

PASSION

C

HIRURGIE



PANORAMA

EIN UMWEG SCHENKT EIN
LÄNGERES LEBEN

im Fokus

KONGRESSNACHLESE
2024

06 | 11 | 2024

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

DGCH

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
CHIRURGIE E.V.



BDC



Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.

Das Abo mit mehr Tiefe

„DIE CHIRURGIE“

(12 Hefte pro Jahr)

Digitale chirurgische
Fachzeitschriften

Facharzt-Training

e.Medpedia

CME

JETZT NEU

Die Chirurgie plus
umfangreiches Online-Angebot
zur Wissensvertiefung, zum
Fortbilden und Trainieren.



Hier eintauchen:
SpringerMedizin.de/chirurgie-abo

**Sonderpreis
für BDC-
Mitglieder**

DCK 2024



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

Nach einem sehr erfolgreichen DCK 2024, der mich und hoffentlich alle Teilnehmenden inspiriert und bereichert hat, reflektiere ich das, was ich persönlich mitgenommen habe: Meine Hoffnung und meine Meinung, dass die Chirurgie nach wie vor eine Faszination ausübt, hat sich hier bestätigt. An den drei Kongresstagen vor Ort in Leipzig hatte ich das Gefühl, dass das Engagement der chirurgischen Verbände und der Personen, die sich seit vielen Jahren für die Chirurgie engagieren, beim DCK kulminiert und Früchte trägt: Die Sitzungen waren gut besucht, junge Chirurg:innen nahmen morgens um acht Uhr an praktischen Workshops teil, Zuhörer:innen brachten sich mit engagierten Fragen ein und die Timeline meines LinkedIn-Profiles war mit Kommentaren und Bildern zum Kongress gefüllt. All das gibt mir Hoffnung, dass wir auch zukünftig eine flächendeckende und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung durch motivierte Chirurginnen und Chirurgen sicherstellen können.

Liebe Mitglieder, die aktuellen weltpolitischen Geschehnisse der vergangenen drei Jahre, lassen meinen Jubel wieder verstummen. Auch die Situation unseres aktuellen Gesundheitssystems wird die meisten von uns zurzeit verstimmen. Es knirscht, und auch die längst überfällige und von vielen begrüßte, aber gleichzeitig von den meisten – Verbänden, Ländern, Selbstverwaltung etc. – zutiefst kritisierte Gesundheitsreform wird uns weitere Lasten aufbürden.

Die deutsche Krankenhauslandschaft wird zukünftig geprägt sein durch tiefgreifende Strukturreformen mit Zentralisierung hoch spezialisierter Medizin, zunehmender Ambulantisierung mit notwendiger transsektoraler Zusammenarbeit sowie flächendeckender Digitalisierung. Das wird zu massiven Veränderungen im Gesundheitssektor und für dessen Beschäftigte führen. Hervorheben möchte ich hier insbesondere die Auswirkungen auf die fachärztliche Weiterbildung. Wir werden

alle unsere Kräfte mobilisieren müssen, um diese Umbrüche zu meistern. Ich meine: Nur, wenn wir als Deutsche Gesellschaft für Chirurgie mit all ihren hochspezialisierten Fachverbänden sowie mit dem chirurgischen Berufsverband BDC zusammenhalten, haben wir überhaupt eine Chance, in der Landes- und Bundesgesundheitspolitik auf Augenhöhe wahrgenommen zu werden und das System maßgeblich in unserem Sinne mitzugestalten. Wir müssen den Entscheidern geschlossen klarmachen: Bei uns konzentriert sich die chirurgische Expertise, fachlich und berufspolitisch.

Es ist bei all den politischen Diskussionen um Finanzierung des Gesundheitssystems unsere gemeinsame Aufgabe, darauf zu achten, dass die durch Forschung und Wissenschaft geschaffenen Werte nicht verloren gehen, und dass der Motor für Fortschritt und Innovation bei uns, der Ärzteschaft, immer das Streben nach dem Verbessern der gesundheitlichen Versorgung des Menschen sein sollte. Mit dieser Einstellung werden Kooperationen mit Industrie und Sponsoren im Sinne des Ärztecodex gelingen.

Liebe Mitglieder, was wird die jüngere Generation bei all den Hürden motivieren, sich für die Chirurgie zu begeistern? Sicherlich auch die Entwicklung in den OPs hin zum Einsatz modernster Technologie wie Next-Generation-Robotics sowie künstlicher Intelligenz und virtueller Realitäten. Daten und Vernetzung spielen hier eine Rolle und auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Hier hat die junge Generation den klaren Vorteil, dass sie in digitalen Welten und mit virtuellen Realitäten aufgewachsen ist. Wo wir können, sollten wir ihre Talente fördern und sie zu chirurgischen Höchstleistungen motivieren. Dies gelingt auch ohne das von vielen jungen Menschen als althergebracht beurteiltes Konkurrenzdenken. Denn: Höchstleistung an sich macht schon Spaß! Das meinten schon die alten Wikinger. ○



Bruns C: Editorial – DCK 2024.
Passion Chirurgie. 2024 Juni; 14(06/II):
Artikel 01_01.

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/Zuki

ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

Passion Chirurgie erscheint 10-mal jährlich als elektronische Ausgabe (eMagazin via BDC/Mobile App über Apple AppStore oder GooglePlay).
Quartalsweise erscheint sie als gedruckte Zeitschriftenausgabe unter IVW-Mitgliedschaft.



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 DCK 2024 *Christiane Bruns*

4 KURZNACHRICHTEN**6 CHIRURGIE**

6 S3-Leitlinie: Klinische Ernährung in der Chirurgie
Arved Weimann et al.

14 CHIRURGIE⁺

14 Akademie aktuell: Wundmanagement als Fortbildung neu gedacht
Wolfgang Schröder

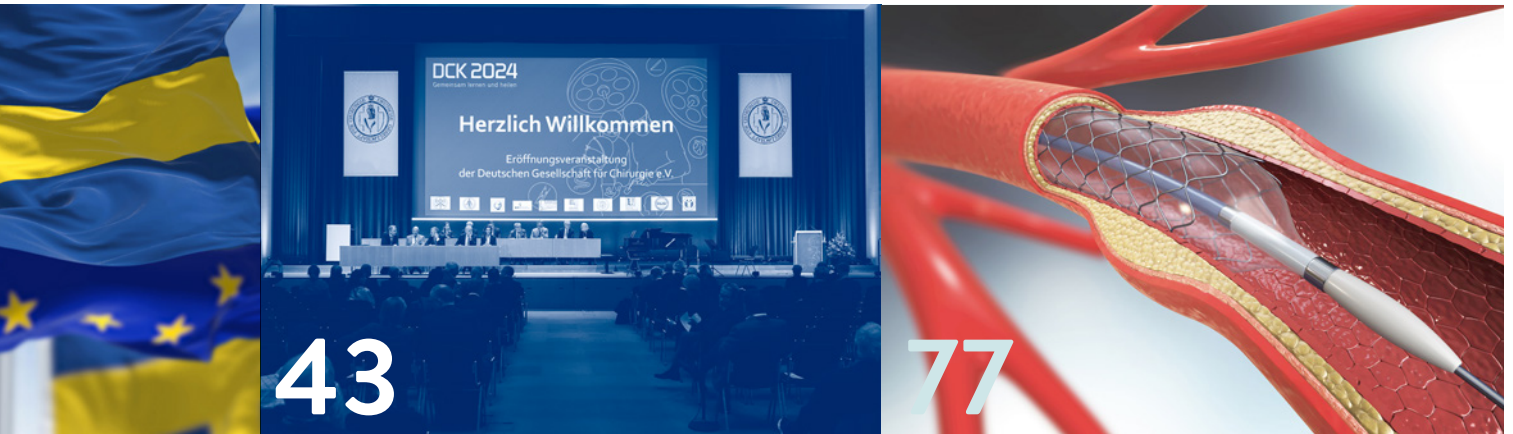
16 Safety Clip: „Wenn der Roboter den Tupfer reicht“:
Das Potenzial der Robotik im Gesundheitswesen
Sabine Kraft

21 Hygiene-Tipp: Achtung bei Wechsel der Händedesinfektionsmittel
Lutz Jatzwauk, Walter Popp, Wolfgang Kohnen

22 Personalia

23 RECHT

23 F+A: Zahlungsverhalten von Privatkassen-Patient
Jörg Heberer



24 GESUNDHEITSPOLITIK

- 24 Zentrum oder Zentrale
Carsten Krones, Daniel Vallböhrer
- 24 **BDC-Praxistest:** Centralisation of surgery in Sweden
Linus Axelsson
- 30 Interview mit den Leitenden der Gemeinsamen
Weiterbildungskommission Chirurgie
- 34 **Berufspolitik Aktuell:** Lauterbach und die Mär von
der „doppelten Facharztschiene“ *Jörg-A. Rüggeberg*

35 INTERN

- 35 **DGCH**
- 35 Kommentar des Generalsekretärs
- 39 Sehr persönlich nachgefragt bei Tim Vilz
- 41 Bericht zur Veranstaltungsreihe Arbeitskreis
Ärzt:innen und Jurist:innen der AWMF *Joachim Jähne*
- 43 Eröffnungsrede zum 141. Kongress der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie DCK 2024
- 48 Bildergalerie zur Eröffnungsveranstaltung
- 50 Überblick Vergabe von Preisen, Stipendien und
Ehrungen der DGCH
- 52 Wahl des Präsidenten 2025/26
- 54 Impressionen vom DCK 2024
- 56 Einladung zum DCK 2025 – Sichere Chirurgie für Alle
- 59 Protokoll der DGCH-Mitgliederversammlung

- 61 Die Erstbeschreibung eines Verschlussikterus
infolge eines inkarzierten Papillensteines
bei Choledocholithiasis durch den
Chirurgen Rose 1785 *Michael Sachs*
- 64 Rekrutierende multizentrische chirurgische
Studien in Deutschland *Solveig Tenckhoff*
- 67 DGCH-Präsidium ab 01. Juli 2024
- 68 **BDC**
- 68 Rückblick auf die BDC-Mitgliederversammlung 2024
- 70 BDC|Schnittstelle – im Fokus: Dirk Farghal
Olivia Päßler
- 73 Termine BDC|Akademie

76 VERNETZT

- 76 Komplette Beinbehandlung mit der Sklerotherapie

77 PANORAMA

- 77 Ein Umweg schenkt ein längeres Leben
Sabine Hoffmann

06 24 Kurz Nachrichten

Fachärztliche Weiterbildung in Gefahr: Offener Brief an Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach

Link auf bdc.de: <https://www.bdc.de/fach-aerztliche-weiterbildung-in-gefahr-offener-brief-an-lauterbach/>

In einem gemeinsamen offenen Brief haben der Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC), die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), der Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA) sowie die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach mit Forderungen zur fachärztlichen Weiterbildung konfrontiert. In dem Schreiben machen die Verbände deutlich, dass ihnen die zukünftige Sicherstellung der ärztlichen Weiterbildung, gekoppelt mit einem sich stetig verschärfenden Fachkräftemangel im ärztlichen Bereich, Sorge im Hinblick auf eine qualifizierte Patientenversorgung in der Zukunft bereitet. Neben einer Anzahl von Forderungen machen die Verbände konkrete Vorschläge, wie die Weiterbildung im ärztlichen Bereich zukünftig adäquat abgebildet und finanziert werden kann.

Die Verbände machen darauf aufmerksam, dass die geplanten Reformen, insbesondere die Ambulantisierung, die Rahmenbedingungen für die ärztliche Weiterbildung beeinflussen. Darüber hinaus würde die Finanzierung der Ausbildung junger Kolleginnen und Kollegen nach wie vor eine untergeordnete und wenig

differenziert betrachtete Rolle spielen. Die Verbände verlangen eine angemessene finanzielle Unterstützung und strukturelle Maßnahmen, um die Weiterbildungskosten zu refinanzieren und sicherzustellen. Außerdem solle die Weiterbildung in klinischen und ambulanten Einrichtungen gleichermaßen gefördert werden. Es sei wichtig, dass die Kosten transparent und trägerunabhängig refinanziert werden und den Einrichtungen zugewiesen werden, in denen die Weiterbildung tatsächlich stattfindet. Dabei betrachten sie die Weiterbildung junger Ärztinnen und Ärzte als gesamtgesellschaftliche Aufgabe – auch, um den steigenden Behandlungsbedarf einer älter werdenden Gesellschaft zu decken. Sie halten es somit für unerlässlich, zumindest einen Teil der Weiterbildungskosten aus Steuermitteln zu finanzieren.

Zur Umsetzung haben BDC, DGCH, BDA und DGAI konkrete Vorschläge: Zunächst könnten in einer ersten Stufe die Kosten für die ärztliche Weiterbildung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) in den DRG-Kalkulationskrankenhäusern differenziert erhoben und in einem Fonds abgebildet werden. Die Erlösanteile sollten dann den Kliniken

zukommen, die die Weiterbildung durchführen. Ein ähnliches fondsbasiertes System könnte auch für ambulante Weiterbildungsstellen entwickelt werden. Dies würde es ermöglichen, die geplante Vorhaltevergütung für Krankenhäuser um einen Zuschlag zu ergänzen, der nach Anzahl der Weiterbildungsstellen gestaffelt ist und nur Kliniken zugutekommt, die Facharztweiterbildungen anbieten. Für die Förderung der Weiterbildung im vertragsärztlichen Bereich sei es außerdem kurzfristig erforderlich, im § 75a des SGB V in Absätzen 4 und 9 die Begrenzung der finanziellen Förderung auf die grundversorgenden Fachärzte zu streichen und es somit zu ermöglichen, dass auch die zunehmend in den ambulanten Bereich verlagerten einfachen operativen Eingriffe im Rahmen der fachärztlichen Weiterbildung erbracht werden können.

Für Gespräche mit Gesundheitsminister Lauterbach stellen sich alle vier unterzeichnenden Verbände jederzeit zur Verfügung.

Zum offenen Brief an Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach: <https://bit.ly/LauterbachBriefBDC>

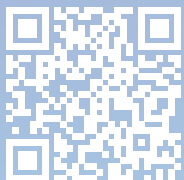


eRef

Mehr wissen. Besser entscheiden.
Ein Mediziner*innen-Leben lang.

Die medizinische Wissensplattform eRef unterstützt Sie ab Tag 1 der Weiterbildung, während Klinik-Rotationen bis zur bestandenen Facharztprüfung und darüber hinaus.

Mit intelligent verknüpften, interdisziplinären und leitlinienbasierten Inhalten. Am PC, Tablet und Smartphone. Angepasst an Ihr individuelles Wissenslevel. Für den gezielten und nachhaltigen Aufbau Ihres Fachwissens – ein Mediziner*innen-Leben lang.



eref-testen.thieme.de



S3-Leitlinie: Klinische Ernährung in der Chirurgie

Arved Weimann¹, Stefan Breitenstein², Sabine Gabor³, Stefan Holland-Cunz⁴, Matthias Kemen⁵, Friedrich Längle⁶, Marc Martignoni⁷, Nada Rayes⁸, Bernd Reith⁹, Anna Schweinlin¹⁰, Wolfgang Schwenk¹¹, Daniel Seehofer⁸, Metin Senkal¹², Christian Stoppe^{13,14}

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e.V. in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Klinische Ernährung (AKE) Österreichs, der Gesellschaft für Klinische Ernährung der Schweiz (GESKES) und den Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) e.V., Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) e.V. und Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) e.V.

Korrespondierender Autor**Prof. Dr. med. Arved Weimann**

¹ Klinikum St. Georg GmbH
Abteilung für Allgemein-, Viszeral-
und Onkologische Chirurgie
Delitzscher Str. 141
04129 Leipzig
Arved.Weimann@sanktgeorg.de

² Klinik für Viszeral- und
Thoraxchirurgie, Klinischer Bereich
B, Kantonsspital Winterthur,
Winterthur, Schweiz

³ Abteilung für Chirurgie, KRAGES
Burgenländische Krankenanstalten
Gesellschaft m. b. H., Oberwart,
Österreich

⁴ Klinik für Kinderchirurgie des
Universitätskinderspitals beider
Basel, Basel, Schweiz

⁵ Abteilung für Allgemein- und
Viszeralchirurgie, Lehrkrankenhaus
der RUB Bochum, Evangelisches
Krankenhaus, Herne, Deutschland

⁶ Chirurgische Abteilung,
Landeskrankenhaus Wr. Neustadt,
Wiener Neustadt, Österreich

⁷ Klinik und Poliklinik für Chirurgie,
Klinikum rechts der Isar, Technische
Universität München, München,
Deutschland

⁸ Klinik und Poliklinik für
Viszeral-, Transplantations-,
Thorax- und Gefäßchirurgie,
Universitätsklinikum Leipzig,
Leipzig, Deutschland

⁹ Klinik für Allgemein-,
Viszeralchirurgie und Proktologie,
Agaplesion Diakonie Kliniken Kassel,
Kassel, Deutschland

¹⁰ Institut für Ernährungsmedizin,
Universität Hohenheim, Stuttgart,
Deutschland

¹¹ Gesellschaft für Optimierte
PeriOperatives Management mbH –
GOPOM GmbH, Düsseldorf,
Deutschland

¹² Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie, Plastische und
Rekonstruktive Chirurgie, Marien
Hospital Witten, Lehrkrankenhaus
der Ruhr-Universität Bochum,
Witten, Deutschland

Weimann A et al.: S3-Leitlinie: Klinische Ernährung
in der Chirurgie. Passion Chirurgie. 2024 Juni;
14(06/II): Artikel 03_01.



Mehr zum Thema Ernährung in der Chirurgie
finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de)
unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete |
Fachübergreifend.

Die Vermeidung einer ausgeprägten Katabolie nach chirurgischen Eingriffen mit frühem postoperativen Kostenaufbau und Mobilisierung zur raschen Rekonvaleszenz ist heute der Standard des perioperativen Managements im sogenannten Enhanced-Recovery-After-Surgery-(ERAS-)Konzept. So ist die frühe orale Nahrungszufuhr auch die bevorzugte Form der postoperativen Ernährung, und die medizinische, ggf. auch „künstliche“ Ernährungstherapie erscheint sehr traditionell. Mangel- und Unterernährung stellen signifikante Risikofaktoren für postoperative Komplikationen dar. Dies gilt ganz besonders bei bereits präoperativ bestehendem ernährungsmedizinischem Defizit. Gemessen am Kalorienbedarf ist zudem gerade nach viszeralchirurgischen Eingriffen die Nahrungsaufnahme oftmals für längere Zeit vermindert. Vor allem im Fall von Komplikationen birgt dies das Risiko eines zunehmenden Gewichtsverlusts und einer Unterernährung der Patienten im weiteren postoperativen Verlauf. Bei diesen Risikopatienten ist ein flexibles Vorgehen erforderlich, sodass auch die Indikation zur supplementierenden enteralen/parenteralen Ernährung geprüft werden muss [1, 2]. Deswegen wird auch in den ERAS-Leitlinien empfohlen, schon bei der chirurgischen Aufnahme ein ernährungsmedizinisches Risikoscreening durchzuführen [3].

Eine frühe Ernährungstherapie ist gerade auch für chirurgische Patientinnen und Patienten mit bereits bestehendem Ernährungsrisiko wichtig. Der Fokus dieser Leitlinie liegt besonders auf ernährungstherapeutischen Aspekten im ERAS-Konzept (Plan A). Dies betrifft präoperativ auch Strategien zur Konditionierung („Prähabilitation“). Postoperativ können Komplikationen mit der Notwendigkeit zur Reoperation und Intensivtherapie eintreten, die eine enterale und parenterale Ernährung erforderlich machen (Plan B).

Aus der Stoffwechsel- und Ernährungsperspektive sind folgende Aspekte in der perioperativen Versorgung zentral:

- Integration der Ernährung in das gesamte perioperative Management des Patienten

- Vermeidung von längeren perioperativen Nüchternheitsperioden
- Möglichst frühe Wiederaufnahme der oralen Ernährung nach chirurgischen Eingriffen
- Früher Start einer Ernährungstherapie bei Patienten mit metabolischem Risiko
- Metabolische Kontrolle, z. B. Blutzucker
- Reduzierung von Faktoren, die Stress und Katabolie induzieren oder die gastrointestinale Funktion beeinträchtigen
- Zurückhaltende Gabe von Medikamenten mit ungünstigem Einfluss auf die Darmperistaltik
- Frühe Mobilisation zur Stimulierung der Proteinsynthese und der Muskelfunktion

Eine supplementierende Ernährung findet ihre Indikation auch ohne offensichtliche krankheitsspezifische Mangelernährung, wenn vorhersehbar ist, dass der Patient für eine längere postoperative Zeitdauer unfähig sein wird zu essen oder eine adäquate orale Kalorienmenge zu sich zu nehmen. Auch in diesen Situationen wird zum Beginn einer medizinischen Ernährungstherapie geraten. Insgesamt gilt, nicht erst bis zur Manifestation einer krankheitsspezifischen Mangelernährung zu warten, sondern bereits bei Bestehen eines metabolischen Risikos frühzeitig eine Ernährungstherapie zu beginnen. Bilanzierte Trinknahrungen (ONS), enterale und parenterale Ernährung bieten die Möglichkeit im Falle einer unzureichenden oralen Nahrungsaufnahme, eine adäquate Kalorienzufuhr sicherzustellen. Dies gilt besonders für Patienten mit

- metabolischem Risiko bzw. mit manifester Mangelernährung,
- großen Tumoroperationen,
- schweren Komplikationen trotz bestmöglicher perioperativer Betreuung.

Bereits 2019 ist von der Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) eine neue Definition der Mangelernährung erarbeitet worden, die von allen großen Fachgesellschaften weltweit getragen wird [4].

- ¹³ Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg, Deutschland
- ¹⁴ Klinik für Kardioanästhesiologie und Intensivmedizin, Deutsches Herzzentrum Berlin, Charité Berlin, Berlin, Deutschland

Hierbei wird nach phänotypischen und ätiologischen Kriterien unterschieden:

Phänotypische Kriterien sind:

- Unfreiwilliger Gewichtsverlust
- Niedriger BMI
- Verminderte Muskelmasse

Ätiologische Kriterien sind:

- Verminderte Nahrungsaufnahme und -resorption
- Inflammation
- Krankheitsschwere

Nach dem Screening auf eine Mangelernährung werden die phänotypischen und ätiologischen Kriterien erhoben. Dabei bleibt es dem Untersucher überlassen, welche Methoden zur Erhebung der Muskelmasse (z. B. Computertomografie) herangezogen werden.

Ist jeweils ein phänotypisches und ein ätiologisches Kriterium erfüllt, kann die Diagnose „Mangelernährung“ gestellt und auch der Schweregrad eingeteilt werden.

Für den im klinischen Alltag häufigen Fall, dass die Messung der Muskelmasse nicht zur Verfügung steht, stimmt die Definition eines hohen metabolischen Risikos der ESPEN-Leitlinie mit den GLIM-Kriterien überein.

- Gewichtsverlust > 10–15 % innerhalb von 6 Monaten
- Body Mass Index (BMI) < 18,5 kg/m²
- Nutrition Risk Score (NRS) > 5
- Präoperatives Serumalbumin < 30g/l (sofern keine Leber- oder Nierenerkrankung besteht)

In einer großen Registerstudie aus Norwegen, einem Land mit hoher ERAS-Implementierung, wurden für Patienten mit abdominalen Operationen bei 35,4 % Zeichen der Mangelernährung anhand von Gewichtsverlust und niedrigem BMI gezeigt. Die so diagnostizierte Mangelernährung war ein signifikanter Risikofaktor für das Auftreten postoperativer Komplikationen und eine erhöhte Letalität [5].

In vielen Aspekten ist die Evidenz für den Nutzen der perioperativen Ernährungstherapie noch unbefriedigend. Ein Problem ist vor allem die erhebliche Heterogenität der Studien.

Eine Metaanalyse von 56 randomisierten kontrollierten Studien (RCT) mit insgesamt 6.370 Patientinnen und Patienten mit Operationen wegen eines gastrointestinalen Karzinoms zeigte bei ernährungsmedizinischer Supplementierung (Glukosedrink, Erhöhung der Proteinzufuhr, Immunonutrition) die Senkung der postoperativen Komplikationen (RR 0,74, 95 %, CI 0,69–0,80); postoperativen Infektionen (RR 0,71, 95 %, CI 0,64–0,79, n = 4.582, I² = 4 %) und nichtinfektiösen Komplikationen (RR 0,79, 95 %, CI 0,71–0,87, n = 4.883, I² = 16 %) mit Verminderung der Krankenhausverweildauer (MD 1,58 d; 95 %, CI 1,83–1,32; I² = 89 %) [6]. Eine weitere Metaanalyse von zehn Studien mit 1.838 Patientinnen und Patienten mit Magenkarzinom hat Vorteile für die Gabe von Trinknahrungen und enteraler Ernährung vor allem bezüglich des Gewichtsverlusts gezeigt [7].

Es besteht weiterhin ein Bedarf an prospektiven, randomisierten Studien mit ausreichender Zahl homogener Patienten mit klar definierten Endpunkten. In vielen Studien wurde als Einschlusskriterium nicht das metabolische Risiko bzw. eine bereits bestehende Mangelernährung definiert. Ein Dilemma ist, dass eine Nichtintervention in der Kontrollgruppe dann ethisch problematisch sein kann.

Die Leitlinie basiert auf der ins Deutsche übersetzten und aktualisierten Leitlinie der Europäischen Gesellschaft für klinische Ernährung und Stoffwechsel (ESPEN) „Clinical Nutrition in Surgery“ von 2017 [2], die aus der 2013 für den deutschsprachigen Raum entwickelten S3-Leitlinie „Klinische Ernährung in der Chirurgie“ hervorgegangen ist [8]. Die Leitlinie präsentiert insgesamt 38 Empfehlungen für die tägliche klinische Praxis.

KKP = Klinischer Konsens-Punkt
 BM = Biomedizinisch
 IE = Integration of classical and patient-reported Endpoints
 HE = Health Care
 QL = Quality of Life

ALLGEMEIN

1. IST PRÄOPERATIVE NÜCHTERNHEIT NOTWENDIG?

Empfehlung 1

Patienten ohne besonderes Aspirationsrisiko sollen vor einem chirurgischen Eingriff die Einnahme klarer Flüssigkeiten bis 2 h, die Einnahme von leicht verdaulichen, festen Speisen bis 6 h vor Beginn der Anästhesie erlaubt sein (BM, IE, QL).

Empfehlungsgrad A, Starker Konsens 100 % Zustimmung

2. IST BEI ELEKTIVEN EINGRIFFEN EINE PRÄOPERATIVE METABOLISCHE VORBEREITUNG MITTELS KOHLENHYDRATGABE SINNVOLL?

Empfehlung 2

Vor großen elektiven abdominalen Operationen sollten gezielt die Kohlenhydratspeicher aufgefüllt werden. (B) (QL). Die flüssige Kohlenhydratgabe kann nach Beginn am Vortag bis 2 h vor Anästhesiebeginn gegeben werden (o) (QL).

Empfehlungsgrad B/O, Starker Konsens 100 % Zustimmung

3. IST EINE PAUSE DER ORALEN/ ENTERALEN NAHRUNGSEINNAHME NACH EINEM CHIRURGISCHEN EINGRIFF PRINZIPIELL NOTWENDIG?

Empfehlung 3

Die orale/enterale Nahrungsaufnahme soll nach chirurgischen Eingriffen frühzeitig begonnen werden (BM, IE).

Empfehlungsgrad A, Starker Konsens 100 % Zustimmung

Empfehlung 4

Der orale Kostenaufbau soll an die Art des chirurgischen Eingriffs und die individuelle Toleranz adaptiert werden.

Empfehlungsgrad KKP, Starker Konsens 100 % Zustimmung

INDIKATION ZUR ERNÄHRUNGSTHERAPIE

1. WANN IST EINE ERNÄHRUNGSTHERAPIE BEIM CHIRURGISCHEN PATIENTEN INDIZIERT?

Empfehlung 5

Der Ernährungsstatus soll vor und nach größeren Eingriffen erhoben werden.

Empfehlungsgrad KKP, Starker Konsens 100 % Zustimmung

Empfehlung 6

Bei Patienten, die voraussichtlich 5 d oder mehr postoperativ keine orale Nahrung aufnehmen können, soll eine Ernährungstherapie unverzüglich begonnen werden.

Die Indikation besteht auch für Patienten, die für mehr als 7 d nicht in der Lage sind, mehr als 50 % der empfohlenen Energiemenge oral aufzunehmen.

Empfehlungsgrad KKP, Starker Konsens 100 % Zustimmung

2. WANN IST EINE KOMBINIERT ENTERALE/PARENTERALE („DUALE“) ERNÄHRUNG BEIM CHIRURGISCHEN PATIENTEN INDIZIERT?

Empfehlung 7a

Sofern der Energie- und Substratbedarf nicht durch eine orale und/oder enterale Ernährung allein gedeckt werden kann (< 50 % des Energiebedarfs für mehr als 7 d), kann ab Tag 3–4 die Kombination von enteraler und (supplementierender) parenteraler Ernährung erfolgen. (BM)

Empfehlungsgrad KKP, Starker Konsens 100 % Zustimmung

Empfehlung 7b

Die supplementierte parenterale Ernährung soll so bald wie möglich begonnen werden, wenn bei Indikation zur Ernährungstherapie eine Kontraindikation zur enteralen Ernährung besteht (z. B. intestinale Obstruktion). (BM)

Empfehlungsgrad A, Starker Konsens 100 % Zustimmung

Empfehlung 7c

Wenn die voraussichtliche Dauer der Supplementierung zwischen 4 und 7 d liegt, kann die Ernährung über einen peripheren Zugang parenteral zugeführt werden. (BM)

Empfehlungsgrad O, Starker Konsens 100 % Zustimmung

Empfehlung 7d

Wenn die Implantation eines zentralvenösen Katheters ausschließlich zur Durchführung einer parenteralen Ernährung erforderlich ist, soll diese Indikation kritisch in Bezug auf die voraussichtliche Ernährungsdauer gestellt werden. (BM)

Empfehlungsgrad A, Starker Konsens 100 % Zustimmung

Empfehlung 7e

Eine totale parenterale Ernährung soll begonnen werden, wenn eine enterale Ernährung nicht durchführbar oder kontraindiziert ist.

Empfehlungsgrad KKP, Starker Konsens 100 % Zustimmung

Empfehlung 8

Bei der parenteralen Ernährung sollten Dreikammerbeutel (all-in-one) den Einzelkomponenten (Mehrflaschensystemen) vorgezogen werden. (BM, HE)

Empfehlungsgrad B, Starker Konsens 100 % Zustimmung

Empfehlung 9

Für das Qualitätsmanagement bei der Durchführung einer klinischen Ernährung sollen Standardarbeitsanweisungen (SOP) verwendet werden.

Empfehlungsgrad KKP, Starker Konsens 100 % Zustimmung

GIBT ES EINE INDIKATION ZUR SUPPLEMENTIERUNG MIT GLUTAMIN?**Empfehlung 10a**

Eine parenterale Glutamin-Supplementierung kann nicht bei Patienten empfohlen werden, die ausreichend enteral ernährt werden können. (BM, HE)

Empfehlungsgrad 0, Starker Konsens 100 % Zustimmung

Empfehlung 10b

Patienten mit schwerem Leber-, Nieren- oder Multiorganversagen sollen keine zusätzliche Glutamin-Supplementierung erhalten. (BM, HE)

Empfehlungsgrad A, Starker Konsens 100 % Zustimmung

Empfehlung 10c

Eine zusätzlich enterale Pharmakotherapie mit Glutamin sollte generell nicht durchgeführt werden. (BM, HE)

Empfehlungsgrad B, Starker Konsens 100 % Zustimmung

GIBT ES EINE INDIKATION FÜR DIE ORALE SUPPLEMENTIERUNG MIT GLUTAMIN?**Empfehlung 10d**

Für oder gegen die orale Supplementierung mit Glutamin kann keine generelle Empfehlung gegeben werden. (BM)

Empfehlungsgrad 0, Starker Konsens 100 % Zustimmung

GIBT ES EINE INDIKATION FÜR EINE ALLEINIGE ENTERALE ODER PARENTERALE SUPPLEMENTIERUNG MIT ARGININ?**Statement 1**

Derzeit kann keine Empfehlung bezüglich der intravenösen oder enteralen Ergänzung von Arginin als Einzelsubstanz gegeben werden.

