

PASSION

CHIRURGIE



BDC | KAMPAGNE

**KEIN WEITER
OHNE BILDUNG**

im Fokus

**KINDER- UND
JUGENDCHIRURGIE**

10 | 2024

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

DGCH

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
CHIRURGIE E.V.
Gründ. 1972, Sitz Berlin



BDC  Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.



SURGEONTALK

Der BDC | Podcast



WIR PRÄSENTIEREN SURGEON TALK

**Chirurgisches Wissen
auf den Punkt.**

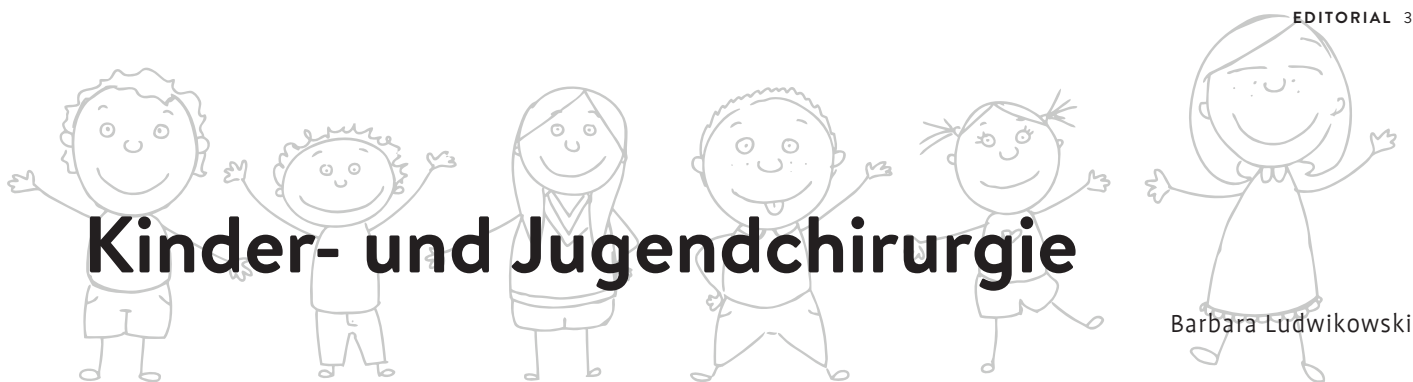
www.surgeontalk.de



BDC

Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.





Kinder- und Jugendchirurgie

Barbara Ludwikowski



PD Dr. Barbara Ludwikowski
Präsidentin Deutsche Gesellschaft für
Kinderchirurgie (DGKCH)
Kinder- und Jugendkrankenhaus
AUF DER BULT
30173 Hannover
Janusz-Korczak Allee 12
ludwikowski@hka.de

In dieser Ausgabe liegt der Schwerpunkt auf dem Bereich der Kinder- und Jugendchirurgie. Unsere Gesellschaft hat die Umbenennung in die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie zu unserem 60. Geburtstag 2023 bereits beschlossen und die dadurch notwendige Änderung der Satzung bei der diesjährigen Mitgliederversammlung im April in Leipzig bestätigt. Sobald die Änderungen im Vereinsregister erfolgt sind, werden wir uns **Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie (DGKJCH)** nennen. Dies entspricht unserer Tätigkeit, nämlich Kinder und Jugendliche von der Geburt bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs zu behandeln, wie es in der konservativen Kindermedizin der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) auch etabliert ist.

Es gibt etliche Überschneidungen in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit anderen Fachdisziplinen, wie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie, der Deutschen Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, der Deutschen Gesellschaft für Urologie, um nur einige zu nennen. Vonseiten der DGKCH arbeiten wir intensiv mit den beteiligten Fachgesellschaften an gemeinsamen Lösungen, wie wir in Zukunft im Rahmen der Gesundheitsreform weiterhin, wenn nicht sogar besser, die uns allen anvertrauten Patientinnen und Patienten in kindgerechten Strukturen behandeln können. Diese sehr gute Zusammenarbeit liegt vielleicht auch daran, dass seit Anfang Juli Professor Udo Rolle, auch ein Kinderchirurg, der Präsident der DGCH ist.

In dieser Zeitschrift lesen Sie über die Zentralisierung von speziellen Krankheitsbildern, die Entwicklung in der Laparoskopie und Robotik, aber auch wie die Behandlung der Appendizitis

in der Zukunft aussehen kann. Dies alles aus kinder- und jugendchirurgischer Sicht.

Die Zentralisierung der Neugeborenenchirurgie, insbesondere Gallengangsatresie, beschäftigt unsere Fachgesellschaft bereits seit 2017. Diese sehr seltene Erkrankung mit einer Geburtsprävalenz von 1:15.000 und ca. 40 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland soll in ausgewählten Zentren versorgt werden. Es gibt immer noch ein sehr geringes Wissen über die Gallengangsatresie und mithilfe von Datenerhebung und Eingabe in Register durch Zentren sollen mehr Kenntnisse gewonnen und frühere und bessere Behandlungen möglich werden. Durch interdisziplinäre Vernetzung und Zentralisierung konnte in Großbritannien eine Verbesserung des Parameters „Überleben mit der eigenen Leber“, d. h. Reduktion der Lebertransplantationen, nachgewiesen werden. Dies sollte auch in Deutschland möglich sein. Durch die DGKCH erfolgte 2022 eine Ausschreibung zur Bewerbung als Zentrum für Gallengangsatresie und es wurden im Herbst 2021 nach speziellen Kriterien fünf Zentren ausgewählt. Die beteiligten Zentren sind verpflichtet, ihre Daten in ein Register einzugeben. Der Bericht von PD Omid Madadi-Sanjani wird genauere Hintergründe, aber auch den aktuellen Stand der translationalen Forschung und Perspektiven für die nächsten Jahre für die Gallengangsatresie aufzeigen.

Dr. Fritz Kahl wird über den aktuellen Stand des Stellenwerts der Laparoskopie und Robotik im Kindes- und Jugendalter einen Überblick geben und Herr PD Marc Reismann zeigt neue Therapiemöglichkeiten der Appendizitis im Kinder- und Jugendalter in der Zukunft auf.

Wir wünschen Ihnen eine aufschlussreiche Lektüre!

Ludwikowski B: Editorial Kinder- und Jugendchirurgie. Passion Chirurgie. 2024 Oktober; 14(10): Artikel 01.



Mehr zur Kinderchirurgie finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik BDC|News.

CHIRURGIE

HERAUSGEBER

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

DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Udo Rolle
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Christiane Bruns,
Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner,
Prof. Dr. med. Jens Werner
Generalsekretär: Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
(V.i.S.d.P.)
Schatzmeister: Prof. Dr. med. Johann Pratschke

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/HRAUN

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

eISSN 2194-5578

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

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



INHALT

3 EDITORIAL

3 Kinder- und Jugendchirurgie *Barbara Ludwikowski*

6 KURZNACHRICHTEN

8 CHIRURGIE

8

ZENTRALISATION DER GALLENGANG-ATRESIE IN DEUTSCHLAND – EINE INITIATIVE DER DGKCH

Omid Madadi-Sanjani, Claus Petersen

14

STELLENWERT DER ROBOTHERASSISTIERTEN CHIRURGIE IM KINDES- UND JUGENDALTER

Elisabeth Ammer, Michael Ghadimi, Fritz Kahl

18

WIE VERSORGEN WIR DIE APPENDIZITIS IN DER ZUKUNFT?

Marc Reismann, Maximiliane Minderjahn



23 CHIRURGIE⁺

- 23 **Akademie aktuell:** BDC-Facharzt-Seminare im Herbst
- 26 **World Surgery Tour:** Eine umfassende Plattform für die Fort- und Weiterbildung in der Orthopädie und Unfallchirurgie *Miriam Stadthaler*
- 29 **Safety Clip:** Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nicht-ärztliches Personal: Anforderungen, Risiken und Vermeidung *Henry Riesenbeck*
- 34 **Hygiene-Tipp:** Nosokomiale Infektionen – Zahlen *Walter Popp, Meike Rudke, Lutz Jatzwauk, Wolfgang Kohnen*
- 36 Personalia
- 37 Honorarberichte der KBV 1. und 2. Quartal 2023 *KBV*
- 38 **RECHT**
- 38 **F+A:** Haftung bei Notfalltätigkeit im Krankenhaus aus dem Ruhestand heraus *Jörg Heberer*
- 40 **F+A:** Erbringung kinderchirurgischer Leistungen durch Viszeralchirurgen *Jörg Heberer*

42 GESUNDHEITSPOLITIK

- 42 **BDC-Praxistest:** Aus dem Physikpraktikum an den OP-Tisch *Tillman L. Krones, Fynn Vallböhmer*
- 45 **Kein Weiter ohne Bildung – Der BDC macht mobil für die fachärztliche Weiterbildung**
Carsten Krones, Daniel Vallböhmer, Ralf Schmitz, Andreas Kirschniak, Benedikt Braun, Friederike Burgdorf, Claudia Kunze, Olivia Päßler

- 49 „Wir brauchen dringend mehr Strukturierung – und eine auskömmliche Finanzierung“ *Ralf Schmitz*
- 52 **Berufspolitik Aktuell:** Daumen hoch oder runter? *Jörg-A. Rüggeberg*
- 53 **BDC|Pressemitteilung:** Chirurgieverband launcht Kreativkampagne zur Sicherung der fachärztlichen Weiterbildung

54 INTERN

- 54 **DGCH**
- 54 Sehr persönlich nachgefragt bei Hanno Matthaei
- 55 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland *Solveig Tenckhoff*
- 58 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus
- 59 **BDC**
- 59 BDC|News
- 62 BDC|Landesverbände
- 64 Termine BDC|Akademie
- 67 Lifestyle-Angebote im Oktober 2024

68 PANORAMA

- 68 **Das was bleibt – Was Max sich vor seinem Tod wünschte** *Juliane Just*

**Informations-
materialien zur
elektronischen
Patientenakte
(ePA)**

Die KBV veröffentlicht neue Informationsmaterialien zur elektronischen Patientenakte (ePA) die ab 2025 zur Anwendung kommt. Der BDC hat alle nützlichen Informationen zusammengestellt (siehe unten).

PRAXISINFOSPEZIAL

Eine neue Auflage der PraxisInfoSpezial enthält Basiswissen rund um die ePA. Darin wird unter anderem erläutert, welche Daten Praxen künftig einpflegen müssen, wie der Zugriff auf die ePA erfolgt und welche Informations- und Dokumentationspflichten Ärzte und Psychotherapeuten haben. Auch Fragen, ob eine Einsichtnahme bei jedem Patienten-Kontakt routinemäßig notwendig ist oder welche Widerspruchsmöglichkeiten Versicherte haben, werden beantwortet.

SCHAUBILD

Ergänzend zur PraxisInfoSpezial gibt es ein Schaubild, das wesentliche Informationen zur Nutzung der ePA in der Praxis auf einer Seite zusammenfasst.

VIDEO

Wie die elektronische Patientenakte die Anamnese, Diagnostik und Behandlung unterstützen kann, zeigt ein Video. Anhand eines fiktiven Falls wird die Nutzung der ePA erläutert. Das Video steht auf der Internetseite der KBV bereit.

Weitere kommunikative Maßnahmen sollen die Praxen bestmöglich bei der geplanten Einführung und Nutzung der ePA zu unterstützen. So haben die PraxisNachrichten eine Serie zur ePA entwickelt. Alle zwei Wochen wird ein Aspekt näher erläutert.

- [PraxisInfoSpezial](#)
- [Schaubild](#)
- [Video](#)
- [PraxisNachrichten](#)
- [Gematik](#)

NEUE GEMATIK-GESCHÄFTSFÜHRUNG



Die gematik hat seit September eine neue Geschäftsführung. Die Generalversammlung hatte den Personalvorschlag des Bundesgesundheitsministeriums im Juni angenommen. Dr. Florian Fuhrmann übernimmt seinen neuen Posten für fünf Jahre.

Der BDC begrüßt die Ernennung von Dr. Fuhrmann. Von Seiten der Niedergelassenen sind damit berechnete Hoffnungen verbunden. Fuhrmann war zuvor unter anderem als Geschäftsführer der KV Telematik tätig.

Die Arbeitsbereiche bei der gematik teilen sich die drei Geschäftsführer: Dr. Florian Fuhrmann verantwortet als Vorsitzender der Geschäftsführung die Bereiche Strategie und Standards, Recht und Finanzen. Brenya Adjei die Bereiche Personal, IT und Kommunikation. Dr. Florian Hartge führt die Bereiche Produktion, Sicherheit und Betrieb.

[Zur Website der gematik...](#)

EINIGUNG ZUR SELBSTSTÄNDIGKEIT



VON POOLÄRZTEN IM NOTDIENST

Poolärzte im ärztlichen Bereitschaftsdienst werden zukünftig wie Selbstständige behandelt. Das geht aus der jüngsten Einigung zwischen dem Deutschen Rentenversicherung Bund und dem GKV-Spitzenverband hervor, die den Vollzug für die Einigung mitgeteilt haben. Damit stehen die Bedingungen, die Ärzte und Ärztinnen erfüllen müssen, um im Bereitschaftsdienst als Selbstständige zu gelten, fest.

