNDU) Oxford



Abb. 4 a,b: Broken Ladies: Camilla (li.) und Gail (re.), 2021, Keramik, Jessica Harrison (geb. 1982), Edinburgh, Abbildung mit freundlicher Genehmigung der Künstlerin

Ausstellungskonzept münden sollte. Bencard et al. nennen diesen interdisziplinären Prozess „curating experimental entanglements“ (Bencard et al. 2019, S. 133) und beziehen sich dabei auf die Entwicklung der Dauerausstellung *Mind the Gut* im Medical Museion in Kopenhagen, für die sie sowohl Künstler als auch Biomediziner in ihr Team eingeladen hatten. In ähnlicher Weise haben wir versucht, das menschliche Gehirn aus einer Vielzahl von Perspektiven und Disziplinen zu beleuchten, um die Komplexität dieses Organs umfassender darzustellen.

Einer der Hauptgründe, warum wir das Gehirn als Thema für unsere Ausstellung gewählt haben, war, dass es uns immer noch wie ein nahezu unerforschtes Gebiet erschien, das sowohl Raum für Fiktionen und Fantasien als auch für kühne wissenschaftliche Theorien

bietet. Die Hirnforschung liefert ständig neue Erkenntnisse, steht aber auch noch vor vielen ungelösten (und ethisch umstrittenen) Fragen. Das Gehirn regt daher zu einer Fülle von Spekulationen und Hypothesen an – nicht nur bei Neurowissenschaftlern, sondern auch bei Philosophen, Künstlern und Forschern vieler anderer Disziplinen, und ist damit ein ideales Thema für eine interdisziplinäre Ausstellung. Bei diesem interdisziplinären Dialog mussten wir allerdings darauf achten, einerseits einen vielfältigen Blick auf das Thema zuzulassen, aber andererseits die Besucher auf eine nachvollziehbare und nicht zu verwirrende Reise durch die Geschichte der Erforschung des Gehirns mitzunehmen.

Die Ausstellung widmet sich fünf scheinbar einfachen Fragen, die sich die Besucher auch selbst hätten stellen können:

Die erste Frage lautet: „Was habe ich im Kopf?“ Das so betitelte erste Ausstellungskapitel untersucht die bloße Anatomie des menschlichen Gehirns. Zu den wichtigsten Objekten der Wissenschaftsgeschichte gehören hier beispielsweise Santiago Ramón y Cajals fantastische Zeichnungen von Gehirnzellen und -strukturen aus dem ausgehenden 19. und frühen 20. Jahrhundert, die auch derzeit in Berlin im Original zu sehen sind.

Die zweite Frage lautet: „Wie stelle ich mir die Vorgänge im Gehirn vor?“ Dieses Ausstellungskapitel fragt nach den kognitiven Funktionen und aktiven Prozessen im Gehirn. Es werden bedeutende technische Erfindungen vorgestellt, wie zum Beispiel die Magnetresonanztomografie, die das Studium des aktiven Gehirns ermöglicht. Andererseits laden Analogien und Metaphern für die Abläufe im

Gehirn – wie zum Beispiel den Denkprozess – zu künstlerischen Interpretationen ein.

Die dritte Frage ist eher philosophischer Natur: „Sind ich und mein Körper dasselbe?“ Die dualistische Vorstellung von der Seele als einer vom Körper losgelösten Entität ist immer noch verbreitet, vor allem in unseren Vorstellungen vom Tod. Die moderne Hirnforschung zieht es vor, statt von der „Seele“ von „Bewusstsein“ zu sprechen und betrachtet geistige Prozesse als untrennbar von körperlichen.

Das Zusammenspiel von Körper und Geist zeigt sich in der Funktion unserer Sinne. **Die vierte Frage** lautet daher: „Wie mache ich mir die Welt?“ In diesem Ausstellungskapitel geht es um die Frage, wie die Welt in unseren Kopf kommt und wie zuverlässig unsere Wahrnehmung und unser Gedächtnis sind.