Starker Konsens 100 % Zustimmung

GIBT ES EINE INDIKATION FÜR EINE PARENTERALE SUPPLEMENTIERUNG MIT OMEGA-3-FETTSÄUREN?**Empfehlung 11**

Eine postoperative parenterale Ernährung mit Supplementierung von Omega-3-Fettsäuren sollte bei Patienten eingesetzt werden, die enteral nicht ausreichend ernährt werden können und daher eine überwiegend parenterale oder kombiniert enteral/parenterale Ernährung benötigen. (BM, HE)

Empfehlungsgrad B, Starker Konsens 100 % Zustimmung

GIBT ES EINE INDIKATION FÜR EINE BESTIMMTE ORALE/ENTERALE FORMEL, DIE MIT UNTERSCHIEDLICHEN IMMUNOLOGISCH WIRKSAMEN NÄHRSTOFFKOMBINATIONEN (IMMUNONUTRITION) ANGEZEICHNET IST?**Empfehlung 12**

Patienten, die sich einer größeren Tumoroperation unterziehen, kann präoperativ oder perioperativ eine Immunonutrition (angereichert mit Arginin, Omega-3-Fettsäuren, Ribonukleotiden) angeboten werden. (BM, HE)

Empfehlungsgrad 0, Starker Konsens 91 % Zustimmung

PRÄOPERATIVE ERNÄHRUNG**WELCHE PATIENTEN PROFITIEREN VON EINER PRÄOPERATIVEN ERNÄHRUNGSTHERAPIE?****Empfehlung 13**

Patienten mit hohem metabolischem Risiko sollen eine Ernährungstherapie präoperativ erhalten (A), sogar dann, wenn dadurch die Operation verschoben wird (BM).

Ein Zeitraum von 10–14 d kann empfohlen werden (0)

Empfehlungsgrad A/0, Starker Konsens 92 % Zustimmung

Empfehlung 14

Die orale/enterale Zufuhr soll gegenüber der parenteralen Ernährung bevorzugt werden. (A) (BM, HE, QL).

Empfehlungsgrad A, Starker Konsens 100 % Zustimmung

WANN BESTEHT DIE INDIKATION ZUR PRÄOPERATIVEN EINNAHME EINER TRINKNAHRUNG ODER ENTERALEN ERNÄHRUNG?**Empfehlung 15**

Bei Patienten mit Mangelernährung und/oder hohem metabolischen Risiko soll vor großen abdominalen Eingriffen eine Trinknahrung (Oral Nutritional Supplement Fragen) verabreicht werden. (BM, HE)

Empfehlungsgrad A, Starker Konsens 100 % Zustimmung

Empfehlung 16

Patienten mit gastrointestinalem Karzinom sollten eine mit Arginin, Omega-3-Fettsäuren, Ribonukleotide angereicherte Trinknahrung präoperativ für 5–7 Tage angeboten werden. (BM, HE).

Empfehlungsgrad B: Konsens 92% Zustimmung

Empfehlung 17

Eine enterale Ernährung einschließlich der Einnahme von Trinknahrung sollte prähabilitativ prästationär erfolgen. (BM, HE, QL)

Empfehlungsgrad KKP, Starker Konsens 100 % Zustimmung

WANN BESTEHT DIE INDIKATION ZUR PRÄOPERATIVEN PARENTERALEN ERNÄHRUNG?**Empfehlung 18**

Bei Patienten mit Mangelernährung und/oder hohem metabolischem Risiko, bei denen eine bedarfsgerechte orale/enterale Ernährung nicht möglich ist, soll eine präoperative parenterale Ernährung durchgeführt werden (A) (BM).

Ein Zeitraum von 10–14 d kann empfohlen werden (o).

Empfehlungsgrad A/o, Starker Konsens 100 % Zustimmung

POSTOPERATIVE ERNÄHRUNG**WELCHE PATIENTEN PROFITIEREN BESONDERS VON EINER FRÜHEN POSTOPERATIVEN ERNÄHRUNG?****Empfehlung 19**

Eine enterale Ernährung soll innerhalb von 24 h bei denjenigen Patienten begonnen werden, bei denen ein oraler Kostaufbau noch nicht möglich ist (A).

Dies gilt insbesondere bei:

- Patienten, bei denen die orale Kalorienzufuhr voraussichtlich in den nächsten 7 d < 50 % sein wird (BM) (KKP)
- Patienten nach großen Kopf-Hals-Operationen und gastrointestinalen Resektionen wegen eines Tumors (BM) (KKP)
- Patienten mit Polytrauma und/oder schwerem Schädel-Hirn-Trauma (BM) (KKP)
- Patienten mit Mangelernährung zum Zeitpunkt der Operation (BM) (KKP)

Empfehlungsgrad A/KKP, Starker Konsens 100 % Zustimmung

WELCHE SONDENNAHRUNG SOLLTE ZUR ENTERALEN ERNÄHRUNG EINGESETZT WERDEN?**Empfehlung 20**

Bei einer enteralen Ernährung sollte eine voll bilanzierte Standardnahrung gegeben werden.

Empfehlungsgrad KKP, Starker Konsens 100 % Zustimmung

WELCHE PATIENTEN PROFITIEREN VON EINER ENTERALEN SONDENNAHRUNG?**Empfehlung 21**

Bei Patienten mit Mangelernährung und/oder hohem metabolischem Risiko sollte insbesondere bei Ösophagus- und Magenresektion sowie partieller Duodenopankreatektomie die intraoperative Platzierung einer nasojejunalen Sonde oder Feinnadelkatheterjejunostomie (FKJ) erfolgen (BM).

Empfehlungsgrad B, Starker Konsens 100 % Zustimmung

Empfehlung 22

Eine Sondenernährung soll innerhalb von 24 h begonnen werden (BM)

Empfehlungsgrad A, Starker Konsens 97 % Zustimmung

Empfehlung 23

Bei Patienten mit Mangelernährung und/oder metabolischem Risiko sollte die Sondenernährung mit einer niedrigen Zufuhr rate (10–20 ml/h) begonnen und vorsichtig unter Beobachtung der individuellen intestinalen Toleranz gesteigert werden. So kann die Zeit bis zum Erreichen des Kalorienziels individuell sehr verschieden sein und 5–7 d dauern.

Empfehlungsgrad KKP, Starker Konsens 100 % Zustimmung

Empfehlung 24

Wenn bei Patienten mit Mangelernährung und/oder metabolischem Risiko eine Sondenernährung für mehr als 4 Wochen erforderlich ist, wie z. B. bei einem schweren Hirn-Trauma, sollte die Platzierung einer perkutanen endoskopischen Gastrostomiesonde (PEG/PEJ) erfolgen.

Empfehlungsgrad KKP, Starker Konsens 100 % Zustimmung

WELCHEN PATIENTEN NUTZT EINE ENTERALE ERNÄHRUNG NACH DER ENTLASSUNG AUS DEM KRANKENHAUS?**Empfehlung 25**

Bei Patienten, die perioperativ einer Ernährungstherapie bedurften, sollte die regelmäßige Erfassung des Ernährungsstatus während des Krankenhausaufenthalts mit poststationärer Fortsetzung einschließlich Ernährungsberatung sowie ggf. oraler/enteraler Supplementierung erfolgen. (BM)

Empfehlungsgrad B, Starker Konsens 100 % Zustimmung

Empfehlung 26

Eine intraoperativ platzierte FKJ kann zum Zeitpunkt der Entlassung vorübergehend in Abhängigkeit vom Gewichtsverlauf belassen werden.

Empfehlungsgrad KKP, Starker Konsens 100 % Zustimmung

BARIATRISCHE CHIRURGIE**Empfehlung 27**

Nach bariatrischer Chirurgie soll ein früher oraler Kostaufbau durchgeführt werden. (BM)

Empfehlungsgrad A, Starker Konsens 100 % Zustimmung

Empfehlung 28

Bei Patienten mit bariatrischer Chirurgie und Komplikationen mit Indikation zur Relaparoskopie/-tomie kann der Einsatz einer nasojejunalen Sonde oder Feinnadelkatheter-jejunostomie erwogen werden.

Empfehlungsgrad KKP, Starker Konsens 100 % Zustimmung

Empfehlung 29

Für alle weiteren Fragestellungen können die Empfehlungen für Patienten mit großen viszeralchirurgischen Eingriffen zur Anwendung kommen. (BM)

Empfehlungsgrad 0, Starker Konsens 100 % Zustimmung

ORGANTRANSPLANTATION**WANN IST EINE ENTERALE ERNÄHRUNG VOR ORGANTRANSPLANTATION NOTWENDIG?****Empfehlung 30**

Bei Mangelernährung soll vor Organtransplantation eine Optimierung des Ernährungsstatus erfolgen. (BM)

Empfehlungsgrad A, Starker Konsens 100 % Zustimmung

Empfehlung 31

Bei manifester Mangelernährung sollten zunächst ein strukturierter Ernährungsplan und erst danach die Supplementierung mit Trinknahrung oder eine enterale Sondenernährung erfolgen. (BM)

Empfehlungsgrad B, Starker Konsens 100 % Zustimmung

Empfehlung 32

Bei Verlaufskontrollen von Patienten auf der Transplantationswarteliste sollte auch eine Erfassung des Ernährungsstatus durchgeführt werden.

Empfehlungsgrad KKP, Starker Konsens 100 % Zustimmung

WANN IST EINE MEDIZINISCHE ERNÄHRUNG NACH ORGANTRANSPLANTATION INDIZIERT?**Empfehlung 33**

Nach Organtransplantationen sollte ein früher oraler Kostaufbau bzw. eine enterale Ernährung gemäß individueller Toleranz innerhalb von 24 h erfolgen. (BM)

Empfehlungsgrad B, Starker Konsens 100 % Zustimmung

Empfehlung 34

Nach Dünndarmtransplantationen kann frühzeitig mit der oralen/enteralen Zufuhr begonnen werden, wobei innerhalb der ersten Woche auf eine vorsichtige Steigerung zu achten ist. (BM)

Empfehlungsgrad 0, Starker Konsens 100 % Zustimmung

Empfehlung 35

Wenn vor oder nach Organtransplantation die enterale Ernährung nicht ausreicht, sollte eine supplementierende parenterale Ernährung erfolgen. (BM)

Empfehlungsgrad B, Starker Konsens 100 % Zustimmung

Empfehlung 36

Im Rahmen der Verlaufskontrolle nach Transplantation soll der Ernährungsstatus mitbeobachtet werden. Für diese Patienten soll eine Ernährungsberatung angeboten werden.

Empfehlungsgrad KKP, Starker Konsens 100 % Zustimmung

BESONDERE ASPEKTE IN DER KINDERCHIRURGIE**Empfehlung 37**

Ein frühzeitiger postoperativer oraler Kostaufbau kann bei Kindern und Jugendlichen erfolgen. (BM, QL)

Empfehlungsgrad 0, Starker Konsens 100 % Zustimmung

BESONDERHEITEN IN DER WUNDHEILUNG**WIRD EINE SUPPLEMENTIERUNG BEI WUNDHEILUNGSSTÖRUNGEN UND CHRONISCHEN WUNDEN EMPFOHLEN?****Empfehlung 38**

Bei chronischen Wunden sollte frühzeitig eine orale/enterale eiweißreiche Ernährung, ggfs. mit Substitution von Spurenelementen, verabreicht werden. (BM)

Empfehlungsgrad B, Starker Konsens 100 % Zustimmung

LITERATUR

- [1] Weimann A, Breitenstein S, Gabor S, Holland-Cunz S, Kemen M, Längle F, Martignoni M, Rayes N, Reith B, Schweinlin A, Schwenk W, Seehofer D, Senkal M, Stoppe C (2023) S3-Leitlinie Klinische Ernährung in der Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e. V. in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Klinische Ernährung (AKE), der Gesellschaft für Klinische Ernährung der Schweiz (GESKES) und den Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) e. V., Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) e. V., Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) e. V. *Aktuell Ernährmed* 2023; 48: 237–290
- [2] Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, Laviano A, Lobo DN, Ljungqvist O, Martindale R,

- Waitzberg D, Bischoff SC, Singer P (2017) ESPEN Guideline Clinical Nutrition in Surgery, Clin Nutr 36: 623–650
- [3] Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N, Rockall TA, Young-Fadok TM, Hill AG, Soop M, de Boer HD, Urman RD, Chang GJ, Fichera A, Kessler H, Grass F, Whang EE, Fawcett WJ, Carli F, Lobo DN, Rollins KE, Balfour A, Baldini G, Riedel B, Ljungqvist O. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018. World J Surg. 2019 Mar;43(3):659–695. doi: 10.1007/s00268-018-4844-y. PMID: 30426190.
- [4] Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, Baptista G, Barazzoni R, Blaauw R, Coats A, Crivelli A, Evans DC, Gramlich L, Fuchs-Tarlovsky V, Keller H, Llido L, Malone A, Mogensen KM, Morley JE, Muscaritoli M, Nyulasi I, Pirlich M, Pisprasert V, de van der Schueren MAE, Siltharm S, Singer P, Tappenden K, Velasco N, Waitzberg D, Yamwong P, Yu J, Van Gossum A, Compher C; GLIM Core Leadership Committee; GLIM Working Group. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community. Clin Nutr. 2019 Feb;38(1):1–9. doi: 10.1016/j.clnu.2018.08.002. Epub 2018 Sep 3. PMID: 30181091.
- [5] Skeie E, Tangvik RJ, Nymo LS, Harthug S, Lassen K, Viste A. Weight loss and BMI criteria in GLIM's definition of malnutrition is associated with postoperative complications following abdominal resections – Results from a National Quality Registry. Clin Nutr. 2020 May;39(5):1593–1599. doi: 10.1016/j.clnu.2019.07.003. Epub 2019 Jul 20. PMID: 31375303.
- [6] Zhang B, Najarali Z, Ruo L, Alhusaini A, Solis N, Valencia M, Sanchez MIP, Serrano PE. Effect of Perioperative Nutritional Supplementation on Postoperative Complications-Systematic Review and Meta-Analysis. J Gastrointest Surg. 2019 Aug;23(8):1682–1693. doi: 10.1007/s11605-019-04173-5. Epub 2019 May 6. PMID: 31062270.
- [7] Rinninella E, Cintoni M, Raoul P, Pozzo C, Strippoli A, Bria E, Tortora G, Gasbarrini A, Mele MC. Effects of nutritional interventions on nutritional status in patients with gastric cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Nutr ESPEN. 2020 Aug;38:28–42. doi: 10.1016/j.clnesp.2020.05.007. Epub 2020 Jun 16. PMID: 32690170.
- [8] Weimann A, Breitenstein S, Breuer JP, Gabor S, Holland-Cunz S, Kemen M, Längle F, Rayes N, Reith B, Schwenk W, Senkal M und das DGEM Steering Committee (2013) S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin Klinische Ernährung in der Chirurgie. Aktual Ernährungsmed 38: e155-e197

M3-Abschlussstraining STAATSEXAMEN UND KARRIERE

Berlin, 20.–21.09.2024

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

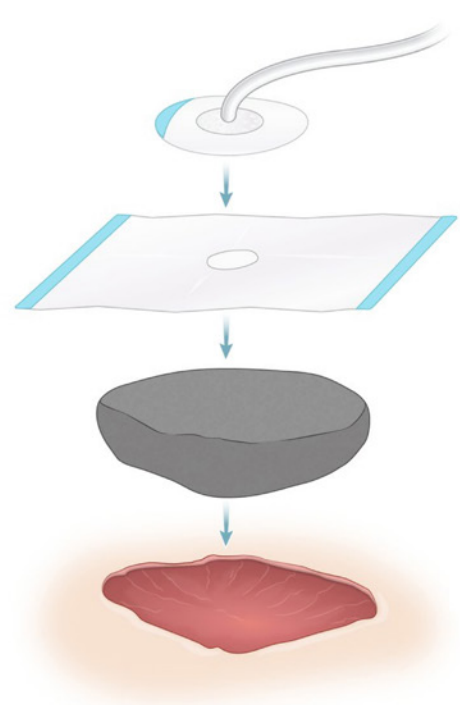
→ www.staatsexamen-und-karriere.de

Bester
Support
für Ihre
PJ'ler:innen

- Echte M3-Prüfer:innen
- Fallbasierte Sessions
- Simulierte Prüfungssituationen
- Gespräche, Drinks und Snacks beim »Karriere-Speed-Dating«
- u.v.m.

Online-Fortbildung

Wundversorgung



25% Rabatt für BDC-Mitglieder

AKADEMIE AKTUELL

Wundmanagement als Fortbildung neu gedacht

Wolfgang Schröder

ONLINE-FORTBILDUNG „WUNDVERSORGUNG“ – EIN AMBOSS-PRODUKT IN KOOPERATION MIT DEM BDC

Wenn ein Thema in die Chirurgie gehört und chirurgischer nicht sein kann – dann alles rund um das Wundmanagement. Denn es vergeht praktisch kein Arbeitstag, an dem wir Chirurgen:innen nicht in irgendeiner Form Wunden beurteilen und behandeln müssen. Nicht nur, weil wir mit jedem operativen

Eingriff in der Chirurgie Wunden setzen, sondern auch, weil traumatisch bedingte und chronische Wunden zum täglichen Geschäft einer jeden chirurgischen Ambulanz und Station gehören. Ist doch klar, dass wir bei einem so wichtigen Thema alle Experten sind und unterschreiben, dass die Chirurgie ohne ein gutes Wundmanagement nicht bestehen kann. Was zunächst selbstverständlich klingt, erweist sich spätestens beim zweiten Blick als ein Gebiet mit Nachholbedarf. Sind wir wirklich immer sicher, welches moderne



**Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder,
FACS, FEBS**

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

Wundmaterial mit welcher Rationalen bei chronischen Wunden oder einer komplizierten Wundheilung zum Einsatz kommen sollte? Grund genug, das Thema noch einmal auf unsere persönliche Fortbildungsagenda zu nehmen.

AMBOSS hat sich zusammen mit der BDC|Akademie auf den Weg gemacht und dieses Thema als Fortbildung neu gedacht. Und das in einem Format, welches sich bei vielen anderen AMBOSS-Produkten bereits bewährt hat. 100 % online und damit zeitlich und örtlich flexibel zu bearbeiten, hochwertige Qualität der Präsentation mit praxisnaher Darstellung direkt aus der Patientenversorgung und am Ende noch CME zertifiziert. Nicht ohne Grund nutzen 75 % der jungen Assistenzärzt:innen gegenwärtig dieses AMBOSS-Konzept.

Das Ziel dieser Fortbildung ist einfach formuliert. Es geht um die Verbesserung der Wundversorgung auf allen Versorgungsebenen und das für alle, die in ihrer täglichen medizinischen Routine mit Wunden zu tun haben. Mit diesem Anspruch haben die Chirurgin und Ärztliche Wundexpertin (ICW) Dr. Iris Schuhmacher sowie die Gesundheits- und Krankenpflegerin und Fachtherapeutin Wunde (ICW) Rebecca Wiezcorek diese Fortbildung aufwendig konzipiert. Beide Expertinnen sind seit

vielen Jahren speziell im Wundmanagement tätig. Das finale Produkt ist überzeugend und das erste seiner Art auf dem Markt.

In sieben Modulen wird das breite Spektrum des Wundmanagement aufgearbeitet. Wundbeurteilung mit Fotodokumentation von akuten und chronischen Wunden und eine übersichtliche Gliederung der eingesetzten Wundprodukte sind vermitteltes Grundlagenwissen im ersten Modul. Weitere Module adressieren arteriell und venös bedingte Wunden mit ihren zugrundeliegenden Erkrankungen, den Dekubitus und postoperative Wundheilungsstörungen. Den Schlusspunkt bildet ein Kapitel über das Einmaleins der Verordnungen. Jedes Modul enthält ein praxisnahes Video von 15 bis 25 Minuten Länge und wird ergänzt durch relevante Kapitel aus der AMBOSS Online-Bibliothek. Mit der Beantwortung von zehn CME Fragen kann die eigene Kompetenz überprüft und mit CME Punkten zertifiziert werden.

Mal ehrlich gefragt – warum nicht die Möglichkeit dieses gezielten Updates nutzen, auch um dieses wichtige Thema geräuschlos wieder von unserer persönlichen Fortbildungsagenda streichen zu können? Ein Versuch ist es mit diesem Angebot sicherlich wert. ○

Schröder W: Wundmanagement als Fortbildung neu gedacht. Passion Chirurgie. 2024 Juni; 14(06/II): Artikel 04_01.



Mehr aus unserer Akademie auf BDC|Online
(www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Aus-,
Weiter- und Fortbildung | Akademie Aktuell.

Online-Fortbildung

Wundversorgung

- ✓ CME-zertifiziert
- 👁 7 Videolektionen
- 🕒 Flexibel ohne Terminbindung



Scannen und 25%
Mitgliederrabatt
sichern





SAFETY CLIP

„Wenn der Roboter den Tupfer reicht“: Das Potenzial der Robotik im Gesundheitswesen

Sabine Kraft

EIN EINBLICK ÜBER MÖGLICHE ERLEICHTERUNGEN BEI DER MEDIZINISCHEN UND PFLEGERISCHEN ARBEIT UND BEI PERSONALENGPÄSSEN

Gibt man folgende Suchanfrage: „**OPs wegen Personalmangel verschoben**“ in eine beliebige Suchmaschine ein, erscheint eine Vielzahl von Beiträgen aus zahlreichen Kliniken, großen Universitätskliniken und auch kleinen

Krankenhäusern in Deutschland und dem europäischen Ausland. Eine ebenso große Anzahl erhält die Leserin oder der Leser bei der Suchanfrage: „**Medizinische Abteilungen und Stationen wegen Personalmangel geschlossen**“.

Eine langfristige Möglichkeit dem Problem des Personalmangels in Krankenhäusern zu begegnen, ist der unterstützende Einsatz von Robotik. Insbesondere bei repetitiven



Sabine Kraft
 Risiko-Beraterin
 GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
 mbH
 sabine.kraft@grb.de

Aufgaben kann auf diese technischen Hilfen zurückgegriffen werden. Alle Anwendungen, die einen niedrigen Autonomiegrad erfordern, können theoretisch von einem Roboter übernommen werden. Klar ist aber auch: **Assistenzroboter können medizinisches Personal nicht vollständig ersetzen.**

Vielmehr stellen diese eine Erweiterung der Fähigkeiten von Operateuren dar. Deshalb wird neben der Werkzeugentwicklung ein immer stärkerer Fokus auf die Verbesserung der Mensch-Maschine-Schnittstelle gesetzt [6].

Bei einem Einsatz im Operationssaal stehen die Robotik-Systeme unter der direkten Kontrolle eines Operateurs und unterstützen diesen, daher der korrekte Name „Roboterassistierte Chirurgie“. Der größte Teil der Operation wird nach wie vor manuell durchgeführt:

- Einrichten der Technik – Platzieren/Kalibrieren/Registrieren der Geräte
- Schaffung des Zugangs zum Operationsgebiet (Situs)
- Überwachung des Ablaufs und Ausführung von Roboteraktionen
- Abschließen der Operation (z. B. Zünähen des Patienten)

EINSATZ DER TECHNIK

In den 1980er-Jahren kamen die ersten medizinischen Roboter auf den Markt, die im chirurgischen Bereich mithilfe von Roboterarmen assistieren konnten. Die Roboterarme dieser Systeme sind **mit verschiedenen Instrumenten ausgestattet** und werden vom Operateur über eine Schnittstelle gesteuert.

Mittlerweile werden Roboter nicht nur im Operationssaal eingesetzt, sondern auch vermehrt in klinischen Umgebungen, um das Personal im Krankenhaus zu unterstützen und zu entlasten. Einige Unternehmen bieten für die Entwicklung von medizinischen Robotern ein vielfältiges Technikportfolio, das chirurgische Assistenz-, modulare und autonome mobile Roboter umfasst.

Roboter können zum Beispiel im medizinischen Bereich die Versorgung und Desinfektion des Verbrauchmaterials optimieren und

ermöglichen den medizinischen Fachkräften, sich vermehrt auf die Behandlung, Betreuung und Pflege der Patienten zu konzentrieren. Die Verbesserung der Arbeitsabläufe und die Risikominderung durch die medizinische Robotik bieten Vorteile in vielen klinischen Bereichen. So können Roboter beispielsweise Patientenzimmer eigenständig säubern und vorbereiten, sodass persönliche Kontakte auf Stationen für Infektionskrankheiten minimiert werden und dadurch wertvolle Zeit für andere Aufgaben gewonnen werden kann. Jeder Mitarbeitende auf einer Station für Infektionserkrankungen weiß schließlich, wie zeitaufwändig das An- und Ablegen der Schutzbekleidung ist.

Roboter mit KI-fähiger Arzneierkennungssoftware reduzieren die Zeit in den Krankenhausapotheken, die benötigt wird, um Medikamente zu identifizieren, zuzuordnen und an Patienten in Krankenhäusern zu verteilen. Das pharmazeutische Fachpersonal hat somit wieder mehr zeitliche Ressourcen für die therapeutische Beratung und Unterstützung des medizinischen Personals. Leider sind diese Unit-Dose-Systeme noch nicht flächendeckend in den Krankenhausapotheken im Einsatz, was möglicherweise durch die Nutzung der EPA (elektronische Patientenakte) ermöglicht und beschleunigt wird. Derzeit nutzen nur große Kliniken und Klinikverbünde die Unterstützung durch die Unit-Dose-Systeme.

Das Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum hat zum Beispiel ein solches Unit-Dose-System im Einsatz. Für die Patienten wird in einem Flyer alles Wissenswerte zusammengefasst und unter anderem die Handhabung der Dosierungsbeutel erläutert [3]:

Dank fortschreitender technologischer Entwicklung werden Roboter zunehmend autonom agieren und bestimmte Aufgaben schließlich vollständig selbst ausführen können. So haben Ärzte, Pflegekräfte und anderes medizinisches Fachpersonal mehr Zeit für die direkte Patientenversorgung. Robotik und Künstliche Intelligenz bieten dabei ein enormes Potenzial.

Kraft S: Safety Clip: „Wenn der Roboter den Tupfer reicht“: Das Potenzial der Robotik im Gesundheitswesen. *Passion Chirurgie*. 2024 Juni; 14(06/II): Artikel 04_02.



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

Menschliche Kompetenzen wie Intuition, Kreativität, Empathie und Zuwendung können sie nicht ersetzen, aber als wichtige Erfolgsfaktoren in die Entwicklung sinnhafter Werkzeuge eingebunden werden. Ihr Einsatz kann überdies die Gesundheit der Patienten sowie der Gesundheitsfachkräfte verbessern, indem körperlich schwere Hebe- und Tragearbeiten übernommen werden oder KI-gesteuerte Pflegebetten bei Bedarf entlastende Liegepositionen für die gefährdeten Patienten vorschlagen und durchführen, um schmerzhaftes Druckgeschwür zu vermeiden. Zusätzlich kann der Personalmangel zum Beispiel durch Serviceroboter oder sprachgesteuerte Pflege- und medizinische Dokumentation abgemildert werden [1].

Ein Forschungsprojekt der Forschungsgruppe MITI (Minimal-invasive Interdisziplinäre Therapeutische Intervention), das sich mit dem Einsatz eines autonom fahrenden Serviceroboters im OP beschäftigt, wird gerade beendet. Der Name „Aurora“ steht dabei für „autonavigierende robotische Operationsassistentenz“. Der Roboter übernimmt Tätigkeiten der unsterilen Assistenz, dem sogenannten „OP-Springer“. „Aurora“ erledigt das Holen von steril verpackten Bedarfsgütern aus dem Lager; Materialien, die benötigt werden, öffnet er und reicht sie dem Operateur an. Mit dieser technischen Unterstützung lassen sich fehlende personelle Ressourcen im OP optimieren.

Ein ähnliches Forschungsprojekt mit dem Namen Sasha-OR (**Situation Aware Sterile Handling Arm for the OR**) ist im Oktober 2021 gestartet und soll im September 2024 enden. Die Aufgabe des Roboters wird von Lars Wagner von der Forschungsgruppe MITI so beschrieben: „Aufgabe des Roboters ist es, im sicherheitskritischen, sterilen OP-Bereich Instrumente und Sterilgut zum richtigen Zeitpunkt anzureichen und wieder entgegenzunehmen.“ Auch dies stellt einen Beitrag zum besseren Einsatz von gut ausgebildeten OP-Pflegekräften und OTAs dar [5].

Die Unterstützung, die „Roboter Chirurgen“ leisten können, beginnt bei ganz einfachen Dingen. So können sie zum Beispiel während minimal-invasiver Eingriffe zum Einsatz

kommen. Bei diesen Eingriffen muss immer ein zweiter Arzt das Endoskop halten. Das kann ein Assistenz-Roboter auch und sogar noch besser. Denn schließlich hält dieser das Endoskop ohne Zittern, wird dabei noch nicht einmal müde und muss nicht abgelöst werden. Die so gewonnene Personal- und Zeitressource kann ein hochqualifizierter Mensch im Krankenhaus für andere Aufgaben nutzen, beispielsweise bei einer weiteren Operation oder bei der Behandlung eines anderen Patienten auf der Intensivstation [2].

Damit ist das Entscheidende auch schon gesagt: OP-Roboter werden zu **unverzichtbaren Assistenten**. Es ist jedoch noch nicht denkbar, dass das medizinische Personal nur noch die OP-Diagnose stellt, den Patienten zum geplanten operativen Eingriff aufklärt, sein Einverständnis einholt und ihn auf die Operation (OP) vorbereitet, die Narkose vornimmt und ein Roboter den „Rest“ – also den operativen Eingriff – erledigt. Zu viele individuelle Entscheidungen müssen während einer OP getroffen werden. Zudem lässt sich jahrelange ärztliche und pflegerische Erfahrung nicht einfach in eine Programmiersprache übersetzen, um dann die „stählernen Kollegen“ damit zu füttern. Auf längere Sicht soll der Einsatz von Robotern in der Chirurgie die Qualität einer Operation ähnlich zur produktiven Industrie sichern. Der Ablauf einer Operation (häufig durch Bildgebung unterstützt) wird als Workflow bezeichnet. Dieser kann durchgehend protokolliert und dokumentiert werden, um einen Qualitätszyklus aufzubauen, der hin zur evidenzbasierten Chirurgie führt.

WEITERE MÖGLICHE EINSATZFELDER FÜR ROBOTERSYSTEME IM KRANKENHAUS

Robotische Assistenzsysteme bieten das Potenzial, das Personal innerhalb und außerhalb des OPs sowohl zeitlich als auch körperlich zu entlasten und somit dem zunehmenden Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Der Robotereinsatz verbessert die Arbeitsbedingungen und schafft eine kontinuierliche, gute Versorgungsqualität. Roboter werden weder müde noch krank

und unterliegen dadurch keinen Leistungsschwankungen. Sie können nur aus technischen Gründen ausfallen, beispielsweise wenn die Energiequelle fehlt.

Allerdings muss vor dem Einsatz eines Robotersystems die Haftungsfrage bei einer Verletzung eines Patienten geklärt werden. Ein Hinweis auf den Einsatz der OP-Roboter sowie die Einwilligung des Patienten muss im Rahmen des Aufklärungs- und Einwilligungsgesprächs vor dem operativen Eingriff, mit ausreichend Zeit zum Überlegen, erfolgen. Vor der Anschaffung des robotischen OP-Systems muss der technische Support und der Ersatz bei einem Ausfall vertraglich geregelt werden. Dazu sind verschiedene Ausfallszenarien durchzuplanen.

Mobile Roboter können auch fern von kranken oder pflegebedürftigen Personen Aufgaben im Warentransport und in der Reinigung übernehmen, sodass qualifiziertes Pflegepersonal von diesen Routinetätigkeiten entlastet wird. Ferner können Roboter das medizinische Personal bei der Rehabilitation sowie bei der täglichen Versorgung der Patienten auf der Station unterstützen, wie in der folgenden Darstellung aufgeführt ist.

Die smarten Helfer leisten somit einen erheblichen Beitrag, um dem Personalmangel in der Pflege und Medizin entgegenzuwirken. Sie sind in der Lage, die Folgen des demografischen Wandels **abzuschwächen**.

Vertrauen wir auf die Zukunft und sind gespannt, welche Potenziale die Technik haben wird!