An der Selbstständigkeit würde sich demnach auch dann nichts ändern, wenn eine Kassenärztliche Vereinigung eine Sicherstellungspauschale für die Bereitschaft eines Vertragsarztes oder einer Vertragsärztin zur Teilnahme an der Erfüllung des Sicherstellungsauftrages gewährt.

[Pressemitteilung der KBV...](#) [Zum Podcast...](#)

IM FOKUS

Kinder- chirurgie





Zentralisation der Gallengangatresie in Deutschland – Eine Initiative der DGKCH

Omid Madadi-Sanjani, Claus Petersen



Korrespondierender Autor:
PD Dr. med. Omid Madadi-Sanjani
 Klinik für Viszerale
 Transplantationschirurgie
 Universitätsklinikum Hamburg-
 Eppendorf
 Martinistr. 52
 20251 Hamburg
 o.madadi-sanjani@uke.de



Prof. Dr. med. Claus J. Petersen
 Kinderchirurg im Ruhestand

Madadi-Sanjani O, Petersen C: Zentralisation der Gallengangatresie in Deutschland – Eine Initiative der DGKCH. *Passion Chirurgie*. 2024 Oktober; 14(10): Artikel 03_01.



Mehr Artikel zur Kinderchirurgie finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete | Kinderchirurgie.

Die Gallengangatresie (syn. Biliäre Atresie/engl. Biliary Atresia [BA]) ist eine seltene obstruktive Cholangiopathie der Neugeborenenperiode unklarer Ätiologie (**Abb. 1**), die innerhalb kürzester Zeit zu einer fortschreitenden Leberfibrose sowie -zirrhose führt. Trotz einer Inzidenz von knapp 1:19.000 in Deutschland, mit ca. 35 bis 40 neuen Diagnosen pro Jahr, macht die BA global immer noch die häufigste Ursache für eine Lebertransplantation im Kindesalter aus. Auch wenn basierend auf diesen Zahlen die Lebertransplantation unausweichlich erscheint, gilt der Anspruch möglichst vielen betroffenen Kindern diese zu ersparen oder die Transplantation zumindest hinauszuzögern. Dies gelingt in der Regel nur, wenn eine frühzeitige Diagnose gestellt wird. Diese sollte möglichst innerhalb der ersten 30 Lebensstage erfolgen und die Kasai-Portoenterostomie (KPE) in einem Zentrum mit der notwendigen Expertise durchgeführt werden. Bei der KPE wird die fibrotische Narbenplatte auf der Leberpforte scharf reseziert, mit der Hoffnung das darunter noch zahlreiche Gallenwegskanälchen offen liegen, über die eine biliäre Drainage erzielt werden kann. Der Eingriff, der nach Morio Kasai benannt wurde – einem in Sendai tätigen japanischen Chirurgen – wurde Ende der 50er-Jahre erstbeschrieben und hat für das ehemals unkorrigierbare Krankheitsbild der BA eine wichtige Option geschaffen. Über die letzten Jahrzehnte ist dieser Eingriff trotz zahlreicher beschriebener Modifikationen, einschließlich der minimalinvasiven Chirurgie, weitestgehend unverändert geblieben. Für knapp 30 % der Kinder kann dieser Eingriff ein langzeitiges

Überleben mit der eigenen Leber bedeuten, doch bleibt für den Großteil der Kinder bei der Konstellation aus Cholestase, portaler Hypertension und Zirrhose letztlich nur die Option eines neuen Organs. Durch die Kombination aus der Kasai-Portoenterostomie und der Lebertransplantation erreichen wir in Deutschland ein Gesamtüberleben von knapp unter 90 %, womit wir im westeuropäischen und globalen Vergleich, nicht zuletzt aufgrund der Organknappheit und der damit einhergehenden Einschränkung des Transplantationspools, das Schlusslicht abbilden. Auch die deutschen Ergebnisse bezüglich des Überlebens mit Eigenleber nach Kasai-Portoenterostomie („successful Kasai“) zeigen im Vergleich zu den Daten aus Großbritannien, Frankreich und Japan noch deutliches Entwicklungspotenzial. Doch wo liegt das Problem in der Versorgung?

ZAHL DER BEHANDELNDEN KLINIKEN

In mehreren europäischen Nationen wurde die Behandlung der Gallengangatresie zentralisiert. In den Niederlanden mit knapp 17,5 Millionen Einwohnern darf lediglich eine Klinik BA-Kinder behandeln, in Polen mit über 37 Millionen Einwohnern ist es wiederum eine Klinik, in Großbritannien mit über 67 Millionen Einwohnern sind es drei und in Deutschland mit knapp 82 Millionen Einwohnern waren es Anfang der 2000er-Jahre noch 29 Kliniken. Eine wiederholt durchgeführte Umfrage zeigte, dass es zwischen 2010 und 2014 weiterhin 21 behandelnde Kliniken für die Gallengangatresie in Deutschland gab,

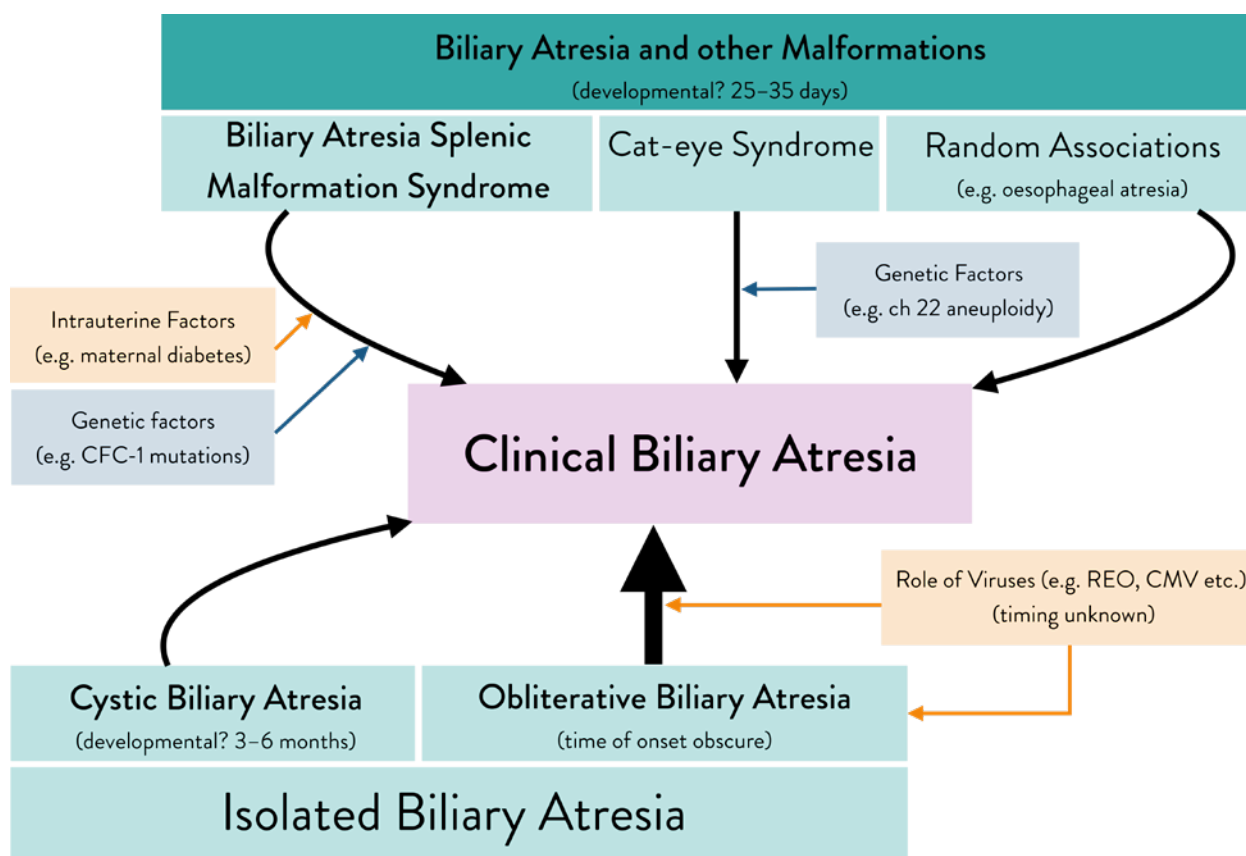


Abb. 1: Phänotypische Erscheinungsbilder der Gallengangatresie sowie Theorien zu ihrem Hintergrund (Claus Petersen & Mark Davenport. Aetiology of biliary atresia: what is actually known? Orphanet Journal of Rare Diseases 2013; 8:128)

von denen die große Mehrheit weniger als eine Kasai-Portoenterostomie pro Jahr durchführte (**Abb. 2**). Im direkten Vergleich liegt in Großbritannien das Fünf-Jahres-Überleben mit Eigenleber bei 46 % und das Fünf-Jahres-Gesamtüberleben bei 90 %, während in Deutschland das Zwei-Jahres-Überleben mit Eigenleber bei knapp 30 % liegt und das Zwei-Jahres-Gesamtüberleben bei 88 %. In Finnland konnte das Zwei-Jahres-Überleben mit Eigenleber nach Kasai-Operation nach Zentralisation der Gallengangatresie-Versorgung von 38 % auf 78 % gesteigert werden. Mittlerweile wissen wir auch, dass nicht nur die Ergebnisse der Kasai-Portoenterostomie von der Expertise des Zentrums abhängig sind, sondern auch die Transplantationen davon beeinflusst werden. Eine multidisziplinäre Arbeitsgruppe aus der Kinderklinik in Bergamo konnte nämlich zeigen, dass eine Lebertransplantation nach einer Kasai-Operation aus einem Zentrum mit weniger als fünf Operationen pro Jahr, mit deutlich mehr Komplikationen assoziiert ist.

VERNETZUNG DER KLINIKEN

In Frankreich wurde 2001 eine Beobachtungsstelle für die Gallengangatresie-Versorgung geschaffen. Obwohl das Behandlungssystem dezentralisiert verblieb, wurden Zusammenarbeiten zwischen den Zentren gefördert. Im Jahre 2005 folgte im nächsten Schritt eine Art Zertifizierung der Zentren zu Referenz-, Kompetenz- und weitere Zentren. Dokumentiert werden die französischen Versorgungsergebnisse in dem wohl detailliertesten Register für die Gallengangatresie in Europa, das die gesamte Versorgung der Kinder von der Erstvorstellung bis hin zur Kasai-Portoenterostomie und Lebertransplantation sowie der Nachsorge beinhaltet.

Die Vernetzung der französischen Zentren führte auch zu Anpassungen institutioneller Behandlungsprotokolle und im Resultat konnte über die Jahre dargestellt werden, dass sich die großen Unterschiede zwischen den Zentren mit hohen und niedrigen

Patientenzahlen langsam anglichen. Trotz dieses erfolgreichen Konzeptes zeigten sich weiterhin bessere Kasai-Ergebnisse in Zentren mit hohen Patientenzahlen, während die Überlebensraten mit Eigenleber im Vergleich zum britischen System schlechter waren. Einen Austausch oder sogar eine Bewertung von Outcome-Daten der Kasai-Portoenterostomie gibt es in Deutschland nicht. Bei den präsentierten Zahlen zu Kasai-Ergebnissen sowie auch der Transplantationszahlen berufen wir uns auf publizierte Daten im Rahmen wissenschaftlicher Projekte mit Zentrumsbefragungen. Ein deutsches Register, wie es in Frankreich angewandt wird, existierte bisher nicht. Somit ist die Objektivität der Behandlungsqualität retrospektiv betrachtet nicht sehr belastbar.