Die fünfte Frage der Ausstellung lautet schließlich: „Soll ich mein Gehirn optimieren?“ Heute helfen neurologische Implantate, Krankheitssymptome zu lindern, zum Beispiel bei der Parkinson-Krankheit. Doch wie wird der Mensch der Zukunft aussehen? Werden wir eines Tages zu Cyborgs? Künstlerische Visionen als Antwort auf diese Frage sind oft von der neuesten Forschung inspiriert. Vieles davon bleibt reine Fantasie oder Science-Fiction, aber es regt zu interessanten Gedanken und grundsätzlicheren, ethischen Überlegungen an: Was ist es, das uns zum Menschen macht?

Diese fünf Fragen sollten als Einstieg in eine komplexere Auseinandersetzung mit dem Thema dienen. Als wir mit der Entwicklung dieses interdisziplinären Ausstellungskonzepts begannen, mussten wir zunächst einen Weg finden, unsere unterschiedlichen Arbeitsweisen in Einklang zu bringen. Wir mussten gemeinsam erkunden, wie diese Zusammenarbeit zwischen zwei kunstaffinen Ausstellungskuratorinnen und einem Hirnforscher aussehen könnte und wie wir uns auf ein gemeinsames Narrativ zum Thema „Gehirn“ einigen könnten. Manchmal fühlte es sich an, als wären wir drei verschiedene Wirbeltiere, die um einen Tisch sitzen: ein Vogel, ein Fisch und ein Säugetier. Obwohl wir ein ähnliches



Abb. 5: Indecision, 1983, Öl auf Pappe, Reproduktion, Bryan Charnley (1949–1991), Abbildung mit freundlicher Genehmigung des Bethlem Museum of the Mind, Beckenham

Rückgrat haben, bevorzugten wir – wie die Objekte, die wir jeweils vorschlugen – drei sehr unterschiedliche Umgebungen: Luft, Wasser und Land. Ich möchte diese – natürlich grob vereinfachende – Analogie noch ein wenig weitertreiben. Kunstwerke brauchen eine luftige Umgebung, wie Vögel, die ihre Flügel ausbreiten, um ihre Wirkung zu entfalten. Historische Objekte und Dokumente benötigen vielleicht eine eher flüssige Umgebung, die es ihnen ermöglicht, tief einzutauchen und sich in ihre historischen Kontexte einzubetten. Wissenschaftliche Objekte verlangen vielleicht nach einem festeren Boden, um ihre faktische Natur zu unterstützen. Wir mussten also nichts Geringeres tun, als ein „luftiges Wasserland“ zu schaffen, das es uns und den ausgewählten Geschichten und Objekten ermöglichte, auf Augenhöhe zu kommunizieren.

Glücklicherweise zeigten wir alle drei großes Interesse daran, die Perspektiven der jeweils

anderen kennenzulernen, und versuchten so zumindest vorübergehend, zu eierlegenden halbaquatischen Säugetieren wie Schnabeltieren zu werden, während wir einen Blick in die Lebenswelt der anderen warfen. Diese Analogie hat natürlich ihre Tücken, denn unsere Fachgebiete waren in Wahrheit nicht so weit voneinander entfernt, wie es den Anschein gehabt haben mag, denn so hatte zum Beispiel auch der beteiligte Hirnforscher ein tiefes Interesse an philosophischen Fragen und künstlerischen Hypothesen, während wir anderen beiden über die neuesten medizinischen Verfahren staunten. Und zumindest in Bezug auf unsere Neugier waren wir drei von Anfang an Mischwesen – bereit, ein gemeinsames Territorium zu schaffen, in dem wir alle atmen und uns bewegen konnten, ohne Kunstwerke oder wissenschaftliche Objekte zu „neutralisieren oder zu instrumentalisieren“ (Bencard et al. 2019, S. 137). Mit den vor genannten fünf Fragen gelang uns eine klare



Abb. 6: Gedächtnistest, 2002, Brett mit 16 Spielfiguren, Klinik für Neurologie, Charité

und einvernehmliche Ausstellungserzählung. In ihr einigten wir uns auf fünf „Spielwiesen“, in denen jeder von uns „artgerechte“ Vorschläge für die Geschichten und Objekte machen konnte, die wir in das Gesamtnarrativ einbeziehen wollten. Eine Win-win-Situation, denn unser aller Horizont erweiterte sich enorm.