LITERATUR

- [1] Oswald, J., Neumeyer, H., Visarius, M. (2023). Rahmenbedingungen und Herausforderungen im Personalmanagement. In: Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A., Mostert, C. (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2023. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-66881-8_6. Quelle: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-66881-8_6Krankenhaus-report 2023

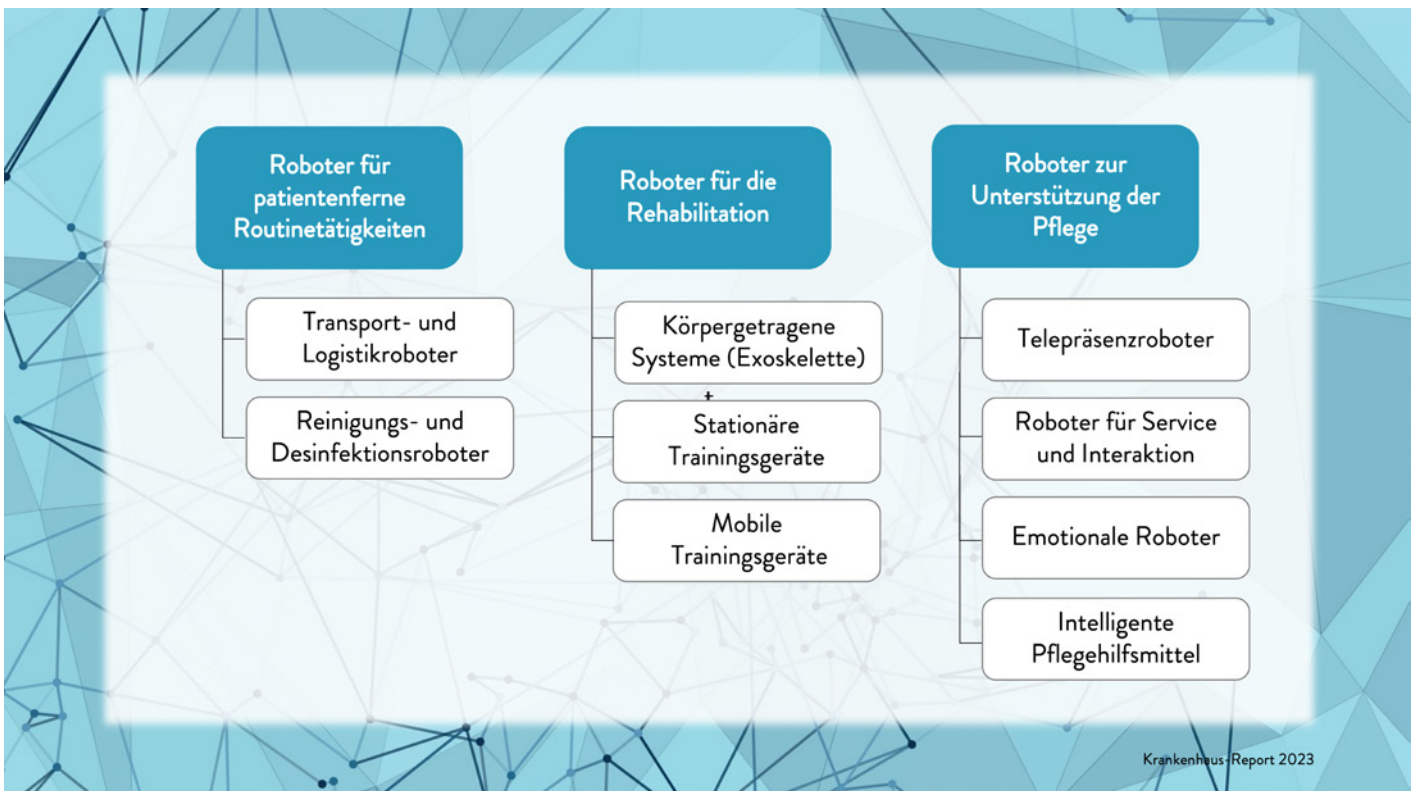


Abb. 1: Einsatzfelder für Robotersysteme im Krankenhaus [4]

[2] https://www.planet-wissen.de/technik/computer_und_roboter/roboter_mechanische_helfer/pwiroboterimoperations-saal100.html

[3] https://www.kkbochum.de/de/Patienten_Besucher/Downloadbereich/_doc/FL_Apotheke_Unit-Dose.pdf „Wenn der

Roboter die Medikamente stellt“ – Höhere Patientensicherheit durch automatisierte Medikamentenversorgung.

[4] <https://www.springermedizin.de/robotik-im-krankenhaus/25804928>.

[5] <https://www.vdi-nachrichten.com/technik/gesundheit/>

wenn-der-roboter-dem-arzt-den-tupfer-reicht/ (25.08.2023)

[6] <https://www.zukunftstechnologien.info/life-sciences/roboter-im-op/> Fachzeitschrift Life Sciences: Zukunftstechnologie Medizintechnik: „Roboter im OP“. ○



Curriculum
Robotische
Chirurgie

Live-Webinar

Dr. med. Dipl. oec.
Colin Markus Krüger, MBA

Klick!
Jetzt
anmelden!

Modul 5 des Curriculums Robotische Chirurgie

Ökonomie in der Robotik

Mittwoch, 09.10.2024 ab 18.00 Uhr

BDC | Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.



RECHT &
VERSICHERUNG

Versicherungs- angebote des BDC



Diese Leistungen sind in Ihrem BDC-Mitgliedsbeitrag enthalten:

- ✓ Berufs-Rechtsschutz
- ✓ Praxisvertreter-Haftpflicht

Weitere Versicherungsangebote für BDC-Mitglieder über Rahmenverträge

Exklusiv und marktführend

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

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

**HABEN SIE FRAGEN ODER WÜNSCHEN SIE EIN KONKRETES ANGEBOT? BITTE SPRECHEN SIE UNS AN:
BDC-VERSICHERUNGSSERVICE**

ECCLESIA MED GMBH

Klingenbergstr. 1-4, 32758 Detmold

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

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de

HYGIENE TIPP

Achtung bei Wechsel der Händedesinfektionsmittel

Lutz Jatzwauk, Walter Popp, Wolfgang Kohnen

Händedesinfektionsmittel müssen in der VAH-Liste (Verbund für Angewandte Hygiene e.V.) gelistet sein.

Bei der hygienischen Händedesinfektion war es früher einfach, da praktisch alle Präparate eine Einwirkzeit von 30 Sekunden hatten. Dies entsprach auch der Praxis, dass bei gründlicher Verteilung (ca. 3 ml) und Verreibung es etwa 30 Sekunden dauert, bis die Hände trocken sind.

Neuerdings ist zu beachten, dass inzwischen auch Händedesinfektionsmittel auf dem Markt und beim VAH gelistet sind, die eine Minute Einwirkzeit haben oder wesentlich mehr Milliliter für die Desinfektion benötigen (z. B. 2 x 3 ml oder 1 x 8 ml).

Eine Minute Einwirkzeit ist für die hygienische Händedesinfektion völlig unrealistisch.

Außerdem sinkt die Bereitschaft der Mitarbeiter zur Händedesinfektion, wenn diese länger dauert. Daher sollten derartige Präparate **nicht** eingesetzt werden.

Das Argument, dass der Liter billiger ist, kann sich ohnehin leicht aufheben, wenn größere Volumina zur Anwendung kommen sollen.

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



Prof. Dr. med. Prof. h. c. (MNG) Walter Popp

Ärztlicher Leiter

HyKoMed GmbH

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für

Krankenhausthygiene e.V. (DGKH)

popp@hykomed.de

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

Krankenhausthygiene/Umweltschutz

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Dr. rer. nat. Wolfgang Kohnen

Stellvertretender Abteilungsleiter Krankenhaushygiene

Beauftragter für das Qualitätsmanagement

Abteilung für Hygiene und Infektionsprävention

Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität

Mainz

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für

Krankenhausthygiene e.V. (DGKH)

Jatzwauk L, Popp W, Kohnen W: Hygiene-Tipp: Achtung bei Wechsel der Händedesinfektionsmittel. *Passion Chirurgie*. 2024 Juni; 14(06/II): Artikel 04_03.



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

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.

JUNI 2024

Prof. Dr. med. Christian Heim ist neuer Direktor der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie am Klinikum Bayreuth. Der Herzspezialist war zuvor im Zentrum für Herzchirurgie am Universitätsklinikum Erlangen als geschäftsführender Oberarzt tätig.

Dr. med. Michael Hohaus ist seit März 2024 neuer Leiter der Allgemein- und Viszeralchirurgie der Elblandklinikum Radebeul. Der Facharzt für Allgemeinchirurgie und Facharzt für Viszeralchirurgie und spezielle Viszeralchirurgie und den Zusatzbezeichnungen Proktologie und Notfallmedizin war zuvor leitender Oberarzt der Abteilung.

Dr. med. David Koppe ist neuer Chefarzt der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Klinikum Frankfurt (Oder). Seit 2018 war er Oberarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Unfallkrankenhaus Berlin und dort operativer Leiter des Departments für Wirbelsäulen- und Beckenchirurgie.

Dr. med. Bernhard Limper ist seit April 2024 neuer Leiter der Chirurgie am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke. Der Facharzt für Allgemeinchirurgie und Facharzt für Viszeralchirurgie, mit Schwerpunkt minimalinvasive

und robotisch-assistierte Chirurgie, war zuvor leitender Oberarzt Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Knappschaftskrankenhaus Bottrop.

PD Dr. med. Thomas Pech, ehemals Chefarzt am Diakonie Klinikum Jung-Stilling in Siegen, ist seit April 2024 Chefarzt der Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie am Klinikum Siegen.

Dr. med. Peter Philipp Pohl ist seit 2011 Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie am St. Josefskrankenhaus in Hilden. Durch einen Trägerwechsel zur GFO wurde ihm Anfang Januar 2024 auch die Leitung der Chirurgie am St. Martinus Krankenhaus Langenfeld zugewiesen. Beide Krankenhäuser wurden zusammengeführt und heißen jetzt Kliniken Mettmann-Süd.

Dr. med. Ralf Throm, Facharzt für Chirurgie und Orthopädie und Unfallchirurgie und langjähriger Oberarzt der Klinik, hat zum April 2024 mit **Dr. med. Dirk Herold** die gemeinsame Leitung der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Caritas-Krankenhaus in Bad Mergentheim übernommen. Sie folgen auf Chefarzt **Prof. Dr. med. Christoph Eingartner**, der in den Ruhestand gegangen ist. ○



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

Frage & Antwort



Zahlungsverhalten von Privatkassen-Patient



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

FRAGE:

Eine niedergelassene Chirurgin fragt an, ob ein Privatpatient eine rechtlich sanktionierbare Pflichtverletzung gegenüber ihr als Ärztin und/oder gegenüber seiner privaten Krankenversicherung (PKV) begeht, wenn er den von der PKV erstatteten Rechnungsbetrag nicht an sie weiterleitet und schließlich seine Rechnung nicht mit diesem erstatteten Geld bezahlt.

ANTWORT:

Der Privatpatient ist weder der behandelnden Ärztin gegenüber noch gegenüber seiner PKV verpflichtet, mit dem von der PKV erstatteten Betrag die jeweilige Arztrechnung zu bezahlen bzw. diesen Betrag an die behandelnde Ärztin weiterzuleiten. Weder aus dem Zivil- noch aus dem Versicherungsrecht oder dem Strafrecht ergibt sich solch eine Verpflichtung des Patienten. Der Patient kann also den erstatteten Betrag ganz nach seinem Gusto verwenden.

Der Privatpatient ist zivilrechtlich lediglich nach § 630a Abs. 1 BGB zur Zahlung der Arztrechnung verpflichtet, sofern die Leistungen ordnungsgemäß erbracht und abgerechnet worden sind. Mit welchem Geld er diese bezahlt, bleibt jedoch allein ihm überlassen.

Ein Privatpatient macht sich somit weder in zivilrechtlicher, versicherungsrechtlicher noch in strafrechtlicher Hinsicht schuldig, wenn er den Erstattungsbetrag seiner PKV nicht an die behandelnde Ärztin weiterleitet. Eine rechtliche Sanktion ist deshalb nicht möglich.

Der Privatpatient verletzt lediglich seine zivilrechtliche Zahlungspflicht, wenn er die Rechnung ganz oder teilweise nicht bezahlt. In diesem Fall bleibt nach wie vor aber nur der Weg, den offenen Vergütungsanspruch gegenüber dem Patienten geltend zu machen und im Bedarfsfall gerichtlich durchzusetzen. ○

Heberer J: F+A: Zahlungsverhalten von Privat-Kassenpatient. 2024 Juni; 14(06/II): Artikel 04_05.



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

Centralisation of surgery in Sweden

Linus Axelsson

VORWORT – ZENTRUM ODER ZENTRALE?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die öffentliche Diskussion um die Bündelung medizinischer Leistungen birgt in Deutschland verschiedene diskursive Methodenfehler. Die wichtigsten Gründe dafür sind die Kenntnismängel führender Disputanten in den theoretischen Grundlagen argumentativer Debatten und ein wie immer in der Medizin vieles übertüschender, aber auch wie immer leicht zu erkennender Lobbyismus. So stolpern dann viele schon über den ersten Randstein – den Unterschied zwischen Zentrierung und Zentralisierung. Während das Zentrum Maßnahmen unter vielfältigen Erwägungen in Folge verbesserter Leistungen steigert, bündelt die Zentralisierung Ausführungen ex cathedra, damit die Qualität der Maßnahme folge. Natürlich werden Maßnahmen der Zentralisierung argumentativ unterfüttert, um die wissenschaftliche Erörterung zu überstehen. Hier zählt dann aber die Maßgabe „Less is more“, damit der anhängende politische Diskurs nicht mit zu vielen Parametern belastet wird. In Deutschland begrenzt sich so in der Medizin alles auf das Volume-Outcome. Wie dumm, denn schon ein simpler Blick über die Grenzen hätte schon geholfen, den Geist zu erhellen. Andere Länder in der EU haben diese Diskussion schon längst hinter sich.



Linus Axelsson
Chairman, Swedish Surgical Society
Senior Consultant
Department of Surgery
Blekinge County Hospital
Sweden
linus.axelsson@regionblekinge.se

Umso dankbarer waren wir, als die schwedischen Kollegen nach einer ganz intellektuellen, gemeinsamen Sitzung auf dem DCK 2023 zustimmten, ihre wertvollen Beiträge zur „Centralisation“ in Schriftform zu verfassen. Die Klaviatur wird in dem Beitrag so feingliedrig gespielt, dass wir neben dem englischsprachigen Original eine deutsche Übersetzung bieten. Das Thema ist zu wichtig.

Lehrreiche Lektüre wünschen

Prof. Dr. med. C. J. Krones

und

Prof. Dr. med. D. Vallböhmer



The Swedish Surgical Society were honoured to be invited to the Deutscher Chirurgie Kongress in 2023. It was a great honour to be part of this congress and this is a summary of the session about centralization. Linus Axelsson, Chairman of the Swedish Surgical Association began with a background lecture.

Health care systems in Europe have a lot in common. Many struggle with shortage of staff, increasing health care costs and challenges concerning surgical training. However, comparing Germany and Sweden there are noticeable differences with implications for surgical care.

Sweden is 25 % larger than Germany, but only has 10 million inhabitants making Sweden a scarcely populated country. One might think that Sweden would have many rural hospitals to provide accessible health care, but that is not the case. In 1960 Sweden had 100 hospitals providing emergency care, but for various reasons such as shortage of staff, lack of funding or other political reasons half of these have closed or offer only elective care. Today there are 52 emergency hospitals providing 24/7 surgical care. Hence many swedes travel long distances for emergency care, 5 % of the population has more than 45 minutes travel time to emergency care, with or without access to acute surgery, in spite of optimal road conditions. Thus, Sweden has prioritized larger hospitals rather than short travel time, and on average a Swedish emergency hospital

with surgical care has a catchment population of 200,000, although unevenly distributed.

Sweden is divided in self-governing regions concerning health care. Sweden has 21 regions with proper parliaments, that cooperate in 6 “health-care regions”, each with university hospitals. The regions have a national interest organisation, the Swedish Association of Local Authorities and Regions – SKR which is not a formal part of the Swedish governing structure. Formally, most decisions about health care are taken in the regional parliaments, but in reality SKR have a crucial influence on how Swedish health care is governed. The state regulates care mainly by laws, regulations and control authorities, but also decides upon national centralized care, which is a very small part of the health care.

Around ten years ago further centralisation of care in Sweden was discussed. Inspired by work by the leapfrog initiative in the US, and Denmark’s radical change of their health care system, both national politicians, SKR and parts of the profession wanted to focus cancer surgery to fewer high-volume centers. A later criticized government report stating that a lot of lives could be saved gave fuel to the change. The fact that there was scarce support for further centralisation in recent published studies in Sweden, nor data from our extensive registers supporting the radical changes proposed, mattered little. Proposals for what type of surgery that should

Axelsson L: BDC-Praxistest: Centralisation of surgery in Sweden. Passion Chirurgie. 2024 Juni; 14(06/II): Artikel 05_01.



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

be centralised where made by SKR supported supra-regional cooperations for cancer surgery, and the decision to follow these proposals were taken in all the regions.

Volume is a crucial factor for surgical quality but there are other factors to take into consideration.

First, there is the obvious question if it is the volume of the surgeon, his or her volume of a specific operation or his or her volume of all surgery or types of surgery that is close to the specific operation that matters, or if it is the volume of the hospital that is the most important factor. And what is the volume threshold? Is surgical specialisation important and how does that affect volumes? Is it the surgery or the perioperative care and handling of complications that matters most? With centralisation, will the quality of care provided decline at hospitals that no longer perform advanced surgery? Is advanced surgical care more available to patients living close to larger centres? All this probably matters when it comes to the outcome of a disease in a population. There are a lot of studies done trying to give these answers, but many uncertainties remain [1–9].

Another challenge for a hospital that loses a procedure will be to keep competent staff able to handle other conditions, for example advanced emergency surgery. Other patients might lose more than the patients with centralised surgery gain. In Sweden, where almost all emergency surgery is done by visceral surgeons that mainly work with elective surgery this is an obvious risk. Further, the transfer of patients and information between different units has risks [10].

The economy of centralisation is important. The hospital receiving the transferred patients are often reimbursed from the home region more than the actual costs due to marginal effects making receiving transfers profitable. A hospital that loses a patient group might need to reduce costs, but often this is demanding if you still need to provide service 24/7, you cannot just cut down 10 %. For many smaller regions in Sweden, there has been a rise in costs that partly is attributable to centralisation.

With all this said, what was the patient outcome of the latest round of centralisation? This far, we cannot see any substantial differences in outcome for operated patients in the centralised groups, but more research is needed to evaluate this. We know even less of the effect on a population level, which of course is the most important issue. But you also must consider that small hospitals nowadays are rare in Sweden. The centralisation was in an international perspective mainly from middle volume hospitals to a bit larger middle volume university hospitals.

Centralisation is in some circumstances necessary. Too low volumes lead to bad results, but the threshold is uncertain. The wide range of thresholds for adequate quality assurance differs from studies and countries implying that a true threshold may remain unknown. The optimal level of centralisation depends on many factors, and the negative effects on the health care given to the whole population must be considered, especially regarding emergency care. It is of great importance that the surgical community is involved in the plans for centralization, to address the challenges and avoid unnecessary conflicts.

David Edholm, surgeon at Linköping University Hospital, presented the Swedish centralization of esophageal and gastric cancer from 2007 and onwards. In 2007 esophageal cancer resections were done in 25 centres and gastric cancer resections in 50 centres. This has now been centralized to 7–8 centers. A slight improvement in long-term survival since 2007 has been noted but simultaneously neo-adjuvant treatment has improved and minimal invasive surgery has been implemented which may affect survival. The evidence for centralization of esophageal resections is strong but the optimal volume remains uncertain and varies from studies. Regarding gastric cancer resections, a Swedish nationwide register-based study indicated that neither annual surgeon volume nor annual hospital volume of gastrectomies influences the long-term survival in gastric adenocarcinoma [11]. The results were adjusted for age, comorbidity, and tumor stage. With centralization, patients with non-malignant gastric conditions may have difficulties receiving

surgical care of high quality at rural hospitals no longer performing gastric cancer resections.

Pär Myrelid, also from Linköping University Hospital, presented data on centralisation within the field of surgical therapy of inflammatory bowel disease. This type of surgery is somewhat different from cancer surgery as the indications are less black or white compared to cancer surgery and also more focused on function and quality of life, especially restorative surgery after colectomy in ulcerative colitis. Data from England and Sweden has shown that only one third to just below half of the patients will have a restorative procedure after their colectomy, and the chance of having a restorative procedure is higher if the colectomy is performed at a high-volume center within IBD[12]. The data from Sweden has not been able to show a difference between low- and high-volume units when it comes to the risk of failure after a restorative procedure but this has clearly been shown in England and Denmark[13, 14]. In Denmark they forced hospitals to refer patients eligible for pelvic pouches to only five hospitals and could show a clear advantage when it comes to failure risk. Today they have made a change to only three units in Denmark, improving the outcome further. With this in mind, the European Crohn's and Colitis Organization suggest an annual minimum of ten pouches in order to be a surgical IBD-center[15]. Apart from quality it also focuses on the importance of taking care of short- as well as long-term complications, research, improvement of care and training of future pouch surgeons.

Patrik Larsson, surgeon at Karolinska University Hospital, presented data from a Swedish national survey on surgical education. In this survey, all surgical departments answered questions on surgical education at their department. More than half of all surgical departments report that their residents had problems fulfilling the curriculum for surgical education. The main reason for this was a too small volume of many procedures, including basic procedures such as inguinal hernia repair and cholecystectomies, and also a lack of some procedures at their hospitals.

The experience from many departments was that the centralisation that had taken place the last decade had accelerated this problem. Moreover, many experienced that in the process of centralisation the surgical education had not been taken into account in their region.

Finally, one should consider Birkemeyer's conclusion after studying the effect of centralisation in the US. „For most high-risk procedures, however, strategies such as operating-room checklists, outcomes-measurement and feedback programs, and collaborative quality improvement initiatives are likely to be more effective than volume-based referral“ [16]. The tradition in Sweden of doing this might explain why Sweden has good surgical results despite lacking high volume centres.

LITERATUR

- [1] Dimick, J.B., et al., *Measuring Surgical Quality: What is the Role of the Provider Volume?* World J. Surg., 2005. **29** 1217–1221
- [2] Fischer, C., et al., *Volume-outcome revisited: The Effect of hospital and surgeon volume on multiple outcome measures in oesophago-gastric cancer surgery.* PLoS One. 2017 Oct 26; **12**(10)
- [3] Dikken, J.L., et al., *Differences in outcome of esophageal and gastric cancer surgery across Europe.* BJS, 2013. **100**: p. 83–94.
- [4] Ghaferi A.A., et al., *Hospital Volume and Failure to Rescue With High-risk Surgery.* Medical Care, 2011. **49**(12): p. 1076–1081.
- [5] Funk, L.M., et al., *Esophagectomy Outcomes at Low-Volume Hospitals, The Association Between System Characteristics and Mortality.* Annals of Surgery, 2011. **253**(5): p 912–917
- [6] Liedberg, F., et al., *Period-specific mean annual hospital volume of radical cystectomy is associated with outcome and perioperative quality of care: a nationwide population-based study.* BJU 2019. **124**: p. 449–456
- [7] Sahni, R.S., et al., *Surgeon specialisation and operative mortality in United States: retrospective analysis.* BMJ 2016. **354**: i3571
- [8] Hindenburg, T., et al., *No reduction in mortality after centralisation in treatment of patients with ruptured abdominal aneurism.* Dan Med J 2019. **66**(7): A5551
- [9] Varagunam, M., et al., *Changes in volume, clinical practice and outcome after reorganisation of oesophago-gastric cancer care in England: A longitudinal observational study* EJSO 2018. **44**: 524–531
- [10] Murshed, I., et al., *Surgical interhospital transfer mortality: national analysis.* BJS 2023. **110**: p. 591–598
- [11] Asplund, J., et al., *Annual surgeon and hospital volume of gastrectomy and gastric adenocarcinoma survival in a population-based cohort study.* Acta Oncologica, 2022. **61**(4): p. 425–432.
- [12] Worley, G., et al., *Restorative surgery after colectomy for ulcerative colitis in England and Sweden: observations from a comparison of nationwide cohorts.* Colorectal Dis, 2018. **20**(9): p. 804–812.
- [13] Burns, E.M., et al., *Volume analysis of outcome following restorative proctocolectomy.* Br J Surg, 2011. **98**(3): p. 408–17.
- [14] Mark-Christensen, A., et al., *Pouch failures following ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis.* Colorectal Dis, 2018. **20**(1): p. 44–52.
- [15] Oresland, T., et al., *European evidence based consensus on surgery for ulcerative colitis.* J Crohns Colitis, 2015. **9**(1): p. 4–25.
- [16] Finks, J.F., et al., *Trends in Hospital and Operative Mortality for High-Risk Surgery.* N Engl J Med, 2011. **364**(22): p. 2128–2136.

Die Zentralisierung der Chirurgie in Schweden

Die Schwedische Chirurgische Gesellschaft hatte die Ehre, zum Deutschen Chirurgie Kongress 2023 eingeladen worden zu sein. Es war eine große Auszeichnung, an diesem Kongress teilzunehmen. Der folgende Artikel ist eine Zusammenfassung der gemeinsamen Sitzung zur Zentralisierung in der Chirurgie.

Linus Axelsson, Vorsitzender der Schwedischen Chirurgischen Gesellschaft, startete mit einem Vortrag, der den Hintergrund des Themas beleuchtete.

Gesundheitssysteme in Europa weisen viele Gemeinsamkeiten auf. Etliche kämpfen mit Personalmangel, steigenden Kosten und den Herausforderungen der chirurgischen Weiterbildung. Nichtsdestotrotz findet man im Vergleich zwischen Deutschland und Schweden aber auch bemerkenswerte Unterschiede, die Auswirkungen auf die chirurgische Versorgung haben.

Schweden besitzt zwar 25 % mehr Fläche als Deutschland, bleibt mit zehn Millionen Einwohnern aber recht spärlich besiedelt.

Man könnte deshalb vermuten, dass es in Schweden viele ländliche Krankenhäuser gibt, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährleisten. Aber das ist nicht der Fall. Im Jahr 1960 gab es in Schweden noch 100 Krankenhäuser mit Notaufnahmen. Aus verschiedenen Gründen wie z. B. Mangel an Personal oder Finanzmitteln, aber auch aus politischen Erwägungen wurde bis heute ca. die Hälfte der Häuser geschlossen oder sie bieten nur eine elektive Versorgung an. Heute nehmen nur noch 52 Notfallkliniken rund um die Uhr an der chirurgischen Versorgung teil.

Das bedeutet, dass viele Schweden im Notfall lange Strecken überwinden müssen. 5 % der Bevölkerung reisen länger als 45 Minuten zu einer Klinik mit Notfallversorgung an, mit oder ohne Notfallchirurgie, sofern die Straßen frei sind. Schweden hat die Priorität also auf größere Krankenhäuser gelegt und nicht auf eine kurze Anreise. Im Einzugsgebiet eines schwedischen Notfallkrankenhauses leben ca. 200.000 Menschen, die allerdings ungleich im Land verteilt sind.

Schweden ist in der Gesundheitsversorgung in Regionen mit Selbstverwaltung aufgeteilt. Das Land umfasst 21 Provinzen mit ordentlichen Parlamenten, die in sechs „Gesundheitssystem-Regionen“ mit jeweils einer Universitätsklinik kooperieren. Die Regionen bilden einen kommunalen Verbund von Gemeinden und Regionen, die Sveriges kommuner och regioner (SKR), der kein nomineller Bestandteil der Schwedischen Regierungsstruktur ist. Formal werden die meisten Entscheidungen in der Gesundheitspolitik in den regionalen Parlamenten getroffen, doch die SKR hat einen ganz entscheidenden Einfluss darauf, wie die Gesundheitsversorgung in Schweden geregelt wird. Der Staat lenkt das Gesundheitssystem hauptsächlich über Gesetze, Regulierungen und Kontrollinstanzen und entscheidet über zentral gesteuerte Versorgungsleistungen, die jedoch einen sehr kleinen Bestandteil des Gesundheitssystems umfassen.

Vor ca. zehn Jahren wurde die weitere Zentralisierung der Krankenversorgung in Schweden diskutiert. Inspiriert von der Leapfrog Initiative in den USA und Dänemarks radikalem Umbau seines Gesundheitssystems wollten nationale Politiker, die SKR und Teile der ärztlichen Berufsgruppe die onkologische Chirurgie auf High-volume-Kliniken konzentrieren. Ein später kritisierte Regierungsreport, der konstatierte, dass viele Leben dadurch gerettet werden könnten, gab diesem Vorhaben Futter. Die Tatsache, dass es kaum Unterstützung für eine radikale Zentralisierung durch aktuelle Studien oder Registerdaten gab, spielte keine Rolle. Die Vorschläge, welche Eingriffe zentralisiert werden sollten, wurden mit Unterstützung der SKR von überregionalen Kooperationen für Krebschirurgie

eingereicht. Die Entscheidung, diese Vorschläge zu übernehmen, trafen die Regionen.

Das Operationsvolumen ist sicher ein entscheidender Faktor für die chirurgische Qualität, aber es sind auch andere Kriterien zu berücksichtigen. Zunächst stellt sich die offensichtliche Frage, ob es um die Gesamtzahl der Operationen einer Einzelperson, seine oder ihre Anzahl spezifischer, durchgeführter Operationen oder die Zahl innerhalb einer Eingriffsgruppe geht. Oder ist das Volumen des Krankenhauses der wichtigste Faktor? Und wo liegt die Volumenschwelle? Ist eine chirurgische Spezialisierung bedeutsam und wie beeinflusst diese die Volumina? Ist es der eigentliche chirurgische Eingriff oder das perioperative Management und das Umgehen mit Komplikationen, was am meisten zählt? Wird sich mit der Zentralisierung die Qualität der medizinischen Versorgung in Kliniken verschlechtern, die keine hochentwickelte Chirurgie mehr anbieten? Steht eine hochentwickelte chirurgische Versorgung eher den Patientinnen und Patienten zur Verfügung, die in der Nähe von größeren Zentren leben? All dies wird wahrscheinlich dann eine Rolle spielen, wenn der Ausgang einer Krankheit in der Bevölkerung bekannt wird. Es gibt zahlreiche Studien, die diese Fragen adressieren, und trotzdem verbleiben viele Unklarheiten [1–9].

Eine weitere Herausforderung für ein Krankenhaus, das ein Verfahren verliert, besteht darin, kompetentes Personal zu halten, das in der Lage ist, andere Krankheiten zu behandeln, wie z. B. die fortgeschrittene Notfallchirurgie. Andere Patienten könnten mehr verlieren als die zentralisierten Patienten gewinnen. In Schweden, wo fast alle Notfalloperationen von Viszeralchirurgen durchgeführt werden, die hauptsächlich in der elektiven Chirurgie tätig sind, ist dies ein offensichtliches Risiko. Schließlich birgt auch der Transfer von Patienten und Informationen zwischen verschiedenen Abteilungen weitere Risiken [10].

Die Wirtschaftlichkeit der Zentralisierung ist wichtig. Das Krankenhaus, das die überwiesenen Patienten aufnimmt, erhält von der Heimatregion häufig eine höhere Erstattung

als die tatsächlichen Kosten, da sich die Aufnahme von Überweisungen aufgrund von Randeffekten lohnt. Ein Krankenhaus, das eine Patientengruppe verliert, muss möglicherweise die Kosten senken. Aber das ist oft sehr anspruchsvoll, wenn man weiterhin für 24/7 Leistungen erbringen muss – man kann dann nicht ad hoc 10 % einsparen. In vielen kleineren Regionen Schwedens ist sogar ein Kostenanstieg zu verzeichnen, der zumindest zum Teil auf die Zentralisierung zurückzuführen ist.