ZENTRALISATION IN DEUTSCHLAND

Während zahlreiche Versicherungsträger und Versorgungsstrukturen eine generelle Vorgabe

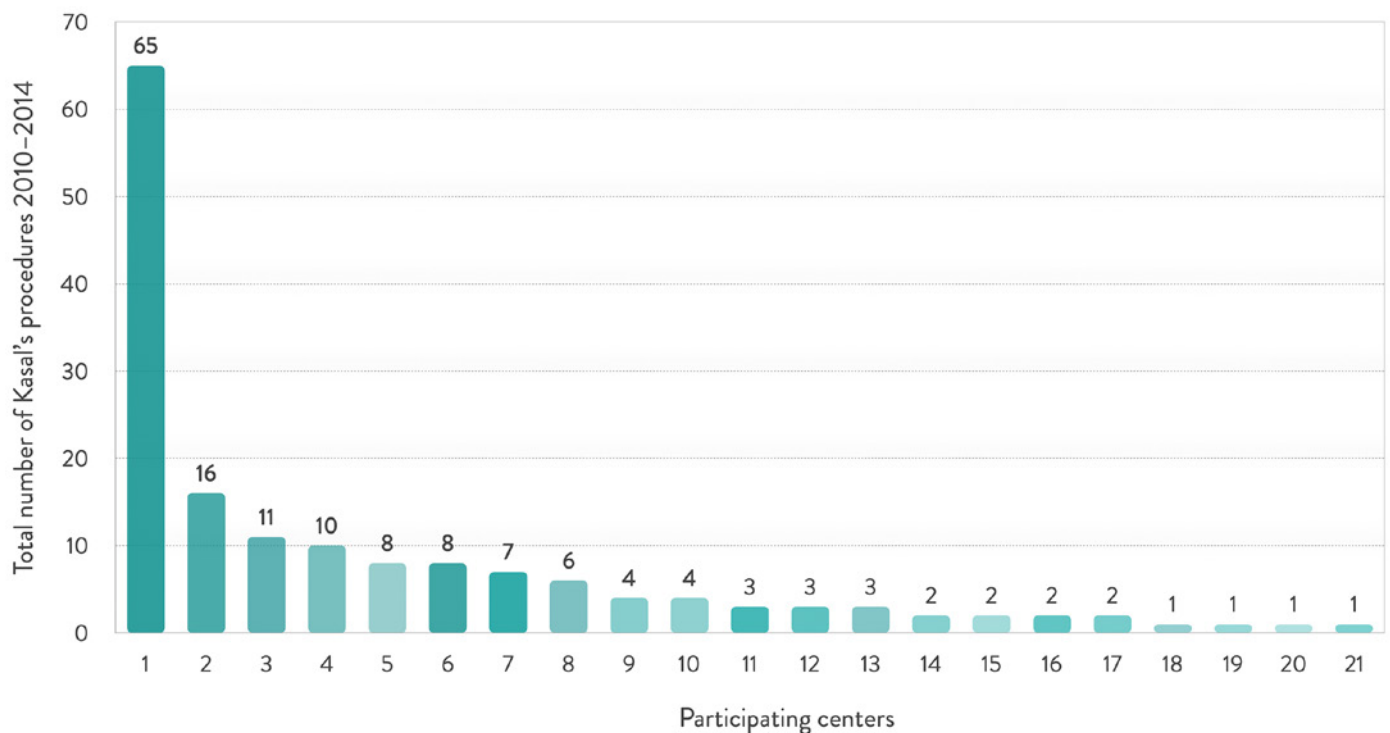


Abb. 2: Versorgungsverteilung von 160 behandelten BA Kindern in Deutschland, zwischen 2010 und 2014, auf 21 Kliniken (Madadi-Sanjani et al. Zentralization of Biliary Atresia: Has Germany learned its lessons? Eur J Pediatr Surg 2022; 32:233–239)

zur Zentralisation der Gallengangatresie auf wenige Kliniken in Deutschland erschweren, gibt es immer mehr Bewegungen, in den Fachgesellschaften, Behandlungsempfehlungen vorzugeben. Diese Empfehlungen beruhen auf Kriterien, die einzelne Zentren erfüllen müssen, um als Gallengangatresie-Zentrum zertifiziert zu werden. Diese Kriterien wurden durch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) und die Gesellschaft für pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. (GPGE) vorgegeben und beinhalten eine kinderchirurgische Expertise in der hepatobiliären Chirurgie (mit mehr als fünf Kasai-Operationen im Jahr), Expertise in der pädiatrischen Hepatologie und das Vorhandensein eines pädiatrischen Lebertransplantationsprogramms (fünf bis zehn Lebertransplantationen im Jahr) sowie Erfahrung in der histopathologischen Begutachtung pädiatrischer Lebererkrankungen.

Die DGKCH rief 2021 deshalb alle Leiter kinderchirurgischer Einrichtungen dazu auf, sich Partner in diesen empfohlenen Zentren zur

Zusammenarbeit zu suchen und mit diesen konkrete Behandlungsschritte abzustimmen.

Aktuell erfüllen sechs Zentren bzw. Kooperationsverbünde diese Vorgaben, wobei Qualitätskontrollen wichtig sind, um zukünftig eine Re-Zertifizierung dieser Zentren vorzunehmen.

REGISTER FÜR DIE GALLENGANGATRESIE-BEHANDLUNG

Auch wenn es bisher in Deutschland keine systematischen Strukturen zur Qualitätskontrolle gibt, gewinnen Register immer mehr an Wichtigkeit, um genau diese durchzuführen. Dies ist nicht nur notwendig, um Daten zwischen Kliniken zu vergleichen, sondern auch um klinikinterne Verläufe und Veränderungen nachvollziehen zu können. Einen wichtigen Schritt gehen wir diesbezüglich mit dem EBAR, dem europäischen Register für Gallengangatresie. Diese Initiative der Europäischen Referenznetzwerke für seltene Lebererkrankungen (ERN RARE-LIVER) soll

nicht nur zu einer besseren europäischen Vernetzung der deutschen Zentren führen, sondern ist auch als Qualitätskontrolle der deutschen Zentren im Rahmen der Zentralisations-Initiative gedacht. Die sechs deutschen Gallengangatresie-Zentren haben sich verpflichtet, ihre Ergebnis- und Nachsorge-Daten zur Kasai-Portoenterostomie in dieses Register einzupflegen. Eine erste Qualitätskontrolle ist jedoch aufgrund des Verlaufes der Gallengangatresie und der Notwendigkeit der zumindest Zwei-Jahres-Follow-up-Daten für die Auswertung erst in drei bis fünf Jahren möglich.

EUROPÄISCHES REFERENZNETZWERK FÜR SELTENE LEBERERKRANKUNGEN (ERN RARE-LIVER)

Nicht zuletzt aufgrund des Registers ist die Beteiligung an den Aktivitäten des ERN RARE-LIVER Netzwerkes wichtig. Dieses Expertennetzwerk vereint der Anspruch, die Versorgung seltener Lebererkrankungen und

somit auch der Gallengangatresie langfristig zu verbessern. Zusätzlich zu den Registeraktivitäten gibt es regelmäßige Fortbildungen, Austauschprogramme zwischen den Zentren und die Möglichkeiten, an wissenschaftlichen Projekten teilzunehmen. Diese wissenschaftlichen Projekte beinhalten zum Beispiel auch das Thema der adjuvanten Therapie nach Kasai-Portoenterostomie, wobei in der Studie zum Effekt von Inhibitoren des ilealen Gallesäuretransporters (IBAT) schon zahlreiche deutsche Leberzentren teilnehmen. Eingebettet in dieses Netzwerk, findet jährlich in Hamburg die Conference on Pediatric Liver Diseases (CPLD) statt, in dessen Rahmen neben der Gallengangatresie auch Entwicklungen in der Versorgung weiterer pädiatrischer Lebererkrankungen diskutiert werden und neben einer internationalen wissenschaftlichen Faculty vor allem deutsche Pädiater zur Teilnahme eingeladen sind.

ZUSAMMENFASSUNG

Auch wenn wir uns sicher sind, dass eine Zentralisierung in Deutschland unausweichlich ist, um unsere Versorgungsergebnisse der Gallengangatresie in Zukunft zu verbessern und diese insbesondere anderen europäischen Nationen anzupassen, werden wir valide Versorgungsdaten erst in den nächsten



Abb. 3: Die Autoren mit der in Niedersachsen etablierten Stuhlfarbenkarte nach der Veröffentlichung des G-BA-Beschlusses, diese in das gelbe Vorsorgeheft zu integrieren (s. a. „Leber-Check für Babys“ als App für Android und Apple)

Jahren gewinnen. Die Bereitschaft in der deutschen pädiatrischen sowie kinderchirurgischen Gesellschaft, die Versorgung auf eine limitierte Anzahl von Zentren zu beschränken, ist jedoch bereits ein wichtiges Zeichen und eine Anerkennung der aktuellen Problematik. Mit den zahlreichen Ansätzen zur Behandlungsverbesserung, der Überarbeitung der AWMF Leitlinien zur neonatalen Cholestase,

der neulich in das Gelbe Vorsorgeheft eingefügten Stuhlfarbskala zur Früherkennung der Gallengangatresie (**Abb. 3**), der Zentralisation, dem EBAR Register sowie der multizentrischen Studien zur adjuvanten Therapie nach Kasai-Portoenterostomie erleben wir aktuell eine beeindruckende Bewegung, von der wir sicher sind, dass sie unsere Versorgung nachhaltig verbessern wird.



Präsenz-Seminar

Wissenschaftliche Leitung:

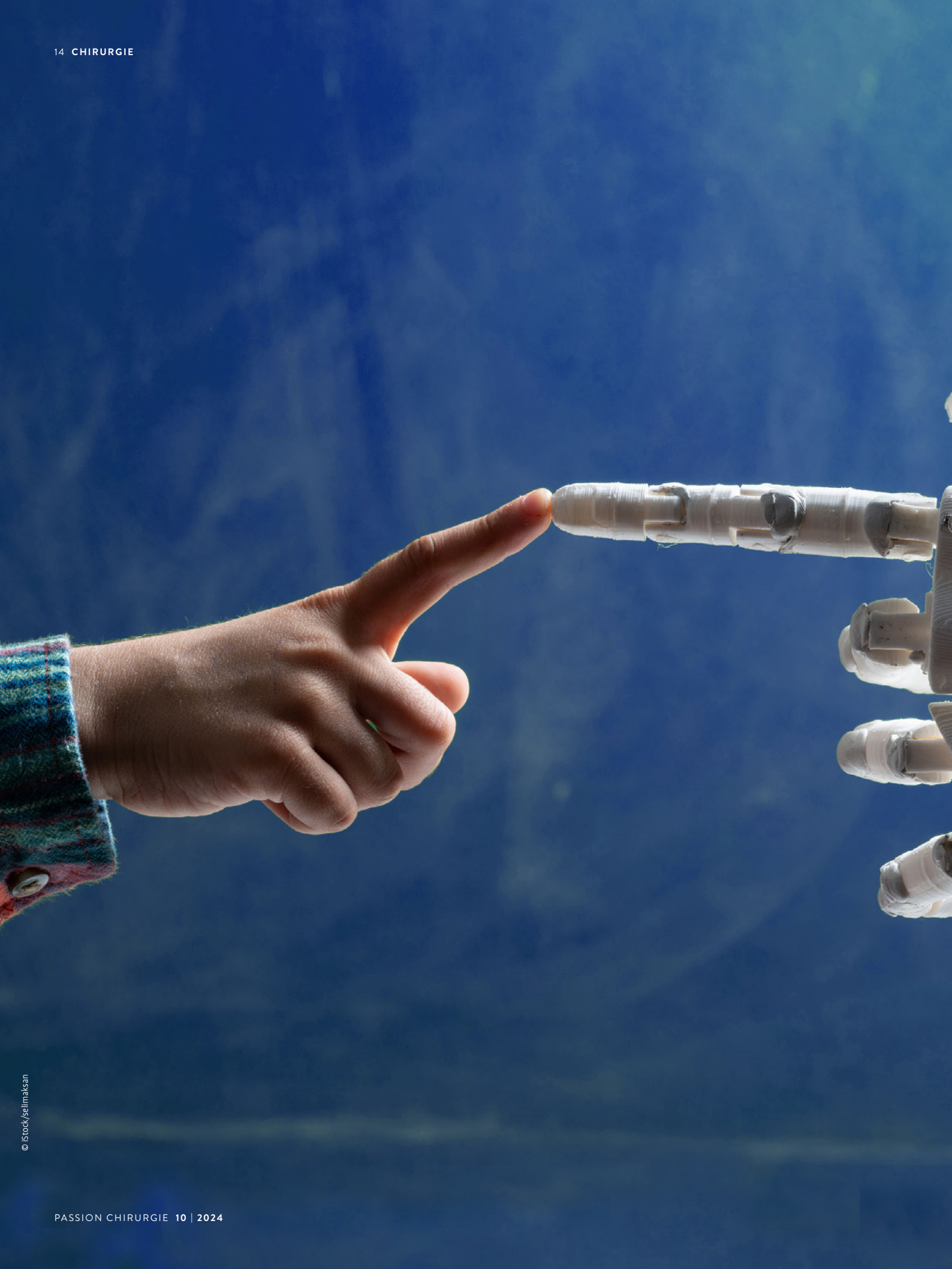
Prof. Dr. med. Guido Fitze,
PD Dr. med. Ralf Kraus

Orthopädie/Unfallchirurgie

**Kindertraumatologie
für D-Ärzte/-Ärztinnen**

Dresden, 29. – 30. November 2024

Klick!
Jetzt
anmelden!





Korrespondierende Autorin:

Dr. med. Elisabeth Ammer

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Kinderchirurgie

Universitätsmedizin Göttingen

Elisabeth.ammer@med.uni-goettingen.de



Prof. Dr. med. Michael Ghadimi

Direktor

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Kinderchirurgie

Universitätsmedizin Göttingen



Dr. med. Fritz Kahl

Ärztlicher Leiter

Schwerpunkt Kinderchirurgie und
Kinderurologie

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Kinderchirurgie

Universitätsmedizin Göttingen

Ammer E, Ghadimi M, Kahl F: Stellenwert
der roboterassistierten Chirurgie im Kindes-
und Jugendalter. *Passion Chirurgie*.
2024 Oktober; 14(10): Artikel 03_02.