Die laufende zweite Station der Ausstellung in Berlin ergänzt dieses Grundkonzept noch durch einen stärkeren Fokus auf die jüngsten Ergebnisse der Hirnforschung an der Charité. Hierbei begeisterte uns auch schon in Bonn besonders ein Projekt der Sektion Bewegungsstörungen und Neuromodulation der Klinik für Neurologie der Charité, das von Prof. Dr. Andrea Kühn und Dr. Lucia Feldmann

entwickelt wurde. „Printed by Parkinson’s“ ([Printed by Parkinson’s – Innocean Berlin](#)) verbindet künstlerische und wissenschaftliche Methoden, um die Wirkung der tiefen Hirnstimulation auf Menschen mit der Parkinson-Erkrankung auf so berührende Weise zu zeigen, wie es sich kein*e Museumskurator*in hätte besser ausdenken können.

Begleitend zur Ausstellung wurde 2022 eine virtuelle Ausstellung entwickelt, die einen spannenden didaktischen und ästhetischen Ansatz verfolgt und im Internet weiterlebt ([www.gehirn.art](#)). Zur Ausstellung in Bonn erschien 2022 darüber hinaus die umfangreiche Publikation *Das Gehirn. In Kunst & Wissenschaft* ([www.hirmerverlag.de/de/titel-1-1/das_gehirn-2307/](#)). In einer eigenen

Publikation mit dem Titel *Geistesblitze. Gedankenströme* stellt das Berliner Medizinhistorische Museum ergänzend die Hirnforschung an der Charité vor ([Geistesblitze | Shop | Über das Museum | bmm – Berliner Medizinhistorisches Museum der Charité \(bmm-charite.de\)](#)).

LITERATUR

- [1] Bencard, A., Whiteley, L. and Thon, C. H. (2019). „Curating experimental entanglements“, in: Hansen, M. V., Henningsen, A. F. and Gregersen, A. (2019) (eds.). *Curatorial Challenges: Interdisciplinary Perspectives on Contemporary Curating*, London/New York: Routledge, pp. 133-146. ○

BILDERRÄTSEL



AND THE WINNER IS ...

E. Niekau aus Feldkirchen

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

AUFLÖSUNGEN

AUSGABE I/2023

KREUZBAND



AUSGABE II/2023

HODENHOCHSTAND



AUSGABE III/2023

BLUTBILD



Wissen – Fortbildung – Updates

Die Chirurgie: 12 mal im Jahr – gedruckt und digital

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

Jetzt bestellen



TachoSil[®] SEALANT MATRIX



EVERYDAY HERO

Das Zeug zur
echten Heldin.

TachoSil[®]
Blutstillung und
Versiegelung
in einem.

 **corzamedical**



TachoSil[®] Versiegelungsmatrix

Quantitative und qualitative Zusammensetzung: TachoSil[®] enthält pro cm² Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,0 I.E., **Sonstige Bestandteile:** Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E 101), Natriumchlorid, Natriumcitrat (E 331), L-Arginin-Hydrochlorid. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Lokales Hämostatikum, ATC-Code: B02BC30.

Anwendungsgebiete: Bei Erwachsenen und Kindern ab einem Alter von 1 Monat zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebeerregung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie bei Erwachsenen zur unterstützenden Versiegelung der Dura mater, um postoperative Liquorleckagen nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** Intravaskuläre Anwendung, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile.

Nebenwirkungen (Häufigkeit nicht bekannt): Anaphylaktischer Schock, Überempfindlichkeit, Thrombose, Darmverschluss (in der Bauchchirurgie), Adhäsionen, Bildung eines Fremdkörpergranuloms. **Weitere Warnhinweise:** Nach Öffnen der äußeren Folie sofort verwenden. Nicht resterilisieren. Chargendokumentationspflichtig. **Inhaber der Zulassung:** Corza Medical GmbH, Speditionstraße 21, 40221 Düsseldorf, Deutschland. **Stand der Information:** 03./2023. **DE:** Verschreibungspflichtig. **AT:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Fachinformation von TachoSil[®] Versiegelungsmatrix.

corza.com