Wie war denn nun das Ergebnis der letzten Zentralisierungsrunde für die Patient:innen? Bislang können wir keine wesentlichen Unterschiede bei den Ergebnissen der operierten Patient:innen in den zentralisierten Gruppen feststellen, aber es sind weitere Untersuchungen erforderlich, um dies zu bewerten. Noch weniger wissen wir über die Auswirkungen auf die Bevölkerung, was natürlich die wichtigste Frage ist. Aber man muss auch bedenken, dass kleine Krankenhäuser heutzutage in Schweden selten sind. Die Zentralisierung erfolgte im internationalen Vergleich hauptsächlich von Krankenhäusern mittlerer Größe zu etwas größeren Universitätskliniken mittlerer Größe.

Eine Zentralisierung ist unter bestimmten Umständen notwendig. Ein zu geringes Volumen führt zu schlechten Ergebnissen, aber der Schwellenwert ist ungewiss. Das breite Spektrum an Schwellenwerten für eine angemessene Qualitätssicherung ist von Studie zu Studie und von Land zu Land unterschiedlich, was bedeutet, dass ein echter Schwellenwert unbekannt bleiben kann. Der optimale Grad der Zentralisierung hängt von vielen Faktoren ab, und die negativen Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung der gesamten Bevölkerung müssen berücksichtigt werden, insbesondere bei der Notfallversorgung. Es ist von großer Bedeutung, dass die chirurgische Gemeinschaft in die Pläne zur Zentralisierung einbezogen wird, um die Herausforderungen zu bewältigen und unnötige Konflikte zu vermeiden.

David Edholm, Chirurg am Universitätskrankenhaus Linköping, stellte die schwedische Zentralisierung von Speiseröhren- und

Magenkrebs ab 2007 vor. Im Jahr 2007 wurden Ösophagusresektionen wegen maligner Tumoren in 25 Zentren und Magenkrebsresektionen in 50 Zentren durchgeführt. Diese wurde nun auf 7 bis 8 Zentren zentralisiert. Seit 2007 ist eine leichte Verbesserung der Langzeitüberlebensrate zu verzeichnen, aber gleichzeitig wurde die neoadjuvante Behandlung verbessert und die minimalinvasive Chirurgie eingeführt, was auch die Überlebensrate beeinflussen kann. Die Evidenz für die Zentralisierung von Speiseröhrenresektionen ist stark, aber das optimale Volumen bleibt ungewiss und variiert je nach Studie. In Bezug auf Magenkrebsresektionen zeigte eine landesweite schwedische registerbasierte Studie, dass weder das jährliche Volumen der Chirurginnen und Chirurgen noch das jährliche Krankenhausvolumen von Gastrektomien das Langzeitüberleben bei Adenokarzinomen beeinflusst [11]. Die Ergebnisse wurden dabei für Alter, Komorbidität und Tumorstadium adjustiert. Mit der Zentralisierung könnte es für Patienten mit benignen Erkrankungen des Magens schwierig werden, in ländlichen Krankenhäusern, die keine gastral Resektionen mehr durchführen, eine qualitativ hochwertige chirurgische Versorgung zu erhalten.

Pär Myreliid, ebenfalls vom Universitätskrankenhaus Linköping, präsentierte Daten zur Zentralisierung im Bereich der chirurgischen Therapie von entzündlichen Darmkrankungen (CED). Diese Art der Chirurgie unterscheidet sich in gewisser Weise von der Krebschirurgie, da die Indikationen im Vergleich zur Krebschirurgie weniger schwarz oder weiß imponieren und auch stärker auf

Funktion und Lebensqualität fokussieren, insbesondere die Wiederherstellungschirurgie nach Kolektomie bei Colitis ulcerosa. Daten aus England und Schweden zeigen, dass nur ein Drittel bis knapp die Hälfte der Patienten nach ihrer Kolektomie einen rekonstruktiven Eingriff erhält. Die Wahrscheinlichkeit einer Rekonstruktion ist höher, wenn die Kolektomie in einem Zentrum mit hohem Aufkommen an CED durchgeführt wird [12]. Die Daten aus Schweden konnten keinen Unterschied zwischen niedrig- und hochvolumigen Einrichtungen in Bezug auf das Risiko eines Misserfolgs nach einem Wiederherstellungseingriff aufzeigen, was jedoch in England und Dänemark eindeutig nachgewiesen wurde [13, 14]. In Dänemark waren die Krankenhäuser nach der Reform gezwungen, Patienten, die für einen Pouch in Frage kamen, an nur fünf Krankenhäuser zu überweisen. Die Daten konnten einen klaren Vorteil in Bezug auf das Komplikationsmanagement nachweisen. Heute sind nur noch drei Kliniken in Dänemark auf diesem Gebiet tätig, wodurch sich die Ergebnisse nochmals verbessert haben. Vor diesem Hintergrund empfiehlt die European Crohn's and Colitis Organization eine jährliche Mindestzahl von zehn Pouches, um als chirurgisches IBD-Zentrum zu gelten [15]. Neben der Qualität wird auch die Bedeutung der Behandlung von kurz- und langfristigen Komplikationen, der Forschung, der Verbesserung der Versorgung und der Ausbildung künftiger Pouch-Chirurgen hervorgehoben.

Patrik Larsson, Chirurg am Karolinska-Universitätskrankenhaus in Stockholm, präsentierte

Daten aus einer schwedischen nationalen Umfrage zur chirurgischen Ausbildung. In dieser Umfrage beantworteten alle chirurgischen Abteilungen Fragen zur chirurgischen Ausbildung in ihrer Abteilung. Mehr als die Hälfte aller chirurgischen Abteilungen berichtet, dass ihre Assistenzärztinnen und -ärzte Probleme hatten, den Lehrplan für die chirurgische Ausbildung zu erfüllen. Der Hauptgrund dafür war eine zu geringe Menge vieler grundlegender Operationen wie Leistenreparationen und Cholezystektomien sowie ein jeweils spezifischer Mangel an bestimmten Eingriffen in ihren individuellen Häusern. Aus vielen Abteilungen wurde berichtet, dass die Zentralisierung des letzten Jahrzehnts dieses Problem weiter verstärkt hat. Außerdem machten viele die Erfahrung, dass in ihrer Region die chirurgische Weiterbildung im Zuge der Zentralisierung nicht berücksichtigt wurde.

Abschließend sollte man die Schlussfolgerung von Birkemeyer bedenken, der die Auswirkungen der Zentralisierung in den USA untersucht hat. „Für die meisten risikoreichen Eingriffe sind jedoch Strategien wie Checklisten für den Operationssaal, Programme zur Ergebnismessung und Rückmeldung sowie gemeinsame Initiativen zur Qualitätsverbesserung wahrscheinlich wirksamer als volumenbasierte Überweisungen“ [16]. Die schwedische Tradition, dies generell zu tun, könnte erklären, warum Schweden gute chirurgische Ergebnisse hat, obwohl es keine Zentren mit hohem Aufkommen gibt.






BDC | Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

Facharztseminar
Orthopädie/Unfallchirurgie
 Teil 1 online, 26. - 27.09.2024
 Teil 2 Berlin, 30.09. - 01.10.2024

Zeit sparen:
 Erst Online,
 dann Präsenz!

Wissenschaftliche Leitung:
 Prof. Dr. med. Julia Seifert, Berlin
 Prof. Dr. med. Stefan Schulz-Drost, Schwerin

Interview mit den Leitenden der Gemeinsamen Weiterbildungskommission Chirurgie



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



DAS INTERVIEW FÜHRTE OLIVIA PÄSSLER.

PASSION CHIRURGIE Welche Auswirkungen wird die Krankenhausreform auf die fachärztliche und damit die chirurgische Weiterbildung haben?

Prof. Meyer (HJM) In den nächsten Jahren werden sich das Gebiet Chirurgie und seine Subspezialisierungen mit erheblichen Herausforderungen auseinandersetzen müssen. Dies betrifft zum einen den weiter zu erwartenden Mangel an chirurgischen Fachkräften, zum anderen den dringend notwendigen Strukturwandel durch die angestrebte Krankenhausreform. Das erste Problem ergibt sich aus der fast in der gesamten westlichen Welt zu beobachtenden Abnahme der Attraktivität der beruflichen Tätigkeit im Gebiet Chirurgie. Diese Entwicklung resultiert unter anderem aus einer weiterhin bestehenden schwierigen Work-Life-Balance generell, teilweise noch vorhandener steiler Hierarchie, kaum vorhandenen eindeutig formulierten Curricula in der Weiterbildung und unzureichender Vereinbarkeit von Familie und Beruf bzw. notwendiger Kinderbetreuung. Obwohl die Mehrzahl der Medizinstudierenden mittlerweile weiblich ist, ist der Anteil von Frauen, die sich um eine chirurgische Weiterbildung bewerben, nur gering. Auch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) kann sich auf diese Situation noch weiter negativ auswirken. Bei geplanter flächendeckender Versorgungsgarantie soll durch

Zentralisierung und Spezialisierung vor allem die Qualität der bisherigen medizinischen Versorgung verbessert werden. Daraus folgt, dass zukünftig nicht das gesamte Spektrum von Erkrankungen, also „alles“, in jedem Krankenhaus behandelt oder operiert werden darf. Ferner soll die Ambulantisierung mit sektorenübergreifender Versorgung deutlich ausgeweitet werden. Folglich können nicht mehr alle Weiterbildungsinhalte bzw. -kompetenzen im Gebiet Chirurgie an einer Klinik oder einem Ort erlangt werden. Auch unter dem Aspekt der geplanten Zuordnung von Leistungsgruppen in den verschiedenen Kliniken sind somit intersektorale Verbünde zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen absolut notwendig, auch wenn in den Kliniken unter Umständen vermehrt die Durchführung ambulanter Eingriffe vorgesehen ist. Um aber insgesamt eine qualitativ hochwertige chirurgische Weiterbildung garantieren zu können, müssen für die Weiterzubildenden lokale und regionale Verbundmodelle eingerichtet werden, um realistische und zeitsprechende Rotationsmöglichkeiten anbieten zu können. Dafür sind auch rechtssichere, länger befristete Arbeitsverträge, Angleichung der Gehälter, auch bei Weiterbildung im ambulanten Sektor, sowie eindeutige Klärung der notwendigen Berufshaftpflicht unabdingbar, vor allem bei Wechseln zu unterschiedlichen Klinikträgern bzw. Praxen oder medizinischen Versorgungszentren. Bei nicht sicheren Rotationsmöglichkeiten bzw.

Päßler O.: Interview mit den Leitenden der Gemeinsamen Weiterbildungskommission Chirurgie. *Passion Chirurgie*. 2024 Juni; 14(06/II): Artikel Passion Chirurgie. 2024 Juni; 14(06/II): Artikel 05_02.



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

Wechseln zu Krankenhäusern mit höherer Versorgungsstufe sind zudem Verlängerungen der Weiterbildungszeit möglich. Letztendlich bleibt aber abzuwarten, wie die Strukturreformen der Krankenhäuser wirklich umgesetzt werden können, da der jetzt vorliegende Referentenentwurf inhaltlich sicherlich selbst noch reformbedürftig ist.

PC Welche Forderungen haben Sie als Gemeinsame Weiterbildungskommission Chirurgie was die Weiterbildungspläne betrifft?

Prof. Seifert (JS) Die Weiterbildung muss an die strukturellen Gegebenheiten der Kliniken- und Praxislandschaft in Deutschland angepasst werden. Diese befindet sich, wie jedermann weiß, gerade in einem erheblichen Umbruch. Das bedeutet konkret, dass die rechtlichen Bedingungen eines Arbeitsplatzwechsels für ein oder zwei Jahre vereinfacht werden müssen. Ich beziehe mich hier u. a. auf das Arbeitnehmerüberlassungsgesetz, das dem bisher im Wege steht. „Mehr Mobilität“ wird wohl das Stichwort zukünftiger Weiterbildung sein, um alle Inhalte der Weiterbildung abzudecken. Eine enorme Herausforderung für die Weiterbilder und Weiterzubildenden!

PC Welche Bedingungen/Anreize braucht es für diejenigen, die weiterbilden (könnten und wollen)?

Prof. Schmitz-Rixen (TSR) Die künftige Weiterbildung wird mit und ohne Reformen von der Zentralisierung von komplexen Leistungen und der Ambulantisierung von weniger komplexen Leistungen charakterisiert sein. In der Folge wird kein Krankenhaus mehr das gesamte Spektrum der Weiterbildung anbieten können. Die folgerichtige Struktur ist eine Verbundweiterbildung, deren Organisation in ärztlicher Hand bleiben muss. Hierzu müssen übergeordnete Strukturen gebildet werden, die unabhängig von den Trägern der Einrichtungen und transparent gegenüber den Weiterzubildenden agieren müssen. Idealerweise entscheiden die Weiterbilder in einem Verbund gemeinsam über Anstellungen und den jeweiligen Fortschritt und

damit den Wechsel der Einrichtung. Die Finanzierung der Weiterbildung muss eindeutig und transparent geregelt sein, denn Weiterbildung bedeutet in der Regel Mehrausgaben; dies muss endlich sozialgesellschaftlich akzeptiert werden.

PC Welche Lösungen stellen Sie sich für die Finanzierung der chirurgischen Weiterbildung vor?

Dr. Kalbe (PK) Die Weiterbildung von Fachärztinnen und Fachärzten ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und muss daher solidarisch finanziert werden. Zunächst einmal muss allgemein anerkannt werden, dass die Weiterbildung Geld kostet. Die bisherige Refinanzierung für die Kliniken über einen DRG-Anteil ist von der Höhe her unzureichend und ungerecht, weil diese Finanzmittel auch ausgeschüttet werden, wenn gar keine Weiterbildung durchgeführt wird. Zielführend wäre dagegen ein relevanter finanzieller Zuschlag auf die mit der Krankenhausreform einzuführende Vorhaltevergütung, den ausschließlich Kliniken erhalten, die fachärztliche Weiterbildung durchführen. Dies möglichst auch gestaffelt nach der Anzahl der Weiterbildungsstellen. Dazu muss der vorliegende Referentenentwurf dringend um den Aspekt der Weiterbildungsförderung ergänzt werden. Mittelfristig könnte ein steuerfinanzierter Weiterbildungsfonds eine Lösung darstellen.

Für die chirurgischen Praxen muss die finanzielle Unterstützung von Weiterbildungsstellen nach § 75a des SGB V dringend auch auf operativ tätige Praxen erweitert werden, weil weiterbildungsrelevante Operationen durch die Ambulantisierung immer mehr in diesen Sektor verlagert werden. In allen KV-Bereichen muss das Gebiet Chirurgie in den Kreis der förderungsfähigen Fächer aufgenommen werden.

PC Wer ist Ihrer Meinung nach in der Pflicht, die Strukturen und Regeln für die fachärztliche Weiterbildung im Blick zu haben und voranzutreiben?

JS In der Pflicht sind die Ärztekammern der Länder und die Bundesärztekammer.

Sie sind die Institutionen, die u. a. die Qualität und die Inhalte der Weiter- und Fortbildung festlegen. Dies erfolgt durch die gewählten Vertreter:innen der Ärzteschaft. Wir müssen vermehrt darauf achten, dass sich hier nicht fremde Interessengruppen (Klinik-/Praxiskonzerne, Feuerwehr) oder das CEN (European Committee for Standardization: europäisches Normierungsinstitut) einmischen. Die ärztliche Weiterbildung ist ein hohes Gut im Gesundheitswesen. Die Ärzteschaft sollte sich bewusst sein, dass hier Gefahr droht, die Hoheit darüber zu verlieren.

PC Wie wollen Sie gewährleisten, dass die klinische Forschung weiterhin ein integraler Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit an den Kliniken bleibt?

HJM Bevor man sich mit dieser Frage beschäftigt, muss angemerkt werden, dass es weiterhin keine allgemein anerkannte, exakte Definition für klinische Forschung vorliegt. Am ehesten kann man sich an der vor vielen Jahren vorgeschlagenen Differenzierung der Deutschen Forschungsgemeinschaft orientieren, die zwischen Grundlagen-, der eigentlichen krankheits- und der patientenorientierten Forschung unterscheidet. Ein Zusammenspiel aller drei Forschungsrichtungen wäre ideal, jedoch liegt das eigentliche Problem in dem weiter bestehenden Spagat zwischen Grundlagenforschung und Krankenversorgung. Dieses wird zudem verstärkt durch weitere Herausforderungen, wie spezielle methodische Kenntnisse, die überschaubare Anzahl klinischer Forschungseinrichtungen und Physician Scientists, oftmals ungenügender finanzieller Förderung sowie Überlastung der Ärztinnen und Ärzte bei gleichzeitiger klinischer Tätigkeit: Es findet sich in kaum einem offiziellen Stellenplan eine entsprechende Personalbemessung für die klinische Forschung! Solche Aktivitäten während der Weiterbildung werden zudem bisher nicht von allen Landesärztekammern mit einem entsprechenden Zeitraum anerkannt. Der kürzlich im Kabinett beschlossene Entwurf des Medizinforschungsgesetzes (MFG) trägt dabei auch

» ZU DEN PERSONEN



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



Prof. Dr. med. Julia Seifert
Präsidiumsmitglied im BDC
Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie
Unfallkrankenhaus Berlin
Julia.Seifert@ukb.de



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



Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)
info@dgch.de

nicht zur Verbesserung der derzeitigen Situation bei und wird sogar teilweise als „reines Gesetz für die Pharmaindustrie“ bezeichnet. Die akademische Forschung oder die sogenannten Non-Non-Studien, zum Beispiel Untersuchungen zu unterschiedlichen Nahttechniken in der Chirurgie, werden im Vergleich von Studien zu Arzneimitteln und Medizinprodukten gar nicht angeführt.

Eine angemessene Forschungskultur ist jedoch nicht nur für die wissenschaftliche und praktische Weiterentwicklung

der Chirurgie notwendig, sondern auch für eine Steigerung der Attraktivität dieses Gebiets generell; somit könnten sich solche Aktivitäten gegebenenfalls positiv auf die Akquise und Förderung der nachkommenden Medizinergeneration auswirken. In fast allen Versorgungsstufen der Krankenhäuser und besonders natürlich in den Universitätskliniken könnten dann vermehrt verschiedenste klinische Studien, gegebenenfalls auch in Kooperation mit der Grundlagenforschung, unter Umständen realisiert

werden. Eine Garantie für die Umsetzung eines solchen Konzepts zu geben, ist derzeit aber schwierig bzw. kaum möglich.

PC Welche weiteren Hürden neben den finanziellen müssen im Bereich der Niederlassung überwunden werden?

PK Für die niedergelassenen Chirurginnen und Chirurgen muss es attraktiver werden, sich in der chirurgischen Weiterbildung zu engagieren. Dazu gehört neben der finanziellen Förderung vor allem eine

Entbürokratisierung des Antrags auf eine Weiterbildungsbefugnis bei der zuständigen Ärztekammer. Bei allem Verständnis für die Anforderungen an die Qualität der Weiterbildung sollten die Voraussetzungen für die Befugnis mit Augenmaß festgelegt werden. So dürfte es in chirurgischen Praxen etwa kaum möglich sein, einem Weiterbildungsassistenten dauerhaft ein eigenes Zimmer zur Verfügung zu stellen.

Teilweise unklar und zukünftig rechtlich eindeutig zu regeln ist auch noch die Abrechenbarkeit von Tätigkeiten der Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten gegenüber den verschiedenen Kostenträgern. Wir müssen uns dazu wahrscheinlich vom Dogma des

Facharztstatus verabschieden und auf qualitativ einwandfreie Leistungen nach dem Facharztstandard abheben.

PC Welche gesellschaftlichen Entwicklungen beeinflussen die fachärztliche Weiterbildung und welche Forderungen bzw. Lösungsansätze haben Sie hier?

TSR Das Arbeitsverhalten – und das meine ich ganz neutral – der Generation in Weiterbildung hat sich geändert. Ihre Ansprüche an die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, wozu auch die Elternzeit gehört, bedingen Flexibilität und Ausfallzeiten in der Weiterbildung. Wir müssen diese Bedürfnisse akzeptieren und akkommodieren. Auch in der Chirurgie sind angepasste Dienstpläne und

Teilarbeitszeitverträge ohne Qualitätsverlust in der Klinik und in der Weiterbildung möglich. Der Träger kann sich mit arbeitsfreundlichen und ausreichenden Kita-Plätzen und Einkaufsmöglichkeiten als familienfreundliche Einrichtung profilieren. Auch können wir das Bedürfnis nach einer strukturierten Weiterbildung durch Pläne und ein Feedback-System ohne großen Aufwand erfüllen. Lücken in der Patientenversorgung könnten durch einen Pool von Senior Consultants ausgeglichen werden. Weiterzubildende dürfen nicht länger als preiswerte Arbeitskräfte, sondern müssen als Investition in die Zukunft betrachtet werden. Dies muss als gesamtgesellschaftliche Aufgabe begriffen werden. ○

Die Gemeinsame Weiterbildungskommission Chirurgie (WBK) setzt sich aus Expertinnen und Experten des Berufsverbands der Deutschen Chirurgie (BDC), der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), des Berufsverbands für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), des Berufsverbands der niedergelassenen Chirurgen und Chirurginnen (BNC) sowie allen chirurgisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften zusammen.

Die WBK setzt sich auf allen Ebenen und in der Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern und der Bundesärztekammer für eine qualitativ hochwertige Weiterbildung zum Chirurgen und zur Chirurgin ein. Dabei vertritt sie sowohl die Interessen des chirurgischen Nachwuchses als auch die der Weiterbilder. Die Kommission möchte mit ihrer Arbeit dazu beitragen, eine optimale chirurgische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Die WBK tagte im März 1972 zum ersten Mal und führt seither ein- bis zweimal jährlich Sitzungen durch. Federführend sind der Berufsverband der Deutschen Chirurgie (BDC) und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Darüber hinaus sind alle wissenschaftlichen Fachgesellschaften im Gebiet Chirurgie und die großen chirurgischen Berufsverbände beteiligt.



Präsenz-Seminar

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith
PD Dr. Dr. Uwe Roblick

Klick!
Jetzt
anmelden!

Basischirurgie

Hamburg, 04. – 06. Juli 2024

Lauterbach und die Mär von der „doppelten Facharztschiene“

Jörg-A. Rüggeberg

Endlich lässt der Wolf das Schafsfell fallen! Seit 30 Jahren prangert der jetzige Gesundheitsminister das in seinen Augen Grundübel des deutschen Gesundheitssystems an: die in seiner Ideologie überflüssige sogenannte „doppelte Facharztschiene“. Schon damals, noch als Bundestagsneuling, hat er diese These mit Billigung seiner Gesundheitsministerin Ulla Schmidt auf allen denkbaren Podien der Republik vertreten, was ihm den Spitznamen Karlchen Überall eingebracht hat. Ich selbst hatte mehrfach das zweifelhafte Vergnügen, mehr oder weniger höflich seine Argumente zu kontern. Immerhin wurde es um diesen vergifteten Begriff zwischenzeitlich ruhiger. Am Ende ist auch der Versuch gescheitert, mit einer geplanten Einführung eines hausärztlichen Primärarztmodells die Fachärzte zu reinen Auftragnehmern zu degradieren. Aber aufgeschoben ist eben nicht aufgehoben.

Jetzt spricht Prof. Lauterbach wieder ganz offen über die von ihm so sehnlich gewünschte Eliminierung der freiberuflichen Fachärzte in eigenen Praxen. Laut Regierungsentwurf sollen die Krankenhäuser breit für die ambulante fachärztliche Versorgung geöffnet werden. Dabei übersieht der Minister, der zwar Arzt ist, aber abgesehen von ein paar publikumswirksamen Corona-Impfungen nicht in

der realen Versorgung tätig war, dass es hierzulande überhaupt keine doppelte Facharztschiene gibt. Die Aufgaben der Klinikärzte sind absolut nicht vergleichbar mit denen in der ambulanten Praxis. Jede und jeder leistet in seinem Gebiet Großartiges, aber eben auch Verschiedenes. Während im Krankenhaus sehr viel intensiver und vor allem invasiver am einzelnen Patienten gearbeitet wird, decken die Niedergelassenen nahezu 90% aller Behandlungsfälle ab und betreuen ihre Patienten vor allem langfristig, teilweise lebenslang. Schon die schiere Menge an Patienten würde jede Klinik ins Chaos stürzen, jedenfalls mit der zur Verfügung stehenden Personaldecke. Nochmal: es soll keinen Wettbewerb um die Frage geben, wer die bessere Medizin abliefern kann. Die fachärztliche Versorgung in Deutschland ist miteinander und komplementär zu verstehen. Jeder Zug würde auf der Stelle entgleisen, würde man von dem Schienenpaar eine entfernen.

Noch ein weiterer Punkt verdient Aufmerksamkeit: Die Pläne des Gesundheitsministers sehen vor, die ambulante fachärztliche Medizin an die unter den Bedingungen der Krankenhausreform dem Untergang geweihten kleineren Krankenhäuser anzusiedeln, um diesen trotz allem ein Überleben zu sichern. Dagegen wird sich niemand aussprechen

wollen, wenn denn weiterhin eine wohnortnahe Versorgung gewährleistet werden soll. Aber wie soll das gehen. Eine Praxis hat einen Flächenbedarf von durchschnittlich 180 qm, schon drei oder vier Disziplinen bräuchten ein neues Ärztehaus. Das lässt sich alles irgendwie realisieren, wenn die entsprechenden Finanzen zur Hand sind. Die könnten dann aus einem „Enteignungsfond“ kommen, denn die ambulanten Facharztpraxen, die ja offenbar zur Disposition gestellt werden, haben einen durchschnittlichen Verkehrswert von 300–500 TSD Euro. Sind die Praxen aufgrund des angedachten Strukturwandels plötzlich unverkäuflich, verschwindet ein deutlicher Milliardenbetrag im Nirwana und die Altersversorgung sehr vieler Fachärzte löst sich in Luft auf. Übrigens verliert auch der Staat die Steuereinnahmen aus Praxisverkäufen.

Es dürfte unstrittig sein, dass wir wesentlich mehr Ansätze einer sektorübergreifenden Versorgung brauchen. Das kann aber nicht erreicht werden, indem ein Sektor eliminiert wird. Am Ende braucht es vor allem die Ärztinnen und Ärzte, die die neuen Aufgaben im Interesse ihrer Patienten stemmen. Da wäre es schon hilfreich, deren Sachverstand einmal nachzufragen. Das geschieht aber ganz bewusst nicht. ○

Rüggeberg JA: Lauterbach und die Mär von der „doppelten Facharztschiene“. *Passion Chirurgie*. 2024 Juni; 14(06): Artikel 05_03.



Mehr aktuelle Nachrichten finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Politik.



AUS DER
DGCH

Kommentar des Generalsekretärs

Sehr geehrte Kolleginnen,
sehr geehrte Kollegen,

die DGCH kann Kongress! Der DCK 2024 war aus unserer Sicht ein voller Erfolg und wir können der Präsidentin Frau Professor Christiane Bruns und ihrem Team nur herzlich gratulieren und danken. Mit über 5.000 Teilnehmenden konnten wir die Besucherzahlen auf jetzt sehr hohem Niveau stabilisieren. Alle neuen Konzepte, wie die „Arena“, die Future Technology Corner und die Konzentration auf Robotik, KI und virtuelle Realität konnten überzeugen und haben ungleich früherer Kongresse auch ein junges Publikum angezogen. Besonderes Interesse fanden verständlicherweise die Veranstaltungen zu den Reformen im Gesundheitswesen und zu den Planungen zur Sanitätsversorgung im Krisenfall. Auch haben wir uns über den großen Zulauf bei den internationalen Sitzungen, die erneut einen ganzen Saal über drei Kongresstage gefüllt haben, gefreut. Wir haben allen Grund, alle Konzepte beizubehalten, wie etwa

die Aufteilung des Kongresses in einen digitalen und einen Präsenzteil. Auch im Präsenzteil wurde in zwei Säle, darunter der internationale Saal, komplett online übertragen. Diese Inhalte stehen ab jetzt komplett online zur Verfügung. Bei Interesse können Sie sie über die DCK-Webseite (www.dck2024.de/) bis September 2024 aufrufen. Mit all den neuen Formaten wird man den Kongress in Zukunft vielleicht einmal als Zeitenwende betrachten. In jedem Fall aber scheint die Gesundheitspolitik unter den Vorzeichen einer Zeitenwende zu stehen, zumindest wenn die Reformpläne gelingen und sich auch als positiv erweisen. Im BMG arbeitet man jedenfalls zurzeit mit Hochdruck an etlichen Gesetzesentwürfen. Die Auswirkungen auf die chirurgischen Fächer sind dabei ganz unterschiedlich. Je spezialisierter ein Fach ist, umso geringer werden die möglichen Auswirkungen sein. Finanzierungsrouitinen, Zentralisierung von komplexen Leistungen und die länderspezifische Zuordnung von Leistungsgruppen werden die Krankenhauslandschaft ganz schön



Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)
DGCH-Präsident 2019-20
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin

durcheinanderwirbeln. Krankenhäuser und Verbände wird dies die nächsten zehn Jahre ganz erheblich beschäftigen. Veränderungen gleich welcher Art sind aber alternativlos. Fehlgeleitete Anreize der Finanzierung und ein zu erwartender erheblicher Mangel an Fachkräften bieten keine andere Wahl mehr. Ich denke, wir sollten den Reformvorhaben, die sich ja auch teilweise in unseren Nachbarländern bewährt haben, eine Chance geben, aber gleichzeitig darauf drängen, entsprechende Öffnungs- und Entwicklungsklauseln einzubauen. Im Folgenden stelle ich die im Bundesministerium für Gesundheit geplanten Reformgesetzgebungsverfahren im Überblick dar und diskutiere die Auswirkungen auf chirurgische Fächer beziehungsweise die Versorgung chirurgischer Krankheitsbilder.

KRANKENHAUSVERSORGUNGS- VERBESSERUNGSGESETZ (KHVVG)

Der Entwurf hat inzwischen das Bundeskabinett passiert und wird aufgrund der Mehrheitsverhältnisse im Bundestag auch diesen passieren. Die Juristen des Bundesgesundheitsministeriums halten eine Beteiligung der Länder und damit des Bundesrats für nicht erforderlich, da das Gesetz ja „nur die Vergütungsstrukturen“ regelt. Strukturzuteilungen in Form von Leistungsgruppen erfolgen durch die Länderministerien. In NRW soll dieser Prozess Ende des Jahres abgeschlossen sein. Ein wichtiger Prozessschritt wird die Kalkulation der Vorhaltepauschalen sein. Ein erster Aufwurf soll im September durch das INEK erfolgen. Die Kalkulation wird auch aufgrund von Mindestvorhaltezahlen erfolgen. Ein $\pm 20\%$ Korridor soll das quantitative Element reduzieren!? Warten wir es ab. Das Gesetz soll zum Jahreswechsel in Kraft treten. Die finanziellen Konsequenzen würden erst 2027 scharf geschaltet werden. Auch der über zehn Jahre verteilte Transformationsfonds in Höhe von 50 Milliarden Euro (50 % durch die Länder und 50 % durch den Gesundheitsfonds, ergo die Krankenkassen finanziert) soll erst 2026 zur Ausschüttung gelangen. Zur Aufrechterhaltung vieler defizitärer Krankenhäuser werden die Länder wohl tief in die Tasche greifen müssen. Zentralisierung und Ambulantisierung als wichtige Teile der Reform werden gerade in der Chirurgie erheblichen Einfluss auf die Weiterbildung

haben. Der Deutsche Ärztetag hat sich diesbezüglich schon geäußert. Diskutiert wird eine Abspeckung der Weiterbildungsordnung und Verlagerung spezieller Inhalte in einen „Bildungsbereich“ für Fachärzte, organisiert durch die Fachgesellschaften. Parallel hierzu müssen Strukturen der Verbundweiterbildung geschaffen werden. Eigentlich ist jetzt schon die Zeit, hierüber nachzudenken. Zu diesen Themen und zur künftigen Finanzierung haben sich die gemeinsame Weiterbildungskommission von DGCH, BDC und chirurgischen Fachgesellschaften (zur Publikation im Deutschen Ärzteblatt) und ein runder Tisch der jungen Foren der chirurgischen Fachgesellschaften (zur Publikation in Die Chirurgie) hierzu geäußert. Insgesamt bleibt abzuwarten, welche Änderungen der weitere Gesetzgebungsprozess bringen wird.