Mehr Artikel zur Kinderchirurgie finden
Sie auf BDC|Online (www.bdc.de)
unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete |
Kinderchirurgie.

Stellenwert der roboterassistierten Chirurgie im Kindes- und Jugendalter

Elisabeth Ammer, Michael Ghadimi, Fritz Kahl

Kinderchirurgie ist bekanntermaßen nicht die Chirurgie zu klein geratener Erwachsener und doch gab es in der Vergangenheit einige Entwicklungen der Erwachsenen Chirurgie, die in der Kinderchirurgie adaptiert wurden. Zu den letzten großen Entwicklungen auf dem Gebiet der Chirurgie zählt sicherlich die roboterassistierte Chirurgie. Bereits seit vielen Jahren in der Urologie, Viszeralchirurgie und Gynäkologie beheimatet, entwickelte sich seit der ersten publizierten roboterassistierten Operation an einem Kind 2001 eine stetig wachsende kinderchirurgische Robotik-Szene [22]. Vorreiter waren hier, wie auch in der Erwachsenen-Chirurgie, die USA. Ursprünglich wurde die roboterassistierte Chirurgie für den Einsatz in Kriegsgebieten entwickelt. Mittlerweile hat sich die Technologie aber flächendeckend in der zivilen Nutzung durchgesetzt. In einigen Bereichen entwickeln sich die roboterassistierten Eingriffe zum Goldstandard (z. B. Prostatektomie) [28]. Im kinderchirurgischen Bereich wurden in den USA bereits 2015 40 % der Nierenbeckoplastiken roboterassistiert operiert [30]. Auch beim zweithäufigsten kinderchirurgischen Eingriff, der roboterassistiert durchgeführt wird, der Ureterneueinpflanzung, zeigen sich stark steigende Fallzahlen [4].

Nachdem 2017 die roboterassistierte Chirurgie in Deutschland in der Universitätsmedizin Göttingen zuerst im kinderchirurgischen Setting Anwendung fand, ziehen seit einigen Jahren andere Zentren nach. Auch hierzulande lässt sich ein kontinuierlicher Anstieg der roboterassistierten Eingriffe an Kindern und Jugendlichen verzeichnen. Während 2019

105 Fälle erfasst wurden, belaufen sich die Zahlen für 2022 bereits auf 170 Fälle (Ammer et al. 2024, submitted). Unter Berücksichtigung der Einschränkungen für elektive Eingriffe während der Covid-19-Pandemie ist hier ein deutlicher Anstieg an roboterassistierten Eingriffen zu verzeichnen.

VORTEILE ROBOTERASSISTIERTER CHIRURGIE

Bei den meisten kinderchirurgischen Eingriffen handelt es sich um rekonstruktive Operationen. Hierfür sind im sehr kleinen Raum Präparation und Rekonstruktion notwendig.

Die Vorteile der roboterassistierten Chirurgie wie bis zu 10-fache Vergrößerung und 3D-Sicht, Tremorfilter, Kameraführung durch die/den Operateur:in und multiple Freiheitsgrade der Instrumente bei intuitiver Handhabung liegen auf der Hand. Durch die enorme Vergrößerung und 3D-Sicht können gerade zarte kindliche Strukturen besonders visualisiert werden. Zusammen mit der intuitiven Bewegung der Instrumente mit hohen Freiheitsgraden und einem Tremorfilter, der die natürlichen Zitterbewegungen der Hände herausfiltert, ist so besonders präzises, punktgenaues Operieren möglich. Dies ist insbesondere bei zarten kindlichen Strukturen und empfindlichen Geweben ein großer Vorteil. Nähen im sehr kleinen Raum, mit schlechten laparoskopischen Winkeln (z. B. im kleinen Becken) oder operieren „über Kopf“ sind leichter möglich, als konventionell laparoskopisch.

Aufgrund des deutlich einfacheren Nähens und Knotens im Vergleich zu konventionell laparoskopischer Technik erhöht sich die Sicherheit für die kleinen Patient:innen und eine größere Anzahl an Kindern können von einem minimalinvasiven Verfahren profitieren [7, 17, 18]. Dies ist auch aus kosmetischen Gründen ein interessanter Aspekt. Bei regelmäßiger Nutzung der OP-Roboters ist die Lernkurve steil. Gezielte Ausbildung am Simulator ermöglicht die Vorbereitung auf diffizile Eingriffe und das Training auch ungeübter Chirurg:innen. Besonders vor dem Hintergrund deutlich geringerer Fallzahlen als in der Erwachsenen Chirurgie kommt dem in der Kinderchirurgie im Hinblick auf die Patient:innen-Sicherheit große Relevanz zu [26, 29]. Untersuchungen ergaben eine deutlich geringere Ermüdung der/des Operateur:in bei roboterassistierten Eingriffen verglichen mit konventionell laparoskopischen Operationen. Da in der konventionellen Laparoskopie oft unphysiologische Haltungen eingenommen werden müssen, kommt es rasch zu Ermüdungserscheinungen der Muskulatur. Durch die Positionierung der/des Chirurg:in an der Konsole ist eine entspannte Körperhaltung möglich und auch längere Eingriffe können ohne Ermüdungserscheinungen durchgeführt werden [31].

Eltern und Patient:innen nehmen Krankenhausaufenthalte sehr belastend wahr. Mehrere Studien legen nahe, dass durch den Einsatz von roboterassistierter Chirurgie der postoperative Krankenhausaufenthalt reduziert werden konnte [6, 27].

Besonders bei Kindern und Jugendlichen sollten möglichst kurze Narkosezeiten angestrebt werden. In der Literatur finden sich widersprüchliche Angaben zur OP-Dauer roboterassistierter Eingriffe, verglichen mit konventionell laparoskopischen oder offenen Prozeduren. Dauert bei einem erfahrenen und routinierten Team das Andocken des Roboters ca. 10 Minuten, kann dies in einem ungeübten Setting bis zu 40 Minuten in Anspruch nehmen, was die Narkosedauer verlängert. Die reine OP-Zeit ist je nach Eingriff und Erfahrung des Teams zumeist kürzer als konventionell laparoskopisch [3, 6, 11].

NACHTEILE ROBOTERASSISTIERTER CHIRURGIE

Dem entgegen stehen die Nachteile roboterassistierter Chirurgie. Hier sind vor allem die hohen Anschaffungs- und Wartungskosten, Kosten für Instrumente und Einmalmaterialien zu nennen [9, 19, 25]. Vor diesem Hintergrund wird häufig eine kinderchirurgische Nutzung des OP-Roboters im Wechsel mit anderen Abteilungen praktiziert, um den Roboter voll auszulasten und die Kosten aufzuteilen. Zum anderen stellt die Größe der verfügbaren Instrumente ein besonderes kinderchirurgisches Problem dar. Einige Anbieter haben bereits reagiert und 5-mm- bzw. 3-mm-Instrumente auf den Markt gebracht [15, 16].

Dennoch ist auch bei kleinen Instrumenten ein gewisser Trokarabstand ist erforderlich, um sinnvolles roboterassistiertes Arbeiten zu ermöglichen. In der Literatur werden Fälle von 5 bis 7 kg beschrieben [14, 23]. Die Einschätzung anderer Autoren deckt sich mit unserer Erfahrung [10]: Bei Kindern, die signifikant leichter als 8 kg sind, ist die Trokarplatzierung mit ausreichend Abstand zum Rippenbogen/Xiphoid und den Beckenkämmen nicht immer sinnvoll möglich. Hier kommt es wiederholt zu Kollisionen der Roboterarme, die sich gegenseitig behindern. Auf die korrekte Lagerung der Patient:innen muss aus diesem Grund besonderes Augenmerk gerichtet werden. Aufgrund der geringen Körpergröße käme es bei kleinen Patient:innen neben der Arm-Arm-Kollision zu Kollisionen der Roboter-Arme mit dem OP-Tisch. Zudem lässt sich durch das Auslagern der relativ kurzen Extremitäten wenig Raumgewinn schaffen, sodass auch hier strikt auf genügend Abstand zu den sich bewegenden Roboterarmen und fachgerechte Lagerung zu achten ist. Kinderchirurgisch lassen sich aufgrund der kleinen OP-Situs häufig nur drei Arme verwenden, ggf. unterstützt durch einen „konventionellen“ Hilfstrokar. Dies macht einen häufigen Instrumentenwechsel erforderlich. Auch diesen Aspekt gilt es bei der Lagerung und Platzierung des Roboters zu beachten.

Ein weiterer Punkt, den es speziell beim Einsatz von Robotersystemen in der Kinderchirurgie zu beachten gilt, sind Sorgen, Vorbehalte und Ansprüche der Eltern. Während mittlerweile viele Eltern explizit Zentren aufsuchen, die roboterassistierte Chirurgie anbieten, dominierte noch vor einigen Jahren elterliche Skepsis die Einstellung zur roboterassistierten Chirurgie. Die landläufige Vorstellung eines „OP-Roboters“ als einer autonom agierenden Einheit führte zu Verunsicherung. Die zunehmende mediale Präsenz und Etablierung der Robotik in der Erwachsenenmedizin führten hier zu einem deutlichen Wandel [2].

In der praktischen klinischen Anwendung haben sich einige kinderchirurgische Eingriffe als besonders prädestiniert für den Einsatz von OP-Robotern erwiesen. Hierunter zählen Operationen an den Nieren (Nephrektomie, Nierenbeckenplastik, Nierenteilresektionen), Fundoplikationen, Pyloroplastiken, Operationen an der Milz und Ureterneueinpflanzungen [5, 8, 12]. Aber auch Blasenaugmentationen, Prozeduren nach Soave bei M. Hirschsprung, Kasai-Operationen, Splenektomien, Zwerchfellhernien, Korrekturen der Ösophagusatresie und Darmchirurgie wurden bereits erfolgreich durchgeführt und publiziert [1, 8, 13, 20, 21, 24]. Bei allen Eingriffen zeigt sich deutlich der Vorteil des erleichterten Nähens und Knotens, der guten Übersicht und des intuitiven Handlings von Gewebe und Strukturen in engem Raum.

Letztlich bedarf der kinderchirurgische Einsatz von OP-Robotern einer individuellen Abwägung zwischen Benefit und Risiken für die kleinen Patient:innen. Bei bewusstem Einsatz für definierte Eingriffe in Zentren mit ausreichend Erfahrung und Routine können Kinder und Jugendliche von der Präzision und der kürzeren OP- und Krankenhausaufweildauer bei gleichem Outcome sehr profitieren.

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



Mitglieder werben Mitglieder



Werben Sie ein neues Mitglied
und belohnen sich mit

- Hoodie „Aufschneiderin“ oder „Aufschneider“
(türkis oder blau)
- 1 Jahr 50% Rabatt auf Ihren
BDC-Mitgliedschaftsbeitrag

Wählen Sie zusätzlich
eine dieser Prämien:

- 3-Monatsabo der Fachzeitschrift
Die Chirurgie inklusive Zugang zu
allen Online-Angeboten oder
- 6-Monatsabo der Fachzeitschrift
Die Unfallchirurgie oder
- 35 Euro Wunschgutschein
(amazon oder Dussmann)



Prämien für neue
BDC-Mitglieder:

- 3-Monatsabo einer
Fachzeitschrift der Wahl
(Die Chirurgie,
Die Unfallchirurgie,
Die Orthopädie)



- + Vollzugriff auf die
Wissensplattform
AMBOSS für 3 Monate



Empfehlen
und Prämie
sichern!





© iStock/HRAUN

Wie versorgen wir die Appendizitis in der Zukunft?

Marc Reismann, Maximiliane Minderjahn

Die derzeitigen etablierten Methoden und Empfehlungen zur Therapie der akuten Appendizitis gehen auf Arbeiten zurück, die bereits mehr als 130 Jahre alt sind. Als sehr einflussreich gelten die Empfehlungen des amerikanischen Pathologen Reginald H. Fitz zur grundsätzlichen und raschen chirurgischen Entfernung des entzündeten Wurmfortsatzes, die immer noch das chirurgische Handeln bestimmen [1].

Wissenschaftliche Aktivitäten mit dem Gegenstand der akuten Appendizitis haben sich seither in erster Linie auf chirurgisch

praktische Fragestellungen vor dem Hintergrund der allgemein akzeptierten und grundsätzlich angewendeten Methode der Appendektomie konzentriert. Auch wenn Erkenntnisse zu methodischen Aspekten wie der Anwendung von Drainagen, der intra-abdominalen Spülung und dem Operationszeitpunkt eine große Anzahl untersuchter Patienten notwendig machen, existieren dahingehend mittlerweile tragfähige Empfehlungen [2]. Diese Erkenntnisse sind wichtig, denn sie bestimmen das derzeitige Handeln. Es handelt sich jedoch im Wesentlichen um Modifikationen des Bestehenden, sodass sich



Korrespondierender Autor:
PD Dr. med. Marc Reismann
 Klinik für Kinderchirurgie
 Charité – Universitätsmedizin Berlin
 Augustenburger Platz 1
 13353 Berlin
 marc.reismann@charite.de



Dr. med. Maximiliane Minderjahn
 Klinik für Kinderchirurgie
 Charité – Universitätsmedizin Berlin

auf dieser Basis die zukünftige Behandlung der akuten Appendizitis möglicherweise nur unzureichend voraussagen lässt.

Neben den rein praktischen Aspekten der Behandlung der akuten Appendizitis existieren im Hintergrund drei Entwicklungen, die wahrscheinlich das zukünftige Handeln bestimmen werden:

1. die Klärung der Pathophysiologie der akuten Appendizitis,
2. Studien zur diagnostischen Anwendung von Methoden der künstlichen Intelligenz (KI) und des maschinellen Lernens (ML) und
3. Studien zur konservativen Therapie der akuten Appendizitis.

Diese Entwicklungen sind inhaltlich stark miteinander verwoben, so müssen sich Methoden der KI mit dem Ziel der Diagnose der Appendizitis oder gar unterschiedlicher Ausprägungen der Entzündung notwendigerweise auf pathophysiologische Faktoren beziehen. Die konservative Therapie ist wiederum auf die eindeutige Diagnose der Appendizitis und sogar der Schweregrade angewiesen, was wieder zur Pathophysiologie zurückführt. In diesem Artikel sollen die genannten drei Entwicklungen, die bisher weitestgehend isoliert betrachtet wurden, anhand von prägnanten Beispielen im Zusammenhang dargestellt werden. Rein inhaltlich sind die Entwicklungen im Fluss, sodass sich daraus noch keine verlässlichen diagnostischen oder therapeutischen Strategien ableiten lassen. Die Zukunft der Behandlung der akuten Appendizitis zeichnet sich jedoch möglicherweise bereits ab.

DIE KONSERVATIVE BEHANDLUNG DER AKUTEN APPENDIZITIS

Im Zentrum der Überlegungen zur zukünftigen Behandlung der akuten Appendizitis stehen die verschiedenen therapeutischen Alternativen – insbesondere chirurgisch operativ vs. (antibiotisch) konservativ. Es gibt mittlerweile einige entsprechende Studien aus dem erwachsenenchirurgischen und kinderchirurgischen Bereich. Die erste

kinderchirurgische prospektiv-randomisierte Studie, in der die antibiotisch-konservative Behandlung mit der etablierten chirurgischen Therapie verglichen wurde, wurde am Karolinska Universitätskrankenhaus in Stockholm durchgeführt [3]. Im Rahmen der Machbarkeitsstudie wurde eine limitierte Anzahl von 49 Kindern mit nicht-perforierender Appendizitis nach entsprechender bildgebender Diagnose mittels Sonographie oder Computertomographie (CT) für die entsprechenden Methoden randomisiert. Die Studie ist allerdings auch hinsichtlich der Probleme und insbesondere des Therapieversagens der konservativen Behandlung repräsentativ. So ergab eine Auswertung nach fünf Jahren ein Versagen der konservativen Therapie (entsprechend einer sekundären Appendektomie von primär konservativ behandelten Patienten) von 46 % (11 der 24 konservativ behandelten Patienten) [4]. Tatsächlich liegt die Quote des Therapieversagens in den verschiedenen insbesondere randomisiert-kontrollierten Studien bei 40 %, sodass derzeit keine entsprechende Empfehlung gegeben werden kann [5].

Im Zentrum steht die Frage, welche entzündlichen Entitäten für die konservative Therapie geeignet sind. Tatsächlich wurde die aktuell fehlende Möglichkeit der zuverlässigen präoperativen Differenzierung zwischen unkomplizierter und komplizierter Appendizitis als zentrales Hindernis für die konservative Therapie ausgemacht [5]. Hinsichtlich der Definition der Begriffe der unkomplizierten und komplizierten Inflammation tut sich ein weiteres Problem auf. So steht traditionell und aktuell immer die Perforation der Appendix – also der transmurale Substanzdefekt durch nekrotischen Gewebsuntergang – für die Definition der komplizierten Appendizitis im Vordergrund. Das ist insbesondere dahingehend verständlich, dass die Perforation häufig mit einem schlechteren Outcome mit Wundheilungsstörungen und Abszessen bis hin zur Sepsis und einer Mortalitätsrate von bis zu 5 % einhergeht [2].

Tatsächlich finden sich komplizierte Verläufe allerdings bereits gehäuft auf der Ebene der nicht perforierenden gangränösen

Reismann M, Minderjahn M: Wie versorgen wir die Appendizitis in der Zukunft?
 Passion Chirurgie. 2024 Oktober;
 14(10): Artikel 03_03.



Mehr Artikel zur Kinderchirurgie finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete | Kinderchirurgie.

Inflammation, die durch eine transmurale Nekrose ohne Substanzdefekt charakterisiert ist [6]. So ist die gangränöse Appendizitis klinisch durch eine gegenüber der unkomplizierten histopathologisch nicht nekrotisierenden phlegmonösen Entzündung durch eine höhere Rate an Komplikationen wie Wundinfektionen, Darmdysmotilität, Abszessbildungen und eine 6-fach erhöhte Mortalität gekennzeichnet [2, 6]. Die Vermutung liegt nahe, dass die Patient:innenstratifizierung für die konservative vs. chirurgische Behandlung auf dieser Ebene stattfinden sollte. Eine entsprechende Unterscheidung wurde bisher in keiner vergleichenden Therapiestudie zugrunde gelegt, was möglicherweise zu den hohen Versagensquoten in den konservativen Studienarmen geführt hat. Allerdings ist es derzeit mit keinem der etablierten klinischen, bildgebenden oder laborchemischen Verfahren möglich, phlegmonöse und gangränöse Appendizitis präoperativ zuverlässig zu unterscheiden. Dies kennzeichnet das aktuell noch grundsätzliche bestehende Problem der konservativen Behandlung.

Die konservative Therapie hat derzeit noch kein Fundament im Sinne einer geklärten Pathophysiologie, die eine Patient:innenstratifizierung auf Basis sinnvoller und präoperativ sicher differenzierbarer Krankheitsentitäten möglich macht.

DIE PATHOPHYSIOLOGIE DER AKUTEN APPENDIZITIS

Auch wenn aktuell noch keine abschließend geklärte Pathophysiologie der akuten Appendizitis angeboten werden kann, scheinen dahingehend tatsächlich unterschiedliche Voraussetzungen für die phlegmonöse und die gangränöse/perforierende Entzündung vorzuliegen.

So konnte speziell im Falle einer gangränösen Entzündung die schwedische Arbeitsgruppe um Andersson eine signifikant erhöhte Sekretion von Zytokinen nachweisen, welche mit einer Typ1-T-Helferzellen (Th1) und Th17-vermittelten Immunreaktion einhergehen [7, 8]. Das von Th17-Zellen freigesetzte Interleukin (IL-)17 ist ein stark wirksames proinflammatorisches Zytokin und mit der Rekrutierung von Neutrophilen Granulozyten in entzündetes Gewebe assoziiert [9, 10]. Überdies wurden erhöhte IL-17-Werte bereits mit E.-coli-Infektionen in Verbindung gebracht, was wiederum das am häufigsten nachweisbare bakterielle Pathogen bei der kindlichen Appendizitis darstellt [10]. Umgekehrt haben appendektomierte Patient:innen ein signifikant niedrigeres Risiko eine chronisch entzündliche Darmerkrankung zu entwickeln. Ursächlich dafür wird eine Suppression der Th-17-vermittelten Immunantwort angenommen [11].

Hinweise für eine Th2-abhängige Immunantwort im Falle der phlegmonösen Appendizitis korrespondieren mit dem Nachweis einer im Vergleich zeitlich stabil im Mittel signifikant höheren Zahl an eosinophilen Granulozyten [7, 12, 13].

Unabhängig davon gibt es deutliche Hinweise für eine virale Genese der akuten Appendizitis [14–16]. Dies stellt nicht unbedingt einen Widerspruch zu der Beobachtung Th1- und Th2-abhängiger Immunmechanismen dar, da gerade virale Infektionen einen entsprechenden Shift verursachen können [17].

Für praktische Fragen hinsichtlich der zukünftigen Versorgung der akuten Appendizitis ist unabhängig von der genauen Pathophysiologie die Feststellung wichtig, dass es sehr wahrscheinlich Formen der Entzündung gibt, die unterschiedlich – konservativ oder operativ – behandelt werden können. Die Herausforderung besteht nun in der zuverlässigen Unterscheidung für eine sichere therapeutische Zuordnung. Hier bieten sich Methoden der künstlichen Intelligenz (KI) und insbesondere des maschinellen Lernens (ML) an, um auf der Basis umfangreicher Daten und komplexer Zusammenhänge sogenannte Biomarkersignaturen zu erstellen, die als die kleinstmögliche Kombination entsprechender Parameter mit der größtmöglichen

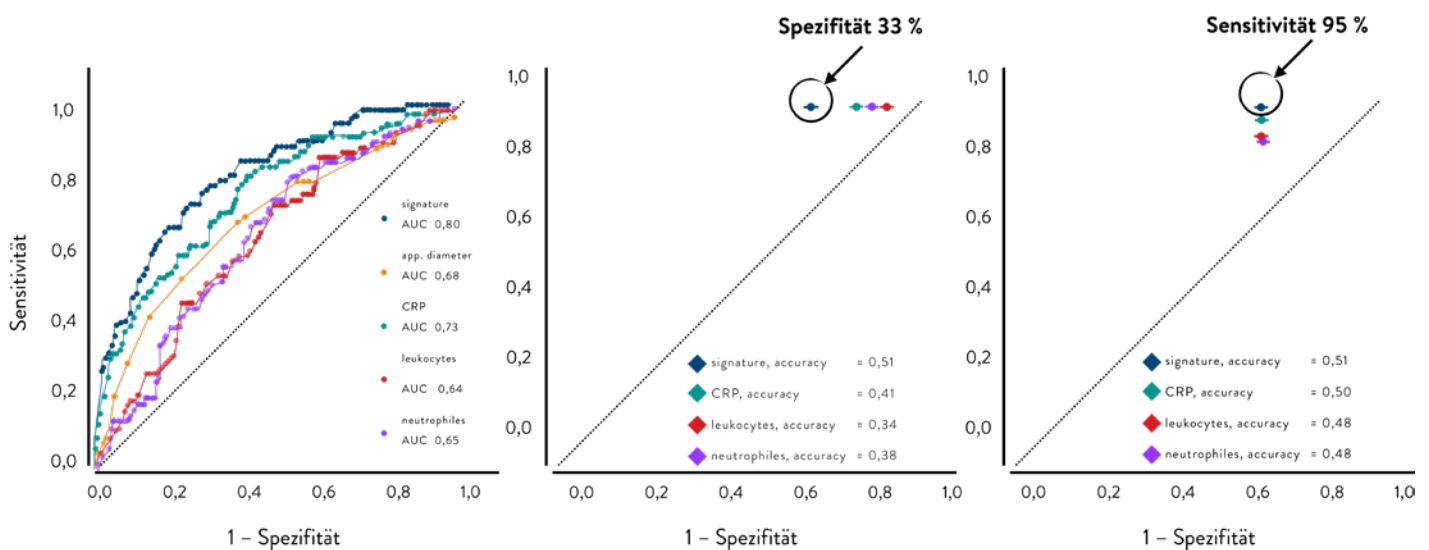


Abb. 1: Receiver operating characteristic curve zur Demonstration der Effektivität einer Biomarkersignatur auf Basis von Blutbildparametern und sonographisch gemessenem Appendixdurchmesser zur Unterscheidung von phlegmonöser und gangränöser Appendizitis insbesondere an einem „point of interest“ mit hoher Sensitivität [18]. N = 590. Biomarkersignatur: basophile Granulozyten, eosinophile Granulozyten, Monozyten, Thrombozyten, C-reaktives Protein, sonographisch gemessener Appendixdurchmesser. AUC: Area under the curve.

differenzierenden Aussagekraft definiert sind.

DIE DIAGNOSTISCHE ANWENDUNG KÜNSTLICHER INTELLIGENZ

Beispielhaft sollen zwei Studien erwähnt werden, die das Ziel hatten, im Sinne einer Machbarkeitsuntersuchung Biomarkersignaturen zur Differenzierung von phlegmonöser und gangränöser/perforierender Appendizitis auf Basis unterschiedlicher Daten zu erstellen und zu überprüfen. So wurden Methoden des ML auf Blutbildparameter, C-reaktives Protein und sonographisch gemessene Appendixdurchmesser angewendet. Die erstellte Biomarkersignatur zeigte eine gute Differenzierbarkeit der entzündlichen Entitäten (**Abb. 1**) [18]. Die Anwendung entsprechender Methoden auf Genexpressionsdaten aus peripheren Blutzellen erkrankter Patient:innen zeigte ebenfalls im Rahmen eines Proof-of-Concepts eine gute Effektivität hinsichtlich der Unterscheidung der Entitäten (**Abb. 2**) [19].