GESUNDHEITS-DIGITALAGENTUR- GESETZ (GDAG)

Der Gesetzesentwurf zielt darauf ab, eine Digitalagentur für Gesundheit zu schaffen, um klare und stringente Zuständigkeiten für eine erfolgreiche digitale Transformation im Gesundheitswesen zu schaffen. Es sollte die Nutzung von Gesundheitsdaten für Gemeinwohl-orientierte Zwecke erleichtern. Ein Kernelement des GDAG ist die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) für alle gesetzlich Versicherten ab 2025 (Opt-out-Prinzip); auch soll ein digitales Medikationsmanagement eingeführt werden. Es ist eine echte Tragödie, dass dies immer noch nicht in geordneten Bahnen verläuft. Interessant ist, dass Privatversicherte und Beihilfempfänger ausgenommen sind.

VERORDNUNGEN ZUR ÄNDERUNG DER ARZNEIMITTEL- VERSCHREIBUNGS- VERORDNUNG (AMVV)

Die im Mai 2024 erlassene 21. Verordnung zur Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) ermöglicht die elektronische Verschreibung von Betäubungsmitteln. Die Verordnung erweitert ferner die Verschreibungsbefugnisse von Apotheker:innen und Heilpraktiker:innen. Weiterhin enthält sie spezifische Richtlinien für die Verschreibung von Arzneimitteln an Kinder. Dies soll die Sicherheit und Wirksamkeit der Behandlung

gewährleisten. Auch werden strengere Vorschriften für die Verschreibung von Antibiotika erlassen, um den übermäßigen Einsatz zu reduzieren und die Resistenzentwicklung zu bekämpfen.

LEBENDORGANSPENDE-REFORM

Der von uns bereits positiv kommentierte Gesetzentwurf zur Lebendorganspende-Reform ist ein großer und wichtiger Schritt zur Verbesserung der Organspende in Deutschland. Die wichtigsten Punkte:

1. Erweiterung der Spenderkreise: Der Gesetzentwurf ermöglicht es, dass auch enge Freund:innen und nicht verwandte Personen als Lebendspender für Organe infrage kommen. Bisher war dies nur für Verwandte ersten oder zweiten Grades möglich.
2. Stärkung der Entscheidungsbereitschaft: Es sollen durch Informationskampagnen mehr Menschen dazu ermutigt werden, sich aktiv mit dem Thema auseinanderzusetzen und ihre Entscheidung zu treffen.
3. Transparenz und Kontrolle: Die Reform soll sicherstellen, dass die Prozesse rund um die Lebendorganspende transparenter werden. Dies betrifft sowohl die Auswahl der Spender:innen als auch die medizinischen Abläufe.

IOP-GOVERNANCE-VERORDNUNG (GIGV)

Die GIGV soll neue und zukunftsfähige Strukturen, um die IT-Systeme des Gesundheitswesens interoperabel zu machen mit dem Ziel, die Versorgung im Gesundheitswesen zu verbessern und die Vernetzung von IT-Systemen zu erleichtern. Auch dies ist eine längst überfällige Maßnahme, um zentral Regeln der IT-Kommunikation zu schaffen. Die Verordnung etabliert eine Koordinierungsstelle, die gemeinsam mit einem Expertengremium Bedarfe identifiziert und Empfehlungen ausspricht. Diese Empfehlungen sollen die Interoperabilität fördern. Mit dem Interoperabilitätsnavigator für digitale Medizin (INA) steht eine zentrale Wissensplattform bereit. Diese dient als Anlaufstelle für Informationen zur Interoperabilität und bietet Orientierung sowie Transparenz über die Struktur und Ergebnisse der Governance. Die GIGV

ermöglicht die Einbindung internationaler Expertise in Arbeitsgruppen, um die grenzüberschreitende Übermittlung und Verwendung interoperabler Gesundheitsdaten zu fördern.

Die GIGV ist ein wichtiger Schritt, um die Versorgung im Gesundheitswesen zu verbessern, die Vernetzung von IT-Systemen zu erleichtern und internationale Forschung zu fördern.

GESUNDHEITSVERSORGUNGS-STÄRKUNGSGESETZ (GVSG)

Das Gesetz hat in abgespeckter Form soeben (Ende Mai) das Bundeskabinett passiert. Viele Punkte sind Sparmaßnahmen zum Opfer gefallen, unter anderem die Finanzierung von 5.000 neuen Medizinstudienplätzen. Übrig geblieben ist die Verbesserung der Attraktivität des Hausarztberufs:

- Entfall der Budgetvorgaben für Hausärzte, aber nicht für Fachärzte
- Neue Versorgungspauschalen ersetzen die Quartalslogik
- Anhebung der Bagatellgrenze bei Arzneimittelregressen für Hausärzte und Fachärzte auf 300,- € (bisherige Kosten eines Regressverfahrens 350,- €)
- Besondere Honorierung für bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten und viele Haus- und Heimbefuche

VERBESSERUNG DER AMBULANTEN PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG

Gemeinden und Städten wird es erleichtert, kommunale Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu gründen, um die Versorgung vor Ort besser mitzugestalten.

MEDIZINFORSCHUNGSGESETZ

Das Medizinforschungsgesetz (MFG) hat das Ziel, die Rahmenbedingungen für die Erforschung und Herstellung neuer Arzneimittel und Medizinprodukte in Deutschland zu verbessern.

- Beschleunigung und Entbürokratisierung: Das MFG zielt darauf ab, Genehmigungsverfahren für klinische Prüfungen sowie Zulassungsverfahren

von Arzneimitteln, Medizinprodukten und forschungsbedingten Strahlenanwendungen (ein extremes Nadelöhr) zu beschleunigen und gleichzeitig hohe Sicherheitsstandards für Patientinnen und Patienten zu wahren

- Dezentrale klinische Prüfungen: Das Gesetz ebnet den Weg für die Durchführung dezentraler klinischer Prüfungen, indem der Sondervertriebsweg für Prüf- und Hilfspräparate erweitert wird.
- Interdisziplinäre Bundes-Ethik-Kommission: Das MFG sieht die Errichtung einer interdisziplinär zusammengesetzten Bundes-Ethik-Kommission beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vor. Außerdem wird eine Richtlinienbefugnis des Arbeitskreises Medizinischer Ethik-Kommissionen in der Bundesrepublik Deutschland e.V. eingeführt.

Die Einführung einer zentralen Ethikkommission wurde von uns wie auch von der DFG kritisch kommentiert, wenn auch einzelne Stimmen hier einen Vorteil für multizentrische Studien sehen. Die Einführung der Richtlinienbefugnis des Arbeitskreises Medizinischer Ethik-Kommissionen wird von mir als langjährigem Mitglied einer Ethik-Kommission als wichtigster Fortschritt gesehen.

KRANKENHAUS-TRANSPARENZGESETZ

Das Krankenhaustransparenzgesetz (KTG) ist ein wichtiger Bestandteil der geplanten Krankenhausreform in Deutschland und wurde dem KHVG vorangestellt. Es ist die Antwort des Gesundheitsministers auf die Ablehnung der Levelinteilung der Krankenhäuser durch die Länder. Es schafft die Grundlage für die Veröffentlichung von Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser, um Patientinnen und Patienten einen Überblick über die Qualität der stationären Versorgung zu ermöglichen.

Ziel: Das KTG zielt darauf ab, Patientinnen und Patienten Einsicht zu ermöglichen, welche Leistungen ein Krankenhaus anbietet und wie es in Bezug auf Qualität sowie ärztliche und pflegerische Personalausstattung abschneidet.

Veröffentlichung eines Bundes-Krankenhaus-Atlas (BKA): Das Gesetz schafft die Grundlage für die Veröffentlichung eines interaktiven Krankenhaus-Atlas im Internet. Dieser Atlas soll übersichtlich zeigen, welche Klinik welche Leistungen mit welcher Qualität anbietet. Dahinter steht ein komplexer Algorithmus, der allerdings auf exakte Informationen angewiesen ist.

Niedrigschwellige Zugänglichkeit für Bürgerinnen und Bürger: Durch das KTG erhalten Bürgerinnen und Bürger unabhängige Informationen über die Leistungsbreite und Qualität der Krankenhäuser.

Nach einer Woche erster Erfahrungen (Ende Mai) muss man vorläufig konstatieren: Gut gemeint, aber schlecht gemacht. Da in der ersten Version noch nicht alle Informationen zur Verfügung stehen (so fließen beispielsweise Daten aus dem INEK erst im Herbst in das System ein), sind die Ergebnisse noch fehlerhaft und bieten auch noch nicht das versprochene Qualitätsniveau. Es wäre wohl besser gewesen, vor Freigabe an die Bevölkerung eine Beta-Testung durch Fachgesellschaften und Patientenvertreter vorzuschalten. Insgesamt könnte hier aber zukünftig ein wichtiges und unabhängiges Instrument der Patientensteuerung entstehen.

GESUNDHEITSDATEN-NUTZUNGSGESETZ (GDNG)

Das GDNG, das am 26. März 2024 in Kraft getreten ist, hat das Ziel, die Nutzung von Gesundheitsdaten für gemeinwohlorientierte Zwecke zu erleichtern und die Forschung im Gesundheitswesen zu verbessern und dazu beitragen, Deutschland als Forschungsstandort im Gesundheitswesen zu modernisieren und zu stärken. Es ist aus meiner Sicht das am meisten unterschätzte Reformgesetz. Folgende Komponenten werden ermöglicht:

- **Dezentrale Gesundheitsdateninfrastruktur:** Diese Infrastruktur ermöglicht den Zugriff auf Gesundheitsdaten von Patientinnen und Patienten für Forschungszwecke.
- **Zentrale Datenzugangs- und Koordinierungsstelle:** Diese Stelle koordiniert den Zugriff auf Gesundheitsdaten und erleichtert deren Nutzung für Forschungszwecke.
- **Gemeinwohlorientierte Forschung:** Das Gesetz fördert die Nutzung von Gesundheitsdaten für Forschungszwecke, die ausschließlich dem Gemeinwohl dienen.

DIGITAL-GESETZ (DIGIG)

Das DigiG ist das Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Es

wurde im Februar 2024 im Bundesrat final verabschiedet, um die zahlreichen Potenziale der digitalen Transformation in der Gesundheits- und Pflegebranche zu nutzen. Es ist auch die Voraussetzung für das GDNG. Es enthält Regelwerke für die Elektronische Patientenakte (ePA): Ein zentraler Bestandteil des DigiG ist die Einrichtung der elektronischen Patientenakte (ePA), das E-Rezept als verbindlicher Standard, die Nutzung von Gesundheits-Apps, die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und die Förderung von Telemedizin.

In Anbetracht der jüngsten Daten zur Mortalität und Letalität wird man nicht umhinkommen, an dem Reformstau zu arbeiten. Wir benötigen eine Qualitätsoffensive und ein höheres Maß an Transparenz. Die Reform wird Gewinner und Verlierer sehen. Nicht jedes Haus wird alles anbieten können. So suchen sie nach Kooperationspartnern, um ihre Stärken auszubauen und schwache Bereiche abgeben zu können. Möglicherweise ist für viele eine Fusion auf Abteilungs- oder Krankenhausebene die Lösung. Dies würde auch das Weiterbildungsproblem entspannen.

Ihr
Thomas Schmitz-Rixen



in Kooperation mit



DER BDC PRÄSENTIERT:

DCK Kompakt 2024

Trends und Innovationen in der Chirurgie als Podcast

DCK Kompakt ist die Nachlese des Deutschen Chirurgie Kongresses, die in diesem Jahr vom Podcast-Team von Surgeon Talk moderiert wurde.

Hören Sie spannende

- Kurz-Interviews zu den wichtigsten Kongresssthemen
- aktuelle chirurgische Trends und Herausforderungen
- Entwicklungen in Weiterbildung, Forschung und Krankenversorgung

JETZT REINHÖREN!

www.bdc.de/dck-kompakt2024



Mit freundlicher Unterstützung von  **corzamedical**  **Medtronic**



SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI TIM VILZ

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Das Gefühl, wenn man nach einem langen, komplexen Eingriff den OP-Saal verlässt und zufrieden mit der Arbeit des Teams ist.

Welche Forschungsrichtung inspiriert Sie?

Gut durchdachte und gut durchgeführte, randomisiert kontrollierte Studien aus dem viszeralonkologischen Spektrum. Thematisch aktuell vor allem Studien zur Prähabilitation.

Welche Publikation der letzten 2 Jahre halten Sie für einen Game-Changer in Ihrem Fach?

Unsere S3-Leitlinie „Perioperatives Management gastrointestinaler Tumoren“ – sie wird zu einer Optimierung bei der perioperativen Behandlung viszeralonkologischer Patienten führen. Und die Empfehlungen sind gut übertragbar, auf benigne Erkrankungen und andere Fachrichtungen (z. B. Gynäkologie, Urologie)

Welches Buch liegt auf Ihrem Nachttisch?

Ein E-Book-Reader mit ganz vielen Büchern. Mein Lieblingsbuch ist aber „Der Alchimist“ von Coelho. Ein einfach geschriebenes, wunderschönes Buch voller Hoffnung.

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Ich hatte seit meiner Oberstufenzeit immer einen Mentor oder eine Mentorin, die etwas in mir gesehen haben, was mir zunächst selbst nicht bewusst war. Diese Personen haben mich gefördert und gefördert und im richtigen Moment dann laufen lassen. Und dann natürlich der Rückhalt und die Unterstützung meiner Familie.

Was ist Ihre größte Inspiration?

Unser vierjähriger Sohn. Er wacht mit einem Lächeln auf, ist voller Energie und kann sich auch an kleinsten Dingen des Lebens erfreuen.

Welches Forschungsthema bearbeiten Sie? Wie lautet Ihr Habilitationsthema?

Mein Forschungsschwerpunkt ist die perioperative Medizin und deren Einfluss auf den kurzfristigen sowie den onkologischen Outcome und die robotische Rektumchirurgie.

Mein Habilitationsthema lautete „Postoperative Ileus – from Bench to bedside“.

Welchen klinischen Schwerpunkt haben Sie?

Zwei Dinge: An erster Stelle die robotisch-assistierte onkologische Chirurgie, insbesondere bei erblichen Tumorerkrankungen des Gastrointestinaltraktes. An zweiter Stelle die Implementierung perioperativer Konzepte zur Optimierung des Outcomes.

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

Ein Onboarding-Handbuch für mein Team.

Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

Think Big: Ein standardisiertes perioperatives Konzept für alle operativen Fachrichtungen.

In der Krankenhaus-Politik gibt es viele Baustellen. Was sollte als Erstes angepackt werden?

Ganz klar die Zentralisierung der komplexen onkologischen Eingriffe, aber unter Berücksichtigung der Aus- und Weiterbildung von Chirurginnen und Chirurgen. Die Weiterbildung insbesondere komplexer Eingriffe ist nämlich aktuell in der Krankenhausreform unzureichend berücksichtigt.

Wann platzt Ihnen der Kragen?

Wenn ich sehe, dass jemand bei der Patientenversorgung hodelt und dann noch versucht, eine Ausrede zu finden.

Welche Hoffnung haben Sie aufgegeben?

Dass mein Verein Borussia Mönchengladbach einmal Meister wird.

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Ich lasse mir von unserem vierjährigen Sohn die Welt erklären. Dann wirkt alles auf einmal recht einfach.

Ihr wichtigstes Hobby?

An erster Stelle meine Familie. Dann Tauchen, Fußball und meine Street Bob.

Wo werden sie schwach?

Wenn Sie jetzt eine Umfrage unter dem Personal der chirurgischen Klinik des UKB führen würden, hätten Sie mit 100 % Trefferquote die richtige Antwort: Kuchen.

Was bringt Sie zum Lachen?

Situationskomik. Letztmalig heute Morgen, als meine Frau mir Ihre Frisur gezeigt hat. Das Lachen ist mir aber schnell vergangen.

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Glückliche Familie, glückliche Patienten, glückliches Team.

Wir gehen Sie mit fehlender Teamfähigkeit bei einer/m Mitarbeiter*in um?

Schwierig In drei Sätzen: Ursache eruieren. Meist sind es doch unterschiedliche Zielvorstellungen zwischen Team und Mitarbeiter*in. Im Gespräch einen gemeinsamen Nenner finden.

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

Onboarding-Gespräch mit Start der Rotation, gemeinsame Ziel definieren, Unterstützung beim Erreichen der Ziele geben, immer wieder Feedback und Updates einholen und geben. Und ganz wichtig: Sich selbst zurücknehmen, wenn es um die Lorbeeren geht.

Muss eine Chirurgin, ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Ja. Aber wichtiger in der Interaktion mit Patienten finde ich „Mut machen“, „Hoffnung geben“ und „Perspektive bieten“.

Prof. Dr. med. Tim Vilz, FEBS.

Facharzt für Viszeralchirurgie, Spezielle Viszeralchirurgie und Proktologie
Fellow of the European Board of Surgery (Surgical Oncology)

1. Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Perioperative Medizin
Verheiratet, ein Sohn (vier Jahre), leider Fußballverrückter, #ChirurgieistmehralsOperieren,
Geschäftsführender Oberarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Bonn. Preisträger...

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

Bericht zur Veranstaltungsreihe Arbeitskreis Ärzt:innen und Jurist:innen der AWMF

Joachim Jähne



**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

Innерhalb der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) existiert seit vielen Jahren die Veranstaltungsreihe Arbeitskreis Ärzt:innen und Jurist:innen. Sie findet zweimal jährlich statt.

Die Leitung dieser Veranstaltungsreihe liegt seit November 2023 in den Händen der Professoren Henning Rosenau (Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht und Medizinrecht, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg), Rainer Hellweg (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Universitätsmedizin Berlin) und Joachim Jähne, Senator der DGCH. Während Henning Rosenau seit 2012 im Leitungsgremium tätig ist, haben Rainer Hellweg und Joachim Jähne die Nachfolge der Chirurgen Hans-Detlev Saeger und Hans-Friedrich Kienzle angetreten, die den Veranstaltungen in verantwortlicher Position seit vielen Jahren gedient haben. Bei den Treffen des Arbeitskreises werden immer z. T. völlig unterschiedliche Themen an der Schnittstelle zwischen Medizin und Recht angesprochen. Die bisherige Themenauswahl und z. T. auch die Vorträge sind unter <https://www.awmf.org/die-awmf/veranstaltungen/sitzungsarchiv-aerztinnen-und-juristinnen> abrufbar. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass nunmehr regelmäßig von diesen Treffen in der „Passion Chirurgie“ berichtet werden wird, um die Mitglieder der DGCH über diese Aktivitäten zu informieren. Die diesjährige Frühjahrssitzung fand am ersten März-Wochenende und traditionell wiederum in Würzburg statt.

Am Freitagnachmittag wurde die Finanzierung von Krankenhäusern zwischen unbegrenzten Steuergeldern und Insolvenz thematisiert. Prof. Thasler vom Rotkreuzklinikum in München berichtete in seiner Präsentation über die eigenen Erfahrungen in einem Schutzschirmverfahren zur Vermeidung der Insolvenz bzw. zur Schaffung von neuen Strukturen, um die finanzielle Schieflage zu meistern. Anhand eines Fallbeispiels zur Zwangsbelegung im Rahmen der Notfallversorgung bei anderweitig fehlenden Betten/Ressourcen wies er auf die Schwierigkeit der Krankenhausfinanzierung hin. In dem Vortrag wurde deutlich, dass die Unterstützung kommunaler Träger bzw. von Universitätskliniken im Alltag zu einer realen finanziellen Benachteiligung von freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträgern führt. In diesem Kontext führte Rechtsanwalt Dr. Sieben von der Kanzlei Quaas und Partner aus Stuttgart aus, dass Krankenhäuser zwar ausreichend finanziert werden müssen, die Notwendigkeit eines Defizitausgleiches in der Regel jedoch nicht besteht. Falls doch, so enthält das einfache Recht keine einklagbaren Vorgaben zur Gleichbehandlung und zudem auch keinen einklagbaren Anspruch auf Defizitfinanzierung. Er betonte die grundsätzliche Zulässigkeit kommunaler Förderung, die aus der kommunalen Selbstverwaltungsgarantie nach Art. 28 Abs. 2 Grundgesetz besteht. Unter Berücksichtigung der Trägervielfalt ergibt sich aus Art. 28 des Grundgesetzes kein Anspruch, da dieser Artikel nur die Rechte der Kommunen regelt, aber daraus keine ableitbaren Rechte Dritter resultieren. Das einfache

Krankenhausfinanzierungsrecht führt insoweit nicht weiter. Nach einem BGH-Urteil aus dem Jahr 2016 (I ZR 263/14 (Landkreis Calw)) verstößt zwar eine europarechtswidrige Beihilfe gegen nationales Wettbewerbsrecht. Daraus kann eventuell ein Unterlassungsanspruch privater und/oder freigemeinnütziger Krankenhausträger folgen. Es ergibt sich daraus aber kein Anspruch auf eigene Förderung bzw. Gleichbehandlung. Zudem hat der Landkreis einen besonderen Sicherstellungsauftrag gemäß des Landeskrankenhausgesetzes, woraus sich eine Sonderstellung gegenüber anderen Trägern rechtfertigt. In dem Vortrag wurde darüber hinaus deutlich, dass es hinsichtlich der DRG-Finanzierung kaum möglich ist, eine Klage bei eventueller Unterfinanzierung einzureichen, da das InEK in seiner Gestaltkonzeption als GmbH nicht beklagbar ist.

Beide Vorträge wurden vom Auditorium, dass sich zu gleichen Teilen aus Ärzt:innen und Jurist:innen zusammensetzte, lebhaft diskutiert, wobei insbesondere einige juristische Fragen zur Krankenhausfinanzierung äußerst kontrovers erörtert wurden.

Am nächsten Tag präsentierte Vera von Pentz, Richterin am Bundesgerichtshof und stellvertretende Vorsitzende des 6. Zivilsenats, ein BGH-Urteil zur Haftung für unterbliebene Spätabtreibung aufgrund fehlerhafter pränataler Beratung (VI ZR 295/20). Die initiale Klage beim Landgericht war abgewiesen, der Berufungsklage beim Oberlandesgericht hingegen stattgegeben worden. In der pränatalen Diagnostik war der Verdacht auf eine schwere Behinderung des Kindes geäußert worden, allerdings war nicht in realistischer Weise auf die Möglichkeit einer schweren Behinderung hingewiesen worden. Zur Kausalität ging es insbesondere darum, dass das Risiko einer schweren Behinderung nach sachverständiger Aussage bei circa 12 % lag und dass sich die Frage stellte, ob die Klägerin ihr bereits überlebensfähiges Kind in der 32. SSW im Mutterleib hätte töten lassen. In diesem Zusammenhang sei auf § 218a

Abs. 2 Strafgesetzbuch hingewiesen, dass ein Schwangerschaftsabbruch nach ärztlicher Erkenntnis straflos bleibt, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden. Dies war im vorliegenden Fall nicht gegeben. Es stand nicht fest, dass das Kind überhaupt mit einer Behinderung geboren werden würde. Zudem ist zu beachten, dass der Grad der zu verlangenden Wahrscheinlichkeit von der Schwere der zu befürchteten Schäden abhängt.

Der letzte Sitzungsteil befasste sich mit der Frage, was Patienten bei der Beurteilung und der Behandlung ihrer Gesundheitsstörungen z. B. bei strittiger Erwerbsminderung zur Erlangung von Rentenbezügen oder auch nach geltend gemachten (psychischen) Schädigungsfolgen zuzumuten ist. Es ging hierbei um das Spannungsfeld der sog. zumutbaren Willensanspannung und der „Rentenneurose“; beides sind rechtlich und nicht medizinisch geprägte Begriffe. Die Thematik wurde aus sozial- (Referent: RiLSG Jörn Hökendorf, Ministerium der Justiz, Brandenburg), zivilrechtlicher (Referent: VRIOLG Dr. Dirk Schwerdtfeger, OLG Thüringen, Jena) und ärztlicher Sicht (Referent: Prof. Dr. Andreas Stevens, Medizinisches Begutachtungsinstitut Tübingen-Berlin) betrachtet. Aus sozialrechtlicher Sicht kann zusammenfassend festgestellt werden, dass keine Unterschiede zwischen psychischen und organischen Erkrankungen bestehen. Dennoch gilt auch hier das Kriterium der zumutbaren Willensanspannung, d. h., dass der Antragsteller aufgefordert ist, ihm zumutbare Behandlungen zu unternehmen, um einen eventuellen Rentenanspruch zu verhindern. Bei einer fehlenden Behandlung können sich Probleme bei der Beweiswürdigung ergeben. Für die Rentenversicherung besteht somit die allerdings begrenzte Möglichkeit, eine Mitwirkung des Antragstellers einzufordern. Entgegen dem Sozialrecht sind die vom Bundessozialgericht vor gut 60 Jahren geprägten Begriffe „Rentenneurose“ und

„zumutbare Willensanspannung“ im Zivilrecht ungebräuchlich. Hier sind die Begriffe „Begehrenshaltung“ oder „Begehrensenneurose“ und die gebotene Mitwirkung an der Behebung oder Linderung gesundheitlicher Beschwerden die korrekten Formulierungen. Zivilrechtlich ist zu berücksichtigen, dass unter bestimmten Umständen die Höhe und eventuell sogar das Bestehen eines zivilrechtlichen Anspruchs auch vom eigenen Verhalten des Anspruchstellers abhängen. Dabei hat die Mitwirkungspflicht auch ihre vertraglichen und gesetzlichen Regelungen. Aus ärztlich-gutachterlicher Sicht ist die zumutbare Willensanspannung auf das gegenwärtig messbare Leistungsvermögen und die Prognose – was kann durch Therapie erreicht werden? – bezogen. Anspannung entspricht einer sog. Anstrengungsbereitschaft. Allerdings ist die Behandlungsmotivation aus medizinischer Sicht oft nicht beurteilbar, und eine unterbliebene Behandlung schließt nicht aus, eine vorhandene Gesundheitsstörung als Krankheit einzuordnen. In dem Referat von Prof. Stevens wurde daher aus medizinisch-gutachterlichen Sicht insbesondere auf die Notwendigkeit abgestellt, dass die beklagten gesundheitlichen Defizite im Hinblick auf die streitgegenständlichen Beeinträchtigungen (wie z. B. Erwerbsminderung oder Schädigungsfolge) durch Untersuchungsbeefunde zu belegen seien, was auch eine entsprechende Leistungsbereitschaft seitens des Probanden erfordere. Im Rahmen der hiesigen Darstellung der Referate ist es unmöglich, die vielfältigen Aspekte und die Komplexität der Sachverhalte umfassend aufzuzeigen. Es wurde deutlich, dass demselben grundsätzlichen Sachverhalt z. T. mit völlig unterschiedlichen Überlegungen begegnet werden kann. Entsprechend lebhaft und intellektuell anspruchsvoll waren die Diskussionen der Referate.

Für die Veranstaltungsreihe Arbeitskreis Ärzt:innen und Jurist:innen der AWMF und im Namen der DGCH

Joachim Jähne

Eröffnungsrede zum

141.

Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie DCK 2024



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

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Gäste,
meine sehr geehrten Damen und Herren,

die aktuellen Zeitgeschehnisse der letzten drei Jahre 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 auf einmal gefährdet und nicht mehr selbstverständlich gegeben.

Die Menschen sind verunsichert und damit zunehmend skeptisch gegenüber Veränderungen im Leben.

Nun steht uns aktuell im Gesundheitssystem eine längst überfällige Reform bevor. Die deutsche Krankenhauslandschaft wird geprägt sein durch tiefgreifende Strukturreformen mit Zentralisierung hoch spezialisierter Medizin, zunehmender Ambulantisierung mit notwendiger transsektoraler Zusammenarbeit

sowie flächendeckender Digitalisierung. Das wird zu massiven Veränderungen bei allen Beteiligten im Gesundheitssektor führen.

Im 152. Jahr des Bestehens der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zählt in Anbetracht dieser anstehenden Veränderungen mehr denn je der Zusammenhalt innerhalb unserer Gesellschaft, um gemeinsam die notwendigen gesundheitspolitischen Reformen beratend zu flankieren.

Ich gehe soweit und sage, nur zusammen haben wir überhaupt eine Chance, in der Landes- und Bundesgesundheitspolitik auf Augenhöhe wahrgenommen zu werden und können so dazu beitragen, die zukünftige medizinische Versorgung unserer Gesellschaft sicherzustellen.

Gemeinsam müssen wir darauf achten, dass die durch Forschung und Wissenschaft geschaffenen Werte, nicht verloren gehen,

DCK 2024 ERÖFFNUNGSREDE

und dass Fortschritt nur durch Wissenschaft und Forschung zustande kommt. Wissenschaftsnahe Medizin wird immer den Anspruch haben, Therapien zu verändern beziehungsweise zu verbessern. Wissenschaftsnahe Medizin ist aber auch Innovation und Wertschöpfung.

Zurzeit versorgen knapp 6 Millionen Beschäftigte tagtäglich mit großem Engagement bestmöglich Patientinnen und Patienten. Bestmöglich heißt dabei aber, so gut wie es die Rahmenbedingungen zulassen, die geprägt sind durch Fachkräftemangel, unausgereifte Digitalisierung verbunden mit unstrukturierter transsektoraler Patientensteuerung. Wie kaum ein anderer Wertschöpfungssektor steht unser Gesundheitssystem vor tektonischen Verschiebungen im Kontext von demographischem Wandel, Digitalisierung und patienten-zentrierter Versorgung.

Bund und Länder können sich nur schwer auf den richtigen gemeinsamen Weg einigen und diskutieren viel – sicher wichtig – aber verlangsamen damit den schon längst überfälligen Prozess der Reformierung.

Besonders bedrückend ist dabei, dass in vielen Krankenhäusern die Existenzangst umgeht, dass eine bislang nicht da gewesene Insolvenzelle heranrollt. Insofern sind sämtliche Reformvorhaben in unserem Gesundheitssystem auch große Sozialprojekte.

Zukünftig werden alle chirurgischen Fächer durch Einsatz modernster Technologie Next-Generation-Robotics, künstliche Intelligenz und virtuelle Realitäten geprägt sein. Das gelingt uns nur durch das Mitwirken einer **motivierten jüngeren Generation in Forschung und Entwicklung** dieser Technologien in Zusammenarbeit mit den industriellen Partnern.

Wie gelingt uns aber in Zukunft eine Krankenversorgung, die patienten-, bedarfs- und evidenzbasiert ist, die den demographischen Wandel berücksichtigt, die sich klinisch und wissenschaftlich international vorzeigen lässt und den Nachwuchs motiviert und fördert?

Das ist eine Mammutaufgabe. Ja, aber wir müssen sie gemeinsam angehen.

Eine ganz entscheidende Rolle spielt dabei der medizinische Nachwuchs. Die große Frage ist: wird es in Zukunft noch genügend motivierte Chirurgeninnen und Chirurgen geben, um unsere Patienten qualifiziert zu versorgen? Was müssen wir bieten, um Studierende von der operativen Medizin als Berufswahl zu begeistern?

Fragt man Medizinstudierende welche Facharztweiterbildung definitiv nicht in Frage kommt, so ist es Stand 2020 Chirurgie, Ortho/Unfall und Psychiatrie.

Wer oder was ist verantwortlich für diese Entwicklung? Die vereinfachte Antwort ist immer: die schlechten bzw. harten Arbeitsbedingungen. Es ist aber wesentlich vielschichtiger. Befinden wir uns nicht auch mitten in einem Generationenkonflikt zwischen Baby-boomern/GenX vs. GenY/GenZ und wenn ja, wie kommen wir da heraus?

Ich möchte zu diesem Thema meine Gedanken ein wenig mit Ihnen teilen.

Denkt man über die vielschichtigen Zusammenhänge nach, kommt man vielleicht auch zu der Frage: liegt es ggfs. auch daran, dass den nachkommenden Generationen oder dem heutigen Zeitgeist in der Medizin so etwas wie Wettkampfbereitschaft fehlt oder anders: ist Wettkampf ggfs. gar nicht mehr notwendig – entsprechend wird er auch nicht

mehr „erlernt oder vermittelt“ – und wird als das traditionelle Erfolgskonzept der alten Hierarchien abgetan.

Definitionsgemäß bedeutet Wettkampf oder Wettstreit **lediglich die Auseinandersetzung um die beste Leistung** in vielen Bereichen des Lebens, das kann sportliche, künstlerische, wirtschaftliche, politische oder andere kulturelle Leistungen betreffen.