Somit scheint die Entwicklung von Biomarkersignaturen eine effektive Möglichkeit zu sein, inflammatorische Entitäten der akuten Appendizitis im Kindesalter präoperativ für unterschiedliche Behandlungsmethoden zu differenzieren.

ZUSAMMENFASSUNG

Die konservative Therapie erweitert theoretisch das Spektrum der Behandlungsoptionen für die akute Appendizitis bei Kindern und Erwachsenen. Allerdings lassen sich geeignete Patient:innen mit den derzeit etablierten diagnostischen Möglichkeiten nicht abgrenzen, da insbesondere die Pathophysiologie der unterschiedlich zu behandelnden inflammatorischen Formen nicht ausreichend geklärt ist, um objektive differenzierende Parameter zu definieren. Perspektivisch wird es möglich sein, mittels Methoden der künstlichen Intelligenz differenzierende Biomarkersignaturen zu entwickeln, die in Zukunft eine sichere Anwendung konservativer Therapiemethoden geeigneter Patient:innen ermöglichen.

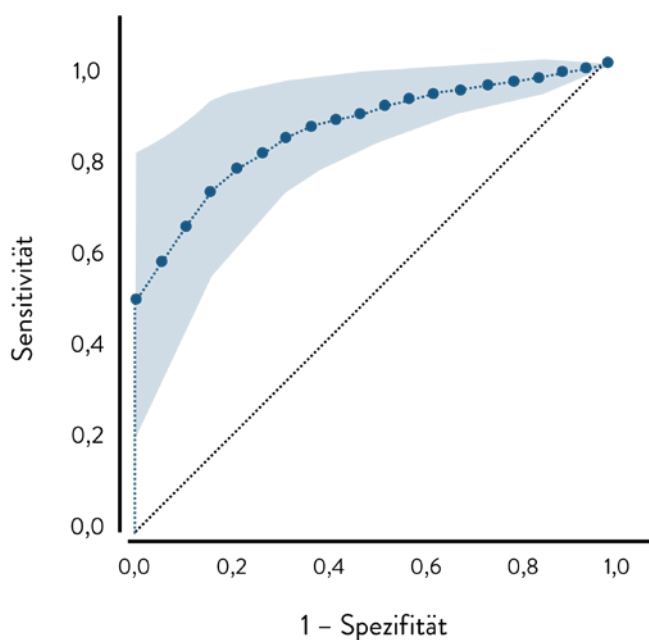


Abb. 2: Receiver operating characteristic curve zur Demonstration der Effektivität einer Biomarkersignatur auf Basis Genexpressionsparametern zur Unterscheidung von phlegmonöser und gangränöser Appendizitis [19]. N = 29. Biomarkersignatur: ERGIC and golgi 3, Regulator of G-protein signalling 2, Rho GTPase activation protein 33, Golgi Reassembly Stacking Protein 2. AUC (area under the curve): 0,84 (0,08). Die Datengrundlage wurde mittels des Bootstrap-Verfahrens vergrößert.

LITERATUR

- [1] Fitz RH. Perforating inflammation of the vermiform appendix: with special reference to its early diagnosis und treatment. *Am J Sci* 1886;92:321-46.
- [2] Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World J Emerg Surg* 2020;15:27. doi: 10.1186/s13017-020-00306-3.
- [3] Svensson JF, Patkova B, Almström M, Naji H, Hall NJ, Eaton S, Pierro A, Wester T. Nonoperative treatment with antibiotics versus surgery for acute nonperforated appendicitis in children: a pilot randomized controlled trial. *Ann Surg* 2015;261:67-71. doi: 10.1097/SLA.0000000000000835. PMID: 25072441.
- [4] Patkova B, Sevenningsson A, Almström M, Eaton S, Wester T, Svensson JF. Nonoperative treatment versus appendectomy for acute nonperforated appendicitis in children: five-year follow up of a randomized controlled pilot trial. *Ann Surg* 2020; 271: 1030-35. doi: 10.097/SLA.0000000000003646.
- [5] Kirby A, Hobson RP, Burke D, Cleveland V, Ford G, West. Appendectomy for suspected uncomplicated appendicitis is associated with fewer complications than conservative antibiotic management: a meta-analysis of post-intervention complications. *J Infect* 2015;70: 105-10. doi: 10.1016/j.jinf.2014.08.009.
- [6] Bhangu A, Søreide K, Di Saverio S, Assarsson JH, Drake FT. Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. *Lancet* 2015;386:1278-87. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00275-5.
- [7] Rubér M, Berg A, Ekerfelt C, Olaison G, Andersson RE. Different cytokine profiles in patients with a history of gangrenous or phlegmonous appendicitis. *Clin Exp Immunol* 2006;143:117-24. doi: 10.1111/j.1365-2249.2005.02957.x
- [8] Rubér M, Andersson M, Petersson BF, Olaison G, Andersson RE, Ekerfelt C. Systemic Th17-like cytokine pattern in gangrenous appendicitis but not in phlegmonous

- appendicitis. *Surgery* 2010;147:366-72. doi: 10.1016/j.surg.2009.09.039
- [9] Shibata K, Yamada H, Hara H, Kishihara K, Yoshikai Y. Resident Vdelta1+ gamma-delta T cells control early infiltration of neutrophils after *Escherichia coli* infection via IL-17 production. *J Immunol* 2007;178:4466-72. doi: 10.4049/jimmunol.178.7.4466. PMID: 17372004.
- [10] Richardsen I, Schöb DS, Ulmer TF, Steinau G, Neumann UP, Klink CD, Lambert A. Etiology of Appendicitis in Children: The Role of Bacterial and Viral Pathogens. *J Invest Surg* 2016;29:74-9. doi: 10.3109/08941939.2015.1065300. Epub 2015 Sep 16. PMID: 26376211.
- [11] Sarra M, Pallone F, Macdonald TT, Monteleone G. IL-23/IL-17 axis in IBD. *Inflamm Bowel Dis* 2010;16:1808-13. doi: 10.1002/ibd.21248. PMID: 20222127.
- [12] Minderjahn MI, Schädlich D, Radtke J, Rothe K, Reismann M. Phlegmonous appendicitis in children is characterized by eosinophilia in white blood cell counts. *World J Pediatr* 2018;14:504-9. doi: 10.1007/s12519-018-0173-3.
- [13] Reismann J, Schädlich D, Minderjahn MI, Rothe K, Reismann M. Eosinophilia in pediatric uncomplicated appendicitis is a time stable pattern. *Pediatr Surg Int* 2019;35:335-40. doi: 10.1007/s00383-018-4423-1.
- [14] Kiss N, Minderjahn M, Reismann J, Svensson J, Wester T, Hauptmann K, Schad M, Kallarackal J, von Bernuth H, Reismann M. Use of gene expression profiling to identify candidate genes for pretherapeutic patient classification in acute appendicitis. *BJS Open* 2021;5:zraa045. doi: 10.1093/bjsopen/zraa045.
- [15] Alder AC, Fomby TB, Woodward WA, Haley RW, Sarosi G, Livingston EH. Association of viral infection and appendicitis. *Arch Surg* 2010;145:63-71. doi: 10.1001/archsurg.2009.250.
- [16] Lamps LW. Infectious causes of appendicitis. *Infect Dis Clin North Am* 2010;24:995-1018, ix-x. doi: 10.1016/j.idc.2010.07.012.
- [17] Howard FHN, Kwan A, Winder N, Mughal A, Collado-Rojas C, Muthana M. Understanding Immune Responses to Viruses-Do Underlying Th1/Th2 Cell Biases Predict Outcome? *Viruses* 2022;14:1493. doi: 10.3390/v14071493.
- [18] Reismann J, Romualdi A, Kiss N, Minderjahn MI, Kallarackal J, Schad M, Reismann M. Diagnosis and classification of pediatric acute appendicitis by artificial intelligence methods: An investigator-independent approach. *PLoS One* 2019;14:e0222030. doi: 10.1371/journal.pone.0222030.
- [19] Reismann J, Kiss N, Reismann M. The application of artificial intelligence methods to gene expression data for differentiation of uncomplicated and complicated appendicitis in children and adolescents – a proof of concept study. *BMC Pediatr* 2021;21:268. doi: 10.1186/s12887-021-02735-8. ○



Präsenz-Seminar

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Stephan Gretschel
Dr. med. Christian Müller

Klick!
Jetzt
anmelden!

Basischirurgie

Berlin, 25. – 29. November 2024

AKADEMIE AKTUELL

BDC-Facharzt-Seminare im Herbst

Die Facharztseminare gehören seit vielen Jahren zum Kerngeschäft der BDC|Akademie. Die Seminare sind konzipiert, um am Ende der sechsjährigen Weiterbildung das notwendige Wissen des Weiterbildungskatalogs für die anstehende Facharztprüfung noch einmal zu rekapitulieren und damit die jungen Kolleginnen und Kollegen direkt auf die Prüfung vorzubereiten. Die Seminare werden in enger Kooperation mit den verantwortlichen Fachgesellschaften und deren wissenschaftlichen Leitungen organisiert. Das

Seminarangebot umfasst alle acht Säulen des Gebietes Chirurgie, sodass diese mehrtägigen Seminare auch für Fachärztinnen und Fachärzte anderer Disziplinen und für den Quer- und Wiedereinstieg als Refresher-Kurse bestens geeignet sind.

Einige Seminare finden zu einem Teil als Online-Kurs und einem Teil in Präsenz statt und ersparen Ihnen somit einen großen Teil Arbeits- und Reisezeit. ○

ALLGEMEINCHIRURGIE

DEUTSCHE AKADEMIE FÜR CHIRURGISCHE FORT- UND WEITERBILDUNG



Facharztseminar
Allgemeinchirurgie
Dortmund, 11. – 15. November 2024

Empfohlen für
Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung
und Fachärztinnen/-ärzte als Refresherkurs

Zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung für Allgemeinchirurgie, von chirurgischer Intensivmedizin, Behandlung von Karzinomen, laparoskopischem Operieren über Hernien, Kinderchirurgie bis hin zu Management des Polytraumas – Referent:innen aus ganz Deutschland machen Sie in fünf Tagen fit für Ihre Prüfung.

Das nächste Seminar findet vom **11. bis 15. November 2024 in Dortmund** statt.

Programm und zur Anmeldung.

BDC-Facharzt-Seminare im Herbst.
Passion Chirurgie. 2024 Oktober;
14(10): Artikel 04_01.



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

ORTHOPÄDIE/UNFALLCHIRURGIE

DEUTSCHE AKADEMIE FÜR CHIRURGISCHE FORT- UND WEITERBILDUNG



Facharztseminar
**Orthopädie/
Unfallchirurgie**
Webinar, 27. – 29.11.2024

Empfohlen für
Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung
und Fachärztinnen/Fachärzte

Live-
Webinar

Vorbereitung auf die Facharztprüfung für Orthopädie/Unfallchirurgie, vom Polytrauma über State of the Art bei Hallux valgus Korrekturen, Sportverletzungen, Rheuma und Skoliose bis hin zu kindlichen Wachstumsstörungen – Referent:innen aus ganz Deutschland machen Sie in drei Tagen fit für Ihre Prüfung.

Das nächste Seminar findet vom **27. bis 29. November 2024 online** statt.

Programm und zur Anmeldung.

VISZERALCHIRURGIE

Zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung für Viszeralchirurgie, von gastroenterologischen, endokrinen und onkologischen Erkrankungen über die große onkologische Chirurgie des Gastrointestinaltrakts, Hernienchirurgie, minimalinvasive Chirurgie bis hin zu Koloproktologie und Endoskopie – Referent:innen aus ganz Deutschland machen Sie in vier Tagen fit für Ihre Prüfung.

Das nächste Seminar findet vom **11. bis 14. November 2024 in Hamburg** statt.

DEUTSCHE AKADEMIE FÜR CHIRURGISCHE FORT- UND WEITERBILDUNG



Facharztseminar
Viszeralchirurgie
Hamburg, 11. – 14. November 2024

Empfohlen für
Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung
und Fachärztinnen und -ärzte
als Refresherkurs

Programm und zur Anmeldung.

~~956,- €~~
399,- €

Für Ihre
jungen
Ärztinnen/
Ärzte

Das neue BDC-Starterpaket

Das günstigste Weiterbildungspaket für die Chirurgie

Das ist drin für Ihre Assistentinnen und Assistenten:

Ein Weiterbildungsseminar

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

Einjährige Mitgliedschaft im Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

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

Sechsmonatiger Zugang zur Lernplattform Amboss

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

Teilnahme am Deutschen Chirurgie-Kongress

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

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



* Das Seminar muss innerhalb der Mitgliedschaft gebucht werden.

** Die BDC-Mitgliedschaft gilt ab Buchung in 2024 bis Dezember 2025.

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

World Surgery Tour:

EINE UMFASSENDE PLATTFORM FÜR DIE FORT- UND WEITERBILDUNG IN DER ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE

Miriam Stadthalter

DER BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE (BDC) ÜBERNIMMT DIE SCHIRMHERRSCHAFT

In einem sich stetig wandelnden Gesundheitssystem ist die Qualität der chirurgischen Fort- und Weiterbildung von zentraler Bedeutung. Die Anforderungen an die medizinische Versorgung steigen kontinuierlich, was eine möglichst praxisbezogene Ausbildung von Chirurg:innen notwendig macht. Vor diesem Hintergrund hat der Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC) die Schirmherrschaft für die World Surgery Tour der Rimasys Gruppe übernommen, eine umfassende Plattform, die sich der Fort- und Weiterbildung in der Orthopädie und Unfallchirurgie widmet.

Die Fort- und Weiterbildung von Chirurg:innen kann mit der intensiven Vorbereitung von Pilot:innen in Flugsimulatoren verglichen werden. Um in der Unfallchirurgie und Orthopädie diesen Wissenstand zu erlangen, müssen nach der medizinischen Approbation mindestens weitere 72 Monate in die Facharztweiterbildung investiert werden. Realistisch geschätzt wären zwischen 80 und 100 Arbeitsstunden pro Woche notwendig, um eine qualitativ hochwertige und umfassende Weiterbildung gewährleisten zu können. Nach der Arbeitszeitregelung müssen sich angehende Fachärzt:innen für Orthopädie und Unfallchirurgie allerdings an eine maximale Wochenarbeitszeit von 48 Stunden halten. Die Arbeitsschutzregel und der ökonomische Druck, der in der im Vergleich mit erfahrenen Chirurg:innen um durchschnittlich 19,75 % längeren Schnitt-Naht-Zeit von

Assistenzärzt:innen begründet liegt, erzeugen eine jährliche Mehrkostenbelastung für die Kliniken von bis zu 150.000 €. [1]

QUALITÄTSFORDERUNG AN CHIRURGISCHE WEITERBILDUNG

Um die Qualität der ärztlichen Weiterbildung sicherzustellen, fordert das Positionspapier zur ärztlichen Weiterbildung anlässlich der Krankenhausreform – „Die Weiterbildung muss mitgedacht werden“ – des Bündnisses Junge Ärztinnen und Ärzte von der Gesetzgebung eine offizielle Regelung zur Finanzierung der notwendigen Maßnahmen, die die intersektorale Förderung aller Fachbereiche umfasst. [2]

Zudem werden Regelungen zur Personalbedarfsbemessung als unerlässlich betrachtet, um eine angemessene Supervision zu gewährleisten. Querschnittsfächer wie Anästhesie, Radiologie und andere müssen ebenfalls gefördert werden. Ebenso wichtig sind gesetzliche Rahmenbedingungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Auch an die Arbeitgeber:innen werden klare Forderungen gestellt, um eine qualitativ hochwertige Weiterbildung zu gewährleisten. Die Lehre muss im Berufsalltag höher gewichtet und eine angemessene Supervision durch Fachärzt:innen gewährleistet werden. Es ist sicherzustellen, dass verpflichtende Weiterbildungsabschnitte innerhalb der Regelweiterbildungszeit durchgeführt werden können. Außerdem sollten mindestens fünf bezahlte



Miriam Stadthaler
Geschäftsführerin
RIMASYS GmbH
Nattermannallee 1
50829 Köln
Miriam.Stadthaler@rimasys.com

Stadthaler M: World Surgery Tour: Eine umfassende Plattform für die Fort- und Weiterbildung in der Orthopädie und Unfallchirurgie. *Passion Chirurgie*. 2024 September; 14(09/III): Artikel 03_0X.



Weitere Artikel zur „Orthopädie/Unfallchirurgie“ finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete | Orthopädie/Unfallchirurgie.

We Weiterbildungstage pro Jahr gewährleistet und Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Sorgearbeit geschaffen werden.

Die Ärztekammern spielen ebenfalls eine entscheidende Rolle bei der Sicherstellung einer hochwertigen ärztlichen Weiterbildung. Sie sollen Kooperationen zwischen Kliniken und Praxen zur Durchführung der erforderlichen Weiterbildungsabschnitte fördern. Moderne Ansätze zur Kontrolle der Weiterbildung wie die Nutzung digitaler Lösungen für Dokumentation und Kontrolle wären hilfreich, wenn nicht sogar notwendig. Weiterbildungsbefugte müssen regelmäßig geschult werden (Train the Trainer) und transparente Statistiken zu den Weiterbildungsbedingungen sollten veröffentlicht werden. Zudem sollte die Weiterbildung bei Veränderungen durch Familienplanung, Krankheit oder ähnlichen Umständen individuell anpassbar sein.

Zur Steigerung der Qualität und Attraktivität der ärztlichen Weiterbildung sind zudem Maßnahmen wie die Neuregelung der Weiterbildungsstruktur notwendig.

Kontinuierliche Adaptationen an Veränderungen durch den demografischen Wandel und den Fachkräftemangel sind ebenso unerlässlich wie die Einbeziehung von Digitalisierung und neuen Technologien. Flexible Arbeitsmodelle und strukturelle Maßnahmen zur Entlastung sind ebenfalls erforderlich. Durch die Integration der Forderungen aus dem Positionspapier zur ärztlichen Weiterbildung wird zudem die langfristige Sicherstellung der Versorgungsqualität und der beruflichen Zufriedenheit der Chirurg:innen unterstützt.

WORLD SURGERY TOUR: PLATTFORM ZUR CHIRURGISCHEN FORT- UND WEITERBILDUNG

Die World Surgery Tour bietet eine moderne Plattform, die Chirurg:innen optimal auf ihre anspruchsvolle Tätigkeit vorbereitet. Realitätsnahe Simulationen von Fraktur- und Verletzungsbildern, dazugehörige anatomische Modelle in den eigenen Hands-on-Kursen

erfüllen in Kombination mit der Nachstellung einer OP-Umgebung die erforderlichen Qualitätskriterien. Während qualitativ hochwertig gedruckte 3D-Knochenmodelle der präzisen Darstellung der zu versorgenden Fraktur- bzw. Verletzungsmuster zur chirurgischen Fallplanung dienen, bieten die Life-like-Fraktursimulationen am Humanpräparat die Möglichkeit, die chirurgische Versorgung in einem möglichst realistischen Ansatz zu trainieren.

Zudem bietet die World Surgery Tour digitale und praktische Fort- und Weiterbildungsformate, die eine breite und einfach zugängliche Verfügbarkeit von Bildungsressourcen sicherstellen. Virtuelle Lernformate ermöglichen es Chirurg:innen, jederzeit und überall auf qualitativ hochwertige Fort- und Weiterbildungsinhalte zuzugreifen, was das lebenslange Lernen und die kontinuierliche berufliche Entwicklung fördern. Detaillierte Videos von chirurgischen Eingriffen dienen dabei als wertvolle Lernmaterialien, die Chirurg:innen helfen, Techniken zu erlernen und zu verfeinern, indem sie reale Operationen am Humanpräparat und Simulationen beobachten und analysieren.

Mit World Surgery Tour TV ist eine kostenlose Plattform mit über 15.000 Mitgliedern weltweit verfügbar, die bereits heute über 180 hochwertige chirurgische Videos umfasst. Diese Plattform trägt wesentlich zur Entbürokratisierung der Weiterbildungsprozesse bei und unterstützt eine standardisierte und qualitativ hochwertige Fort- und Weiterbildung. Weitere Informationen: www.worldsurgerytour.tv

Prof. (apl.) Dr. med. MBA Benedikt Braun (stellvertretende Leitung Resort Nachwuchs BDC, BG Klinik Tübingen) sieht einen großen Fortbildungsbedarf für den Nachwuchs in der Chirurgie: „Nachwuchsmangel, Arbeitsdichte, KHVVG. Die Weiterbildung kommt trotz mitunter bester Vorsätze doch leider immer mal wieder etwas zu kurz. Solche Fortbildungsangebote können dabei helfen, ganz nach persönlichem Interesse die eigene Kenntnis zu neuen, aber auch zu Standardversorgungen auf unserem Gebiet im individuellen Tempo auszubauen.“

Die Partnerschaft zwischen dem BDC und der World Surgery Tour markiert einen bedeutenden Schritt zur Förderung der chirurgischen Weiterbildung. Chirurg:innen profitieren von realitätsnahen Trainingsszenarien und einer umfassenden, flexiblen Ausbildung, die den höchsten Standards entspricht und sie optimal auf ihre anspruchsvolle Tätigkeit vorbereitet. Diese Kooperation stellt sicher, dass die Qualität der chirurgischen Fort- und Weiterbildung kontinuierlich verbessert wird und somit eine herausragende medizinische Versorgung gewährleistet bleibt. Der BDC unterstützt die Plattform in ihren Bemühungen, die Anforderungen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) [3], die Empfehlungen von der „Gemeinsamen

Weiterbildungskommission der Chirurgie“ (WBK) [4] und des Positionspapiers zur ärztlichen Weiterbildung anlässlich der Krankenhausreform zu erfüllen [2].

LITERATUR

- [1] D. Pförringer, B. Markgraf, M. Weber, F. Seidl, M. Crönlein, G. Friedl, R. Hoffmann, P. Bibertahler. Unfallchirurg: „Ermittlung der operationsbezogenen Ausbildungskosten zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie“, Springer 2016.
- [2] Positionspapier zur ärztlichen Weiterbildung anlässlich der Krankenhausreform – Die Weiterbildung muss mitgedacht werden – ein gemeinsames

Positionspapier des Bündnis Junge Ärztinnen und Ärzte und der AG Junge Gastroenterologie der DGVS sowie der Young DGN, 17.11.2023.

- [3] Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG), 15.4.2024.
- [4] Positionspapier der Gemeinsamen Weiterbildungskommission Chirurgie zur Förderung und Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen und bedarfsge-rechten Weiterbildung im Gebiet Chirurgie, 6.3.2024. 



BDC übernimmt Schirmherrschaft für World Surgery Tour

HANDS-ON KURSE
zur chirurgischen Versorgung
am Humanpräparat



BDC | Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.



KOSTENLOSE VIDEOPLATTFORM
für die chirurgische Ausbildung





worldsurgerytour.com

SAFETY CLIP

Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nicht-ärztliches Personal: Anforderungen, Risiken und Vermeidung

Henry Riesenbeck

HERAUSFORDERUNGEN/STATUS QUO

Der Personalmangel im deutschen Gesundheitswesen stellt dieses vor große Herausforderungen. „Die Verknappung der Ressource Personal wird zu weiteren einschneidenden Veränderungsprozessen in der Patientenversorgung

führen, die auch die Kooperationsformen von allen Gesundheitsfachberufen weiter verändern werden.“ Das sagte Dr. Ellen Lundershausen, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, anlässlich der 36. Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen am 29. Mai 2024 in Berlin. Bundesweit existieren bei circa 58 Prozent der Krankenhäuser Stellenbesetzungsprobleme

**Henry Riesenbeck**

Schadenregulierer Personenschaden
Ecclesia Holding GmbH
Unternehmensbereich Schaden
Ecclesiastraße 1-4
32758 Detmold
henry.riesenbeck@ecclesia-gruppe.de

im Ärztlichen Dienst. Die Anzahl der Ärzte wird in den nächsten Jahren durch vermehrten Renteneintritt der Babyboomer-Generation sinken. Gleichzeitig arbeiten immer mehr Ärzte in Teilzeit und stehen dem Gesundheitswesen nur noch im eingeschränkten Umfang zur Verfügung. Bereits 2030 ist mit einer prognostischen Lücke im ärztlichen Dienst von circa 33 Prozent aller deutschlandweit zu besetzenden Stellen zu rechnen. Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wird in der Zukunft jedoch aufgrund von steigender Morbidität in der Bevölkerung steigen.

Um diesen Entwicklungen entgegenzuwirken, wird eine Erhöhung der staatlich geförderten humanmedizinischen Studienkapazitäten um 5.000 zusätzliche Studienplätze gefordert. Dies ist jedoch teuer, kurzfristig schwierig umsetzbar und als isolierter Lösungsansatz ungeeignet.

LÖSUNG

Die knappe Ressource Personal muss effizienter eingesetzt werden. Das kann etwa durch die Neustrukturierung der Aufgaben- und Verantwortungsverteilung innerhalb und zwischen den Gesundheitsberufen geschehen. Durch die Delegation ärztlicher Tätigkeiten bestehen erhebliche Entlastungs- und Rationalisierungspotenziale mit Blick auf den Ärztemangel. Kostenersparnisse sind dadurch auch möglich. Die Delegation ist im Klinikalltag bereits die gelebte Praxis. Im Jahr 2008 delegierten circa 38,2 Prozent der Krankenhäuser ärztliche Tätigkeiten.

Die Sorge, mehr Delegation führe zu einem Abbau von Arztstellen, ist unbegründet, so Dr. Hans-Albert Gehle, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Es gehe nicht um den Ersatz von Ärzten, sondern um ein anderes Arbeiten im Team, sagt Dr. Volker Schrage, stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Langfristig müsse aus der eigentlichen ärztlichen Leistung eine Teamleistung unter Verantwortung des Arztes werden.