Herman Nohl, ein bedeutender deutscher Philosoph und Pädagoge aus Göttingen, konstatiert, dass Wetteifer eine pädagogische Kategorie ist, die sich im frühesten Kindesalter manifestiert. Wettkampfbereitschaft liegt also tief in uns verwurzelt.

Ich würde gerne die Definition „Auseinandersetzung um die beste Leistung“ um das Wort „spielerisch“ ergänzen, denn das verbinde ich mit „Wetten“.

Wettkämpfe fanden bereits in prähistorischen Gesellschaften statt. Das beste Beispiel für Wettkämpfe ist natürlich die Olympischen Spiele der Antike, die seit 776 v. Chr. in Griechenland dokumentiert wurden und bis heute die Krönung des sportlichen Wettbewerbs sind.

In Deutschland gibt es jetzt öffentliche Diskussionen um die Bundesjugendspiele, heftige Diskussionen, da nicht alle Jugendliche den 1. Platz im 100-Meter-Lauf machen können, und das wird als ausgrenzend empfunden. Ist diese Diskussion wirklich förderlich?

Es stellt sich dann aber auch die Frage: hat uns Wettkampf in der Medizin eigentlich weitergebracht?

Ich denke auf jeden Fall. Hier ein paar Beispiele:

DCK 2024

ERÖFFNUNGSREDE

1. Der Wettlauf um die Entdeckung der DNA-Struktur (Watson, Crick, Franklin, Wilkins) führte zur Entdeckung der Doppelhelix-Struktur.
2. Die Suche nach einem Impfstoff gegen Polio war erfolgreich und führte schließlich zur fast vollständigen Ausrottung der Erkrankung.
3. Die Entwicklung von Organtransplantationen: In den 1960er und 1970er Jahren gab es einen intensiven Wettbewerb zwischen Chirurgen und Forschern um die Entwicklung und Verfeinerung der Organtransplantation, insbesondere von Niere, Leber und Herz. Dieser Wettbewerb trug dazu bei, dass die Organtransplantation zu einer der erfolgreichsten Behandlungsoptionen für viele Patienten wurde.

Welche Attribute gehören denn generell zur Wettkampfbereitschaft in allen Bereichen des Lebens und auch der Medizin?

Ich zitiere das ein oder andere Wort, Sie haben es sicher bereits einmal gehört oder diese Worte sind in Zielgesprächen mit Vorgesetzten gefallen:

- Zielstrebigkeit und Engagement
- Entschlossenheit, Ausdauer und Standhaftigkeit
- Flexibilität, Bereitschaft neue Wege zu gehen
- Teamgeist: Die Bereitschaft, mit anderen zusammenzuarbeiten und die Fähigkeit, sowohl zu führen als auch zu folgen
- Selbstreflexion, reelle Selbstwahrnehmung: die Fähigkeit, die eigenen Stärken und Schwächen zu erkennen, um sich kontinuierlich weiter zu entwickeln.

Negativ betrachtet ist Wettkampf nur durch persönliche Eitelkeiten motiviert. Im Kontext des Wettkampfes bemühen sich Menschen

besonders stark, besser abzuschneiden als andere, um ihr eigenes Selbstwertgefühl zu stärken oder sich gegenüber anderen überlegen zu fühlen.

Positiv betrachtet wird Wettkampfbereitschaft gesehen als Streben nach persönlicher Exzellenz oder Verbesserung und vor allem Spaß an der Herausforderung.

Die kritische Frage ist nun, inwieweit Wettkampfbereitschaft zwingend notwendig ist, um Exzellenz in der Medizin – insbesondere in der Chirurgie – zu erreichen.

Exzellenz in der Medizin kann durchaus möglich sein, auch ohne direkten Wettkampf gegeneinander im herkömmlichen Sinne, ohne dass ein direkter Wettkampf zwischen einzelnen Ärzten oder medizinischen Einrichtungen stattfinden muss.

Ein Beispiel aus der Wissenschaft ist das Team Ugur Sahin und Özlem Türeci, mittlerweile die Firma BioNTech, ein gemeinsamer, nicht untereinander konkurrierender Erfolgsweg in der Entwicklung von mRNA-Technologien und insbesondere dem COVID-19-Impfstoff. Gleichzeitig zeigt ihr gemeinsamer Lebensweg aber auch, dass inhaltlicher Wettkampf wesentliche Triebkraft für bahnbrechende Innovationen in der Medizin ist. Das Ehepaar wurde zusammen 2021 von Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier mit dem Bundesverdienstkreuz geehrt.

Der medizinische Nachwuchs stellt sich heutzutage möglicherweise weniger einem direkten Wettkampf, weil sich die Dynamik in unserem Gesundheitssystem verändert hat. Früher war die Medizin noch hierarchisch strukturiert, es gab wenige Stellen für viele Bewerber, entsprechend war der Wettbewerb um begrenzte Stellen sehr intensiv und notwendig.

Heutzutage gibt es zunächst einmal wesentlich weniger Bewerber auf deutlich mehr attraktive Stellen, das heißt, Wettkampf um eine Stelle ist gar nicht mehr notwendig, Karriere ergibt sich von allein und existentielle Sorgen gibt es sowieso kaum.

Und damit komme ich erneut zu der eingangs gestellten Frage: Sind vornehmlich die Millennials also Generation Y und im weiteren dann auch die Generation Z weniger wettkampfwillig und dann – brauchen diese nachkommenden Generationen Wettkampf zukünftig überhaupt für exzellente operative Medizin?

Die Lebensweise und der Zeitgeist der Generationen Y und Z baut mehr auf kooperativen Ansätzen auf als auf interindividuellem Einzelwettkampf, um Ziele zu erreichen. Es wird viel mehr Wert auf Selbstverwirklichung und ein ausgewogenes, persönliches Leben gelegt. Wettbewerb wird eher als störend und hinderlich für die persönliche Entwicklung und die Lebensqualität empfunden.

Und sie sind gegenüber uns – und damit meine ich Babyboomer und Generation X – in digitalen Welten aufgewachsen und haben eine Vorliebe für soziale Medien. Diese Technologien fördern eine Kultur der Vernetzung und des Teilens.

Unsere Arbeitsbedingungen haben sich in den letzten Jahren zudem deutlich geändert, und zwar bedingt durch die Corona-Pandemie, nämlich zu flexiblen Arbeitszeiten und Remote-Arbeit.

Auch das kann dazu beitragen, dass junge Menschen weniger Wettkampfdruck verspüren. Sie arbeiten projekt-basiert auf inhaltliche Ziele hin und stehen weniger in direkten Wettbewerb gegeneinander.

DCK 2024 ERÖFFNUNGSREDE

Ein Grund der geringeren Wettkampfbereitschaft ist, dass die nachkommenden Generationen erziehungsbedingt verlernt haben, mit Misserfolgen umzugehen und entsprechend Wettkampf meiden.

Ursachen dafür sind mangelnde Resilienzentwicklung oder auch das Aufwachsen in einer Welt der sofortigen Belohnungskultur in den sozialen Netzwerken.

Der norwegische Ex-Handballspieler Anders Indset stellt am Beispiel des so genannten Wikinger-Kodex dar, warum seiner Meinung nach norwegische Sportler so erfolgreich sind. Der „Wikinger-Kodex“ beschreibt eine neue, wertebasierte Leistungskultur in Norwegen in Sport und Wirtschaft, die Hochleistung mit Sinnstiftung zusammenbringt und **ganz klar Leistung als etwas sehr Wichtiges erachtet und vor allem mit Spaß assoziiert.**

In Hinblick auf die Zukunft der Chirurgie und die vielleicht nicht mehr so ausgeprägte Wettkampfbereitschaft für Exzellenz müssen wir uns also die folgenden Fragen stellen:

Wie schaffen wir es denn nun, die notwendige Anzahl hochqualifizierter Chirurgen und Chirurgen zu entwickeln, um auch zukünftig den Bedarf einer exzellenten chirurgischen Versorgung unserer Bevölkerung zu decken?

Ich denke, wir müssen uns zum einen auf den neuen Zeitgeist einlassen – ich spreche hier jetzt absichtlich nicht mehr von den Generationen – und akzeptieren, dass es verschiedene Wege zum Erfolg und zu exzellenter Leistung gibt und nicht nur die althergebrachte Art der Leistungserbringung durch herkömmlichen Wettkampf gegeneinander um individuelle Anerkennung, Karriere oder Macht der Schlüssel zum Erfolg ist.

Bislang konnten die Vertreter des neuen Zeitgeistes – also die Millennials und die Generation Z – ja auch nur rudimentär beweisen, dass auch Wege ohne Wettkampf erfolgreich sein können.

Es ist unsere Aufgabe, den Nachwuchs so zu fördern, dass wir angepasst an den Zeitgeist, der eher auf Teamarbeit und kollegialem Austausch, als auf der Positionierung einzelner Wettkampfsieger basiert, die Leistungsfähigkeit der nachkommenden Generationen sicherstellen.

Das heißt, wir müssen unsere Konzepte der Leistungserbringung modernisieren, umdenken und an den Zeitgeist des Nachwuchses anpassen.

Des Weiteren benötigen wir auch klare Konzepte, um die sicher mangelnde Resilienz des Nachwuchses zu stärken. Wettkampf-atmosphäre gegeneinander und wohl-mögliche Misserfolge sind sicher nicht die Lösung.

Ganz entscheidend sind moderne, transparente Führungsstrategie mit klaren Strukturvorgaben und Routine-abläufen, Zusammenhalt im Großen und Kleinen – Loyalität untereinander – und psychologische Sicherheit mit gegenseitigem Verantwortungsgefühl.

Wer Leistung fordert, muss Sinn geben! Das sagt der international anerkannte Dirigent Gernot Schulz, ein Berliner Philharmoniker sowie ehemaliger Assistent von Leonard Bernstein. Wer kann es besser beschreiben als ein Dirigent eines Orchesters!

Nur wenn das gemeinsame Ziel für jeden überzeugend veranschaulicht wird, identifizieren sich Mitarbeiter mit ihren Aufgaben. **Und wenn sie das tun, entwickeln sie**

die Leidenschaft und Hingabe mit Lust auf Höchstleistung – auch ohne Wettkampf.

Auf der anderen Seite wird es meiner Ansicht nach klare „rote Linien oder nie zu ändernde Umstände“ für den Nachwuchs in den operativen Fächern geben.

Die Aus- und Weiterbildung in den operativen Fächern der Medizin ist naturgemäß mit einer höheren physischen und psychischen Belastung gepaart. Gefordert ist ein hohes Maß an Resilienz und Verantwortungsbewusstsein jedes einzelnen und einen notwendigen, strengen Ethik-Kodex. Das wird man nicht ändern können und die Bereitschaft dazu muss vorhanden sein.

Bitte verzeihen Sie mir den flapsigen Ausdruck: das Whippeln lernt man nicht im Homeoffice!

Es muss also beim Nachwuchs ein gesundes Maß an individuellem Antrieb und Leidenschaft geben, um die gewünschte exzellente Qualität in den operativen Fächern zu erreichen. Diese Leidenschaft wird zu Gunsten der operativen Fächer aktuell richtig geboostert durch die Entwicklungen in der Medizintechnik wie Robotic, KI und VR, das fasziniert den Nachwuchs, der in digitalen Welten und mit virtuellen Realitäten groß geworden ist.

Ich möchte abschließend betonen:

wir brauchen weiter ausgewogene Wettkampfbereitschaft unter dem Nachwuchs, gerne im Team, der inhaltlich getrieben ist und nicht primär durch Eigeninteresse, Karriereziele und Streben nach Macht und Anerkennung.

Das ist ein Appell an den Nachwuchs! Wettbewerbs-elemente in der Medizin wie Exzellenz-getriebene Vergabe von Forschungsgelder

DCK 2024 ERÖFFNUNGSREDE

müssen bleiben, um Spitzenforschung in der Medizin und im Besonderen in der Chirurgie voranzutreiben. Und ich zitiere erneut den Wikinger-Kodex: Hochleistung macht Spaß!

Wir Aus- und Weiterbilder müssen uns aber mehr denn je auf den Zeitgeist des Nachwuchses einlassen und entsprechend angepasste Voraussetzungen zur Weiterbildung schaffen.

Wir sollten Teamgeist fördern und Wettkämpfe untereinander reduzieren. Und das ist ein Appell an uns: Wir sind verantwortlich für die Attraktivität einer Facharztausbildung in der Chirurgie und nicht ausschließlich das Klinikum, der Krankenhausträger, das Land, die Ärztekammern usw.

Wir alle müssen mehr für die Entbürokratisierung in unseren Institutionen kämpfen

und eine positive Innovationskultur und eine risikobereitere, unternehmerische Denkweise fördern.

Das motiviert den Nachwuchs neben sinngebender Arbeit, transparenter Führungsstruktur sowie positionellen Perspektiven mit Sichtbarkeit in unserer chirurgischen Gemeinschaft.

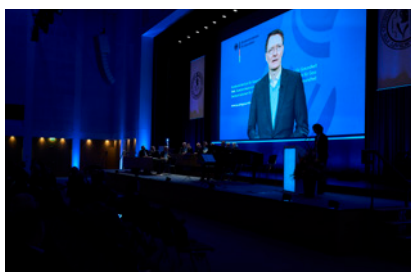


DCK 2024 BILDERGALERIE ZUR ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG

BILDERGALERIE ZUR ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG



Geschäftsführender Vorstand der DGCH



Videobotschaft von Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach



Grußwort: Dr. Martina Münch, Bürgermeisterin und Beigeordnete für Soziales, Gesundheit und Vielfalt



Grußwort: Prof. Dr. Henri R. Ford, Präsident des American College of Surgeons

DCK 2024

BILDERGALERIE ZUR ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG



Grußwort: Prof. Dr. P. Piso, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein und Viszeralchirurgie



Grußwort: PD Dr. B. Ludwikowski, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie



Grußwort DGCH: Prof. Dr. C. Bruns, Präsidentin der DGCH



Verleihung Ehrenmitgliedschaft:
Prof. Dr. F. Michelassi



Verleihung Ehrenmitgliedschaft:
Prof. Dr. R. van Hillegersberg



Senator: Prof. Dr. T. Schmitz-Rixen



Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische Forschung: M. Sc. S. Wrublewsky & PhD P. Vasudevan



Poster-Preis: Dr. J. P. Hölzen



Gastvortrag: Prof. Dr. L. Maier-Hein

DCK 2024

141. KONGRESS DER DGCH

ÜBERBLICK VERGABE VON PREISEN, STIPENDIEN UND EHRUNGEN DER DGCH

Preis	Name/Klinik bzw. Funktion	Vergabe wofür
Ehrenmitglied der DGCH	Prof. Dr. Richard van Hillegersberg, (Utrecht/ Niederlande)	Für seine Verdienste um die Roboter assistierte minimal-invasive Chirurgie des oberen Gastrointestinaltrakts. Bis zum heutigen Tag engagiert sich Herr Prof. van Hillegersberg für die klinische und wissenschaftliche Weiterentwicklung der Roboterchirurgie sowie die Aus- und Weiterbildung vieler Viszeralchirurgen in diesem Bereich.
Ehrenmitglied der DGCH	Prof. Dr. Fabrizio Michelassi (NYC, USA)	Für seine Verdienste im Ausbau der deutsch-amerikanischen Kooperation in der Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie sowohl im klinischen als auch wissenschaftlichen Bereich. Bis zum heutigen Tag engagiert sich Herr Prof. Michelassi für den regelmäßigen Austausch der Deutschen und amerikanischen Fachgesellschaften in der Chirurgie und fördert zudem klinische und wissenschaftliche Kooperationsprojekte junger Chirurgen in beiden Ländern.
Senator auf Lebenszeit	Prof. Dr. Thomas Schmitz-Rixen	Anerkennung und Würdigung seiner langjährigen Verdienste um die DGCH, vor allem als Präsident im Jahr 2019/2020.
Werner-Körte-Medaille in Gold	Prof. Dr. Joachim Jähne	für die langjährige Unterstützung unserer Gesellschaft, insbesondere in der Herausgabe unseres Online-Journals „Innovative Surgical Sciences“.
Werner-Körte-Medaille in Silber	Dr. Adelheid Liebendörfer	für die stetige Unterstützung der DGCH.
Siegel der DGCH	Dr. Bernadette Klapper	die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ehrt Dr. Klapper mit ihrem Siegel als Zeichen der Verbundenheit mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.
Urkunde der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie	Corza Medical GmbH	Für die langjährige, loyale und engagierte Unterstützung der Kongresse der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie! Das Unternehmen hat damit in hervorzuhebender Art und Weise zum Gelingen der Fort- und Weiterbildung in den chirurgischen Fachgebieten beigetragen.
Von-Langenbeck-Preis	PD Dr. Dr. Lena Conradi	für die wissenschaftliche Arbeit: „Molecular differences of angiogenic versus vessel coopting colorectal cancer liver metastases at single-cell resolution“.
Rudolf-Zenker-Preis	Prof. Dr. Hans-Jürgen Schlitt	für seine Verdienste um die chirurgische Onkologie und die Transplantationschirurgie. Mit seinem unermüdlichen Einsatz hat Prof. Schlitt international anerkannte Maßstäbe und Standards gesetzt.

DCK 2024

141. KONGRESS DER DGCH

Preis	Name/Klinik bzw. Funktion	Vergabe wofür
Edgar-Ungeheuer-Preis	PD Dr. med. Jörg Dickschas	für die wissenschaftlichen Arbeit: «Patellaosteotomie kombiniert mit modifizierter Trochleaplastik als Therapie der permanenten Patellaluxation in Beugung».
Leonhard-Schweiberer-Medaille	Dr. Besmellah Shewamal	als Ehrung dafür, dass er sich um die Förderung der Chirurgie in ärmeren Ländern verdient gemacht hat.
Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische Forschung	M. Sc. Selina Wrublewsky Universitätsklinikum Saarland, Homburg/Saar	für die wissenschaftliche Arbeit: „Co-transplantation of pancreatic islets and microvascular fragments effectively restores normoglycemia in diabetic mice“.
Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische Forschung	PhD Praveen Vasudevan Universitätsmedizin Rostock	für die wissenschaftliche Arbeit: „CCR2 macrophage response determines the functional outcome following cardiomyocyte transplantation“.
Video-Film-Preis	PD Dr. Felix Nickel	für die wissenschaftlichen Beitrag: «Robotische partielle Pankreatoduodenektomie mit TRIANGLE-Clearance-Technik zur Verringerung lokaler Rezidive bei Neoplasien im Pankreaskopfbereich».
Posterpreis	Dr. Jens Peter Hölzen	für die wissenschaftliche Arbeit: «Enhancing R0-Resection Rates: Comparative Analysis of Robotic-Assisted Thoracoscopic Ivor Lewis Esophagectomy (RAMIE) Versus Open Transthoracic Approaches at a High-Volume Center».
Fritz-Linder-Preis	Dr. Friederike Martin	für die wissenschaftliche Arbeit: „Aging is transferable: Old Organs Accelerate Aging and Induce Senescence in Young Recipients“.
Karl-Storz-Preis	PD Dr. Lars Schiffmann	für die wissenschaftliche Arbeit: „Laparoscopic ischemic conditioning of the stomach prior to esophagectomy induces gastric neo-angiogenesis“.
Reisestipendium zum Kongress zum des ACS	Dr. Stanislav Litkevych	
Felicien-Steichen-Preis	Prof. Dr. Tim O. Vilz	

DCK 2024 PRÄSIDENTENWAHL

Wahl des Präsidenten

2025/ 26



Prof. Dr. med. Jens Werner, MBA
Direktor, Klinik für Allgemein-,
Viszeral- und Transplantationschirurgie
LMU-Klinikum, Universität München
Stellv. Direktor CCC LMU München

CURRICULUM VITAE UNIV.-PROF. DR. MED. JENS WERNER, MBA

FUNKTIONEN

Direktor, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Transplantationschirurgie
LMU-Klinikum, Universität München
Stellv. Direktor CCC LMU München

AKADEMISCHER LEBENS LAUF/ÄRZTLICHE TÄTIGKEIT:

1986–1993	Studium der Humanmedizin in Heidelberg, Birmingham, Baltimore
1993	Promotion, Universität Heidelberg (Prof. Dr. Niethard)
1995–1997	Research Fellowship, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, USA
2000	Facharzt für Chirurgie
2001	Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“
2001	Habilitation, Universität Heidelberg (Prof. Dr. Herfarth)
2002–2013	Oberarzt, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg
2004	Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“
2004	Schwerpunktbezeichnung „Visceralchirurgie“
2005–2007	Studiengang „Executive MBA in Health Care Management“ Universität Trier, Salzburg und Marburg
2007	Master of Business Administration (MBA), Health Care Management
2010	Geschäftsführender Oberarzt
2007–2013	Leiter der Sektion Pankreaschirurgie, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg
2011–2013	Stellvertretender Leiter der Sektion Transplantationschirurgie der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg
2012	Leitender Oberarzt und Stellvertretender Klinikdirektor, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg
seit 2014	Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie der Ludwig-Maximilians-Universität München, Standort Großhadern und Innenstadt.
seit 2014	Mitglied des Fakultätsrates der Medizinischen Fakultät der LMU
seit 2018	Stellv. Direktor des Comprehensive Cancer Centers LMU Leiter Viszeralonkologisches Zentrum der LMU Leiter Pankreaszentrum LMU

DCK 2024 PRÄSIDENTENWAHL

PUBLIKATIONEN

> 450 Originalpublikationen, > 145 Übersichtsarbeiten, > 75 Buchartikel, > 50 andere Beiträge; H-Index 73

FUNKTIONEN IN WISSENSCHAFTLICHEN GESELLSCHAFTEN UND INSTITUTIONEN

Editorial Board Mitglied: Annals of Surgery, Langenbecks Archives of Surgery, Der Chirurg, Visceral Medicine, Innovative Surgical Sciences, Intensivupdate, MMW, Zentralblatt für

Chirurgie, Oncological Research and Treatment, Zeitschrift für Gastroenterologie

MITGLIED U. A. FOLGENDER WISSENSCHAFTLICHER FACHGESELLSCHAFTEN

- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
- Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS)

- Deutsche Transplantations-Gesellschaft (DTG)
- International Association of Pancreatology (IAP)
- European Pancreatic Club (EPC)
- Deutscher Pankreasclub (DPC)
- International (IHPBA) and European (EHPBA) Hepato-Pancreato-Biliary Association
- Vereinigung Bayerischer Chirurgen (VBC), Mittelrheinische Chirurgen Vereinigung (MCV)
- Mitglied verschiedener Leitlinienkommissionen der DGAV, DGVS seit 2008

ZUSÄTZLICHE FUNKTIONEN (AUSZUG)

seit 2007	Mitglied der "European Study Group for Pancreatic Cancer (ESPAC)"
seit 2008	Member Executive Board International Study Group of Pancreatic Surgery (ISGPS); Chair since 2023
2007–2010	Vorstand Deutscher Pankreas Club (DPC); Präsident 2009
2009–2014	Sprecher AG Pankreas DGVS (Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen)
seit 2009	Wissenschaftlicher Beirat des AdP e. V. – Bauchspeicheldrüsenerkrankte, Bonn
seit 2014	Vorsitzender, AG Gastrointestinale Tumore, Tumorzentrum München (TZM)
seit 2014	Mitglied Wissenschaftlicher Beirat; Wilhelm Sander-Stiftung
seit 2015	Council Member, International Association of Pancreatology (IAP)
seit 2015	Ausschuss der Vereinigung Bayerischer Chirurgen (VBC); Vorsitzender VBC 2016
seit 2016	Mitglied Wissenschaftlicher Beirat, Bundesärztekammer (BÄK)
seit 2018	Mitglied Geschäftsführender Vorstand Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
seit 2020	Mitglied Geschäftsführender Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV); Vorstandsmitglied in den AG der DGAV: ACO, CAROBIN; Präsident DGAV 2022/2023

DCK 2024 IMPRESSIONEN

IMPRESSIONEN VOM DCK 2024



BILDERGALERIE ZUM PRÄSIDENTENEMPfang



Werner Körte-Medaille Gold: Prof. Dr. J. Jähne



Von-Langenbeck-Preis: PD Dr. Dr. L. Conradi



Rudolf-Zenker-Preis: Prof. Dr. H.-J. Schlitt

ERÖFFNUNG DES PFLEGEKONGRESSES



Felicien-Steichen-Preis: Prof. Dr. T. O. Vilz



Siegel: Dr. Bernadette Klapper

BILDERGALERIE ZUR MITGLIEDERVERSAMMLUNG



Geschäftsführender Vorstand



Bericht Präsidentin



Wahlleitung

DCK 2024 IMPRESSIONEN



BILDERGALERIE ZUM GESELLSCHAFTSABEND



Werner Körte-Medaille Silber: Dr. Adelheid Liebendörfer



Urkunde der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie: Corza Medical GmbH



Leonhard-Schweiberer-Medaille: Dr. Besmellah Shewamal



Fritz-Linder-Preis: Dr. Friederike Martin



Karl-Storz-Preis: PD Dr. Lars Schiffmann



Reisestipendium zum Jahreskongress des American College of Surgeons: Dr. Stanislav Litkevych

FAREWELL-EMPFANG



DCK-Kongressteam der Universitätsklinik Köln



Video-Film-Preis: PD Dr. Felix Nickel

IMPRESSIONEN VOM ORGANSPENDELAUF



DCK 2025 EINLADUNG

Einladung zum DCK 2025 – Sichere Chirurgie für Alle



Prof. Dr. med. Udo Rolle
Präsident DGCH 2024/2025
info@dgch.de

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

ich möchte Sie hiermit herzlich zum Deutschen Chirurgie Kongress 2025 einladen. Das Motto des DCK 2025 „Sichere Chirurgie für Alle“ soll drei wichtige Aspekte unseres chirurgischen Handelns reflektieren.

Zunächst bezieht sich die Forderung nach sicherer Chirurgie auf die Durchführung der operativen Eingriffe an sich, die unter der Anwendung von chirurgischen Checklisten orientiert an der WHO, Fehler vermeiden soll. Weitere wichtige Aspekte sind die korrekte Indikationsstellung, die von interprofessionellen Teams verifiziert werden sollte und die genaue Beurteilung der Behandlungsdringlichkeit. Dies ist von großer aktueller Bedeutung, da in vielen Kliniken die Ressource eines verfügbaren OP-Saales knapp ist.

Ein weiterer und besonders wichtiger Aspekt der sicheren Chirurgie für alle ist, dass wir darauf aufmerksam machen wollen, dass tatsächlich alle Patientinnen und Patienten, die einer Operation bedürfen, diese auch in einer angemessenen Umgebung und Zeit erhalten.

Ich denke da als Kinderchirurg an die kleinen Patienten, aber als Präsident der DGCH vor allem auch an die älteren, geriatrischen Menschen, PatientInnen mit Migrationshintergrund, Flüchtlinge und die oft vernachlässigte Gruppe der wohnungslosen und drogenabhängigen Menschen. Es gibt Hinweise darauf, die diese vulnerablen Gruppen einen teilweise eingeschränkten Zugang zur sicheren Chirurgie haben, was selbstverständlich durch viele Faktoren ausgelöst wird.

Der dritte Schwerpunkt des Mottos „Sichere Chirurgie für alle“ ist die globale Chirurgie. Dies ist bereits ein traditioneller Bestandteil des Deutschen Chirurgie Kongress.

In unserem Kongress DCK 2025 möchten ein attraktives wissenschaftliches Programm anbieten, aber auch Plattformen schaffen, um die Inklusion dieser vulnerablen Gruppen in die umfassende chirurgische Vorsorge und Versorgung zu diskutieren und Lösungswege zu finden.

Ich möchte alle Chirurgeninnen und Chirurgen aufrufen, in ihren jeweiligen Verantwortungsbereichen die möglichen Faktoren zu identifizieren, die eine sichere Chirurgie für alle gewährleisten können.

In diesem Zusammenhang muss auch über Lösungen zur besseren Finanzierung der Versorgung dieser vulnerablen Gruppen nachgedacht werden. In der immer stärker ausgeprägten Ökonomisierung der Medizin allgemein und der Chirurgie im Besonderen müssen alternative und praktikable Programme zur Inklusion aller bedürftigen PatientInnen in eine sichere chirurgische Versorgung gefunden werden.

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 unseren 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.

Wir freuen uns mitteilen zu können, dass die Sektion Kindertraumatologie erstmalig ihre Jahrestagung im Rahmen des DCK 2025 abhalten wird. Auch die weiteren Mitglieds-gesellschaften der DGCH, die ihre eigenen Jahrestagungen außerhalb des Chirurgie

DCK 2025 EINLADUNG

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 2025 besteht trotz aller Spezialisierung für alle Mitglieds- gesellschaften 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 auch berufspolitische Themen wie

Personaluntergrenzen und Arbeitsbedingungen des Nachwuchses, die wir zusammen mit unserem Berufsverband bearbeiten müssen.

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. Durch die erneute Teilnahme der Bundeswehr am DCK 2025 stellen wir sichtbar dar, dass die Bundeswehr ein entscheidender Teil unserer öffentlichen Gesellschaft und unserer chirurgischen Gemeinschaft ist.

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 des 142. Deutschen Chirurgie Kongress 2025 ist die Türkei. Wir erwarten eine Partnerdelegation, die sich an den internationalen Sitzungen zu chirurgischen Themen wie auch gesundheitspolitischen Themen beteiligen wird.

Ich freue mich, Sie gemeinsam mit meinem Team und den Präsidenten der DGCH-Mitgliedsgesellschaften persönlich in München begrüßen zu können.

Prof. Dr. Udo Rolle
Präsident DGCH 2024/2025

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr Prof. Dr. med. Robert E. Hermann, Bratenthal, Ohio/USA, Ehrenmitglied

Herr Prof. Dr. med. Klaus Balzer, Mülheim/Ruhr

Herr Dr. med. Dr. h.c. Klaus Peter Thon, Stuttgart

Herr Dr. med. Ulrich Bergmann, Ottobrunn

Herr Prof. Dr. med. Erhard Kiffner, Baden-Baden

Herr Dr. med. Klaus Geissler, Gräfelfing

Herr Dr. med. Sandor Kecskes, Berlin

***28.01.1929 †04.01.2023**

***28.04.1946 †26.12.2023**

***20.11.1944 †23.02.2024**

***30.06.1946 †23.03.2024**

***19.01.1948 †25.04.2024**

***22.11.1941 †12.04.2024**

***10.05.1934 †19.01.2023**



DCK 2025

Gemeinsam lernen und heilen

142. Deutscher Chirurgie Kongress

18. – 20. März 2025, DCK.digital

**26. – 28. März 2025, ICM – Internationales
Congress Center München**

SICHERE CHIRURGIE FÜR ALLE



www.dck2025.de

DCK 2024

PROTOKOLL DER DGCH-MITGLIEDERVERSAMMLUNG

Protokoll DER DGCH- MITGLIEDER- VERSAMMLUNG 2024

CCL Leipzig, 25.04.2024,
13.00–14.00 Uhr

TOP 1: ERÖFFNUNG DURCH DIE PRÄSIDENTIN

Die *Präsidentin* eröffnet die Mitgliederversammlung und weist auf Folgendes hin: Es wurde satzungsgemäß rechtzeitig unter Angabe der Tagesordnung durch fristgerechte Veröffentlichungen in der Mitgliederzeitschrift „Passion Chirurgie“ eingeladen. Änderungsanträge sind nicht eingegangen. Lt. Satzung besteht bei jeder ordnungsgemäß einberufenen Mitgliederversammlung ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienenen Mitglieder Beschlussfähigkeit.

Die vorliegende Tagesordnung wurde damit angenommen.

TOP 2: WAHLEN

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

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

Die *Präsidentin* teilt mit: An den Eingängen zum Saal wurde die Legitimation der

Teilnehmer der Mitgliederversammlung überprüft und jedem ordentlichen Mitglied ein Stimmzettel für die anstehenden Wahlen zur Abstimmung über die Personalentscheidungen ausgehändigt. Die *Präsidentin* stellt die Kandidaten vor, wie sie bereits veröffentlicht worden waren. Weitere Vorschläge sind nicht eingegangen:

1. Schatzmeister:

Herr Prof. Dr. med. Johann Pratschke, Berlin

2. Vizepräsident 2024/25, dann Präsident 2026/27:

Herr Prof. Dr. med. Jens Werner, München

3. Oberärztin/Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung:

Frau Dr. med. Beate Blank, Nürnberg

4. Vertreter des Perspektivforum Junge Chirurgie:

Herr Dr. med. Sebastian Schaaf, Koblenz

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

Nach abgeschlossener Auszählung dankt die *Präsidentin* dem Wahlleiter und gibt das Wahlergebnis bekannt:

1. Bestätigung durch die Mitgliederversammlung:

- Auf Herrn **Prof. Dr. med. Johann Pratschke**, Schatzmeister ab 2024/2029 entfielen von 56 abgegebenen gültigen Stimmen 50 Ja-Stimmen (89 %), 5 Nein-Stimmen und 1 Enthaltung.
- Auf Herrn **Prof. Dr. med. Jens Werner**, 3. Vizepräsident 2024/25 und dann Präsident 2026/27, entfielen von 56 abgegebenen gültigen Stimmen 52 Ja-Stimmen (93 %), 1 Nein-Stimme und 3 Enthaltungen.

2. Wahldurch die Mitgliederversammlung:

- Auf Frau **Dr. med. Beate Blank**, Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung, entfielen von 56 abgegebenen gültigen Stimmen 54 Ja-Stimmen (96 %), 1 Nein-Stimme und 1 Enthaltung.
- Auf Herrn **Dr. med. Sebastian Schaaf**, Vertreter des Perspektivforum Junge Chirurgie, entfielen von 55 abgegebenen gültigen Stimmen 54 Ja-Stimmen (98 %) und 1 Enthaltung.

Die *Präsidentin* fragt die anwesenden Kollegen (Prof. Dr. Johann Pratschke, Prof. Jens Werner und Dr. Schaaf), ob Sie die Wahl annehmen. Dies ist der Fall. Die gewählten Personen bedanken sich für das ihnen geschenkte Vertrauen. Dr. Beate Blank hat

DCK 2024

PROTOKOLL DER DGCH-MITGLIEDERVERSAMMLUNG

sich für ihre arbeitsbedingte Abwesenheit entschuldigt und mitgeteilt, dass sie die Wahl annehmen werde, sofern der Wahlvorgang positiv für ihre Person ausfallen sollte. Die *Präsidentin* stellt damit den erfolgreichen Abschluss des Wahlvorgangs für die anwesenden Kandidaten fest und dankt allen anwesenden Mitgliedern für die Teilnahme an diesem Wahlvorgang.

TOP 3: BERICHT DER PRÄSIDENTIN

Die *Präsidentin* geht auf einige wichtige Punkte ihrer Präsidentschaft ein. Der zentrale Bestandteil ihres Berichtes liegt zum einen auf den Aktivitäten während ihrer Präsidentschaft und zum anderen auf dem 141. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Es gibt keine Fragen oder Anmerkungen zu diesem Bericht.

TOP 4: BERICHT DES GENERALSEKRETÄRS

Der *Generalsekretär* beginnt seinen Bericht mit einem Dank bei allen, die ihn stets in seiner Tätigkeit unterstützen. Im Nachgang stellt er seine Aktivitäten dar. Die Darstellung des aktuellen Diskussionstandes zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

(KHVVVG) findet in seinem Bericht eine besondere Bedeutung.

Die *Präsidentin* dankt im Anschluss dem Generalsekretär für seine Ausführungen und seine engagierte Arbeit.

TOP 5: BERICHT DES SCHATZMEISTERS

Der *Schatzmeister* beginnt seinen Bericht mit einem Dank an die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle, und erläutert die Entwicklung der Mitgliederzahlen.

Er legt Rechenschaft über Einnahmen und Ausgaben für das Geschäftsjahr 2023 ab und stellt den Haushaltsplan für das Kalenderjahr 2024 vor, welcher durch die Mitglieder zur Kenntnis genommen wird.

Die Kassenprüfer, Herr Prof. *Germer* und Herr Prof. *Köckerling*, berichten, dass Sie den Jahresbericht der DGCH rechtzeitig erhalten und keine Unstimmigkeiten gefunden haben, so dass eine einwandfreie Beleg- und Kassenführung festgestellt werden konnte.

Herr Prof. *Berlien* stellt als Mitglied der DGCH den Antrag auf Entlastung des Vorstands für das Geschäftsjahr 2023. Die *Präsidentin* bittet um entsprechende Abstimmung. Das geschieht bei Enthaltung des

geschäftsführenden Vorstands. Der Antrag wurde ohne Gegenstimmen von den anwesenden Mitgliedern angenommen. Damit ist der Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2023 genehmigt und der Vorstand für das Geschäftsjahr 2023 entlastet.

Die *Präsidentin* dankt dem Schatzmeister für seine verdienstvolle Arbeit für die Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

TOP 6: VERSCHIEDENES

Die *Präsidentin* dankt allen Mitgliedern für ihr Engagement in der Gesellschaft, sowie für den DCK und schließt die Sitzung um 14.00 Uhr.

gez.

Prof. Dr.	Prof. Dr.	Prof. Dr.
C. Bruns	T. Schmitz-Rixen	J. Werner
Präsidentin	Generalsekretär	Schatzmeister

Protokoll der
DGCH-Mitgliederversammlung 2024.
Passion Chirurgie. 2024 Juni; 14(06/II):
Artikel 06_10.



© iStock-dig.com/photo

„Bedeutende, aber (fast) vergessene Chirurgen“

Die Erstbeschreibung eines Verschlussikterus infolge eines inkarzerierten Papillensteines bei Choledocholithiasis durch den Chirurgen Rose 1785

Michael Sachs

In diesem Beitrag wird von einem bedeutenden, aber vergessenen Barbier-Chirurgen des 18. Jahrhunderts berichtet, der durch seine Beobachtungsgabe Bedeutendes geleistet hat, auch wenn er seine Entdeckung nicht publizierte und er daher keinen Beitrag zur Entwicklung der modernen Medizin geleistet hat.

Der Wundarzt Rose, dessen Vorname und seine Lebensdaten noch nicht bekannt sind, war Kammerdiener des Grafen Johann

Erdmann von Promnitz (1719–1785). Graf Promnitz war ein sehr reicher Großgrundbesitzer, der in der Lausitz (Sorau) und vor allem in Oberschlesien (Pless) begütert war. Durch den teilweise auf historischen Fakten beruhenden Roman des Schriftstellers Jakob Wassermann (1873–1934) „Die Geschichte des Grafen Erdmann Promnitz“ (1921) ist der schlesische Graf, der letzte Namensträger des gräflichen Hauses Promnitz, in die deutsche Literaturgeschichte eingegangen.



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

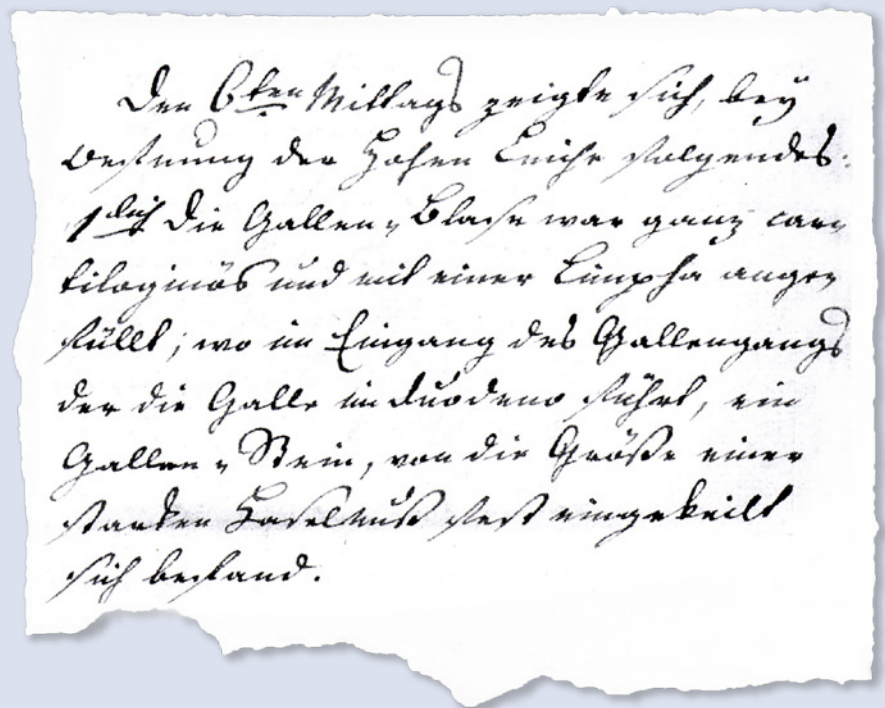


Abb. 1: Faksimile eines Ausschnittes aus dem Sektionsbericht des Chirurgen Rose über die Sektion der Leiche des Grafen Johann Erdmann Promnitz vom Juli 1785: Erwähnung eines in der Einmündung des Gallenganges in das Duodenum inkarzierten, haselnußgroßen Gallengangsteines.

Der 66jährige Graf begab sich im Mai des Jahres 1785 mit einer kleinen Reisegruppe (bestehend aus Kammerdienern und einem Verwandten) auf seine letzte Reise. Ziel der Reise war die Schweiz, die die Reisegruppe über Straßburg erreichen wollte. Die Reise begann im Mai 1785 in Sorau (Lausitz). Über Köstritz, Stuttgart, Durlach erreichte der Graf Ende Juni die Stadt Kehl.

Im Landeshauptarchiv Sachsen-Anhalt [1] konnte die handschriftliche Epikrise des Chirurgen und Gräflich Promnitzschen Kammerdieners Rose über die letzte Behandlung vor dem Tode des Grafen im Juli 1785 aufgefunden werden. Die mehrseitige Epikrise („Unterthänigster Kranken-Bericht Sr. Excell. des Heil. Röm. Reichs Grafen von Promnitz“) und der Sektionsbericht geben uns einen interessanten Einblick in die (wund-)ärztliche Behandlung gegen Ende des 18. Jahrhundert. Folgen wir nun der Beschreibung Roses, der von einer Schwester des Grafen Johann Erdmanns als „nicht allein sehr geschickt, sondern [auch als] ein sehr treuer Mann“ bezeichnet wurde. Rose gehörte vermutlich zu den nicht akademisch ausgebildeten Handwerkschirurgen seiner

Zeit, die die Chirurgie noch als ein Handwerk bei einem Meister erlernen mussten.

Bereits während des Aufenthaltes in Stuttgart und Durlach Mitte Juni 1785 klagte der Graf über folgende Symptome: „gelbe Farbe der Haut“, „Übelkeit“, „Breachreiz“, „Kopfschmerzen“, „bitterer Geschmack“. Bei der körperlichen Untersuchung konnte der Chirurg Rose „Fieber“, „Schüttelfrost“, „harter, voller Puls“ und eine „unreine und trockene Zunge“ nachweisen.

Von Rose wurden folgende Diagnosen gestellt, nachdem er noch konsiliarisch den seinerzeit bekannten Arzt Prof. Dr. med. Ehrmann in Straßburg hinzugezogen hatte: „Gärung der Galle“, „Resorption [der Galle] ins Blut“ und „Überfluß an Unreinigkeiten“. Heute würden wir diese Symptome und Befunde bei sonographischen Nachweis von Gallenblasensteinen wohl als „Cholangitis“ oder als „cholangiogene Sepsis“ bezeichnen.

Der gräfliche Chirurg Rose schuldigte folgende Ursachen für die Erkrankung seines Herrn an: „Anhäufung von Galle“, die „Sommerhitze“,

Sachs M: Die Erstbeschreibung eines Verschlussikterus infolge eines inkarzierten Papillensteines bei Cholelithiasis durch den Chirurgen Rose 1785. *Passion Chirurgie*. 2024 Juni; 14(06/II): Artikel 06_11.

„Diät-Fehler“ und nicht zuletzt „die Erschütterung des Reisewagens“. Entsprechend den humoralpathologischen Vorstellungen seiner Zeit bestand die Therapie in Aderlässen, Applikation von Klystieren und Gabe von Medikamenten zum Auslösen von Erbrechen. Schließlich trat der Tod des Grafen unter „Fieber“, Schluckstörungen infolge „Schwämme“ im Rachen und „Steckfluss“ (alte Krankheitsbezeichnung für „Luftnot“, meist infolge „Brustwassersucht“) auf.

Bei der Sektion der gräflichen Leiche in Kehl am 6. Juli 1785 wurde ein in der Einmündung des Gallenganges in das Duodenum inkarzierter, haselnußgroßer Gallengangstein nachgewiesen (siehe auch **Abb. 1**):

„Den 6^{ten} mittags zeigte sich bei Oefnung der Hohen Leiche folgendes: ¹lich die Gallen=Blase war ganz cartilaginös¹ und mit einer Lümpha² angefüllt; wo im Eingang des Gallengangs der die Galle in duodeno führt, ein Gallen=Stein, von der Größe einer starken Haselnuß fest eingekleilt sich befand.

2^{tens} hatte die Krankheits Materie sich auch auf die Lungen und in Rachen [...] geworfen, allda fiel Entzündung und darauf erfolgten letzten Simtomata³ als Schwämme und Steckfluss erregt, die uns den Hochseeligen lieben Grafen raubten.

Sonst waren alle Eingeweide sowohl der Brust, als des Unterleibes von der besten Beschaffenheit und zeigten nicht die mindeste Spuhr einer Verhärtung oder sonstigen Fehlens; so, daß wenn sich dieser traurige Fall nicht ereignet, es S. Exzellenz noch eine ganze Reihe von Lebens=Jahren hätten zu erwarten gehabt.

Kehl d. 7^{ten} July 1785“.

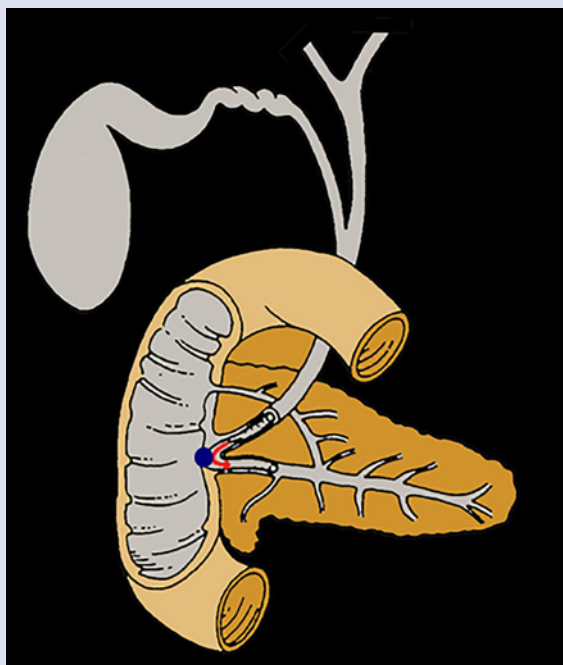


Abb. 2: Auslösung einer akuten Pankreatitis durch Reflux von Galle in den Ductus Wirsungianus infolge eines Verschlusses des gemeinsamen Ausführungsganges („common channel“) durch ein in der Papilla Vateri eingeklemmtes Gallenkonkrement [nach Opie 1901].

Es handelt sich also um eine frühe (möglicherweise die erste) Beschreibung eines Verschlussikterus infolge eines in der Papilla Vateri inkarzierten Gallengangsteines aus dem Jahre 1785. Bei Rose wird allerdings das Pankreas bzw. eine Entzündung desselben in seinem Sektionsbericht nicht erwähnt. Dieses Syndrom (Papillenstein, Verschlussikterus, Pankreatitis) wurde 1901, also erst 116 Jahre später, durch den amerikanischen Pathologen Eugene L. Opie (1873–1962) publiziert.⁴ Von Opie wurde dabei erstmals die Bedeutung eines inkarzierten Papillensteines für die Entstehung einer akuten Pankreatitis durch Rückfluss von Galle aus dem Gallen- in den Pankreasgang erkannt (**Abb. 2**). In den älteren Publikationen des Prager Arztes Jakob Johann Wenzels Dobrzensky von Nigro Ponte [Miscellanea Curiosa 1 (1670), p. 288f.] und in Albrechts von Hallers „Elementa

physiologica corporis humani“ [Bd. 6 (1764), Lib. XXIII, p. 589f] werden zwar die Obstruktion des Gallenganges durch Gallensteine mit Stauungsikterus, aber noch kein inkarzierter Papillenstein beschrieben.

QUELLEN

- [1] Landeshauptarchiv Sachsen-Anhalt, MD, Rep. H Stolberg-Wernigerode Rep. K. Nr. 471a, fol. 14^r -17^r [vor 1945 Fürstlich Stolberg'sches Archiv zu Wernigerode].
- [2] Sachs, M.: Der Tod des Grafen Johann Erdmann von Promnitz (1719–1785) an den Folgen eines inkarzierten Gallensteines – eine Analyse der Epikrise des behandelnden Chirurgen aus dem Jahre 1785. Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin u. Naturwissenschaften 93 (2009), 230–234.

¹ d.h. die Gallenblasenwand war knorpelig verhärtet

² Lympha, d.h. es war weißliche Galle in der Gallenblase nachweisbar als Zeichen der Obstruktion des Gallen(blasen)ganges.

³ d.h. Symptomata

⁴ Opie, E.L.: The etiology of acute hemorrhagic pancreatitis. John Hopkins Hosp. Bull. 12 (1901), 182–188.

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: 0351 458 18130 F: 0351 458 7273 E: ulrike.neckmann@uniklinikum-dresden.de
Prof. Dr. med. Nuh Rahbari	Kontrollgruppe nicht-anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	41 von 240 Patienten	1530 € / Patient	
Studientitel: BariSurg ₂ *				
Registriernummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. Dr. med. Franck Billmann	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. Dr. med. Franck Billmann Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Heidelberg T: 06221 563 44 11 M: Franck.Billmann@med.uni-heidelberg.de
	Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP	187 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				
PD 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 155 von 294 Patienten	DFG 1.250 € / Patient	PD Dr. med. Rosa Klotz Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Heidelberg Im Neuenheimer Feld 420 T: 06221 56 6980 F: 06221 56 33 850 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 494 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 T: 06221-56-36839 F: 06221-56-33850 E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: SELREC₅*				
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 5 von 1.074 Patienten	BMBF 1.762,39€/Patient	Dr. S. Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) T: 06221 56 36 839 F: 06221 56 33 850 E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: RECOPS₆*				
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 218 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
Studientitel: MICkey₇*				
Registrierungsnummer: DRKS00027927				
Prof. Dr. med. André 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 15 von 152 Patienten	BMBF 850 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: P.E.L.I.O.N[®] Registriernummer: DRKS00027921				
Prof. Dr. med. André 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 10 von 304 Patienten	BMBF 650 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 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] Selective Neoadjuvant Therapy of Rectal Cancer Patients: SELREC a randomized controlled, open, multicentre non-inferiority trial

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

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

[8] 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 Studien werden im Verbund des chirurgischen Studiennetzwerkes Deutschland CHIR-Net durchgeführt.

Stand: Dezember 2023

DGCH-PRÄSIDIUM

ab 01. Juli 2024

VORSTAND

Präsident	U. Rolle, Frankfurt/Main
1. Vizepräsidentin	C. Bruns, Köln
2. Vizepräsident	R. Goldbrunner, Köln
3. Vizepräsident	J. Werner, München
Schatzmeister	J. Pratschke, Berlin
Generalsekretär	Th. Schmitz-Rixen, Frankfurt/Main

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	W. Uhl, Bochum
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie/Vertreter Allgemeine Chirurgie	K. Ridwelski, Magdeburg
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin	J. Heckenkamp, Osnabrück
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	L. Hillejan, Ostercappeln
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	D. Pennig, Köln
Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.	H.-J. Meyer, Hannover
Perspektivforum Junge Chirurgie	S. Schaaf, Koblenz

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

M. Ehrenfeld, München	2021
H. Lang, Mainz	2022
A. Seekamp, Kiel	2024

SPRECHER DER SENATOREN

P. Vogt, 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
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**	
T. Schmitz-Rixen, Frankfurt/Main	2020

* Senator ehrenhalber, Schatzmeister 1996–2011

** Senator ehrenhalber, Generalsekretär 2012–2022

Rückblick auf die BDC-Mitgliederversammlung 2024



Im April dieses Jahres hat Dr. Friederike Burgdorf ihre Tätigkeit als Geschäftsführerin im BDC wieder aufgenommen. BDC-Vizepräsident Dr. Jörg-A. Rüggeberg hatte während Frau Dr. Burgdorfs Abwesenheit für 14 Monate die kommissarische Geschäftsführung des Verbands übernommen. Der BDC-Präsident Professor Hans-Joachim Meyer dankte während der Mitgliederversammlung Herrn Dr. Rüggeberg für die geleistete Arbeit und wünschte Frau Dr. Burgdorf für ihre Rückkehr in den BDC alles Gute und viel Erfolg.

BDC-Präsident Professor Hans-Joachim Meyer berichtete in seinem Vortrag über die Verbandsaktivitäten im vergangenen Jahr. Dazu gehörten unter anderem die Klausurtagung der BDC-Landesverbände im Juni in Hannover, das Treffen der Themenreferate Ende Oktober in Berlin zur Ausarbeitung der Zukunftsthemen in der Chirurgie und für den Verband, sowie die Tagung der Gemeinsamen Weiterbildungskommission, die nach ausführlicher Diskussion ein Positionspapier zur „Förderung und Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen und bedarfsgerechten Weiterbildung im Gebiet der Chirurgie“ ausgearbeitet hat. 2023 ist gemeinsam mit der Verbandskommunikation zudem die Arbeit an einem ausführlichen Konzept zur Mitgliedergewinnung angelaufen, das in diesem Jahr mit vielfältigen Maßnahmen umgesetzt werden soll.

Die Mitgliederzahlen sind 2023 erneut leicht gesunken, was unter anderem auf die Zahl der Austritte zurückzuführen ist. Professor Meyer erläuterte dazu, dass die Austritte unter anderem altersbedingt beziehungsweise aufgrund der Anzahl an Verstorbenen zu erklären seien.

Erfreulich sei die hohe Zahl an Neuanmeldungen im ersten Quartal 2024. Mit inzwischen 25 Prozent ist der Anteil an Chirurginnen im BDC erneut leicht gestiegen. Professor Meyer berichtet weiterhin, dass die BDC-Akademie ihre Fortbildungsangebote fachlich und technisch kontinuierlich weiterentwickle und Mitglieder und interessierte Chirurg:innen sich künftig auf neue Formate freuen dürfen. Zur Gewinnung des chirurgischen Nachwuchses hat der BDC gemeinsam mit dem BDI zwei Kongresse „Staatsexamen und Karriere“ ausgerichtet. Außerdem können seit einiger Zeit die M3-Prüfungsvideos in der eAkademie gebucht und abgerufen werden. Die Teilnahme an zwei medizinischen Karrieremessen ergänzt die Arbeit für den Nachwuchs im vergangenen Jahr.

Bei der Pressearbeit des Verbands standen die Themen Weiterbildung, Ambulantisierung, Nachwuchsgewinnung und Krankenhausreform im Fokus. Dazu verfasste der Verband 2023 insgesamt 16 Pressemitteilungen, bis zur Mitgliederversammlung 2024 kamen bereits sechs weitere dazu. Die Stellungnahmen des BDC werden von der Fachpresse kontinuierlich aufgenommen. Außerdem erreichten den Verband diverse Anfragen von Publikumsmedien zu aktuellen, chirurgie-nahen Themen. Insgesamt 25 Journalisten und Journalistinnen haben sich zudem 2023 mit ihren Beiträgen für den BDC-Journalistenpreis beworben. Bei der Mitgliederkommunikation ist ein Medium nach wie vor zentral: Die PASSION CHIRURGIE ist eines der wichtigen deutschsprachigen Journale in der Chirurgie. Mit Themenschwerpunkten pro Ausgaben und hochwertigen Beiträgen zu fachlichen und berufspolitischen Themen erscheint



Der BDC-Vorstand beim DCK 2024 [© BDC]

sie monatlich online und dreimonatlich gedruckt. Die Portraitsreihe BDC|Schnittstelle mit Mandatsträgern aus dem Verband läuft erfolgreich und ist auf bdc.de und in der PASSION CHIRURGIE zu finden.

Auch auf der politischen Ebene hat sich der BDC im vergangenen Jahr für die Chirurgie und die chirurgischen Fachkräfte stark gemacht. Der Vorstand steht mit dem niedersächsischen Sozialminister Dr. Andreas Philippi in Kontakt. Im Oktober 2023 fand ein intensiver Austausch mit dem Chirurgen per Videokonferenz statt. Anlässlich der Präsidiumssitzung im November richtete sich Herr Philippi per Video-Botschaft an den BDC. Mit der Bundesärztekammer, der KBV, der DGUV, dem BDA und anderen fanden Beratungen unter anderem zu den Themen Hybrid-DRG, ambulant Operieren und Krankenhausreform statt.

Zu verschiedenen Gesetzgebungsverfahren hat der BDC Stellung bezogen. Ein Schreiben an Gesundheitsminister Prof. Lauterbach zur ärztlichen Weiterbildung von BDA, DGAI, BDC und DGCH ist in Vorbereitung

Professor Meyer berichtete weiterhin von der UEMS: Section Surgery: Die European Training Requirements (ETR) befinden sich teilweise in Überarbeitung. Die Prüfungen der Examina zum Erhalt eines Zertifikats/Diploms finden vermehrt online statt; am häufigsten in der Allgemeinchirurgie, zunehmend auch in der onkologischen Chirurgie in Kooperation mit der ESSO. Außerdem hat die UEMS verschiedene Stellungnahmen veröffentlicht, z. B. „Basis curriculum knowledge in climate change and Planetary Health“, „Response to the recent publications on Sexual Misconduct in Surgery“ oder „Gaza conflict statement“.

Abschließend berichtete Professor Meyer zum aktuellen Geschehen in der Gesundheitspolitik. Die neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄneu) ist weitgehend abgeschlossen, inzwischen macht sich die Opposition dafür stark, endlich die Umsetzung anzugehen. Das Medizinforschungsgesetz (MFG) steht in der Diskussion: Klinische Studien, z. B. in der Chirurgie, sind nicht berücksichtigt, dafür aber die zusätzliche Einrichtung einer Bundesethikkommission etc. Gut gedacht aber leider nicht gut gemacht: Anfang 2024 sind

die Hybrid-DRG in Kraft getreten: Sektorengleiche Vergütung bedeutet gerade für Praxen in der jetzigen Situation nicht die gleichen Kosten – gerade in der Chirurgie mit hohen Aufwänden für z. B. Medizinprodukte. Weitere Reformen sind in Bearbeitung wie die Notfallversorgung, der Rettungsdienst und die nationale Digitalagentur. Nicht zuletzt: Das Cannabisgesetz ist in Kraft getreten. Der Tag der Legalisierung wurde u. a. in Berlin bereits um null Uhr mit einem Joint begrüßt.

Professor Meyer schloss seine Rede mit einem Gedenken an die im Jahr 2023 verstorbenen Chirurgeninnen und Chirurgen.

Der Justiziar des BDC, Dr. Jörg Heberer, berichtete wie in jedem Jahr über seine tägliche Arbeit für den Verband. So erbrachte er im Auftrag des BDC 2023/2024 wieder umfassende juristische Beratungsleistungen für seine Mitglieder, die sie zu verschiedenen Belangen, vor allem im Arbeitsrecht, in Anspruch genommen hatten. ○

BDC|Schnittstelle – im Fokus: Dirk Farghal



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

Päßler O: BDC|Schnittstelle – im Fokus:
Dirk Farghal. Passion Chirurgie. 2024 Juni;
14(06/II): Artikel 07_02.



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

» **U**nsere Format BDC|Schnittstelle präsentiert in regelmäßigen Abständen Persönlichkeiten aus den BDC-Gremien. Heute im Fokus: Dirk Farghal, stellvertretender Vorsitzender des Referats der niedergelassenen Chirurgen und Chirurgen im BDC, Regionalvertreter Bayern sowie Vorsitzender der Beleg- und Kooperationsärzte (AG BeKo) im BDC.

Passion Chirurgie Herr Farghal, welchen Auftrag haben Sie sich persönlich auf die Fahne geschrieben? Was sind Ihre Pläne?

Dirk Farghal Stärkung der ambulanten Strukturen: Mein Ziel ist es, die Ärztinnen und Ärzte der ambulanten Einrichtungen gegenüber den klinischen zu stärken und auch deren Ansehen gegenüber den Kliniken zu verbessern – Stichwort Gleichberechtigung. Zudem möchte ich das Themenreferat auf Kongressen sichtbarer machen.

PC Welche Themen liegen Ihnen als Vertreter der niedergelassenen Chirurgen und Chirurgen in den nächsten Jahren besonders am Herzen?

DF Als neue Aufgabe habe ich mir gestellt, die angestellten Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Strukturen sichtbar zu machen, nach dem ich Ende 2023 meine Praxis zu Gunsten der Anstellung im MVZ aufgegeben habe. Vielleicht gelingt es uns auch eine gewerkschaftliche Vertretung für angestellte Ärztinnen und Ärzte in der Niederlassung zu erreichen und damit einen Tarifvertrag. Ambulante Weiterbildung und Verbundweiterbildung bzw. Weiterbildungsverbund werden Themen sein. Mein Ziel ist des Weiteren das Erreichen eines Einkaufsverbunds für die niedergelassenen Bereiche.

» ZUR PERSON



Dirk Farghal

Geboren 1965 in Mainz am Rhein, bin ich dort zur Schule gegangen und habe an der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz studiert und 1992 am Bundeswehr Zentralkrankenhaus Koblenz das 3. Staatsexamen abgelegt. Vom AiP bis zum stellvertretenden Chefarzt, vom 120 Betten Grundversorger bis zum 1300 Betten Maximalversorger, konnte ich alle Facetten der chirurgischen Weiterbildung und Arbeit kennenlernen. Von diesen Erfahrungen profitiere ich bis heute. Weiterbildungsanerkennungen: 1995 praktischer Arzt, 2001 Facharzt für Chirurgie, 2005 Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie, 2006 Zusatzbezeichnung spezielle Unfallchirurgie und Notfallmedizin, 2008 fachgebundene Radiologie. Von 1992 bis 2011 war ich als Notarzt und dann auch Leitender

Notarzt tätig, was mir sehr viel Sicherheit auch in brenzligen Situationen in Klinik und Praxis gibt. Zudem war ich ärztlicher Leiter einer Knochenbank, Transfusionsbeauftragter und stellvertretender Koordinator des NAW-Standes am Klinikum Offenbach. Ehrenamtlich war ich im Landkreis Aschaffenburg als Feuerwehrarzt und für die Malteser als Verbandsarzt tätig. Highlights waren hier die ärztliche Betreuung von Konzerten wie von ZZ Top oder den Back Street Boys und besonders die Teilnahme als leitender Renn-Arzt bei den Weltmeisterschaftsfinalrennen im Motorcross. Vom 2008 bis 2023 war ich in eigener Arztpraxis und als Belegarzt in Schweinfurt tätig. Seit Anfang 2024 bin ich ärztlicher Leiter des MVZ ANregiomed in Rothenburg o.d.T.

Schon während des Studiums und der Weiterbildung war ich aktiv im Hartmannbund tätig und dann bis heute im BDC stellvertretender Vorsitzender des Referates der Niedergelassenen. Ich leite die Arbeitsgruppe der Beleg- und Kooperationsärzte (AG BeKo). Zudem bin ich 2. Regionalvertreter in Bayern. Intersektorale Versorgung, Ambulantisierung und Kooperation von Niederlassung und Klinik sind Arbeitsschwerpunkte im BDC. Neu hinzukommen werden jetzt die angestellten Ärztinnen und Ärzte in der Niederlassung.

PC Wie möchten Sie die Themen mit dem BDC anpacken? Wen und was benötigen Sie dafür? Was sind die Hürden?

DF Zunächst möchte ich für die o. g. Themen im BDC sensibilisieren und erhoffe mir, dadurch neue Felder und Kolleg:innen anzusprechen und auch als neue Mitglieder zu gewinnen. Schön wäre es, wenn wir eine neue AG im Referat der Niedergelassenen für die Angestellten gründen könnten oder dieses in die AG BeKo integrierend würden. Die AG BeKo wird von mir geleitet. Als Hürde sehe ich, dass die AG BeKo keinen neuen Input bekommt, da das Belegarztwesen in stetigem Niedergang ist und die Zahl der Belegärztinnen und -ärzte deutlich

abnimmt. Auch die Ambulantisierung ist ein großes Thema das mich schon rein beruflich als Leiter eines großen MVZ sehr interessiert. Dies bedeutet aber, dass das Referat der Niedergelassenen damit deutlich mehr Gewicht bekommt.

PC Welche Verantwortung und welchen spezifischen Einfluss auf die Politik hat der BDC als berufspolitischer Vertreter aller Chirurginnen und Chirurgen?

DF Der Einfluss auf die derzeitige Politik ist, wie bei allen anderen medizinischen Verbänden, die wir von Minister Lauterbach als Lobbyisten verunglimpft werden, sehr gering. Jedoch ist der Einfluss des BDC innerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung

deutlich erkennbar. Hier wird der BDC zu verschiedensten Themen um Stellungnahme gebeten. Dem BDC gelingt das Gespräch mit anderen – nicht nur chirurgischen – Berufsverbänden. Hier können wir gemeinsame Positionen verhandeln.

PC Was wünschen Sie sich für den BDC und Ihre Arbeit in den nächsten Jahren nach innen und nach außen?

Als größter chirurgischer Berufsverband in Europa mit rund 17.000 Mitgliedern müssen wir mehr in die Öffentlichkeit gehen. Neben der Presse sollten wir die Social-Media-Kanäle vermehrt bespielen, um vor allem junge Kolleginnen und Kollegen zu erreichen.



PC Warum lohnt sich als Mitglied ein Engagement beim BDC, und wer kann/sollte für ein Mandat kandidieren?

DF Als BDC-Mitglied lohnt sich ein Engagement immer! In den verschiedenen Gremien kann ich meine Meinung zu den verschiedensten Themen frei äußern und über zum Teil mit Abstimmungen erfolgten Beschlüssen auch den Kurs des Berufsverbandes mit beeinflussen. Über den Berufsverband kann ich in verschiedene andere Gremien, wie etwa dem Expertengremium des G-BA und den Beirat des Berufsverbandes der Belegärzte, wie bei mir der Fall, berufen werden. Somit kann das Engagement sogar über den BDC hinaus reichen.

Die Interviews im Rahmen der BDC|Schnittstelle: <https://www.bdc.de/?s=schnittstelle> 



Termine BDC|Akademie*

CURRICULUM BASISCHIRURGIE

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
04.07.2024	06.07.2024	Hamburg	2024-21666	Basischirurgie	PD Dr. Dr. Uwe Johannes Roblick; Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith	350,00 €	550,00 €
19.08.2024	21.08.2024	Gent, Belgien	2024-28075	ORSI Summer School	Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Dr. med. Stefano Puliatti	249,00 €	249,00 €
07.- 08.10.2024	18.- 19.10.2024	Berlin und online	2024-21665	Basischirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00 €	600,00 €
25.11.2024	29.11.2024	Berlin	2024-21664	Basischirurgie	Dr. med. Christian Müller; Prof. Dr. med. Stephan Gretschel	400,00 €	600,00 €

FACHARZTVORBEREITUNG

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
09.09.2024	13.09.2024	Leipzig	2024-22550	Facharztseminar Allgemein- chirurgie	Dr. med. Ludwig Schütz	450,00 €	600,00 €
26.- 27.09.2024	30.09.- 01.10.2024	Berlin und online	2024-23823	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Julia Seifert; PD Dr. med. habil. Stefan Schulz-Drost	400,00 €	550,00 €
11.11.2024	15.11.2024	Dortmund	2024-22530	Facharztseminar Allgemein- chirurgie	Dr. med. Jens-Peter Stahl; Prof. Dr. med. Maximilian Schmeding	450,00 €	600,00 €
11.11.2024	14.11.2024	Hamburg	2024-23672	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. h.c. Jakob R. Izbicki; PD Dr. med. Matthias Reeh	400,00 €	550,00 €
27.11.2024	29.11.2024	online	2024-23821	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Hans-Georg Palm	300,00 €	500,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
28.08.2024	30.08.2024	Straßburg	2024-24632	Robotik-/Laparoskopie im IRCAD Module 1-3	Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Prof. Dr. Dr. med. Barbara Seeliger	500,00 €	620,00 €
12.09.2024	13.09.2024	Berlin	2024-22404	CAMIC 3: Laparoskopische Chirurgie des Gastrointestinal- traktes	Dr. med. Panagiotis Fikatas	500,00 €	700,00 €
19.09.2024	20.09.2024	online	2024-23680	Spezielle Unfallchirurgie Teil I	Prof. Dr. med. Frank Hildebrand	300,00 €	500,00 €
09.10.2024		online	2024-24637	Ökonomie in der Robotik	Dr. med. MBA Colin Markus Krüger	80,00 €	100,00 €
10.10.2024	11.10.2024	Tuttlingen	2024-23683	Spezielle Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	300,00 €	500,00 €
08.11.2024		Frankfurt am Main	2024-23674	Viszeralchirurgie Kompakt: Adipositas- und Metabolische Chirurgie	Dr. med. Sylvia Weiner; Prof. Dr. med. Mirko Otto; PD Dr. med. Susanne Blank	250,00 €	300,00 €
14.11.2024	15.11.2024	Bremen	2024-23613	Osteosyntheseverfahren an der unteren Extremität	Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn	400,00 €	600,00 €
15.11.2024	16.11.2024	Dresden	2024-23781	12. Dresdner Handkurs: Wiederherstellung der Handfunktion	Prof. Dr. med. Adrian Dragu; Dr. med. Tim Fülling	500,00 €	650,00 €
21.11.2024	22.11.2024	Berlin	2024-22406	CAMIC 4: Laparoskopische kolorektale Chirurgie	Dr. med. Panagiotis Fikatas	500,00 €	700,00 €
21.11.2024	22.11.2024	Köln	2024-24633	Robotische Chirurgie: Modul 4 - Hospitation oberer Gastrointes- tinaltrakt	Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns; Prof. Dr. med. Hans Fuchs	400,00 €	600,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
21.11.2024	22.11.2024	Köln	2024-23635	VATS OP Kurs: Anatomische Segmentresektion	Prof. Dr. med. Erich Stoelben	400,00 €	500,00 €
22.11.2024		online	2024-23685	Viszeralchirurgie Kompakt: Beckenbodenchirurgie	PD Dr. med. Annett Gauruder-Burmester	175,00 €	250,00 €
28.11.2024	29.11.2024	Köln	2024-23684	Viszeralchirurgie Kompakt: Pankreaschirurgie	Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns; PD Dr. med. Felix Popp; Prof. Dr. Dr. med. Thomas Schmidt	350,00 €	500,00 €
29.11.2024	30.11.2024	Dresden	2024-23631	Kindertraumatologie für D-Ärzte/-Ärztinnen	Prof. Dr. med. Guido Fitze	300,00 €	500,00 €

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
11.10.2024	12.10.2024	Berlin und online	2024-24708	Abschlusscolloquium zum Kurs „Hygienebeauftragte(r) Ärztin/Arzt“	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. em. Dr. med. Axel Kramer		

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
08.11.2024	09.11.2024	Berlin	2024-26533	Refresherkurs: Chirurginnen auf dem Weg nach oben	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	500,00 €	700,00 €
09.11.2024		online	2024-27708	Abrechnungseminar EBM	Dr. med. Björn Ackermann	50,00 €	80,00 €
09.11.2024		online	2024-27708	Abrechnungseminar GOÄ und UV-GOÄ	Dr. med. Peter Kalbe	50,00 €	80,00 €
15.11.2024	16.11.2024	Berlin	2024-24600	Chirurginnen und Chirurgen in leitender Position	Prof. Dr. med. Heinz-Jochen Gassel	400,00 €	600,00 €

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

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

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

* Änderungen hinsichtlich Termin, Ort und Format sind der BDC|Akademie vorbehalten.

EXTERNE VERANSTALTUNGEN

VON	BIS	ORT	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MG	PREIS NICHT-MG
30.08.2024	31.08.2024	Köln	Komplexe Ligamentrekonstruktionen und knorpelregenerative Verfahren im Kniegelenk I Arthroskopiekurs am Humanpräparat	RIMASYS I World Surgery Tour Hands-on	1.680,00 €	1.680,00 €
02.12.2024	07.12.2024	Köln	Abrechnungsmanagerin / Abrechnungsmanager (IHK) Arztpraxis/MVZ		3.617,60 €	3.986,50 €
28.08.2024	28.08.2024	Leipzig	Update Chirurgie Strategien	Universitätsklinikum Leipzig AöR Haus 4, Hörsaal		

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 Chirurgen 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.

B. BRAUN
SHARING EXPERTISE

corzamedical

Johnson & Johnson
Med Tech

INTUITIVE

Medtronic
Engineering the extraordinary

STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPIE

Komplette Beinbehandlung mit der Sklerotherapie

Varizenbehandlung mit großem Potential für die Chirurgie

Die Sklerotherapie ist eine sichere und effektive Behandlungsoption und nach wie vor die einzige Methode, mit der alle Varizentypen erfolgreich therapierbar sind – einschließlich insuffizienter Stammvenen. Laut Leitlinien gilt die Sklerotherapie als Goldstandard für die Therapie von Besenreisern und retikulären Varizen. Selbst bei Stammvenen wird die Sklerotherapie als eine gute Alternative zu den thermischen und operativen Verfahren beurteilt, insbesondere bei älteren und multimorbiden Patienten.

Indikationen in der chirurgischen Praxis

Die ultraschallgesteuerte Schaum-Sklerotherapie hat sich bereits in zahlreichen Studien als effektive und sichere Behandlungsmethode für Varizen der CEAP-Stadien C2 bis C6 erwiesen. Neben Stammvarizen werden auch Rezidivvarizen mehr und mehr sklerosiert. Eine vom Venenzentrum Freiburg unter Leitung der Gefäßchirurgin Dr. N. Krieckenbauer initiierte Studie bestätigt die hohe Verschlussrate bei Crossenrezidiven nach Sklerosierung. So konnte vier Wochen nach der ersten Behandlung mit Sklerotherapie bei 58,2 % der Probanden ein kompletter Verschluss und bei weiteren 30 % ein Teilverschluss der betroffenen Venen erreicht werden. Nach drei Monaten lag die Quote bei 77,7 % bzw. 13,6 %. Somit war die Schaum-Sklerotherapie in 91 % der Fälle erfolgreich. Eine zweite oder dritte Behandlung war lediglich bei 16 bzw. 17 Probanden erforderlich.¹

Zudem hat sich die ultraschallgestützte Schaumsklerosierung zur Therapie von Perforans- und Seitenastvarizen bewährt. Insbesondere nach der Behandlung der Stammvarizen mit thermischen oder chirurgischen Verfahren wird die Schaum-Sklerotherapie als sinnvolle Ergänzung für die Seitenäste und kleinere Varizen empfohlen.²

Effektiv, gut verträglich und kosteneffizient

Im Vergleich zu operativen und thermischen Methoden weist die Schaum-Sklerosierung einige Vorteile auf, da die minimalinvasive Methode unter anderem ohne jegliche Anästhesie auskommt und nach der Behandlung direkt wieder den normalen täglichen Aktivitäten nachgegangen werden kann. Damit können selbst Risikopatienten wie adipöse, multimorbide, hoch betagte oder mit Antikoagulantien behandelte Patienten mit dem Verfahren erfolgreich behandelt werden.

Minimalinvasive Varizenbehandlungen wie die Sklerotherapie werden in der chirurgischen Praxis immer wichtiger, auch da sie patientenseitig zusehends nachgefragt werden und bei allen Varizentypen erfolgreich eingesetzt werden können.

Vor allem aber ist die Sklerotherapie die Methode der Wahl für C1-Varizen sowie Seitenastvarizen und bietet sich als alleinige Therapiemethode oder sinnvolle Ergänzung zu operativen und thermischen Methoden bei Stammvenen an. Aktuell gewinnt die Schaum-Sklerotherapie auch bei der Behandlung von Rezidivvarizen mehr und mehr an Bedeutung. Daher spielt die Sklerotherapie im Hinblick auf die Behandlung des kompletten Beins eine entscheidende Rolle, da nur mit der Sklerotherapie eine vollständige Entfernung aller Varizentypen gewährleistet werden kann.

Die Sklerotherapie bietet sich auch besonders für Berufstätige an, die Arbeitsunfähigkeitszeiten oder Immobilitäten vermeiden möchten.

Im Hinblick auf die Verbesserung der Lebensqualität ist die Schaum-Sklerotherapie selbst bei Stammvarizen ebenso effektiv wie operative oder thermische Verfahren.^{3,4} Die Inzidenz unerwünschter Ereignisse ist bei der Sklerotherapie laut Studiendaten verglichen mit anderen Methoden gering. Zudem ist die Sklerotherapie die kosteneffektivste aller Behandlungsmethoden.^{2,5} Es können insbesondere bei größeren Varizen mehrere Behandlungen notwendig sein, aber das nehmen die meisten Patienten aufgrund der Vorteile gerne in Kauf. Ein guter Grund mit der Sklerotherapie zu starten.

Die schonende Sklerotherapie ist auch besonders für Risikopatienten geeignet.



- 1 Krieckenbauer N et al. Erste Ergebnisse der NeoSklero-Studie – Effektivität der Schaumsklerosierung bei Neoangiogenesen und Crossenrezidiven. Vasomed 33. Jahrgang_5_2021:169.
- 2 De Maeseneer MG et al. European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs. Eur J Vasc Endovasc Surg 2022;63:184-267.

- 3 Shadid N et al. Randomized clinical trial of ultrasound-guided foam sclerotherapy versus surgery for the incompetent great saphenous vein. Br J Surg 2012; 99 (8): 1062–70.
- 4 Rasmussen LH et al. Randomized clinical trial comparing endovenous laser ablation, radiofrequency ablation, foam sclerotherapy and surgical stripping for great saphenous varicose veins. Br J Surg 2011;98:1079–87.
- 5 Rabe E et al. for the Guideline Group. European guidelines for sclerotherapy in chronic venous disorders. Phlebology. 2014;29:338–54

PANORAMA

A detailed 3D medical illustration of a coronary artery. The artery is shown in cross-section, revealing a yellowish, fatty plaque (atherosclerosis) narrowing the lumen. A blue mesh stent is implanted within the narrowed section. A blue catheter is inserted into the artery, passing through the stent. The background shows other red arteries.

Wenn Gefäße am Herzen verengt sind ...

© iStock/Christoph Burgstedt

Ein Umweg schenkt ein längeres Leben

WENN GEFÄSSE AM HERZEN VERENGT SIND, GEHT DER TREND ZUM STENT, WEIL DER EINGRIFF WENIG BELASTEND IST. DABEI WÄRE FÜR VIELE PATIENTEN EIN BYPASS BESSER.

Sabine Hoffmann

Dieser Artikel stammt aus der Frankfurter Allgemeinen Zeitung. Er galt unter den Einsendungen für den BDC-Journalistenpreis 2023 als einer der Favoriten.

Es geschah wie aus dem Nichts heraus auf dem Weg von der Garage ins Haus.

Wolfgang Münch spürte einen heftigen Stich in der Herzgegend, und sein Brustkorb fühlte sich plötzlich so beklemmend eng an, dass er nach Luft schnappte. Mit aller Kraft schleppte sich der 75-Jährige ins Haus, legte sich aufs Sofa und blickte aus dem Fenster. Wie jedes Jahr verbrachte der pensionierte

Sabine Hoffmann
Journalistin

Gymnasiallehrer auch diesen Winter im Farmhaus seiner Freunde in Südafrika. „Als ich in die saftig-grüne Buschlandschaft blickte, dachte ich, das wäre eigentlich ein schöner Ort zum Sterben“, erinnert sich Münch (der eigentlich anders heißt).

Zum Glück war die Attacke zehn Minuten später wieder vorbei. Am nächsten Morgen fuhr Münch mit dem Auto ins 130 Kilometer entfernte Krankenhaus nach Pretoria. Dort diagnostizierten die Ärzte einen Hinterwandinfarkt. Dabei verschließt sich meist das rechte Herzkranzgefäß, das die Rückwand des Herzens mit Blut versorgt. Infolgedessen können die Muskelzellen an der Rückwand des Herzens nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt werden und sterben ab. Schnell stand fest, dass es nur eine Möglichkeit gab, die Minderdurchblutung seines Herzens zu beseitigen: Der Oberpfälzer benötigte einen Bypass.

So wie ihm geht es vielen Menschen. Pro Jahr erfolgen hierzulande etwa 45.000 Bypassoperationen. Dabei werden verstopfte Gefäße mit Adern oder Venen aus anderen Bereichen des Körpers überbrückt. Man kann sich das vorstellen wie eine Umgehungsstrasse um die verstopfte Stelle herum. Das Blut kann so über das Ersatzgefäß ungehindert an den Engstellen vorbeifließen und den Herzmuskel wieder mit Sauerstoff und Energie versorgen. Bypassoperationen sind für Experten eigentlich ein Routineeingriff. Dennoch löst die Vorstellung einer Operation am offenen Herzen bei vielen Betroffenen – verständlicherweise – Ängste aus.

Deutlich weniger furchteinflößend erscheint da für viele die Implantation eines Stents. Das Drahtgeflecht in Form einer kleinen Hülse stützt das Gefäß von innen. Anders als eine Bypassoperation ist der Eingriff minimalinvasiv und liegt auch deshalb im Trend: Gut 300.000 Stent-Implantationen finden pro Jahr deutschlandweit statt. Bypassoperationen stehen da im Vergleich weit hinten an. Dabei sind sie häufig die bessere Alternative und versprechen nach Untersuchungen verschiedener wissenschaftlicher Studien eine längere Lebenserwartung. Für wen also eignet sich ein Bypass besonders gut?

Nachdem die Ärzte in Pretoria Wolfgang Münch mitgeteilt hatten, dass er operiert werden müsse, entschied er sich, zurück nach Deutschland zu fliegen – ansonsten hätte er die immens teuren Behandlungskosten in Südafrika selbst bezahlen müssen. Er hatte Glück, alles verlief glimpflich, den Großteil der Reise verbrachte er schlafend und ohne größere Beschwerden. Einen starken Druck auf dem Herzen verspürte er erst während des Krankentransports vom Münchner Flughafen ins Deutsche Herzzentrum München.

Wie alle Patienten wurde auch Münch von einem interdisziplinären Herzteam betreut, das im Kern aus Kardiologe, Herzchirurg und Anästhesist besteht. Das ist ein gängiges Verfahren in deutschen Kliniken und heute vorgeschrieben. „Dieses Team nimmt jeden Patienten selbst in Augenschein“, sagt Prof. Heribert Schunkert. Der Kardiologe ist ärztlicher Direktor des Herzzentrums und stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Herzstiftung. „In die Therapiewahl sollen zum Wohl des Patienten die Expertisen der unterschiedlichen Fachbereiche einfließen.“

Bei Münch ergaben die Untersuchungen, dass er seit Jahren an einer Koronaren Herzkrankheit (KHK) litt. Die Krankheit ist weit verbreitet. Allein in Deutschland leiden rund sechs Millionen Menschen daran – oft wie Münch ohne es zu bemerken. Die Betroffenen bekommen zunächst nicht mit, dass sich Fett- und Kalkablagerungen an der Innenwand ihrer Herzkranzgefäße abgesetzt haben. Dadurch verengen sich jedoch die Adern, die den Herzmuskel mit Blut versorgen. „In dem Prozess spielen Vererbung und Alter genauso wie der Lebensstil eine entscheidende Rolle“, erklärt Kardiologe Schunkert. „Übergewicht, Bewegungsmangel, Rauchen und Stress schädigen die Gefäße und sind die größten vermeidbaren Risikofaktoren.“

Mit der Zeit wachsen die Ablagerungen und behindern den Blutstrom. Das Herz wird nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt. „Bemerkbar macht sich das etwa beim Treppensteigen oder einem Sprint zum Bus“, erklärt der Arzt. „Atemnot, ein Druckgefühl und manchmal auch ein Brennen in der

Hoffmann S: Ein Umweg schenkt ein längeres Leben. *Passion Chirurgie*. 2024 Juni; 14(06/II): Artikel 09_01.



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

Brust sind typische Anzeichen einer Angina Pectoris, dem Hauptsymptom einer Erkrankung der Herzkranzarterien.“ Das Besondere: Die Beschwerden treten zunächst nur unter Belastung auf und verschwinden im Ruhezustand wieder.

Heilbar ist die KHK zwar nicht. Aus medizinischer Sicht ist dennoch klar: „Bei einer Gefäßverkalkung in den Herzkranzgefäßen muss etwas unternommen werden“, sagt Schunkert. „Unbehandelt drohen Herzinfarkt, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen und plötzlicher Herztod.“

Für alle Patienten gilt: Medikamente sind unverzichtbar, um das Fortschreiten der Ablagerungen aufzuhalten. Ob dann mittels Stents oder Bypass behandelt wird, ist abhängig von der Komplexität der Erkrankung. Ist das Gefäß nur an einer Stelle verengt, wird diese mithilfe eines Stents erweitert. Die Implantation dauert oft nicht länger als 15 Minuten und findet unter örtlicher Betäubung statt. Ein Kardiologe schiebt einen dünnen Kunststoffschlauch (Katheter) vom Handgelenk oder der Leiste aus über die Hauptschlagader bis zum Herzen und spritzt ein Kontrastmittel. Mittels Röntgenaufnahme werden die Herzkranzgefäße beurteilt.

Auf diese Weise kann auch die genaue Lage der Engstelle lokalisiert werden. „An dieser wird ein Miniaturballon aufgeblasen, der den zusammengefalteten Stent trägt. Durch den Druck entfaltet sich der Stent, drückt sich in die Wand des Blutgefäßes und stabilisiert das erweiterte Gefäß“, erklärt der Experte. „Bestehende Kalkablagerungen werden dabei an die Gefäßwand gedrückt. Der Stent sorgt dafür, dass das Blut wieder ungehindert fließen kann.“

Bei Patienten mit fortgeschrittener KHK, also wenn viele Arterien stark betroffen sind oder die Symptome heftiger, ergaben allerdings verschiedene Studien, dass fünf Jahre nach einer Stent-Implantation etwa 13 Prozent der Patienten verstorben waren. Zum Vergleich: Bei einer Bypassoperation waren es in dem Fall weniger als zehn Prozent. „Das liegt daran, dass es wieder zu Verengungen im Bereich der Stents kommt“, sagt Prof. Rüdiger

Lange. Er ist Direktor der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie am Deutschen Herzzentrum München. „Die Patienten müssen öfter erneut einen Stent bekommen. Dadurch ist die Langzeitüberlebensrate etwas schlechter als beim Bypass.“

Zu einer Bypassoperation raten Ärzte, wenn alle drei großen Äste der Herzkranzarterien betroffen sind und viele Stents eingesetzt werden müssten. „In diesem Fall ist es besser, mit dem Bypass eine Umgehung zu legen und die verstopften Gefäße mit Adern oder Venen aus dem Körper zu überbrücken“, sagt Herzchirurg Lange. „Ein Bypass ist ebenfalls notwendig bei Patienten mit Diabetes sowie hochgradigen und diffusen Verengungen.“

Bei Münch hatten sich infolge der Koronaren Herzkrankheit im Laufe der Zeit viele und weitverzweigte Verengungen in den Herzkranzgefäßen gebildet. Er benötigte gleich drei Bypässe. Dazu wurde zunächst das Brustbein mit einer Stichsäge der Länge nach durchtrennt. An der Rückseite des Brustbeins – der Wand des Brustkorbs – sind die Brustwandarterien eingebettet. „Diese müssen herausisoliert und die Seitenäste verschlossen werden“, erklärt Herzchirurg Lange. „Danach können sie für einen Bypass verwendet werden.“

Nun wird der Herzbeutel geöffnet. Die Herz-Lungen-Maschine wird an die Hohlvene und an die Hauptschlagader angeschlossen. Bevor das Herz still gestellt wird, kühlen die Mediziner die Körpertemperatur auf 34 Grad herunter. „Ziel ist es, dadurch den Sauerstoffbedarf des Herzens massiv zu verringern“, erklärt der Experte. Ist der Patient heruntergekühlt, wird die Hauptschlagader abgeklemmt. Mittels einer speziellen kalten und extrem kaliumhaltigen Lösung wird das Herz für eine Dauer von 60 bis 120 Minuten stillgestellt.

Während dieser Zeit wird der Bypass hinter verengte oder verschlossene Gefäßabschnitte genäht. Zur Herstellung des Bypasses werden auch oft Arterien oder Venen aus Armen oder Beinen verwendet. Ein Ende wird hinter der Verstopfung an das Herzkranzgefäß genäht, das andere an die Hauptschlagader, die Aorta. „Auf diese Weise kann der nachfolgende Herzmuskel wieder mit Blut versorgt

werden“, erklärt Lange. „Der Trend ist in den letzten zwanzig Jahren immer mehr zu arteriellen Bypässen gegangen.“

Am häufigsten werden dazu die beiden Brustwandarterien genutzt. Der entscheidende Vorteil von Bypässen sei, so Lange, dass nach zehn Jahren höchstens zehn Prozent verschlossen seien. Zum Vergleich: Bei venösen Bypässen seien im gleichen Zeitraum 20 bis 25 Prozent verschlossen. Ein arterieller Bypass ist auch oft die einzige Lösung, weil viele Patienten unter Krampfaden leiden. Dadurch ist nicht genügend Venenmaterial im Körper zur Überbrückung der Engstellen vorhanden. Künftig könnte es gerade für diese Patienten eine Alternative geben: Ein Kieler Forschungsteam arbeitet daran, feine Blutgefäße für Bypassimplantate mittels 3-D-Drucker künstlich herzustellen.

Mittlerweile ist es auch möglich, den Bypass ohne einen Anschluss an die Herz-Lungen-Maschine zu legen. Bei der sogenannten Off-Pump-Chirurgie sind die Belastung und die Gefahr von Komplikationen für den Patienten geringer. Das ist auch der Grund, weshalb das Verfahren im Trend ist. „In diesem Fall hat man allerdings nicht zu allen Regionen des Herzens perfekten Zugang“, sagt Lange. „Sind die Gefäße sehr stark verkalkt und arteriosklerotisch verändert, kann es manchmal sehr schwierig werden, sie ohne stillstehendes Herz mit einem Bypass zu versorgen.“

Egal, ob mit oder ohne Einsatz der Herz-Lungen-Maschine: Der Eingriff birgt natürlich auch Gefahren. Um eine weitere Operation am offenen Herzen zu vermeiden, werden deshalb bei einer Bypassoperation oft noch eine oder mehrere defekte Herzklappen ausgetauscht – so wie bei Ludwig Meier. Der 64-Jährige brauchte neben einem Bypass dringend noch eine neue Aortenklappe. Durch Zufall war bei Meier (der ebenfalls anders heißt) während der Voruntersuchungen für eine Bandscheiben-OP ein extrem hoher Blutdruck festgestellt worden. Auch die Werte des Belastungs-EKGs waren auffällig gewesen.

Ein Ultraschall des Herzens hatte ergeben, dass Meier schwer herzkrank war – ohne

etwas davon zu spüren. „Das war ein Schock“, sagt der ehemalige Verwaltungsangestellte aus Reichertshausen in der Nähe von Oberpfaffenhofen. „Natürlich hatte ich große Angst vor der Operation.“ Bei Meier war ein Herzkranzgefäß so stark verkalkt, dass mittels einer Vene aus dem Oberschenkel ein Bypass gelegt werden musste. Zudem war die Aortenklappe zwischen linker Herzkammer und Hauptschlagader durch Verschleißprozesse verengt.

Zehn Prozent der über 80-jährigen leiden unter einer Verengung der Aortenklappe, in der Fachsprache „Stenose“ genannt. Ihr Herz

muss mehr Kraft aufbringen, um genügend Blut in den Kreislauf zu pumpen. Das Herz wird dabei überstrapaziert und auf Dauer geschädigt. Eine Aortenklappen-Stenose äußert sich anfangs beispielsweise durch Schwindel, Luftnot und Leistungseinschränkung. Bleibt die Erkrankung unbehandelt, kommt es innerhalb weniger Jahre zu einer Herzschwäche.

Um das zu verhindern, wird die defekte Klappe durch eine mechanische oder biologische Prothese ersetzt. Mechanische Klappen haben zwar den Vorteil, dass sie in der Regel ein Leben lang halten. „Allerdings erfordern

sie immer eine Gerinnungshemmung mit Marcumar, weil sich sonst lebensbedrohliche Blutgerinnsel an der künstlichen Herzklappe ablagern können“, erklärt Herzchirurg Lange. Das ist auch der Grund, weshalb biologische Klappen immer gefragter sind. Diese müssen zwar meist nach zehn bis 15 Jahren ausgetauscht werden. Dafür müssen die Patienten aber keine Blutverdünner einnehmen.

Meier und Münch übrigens sind nach ihren Eingriffen beide wieder fit – und fast etwas dankbar, dass ihre unbemerkten Herzerkrankungen noch rechtzeitig erkannt wurden. 



Für Ihre
jungen
Ärztinnen/
Ärzte

Das neue BDC-Starterpaket

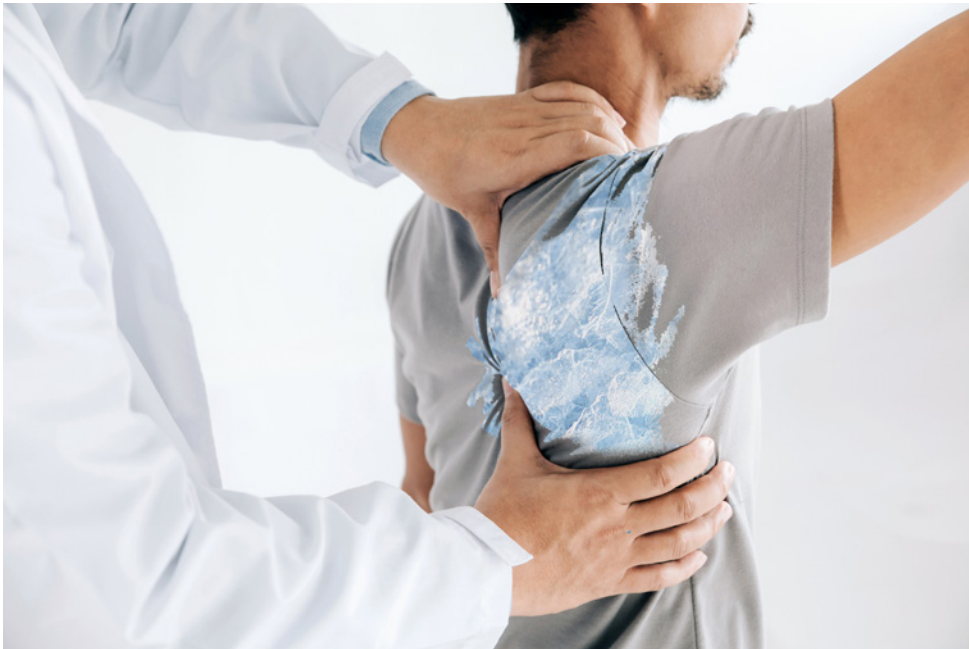
Das günstigste Weiterbildungspaket für die Chirurgie

Das ist drin für Ihre Assistentinnen und Assistenten:

- Ein Weiterbildungsseminar
- Einjährige Mitgliedschaft im Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.
- Sechsmonatiger Zugang zur Lernplattform Amboss
- Teilnahme am DCK vom 24.04.-26.04.2024 in Leipzig

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

BILDERRÄTSEL



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

Schicken Sie Ihre Antwort unter dem Stichwort „Passion Chirurgie 06/QII/2024“ an bilderraetsel@bdc.de. Einsendeschluss ist der 01. September 2024. Die Auflösung dieses Rätsels finden Sie in der nächsten gedruckten Ausgabe im September 2024. Auflösung Fachbegriff aus März: Wirbelsäule.

Unter allen richtigen Einsendungen der ersten drei Quartalsausgaben (QI, QII, QIII) verlosen wir Ende 2024 wieder ein Android-Tablet. Die Auslosung wird Anfang November stattfinden und der Gewinner in der QIV/2024 bekannt gegeben.

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

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 Gewebeerseigerung 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](https://www.corza.com)