Einschränkend sei allerdings erwähnt, dass eine umfassende Delegation ärztlicher Tätigkeiten einen längeren zeitlichen Vorlauf

erfordert, um ausreichend Personal verfügbar zu haben, das ärztliche Tätigkeiten übernehmen kann. Zudem wird die Auffassung vertreten, der Rechtsrahmen der Delegation sei ein Hindernis. Viele Ärzte in der Praxis seien daher zögerlich.

RECHTSRAHMEN

Dieser Beitrag soll zeigen, dass ein solches Zögern unbegründet ist. Der rechtliche Rahmen der Delegation lässt sich hinreichend bestimmen.

Der Begriff der Delegation ist zwar gesetzlich nicht definiert. Darunter wird jedoch allgemein die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten aufgrund einer Anordnung von einem Arzt auf andere Berufsgruppen verstanden. Die Delegation kann an nicht-ärztliche Mitarbeiter (sogenannte vertikale Arbeitsteilung) oder an andere Ärzte (sogenannte horizontale Arbeitsteilung) erfolgen. Im Folgenden wird nur die vertikale Arbeitsteilung behandelt.

Die Möglichkeit einer Delegation ist vom Gesetzgeber und von der Rechtsprechung anerkannt. Eine allgemeine Rechtsgrundlage, die die Voraussetzungen einer Delegation regelt, fehlt. Es existiert zudem keine gerichtliche Entscheidung, die sich in der Art und Weise so mit den Zulässigkeitsvoraussetzungen einer Delegation befasst, dass diese als Maßstab zur grundsätzlichen Beurteilung einer Zulässigkeit herangezogen werden kann.

Die Bundesärztekammer (BÄK) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) verfassten 2008 jedoch eine Stellungnahme zu den sogenannten „*Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen*“. In dieser findet sich eine Zusammenstellung delegierbarer ärztlicher Leistungen. Diese Stellungnahme hat keine Rechtskraft. Gleichwohl entfaltet sie eine große praktische Bedeutung: Ist nach der Stellungnahme eine ärztliche Leistung nicht delegierbar, dann wird dadurch nicht zwangsläufig der Facharztstandard unterschritten. In einem etwaigen Arzthaftungsprozess hat der Richter dies grundsätzlich mithilfe eines Sachverständigen festzustellen. Dieser wird sich dann mit

Riesenbeck H: Safety Clip: Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nicht-ärztliches Personal: Anforderungen, Risiken und Vermeidung. *Passion Chirurgie*. 2024 Oktober; 14(10): Artikel 04_03.



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

den ärztlichen Leitlinien und eben dieser Stellungnahme auseinandersetzen. Der Behandler wird infolgedessen darzulegen haben, warum in seinem Fall die Abweichung der Stellungnahme gerechtfertigt gewesen sein soll. Eine Orientierung an der Stellungnahme ist daher geboten.

DELEGIERBARE LEISTUNGEN

Fraglich ist, welche ärztlichen Leistungen delegierbar sind. Zu den Leistungen, die nicht an nicht-ärztliches Personal delegiert werden dürfen, zählen diejenigen, bei denen der Gesetzgeber die Leistungserbringung Ärzten ausdrücklich vorbehält (Arztvorbehalt). Normierte Arztvorbehalte finden sich etwa in § 48 AMG (Verschreibung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln), §§ 8 ff. TPG (Entnahme von Organen und Geweben bei lebenden Spendern) oder § 4 HebG (Leistung von Geburtshilfe neben Hebammen).

Ferner darf der Kernbereich medizinischer Behandlungsmaßnahmen nicht auf nicht-ärztliches Personal delegiert werden. Die BÄK und die KBV definieren diese als: „Leistungen oder Teilleistungen, die der Arzt wegen ihrer Schwierigkeit, ihrer Gefährlichkeit für den Patienten oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen unter Einsatz seiner spezifischen Fachkenntnis und Erfahrung höchstpersönlich erbringen muss.“ Nicht delegierbare ärztliche Kernleistungen sind etwa die Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung, Diagnose, Aufklärung und Beratung des Patienten, Therapieentscheidung und Durchführung invasiver Therapien, einschließlich operativer Eingriffe. Da ärztliche Kernleistungen nicht delegierbar sind, ist eine Delegation auch dann ausgeschlossen, wenn nicht-ärztliches Personal im Einzelfall tatsächlich über ausreichend Erfahrung und fachliche Kompetenz zur Übernahme der Tätigkeit verfügt.

AUSWAHL-, ANLEITUNGS- UND ÜBERWACHUNGSPFLICHT

Kommt der Arzt zu dem Ergebnis, dass die beabsichtigte Maßnahme an sich delegiert werden kann, treffen ihn verschiedene Pflichten. Der Arzt muss insbesondere geeignetes Personal aussuchen, anleiten und

überwachen (Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflicht).

Der Arzt ist zunächst verpflichtet, die fachliche Eignung des Personals zu überprüfen (Auswahlpflicht). Der Abschluss einer entsprechenden Ausbildung reicht allein nicht für die Feststellung der Qualifikation zur Übernahme einer ärztlichen Tätigkeit. Ihr kommt aber eine Indizwirkung dahingehend zu, dass die in der Ausbildung vermittelten Inhalte beherrscht werden. Der delegierende Arzt kann sich daher darauf beschränken, beim erstmaligen Einsatz zu überprüfen, ob die materielle Qualifikation der formellen Qualifikation entspricht.

In einem zweiten Schritt ist der Mitarbeiter in Abhängigkeit von seiner Qualifikation anzulernen (Anleitungspflicht). Nachdem sich der Arzt davon überzeugt hat, dass der Mitarbeiter die durchzuführende Leistung beherrscht, muss die Durchführung überwacht werden (Überwachungspflicht). Eine bloße nachträgliche Erfolgskontrolle des Heilerfolgs genügt nicht. Dabei hängt das Maß der Überwachung von der (materiellen) Qualifikation des nicht-ärztlichen Personals und der Gefährlichkeit der Maßnahme ab. Sofern ein Mitarbeiter bereits durch einen anderen Arzt angeleitet wurde, darf der delegierende Arzt eher von einer regelmäßigen Überwachung zu einer stichprobenartigen Überprüfung übergehen. Bei Berufsanfängern sind die Überwachungspflichten besonderes hoch. Mit wachsender Berufserfahrung hingegen kann die Intensität der Kontrollmaßnahmen gesenkt werden.

SONSTIGE PFLICHTEN UND FOLGEN BEI NICHT-EINHALTUNG

Der delegierende Arzt ist zudem verpflichtet, sich grundsätzlich in unmittelbarer Nähe aufzuhalten (Rufweite). Bei Leistungen mit geringem Gefährdungspotenzial genügt es, wenn der Arzt telefonisch erreichbar ist und kurzfristig erscheinen kann.

Eine rechtliche Verpflichtung, dass delegierte Leistungen nur auf schriftliche ärztliche Anordnung hin ausgeübt werden dürfen, besteht nicht. Eine derartige Pflicht würde

den Zielen der Delegation, Kostenersparnis und Arbeitserleichterung widersprechen. Aus den berufsrechtlichen Dokumentationspflichten ergibt sich nichts Anderes. Jedoch ist es ratsam, aus Beweissicherungsgründen, die Delegation zu dokumentieren. Eine gesonderte Aufklärung über die Delegation ist nicht erforderlich, denn eine Delegation ist nur zulässig, wenn der Facharztstandard eingehalten und keine Risikoerhöhung beim Patienten eintritt. Dennoch wird eine solche Aufklärung empfohlen.

Die Delegation stellt einen Behandlungsfehler dar, wenn keine entsprechende Auswahl, Anleitung und Überwachung erfolgen und der Arzt sich nicht in Rufweite aufgehalten hat. Werden Aufgaben übertragen, denen der nachgeordnete Mitarbeiter nicht gewachsen ist, haftet neben dem Arzt regelmäßig auch der Mitarbeiter unter dem Gesichtspunkt des Übernahmeverschuldens.

WEITERE EMPFEHLUNGEN

Unter Beweissicherungs- und Transparenzgründen ist es sinnvoll, Prozessabläufe und Standards zu installieren, die den Delegationsablauf regeln. Das kann etwa mithilfe von Checklisten, Prozessbeschreibungen, klaren und umfassenden Verfahrensregelungen und Dienstweisungen geschehen.

Sofern abstrakte Regeln zur Delegation implementiert werden sollen, ist zunächst zu ermitteln, was in den jeweiligen Abteilungen eines Krankenhauses tatsächlich an Leistungen delegiert wird (Analyse des Ist-Zustandes). Es ist ein Überblick über die tatsächlichen Geschehensabläufe zu verschaffen.

Dann ist festzulegen, welche Leistungen grundsätzlich als delegierbar erachtet werden. Orientierungshilfen bieten hier die medizinischen Leitlinien und die bereits genannte Stellungnahme der BÄK und KBV. Da diese keine Rechtskraft haben, kann von diesen abgewichen werden, wenn dies medizinisch vertretbar ist. Bezüglich der Auswahlpflicht ist es ratsam, bei der Delegation auf standardisierte Qualifizierungen aufzubauen und die erworbenen Qualifikationen regelmäßig zu kontrollieren.

Betreffend der Anleitungspflicht braucht es klare Anweisungen, in welchen Situationen ein Arzt hinzugezogen werden müsse. „Was trauen Sie sich zu? Was würden Sie lieber lassen? Und was würden Sie sich nach einer Fortbildung noch zutrauen?“ Das sind Fragen, die diskutiert werden sollten, wenn überlegt wird, welche Leistungen delegierbar sind. Es ist auch generell festzulegen, ob und falls ja, welche (auch internen) Schulungsmaßnahmen notwendig werden, um die (geeigneten) Mitarbeiter anzuleiten.

Weiterhin hat der delegierende Arzt die Durchführung der delegierten Aufgabe zu überwachen. Dazu gehört auch, dass die erlernten Fähigkeiten überprüft beziehungsweise nachgeholt werden müssen (Nachschulungen).

FAZIT

Der Personalmangel im deutschen Gesundheitswesen ist eine der großen Herausforderungen, die es zu bewältigen gilt. Die vermehrte Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf nicht-ärztliches Personal ist hierbei eine von mehreren möglichen Lösungen. Der geltende Rechtsrahmen ist kein Hindernis. Die Stellungnahme der BÄK und der KBV von 2008 kann als Maßstab dienen. Sie regelt, welche Leistungen delegiert werden können

und welche nicht. Welche Pflichten dann den delegierenden Arzt treffen, ist hinreichend bestimmt und umschrieben. Die Erfüllung dieser Pflichten ist durch Installation gewisser Standards und Kontrolle der Einhaltung ebendieser möglich. Zögerliches Verhalten ist hier unbegründet. Vielmehr kann der Arzt in Deutschland „etwas wagen“ und auch Leistungen delegieren, die bislang noch nicht alle ärztlichen Kollegen delegieren, solange er dabei sorgfältig vorgehe, so Prof. Dr. jur. Karsten Scholz, Leiter der Rechtsabteilung der Bundesärztekammer.

LITERATUR

- [1] Bergmann, Karl Otto, Zulässigkeit der Übertragung von Injektionen auf nicht ärztliches Fachpersonal, GesR 2010, 119-122.
- [2] Blum, Karl/Löffert, Sabine, Ärztemangel im Krankenhaus – Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen, 2010.
- [3] Bundesärztekammer, Resolution zur Delegation, Positionspapier der Bundesärztekammer v. 23.2.2012.
- [4] Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen, 2008.
- [5] Jorzig, Alexandra (Hrsg.), Handbuch Arzthaftungsrecht – Fehlerkategorien – Schadensregulierung – Mandats- und Verfahrensgestaltung – Praxistipps, 2. Auflage, Heidelberg 2021.
- [6] Naujoks, Jocelyne, Arbeiten auf Augenhöhe, Rheinisches Ärzteblatt, Heft 10/2021.
- [7] Pauge, Burkhard/Offenloch, Thomas/Gödicke, Patrick, Arzthaftungsrecht – Neue Entwicklungslinien der BGH-Rechtsprechung, 15. Auflage, Köln 2021.
- [8] Remmert, Jens/Gokel, Julia, GKV-Kommentar SGB V Online, 66. Lieferung, 7/2024.
- [9] Rieger, Hans-Jürgen (Hrsg.)/Dahm, Franz Josef/Katzenmeier, Christian/Stellpflug, Martin H./Ziegler, Ole, Heidelberger Kommentar Arztrecht Krankenhausrecht Medizinrecht, 97. Lieferung, 6/2024.
- [10] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege, Fachkräfte im Gesundheitswesen – Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource, 2. Auflage (2024).
- [11] Weiß, Rüdiger, Reichweite und Grenzen der Delegationsfähigkeit ärztlicher Leistungen auf Nichtärzte im Krankenhaus, GesR 2015, 262-268. 



Live-Webinar

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Hans-Georg Palm, MBA
Klinikum Ingolstadt

Klick!
Jetzt
anmelden!

Facharztseminar

Orthopädie/Unfallchirurgie

27. – 29.11.2024

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

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

Ärztlicher Leiter

HyKoMed GmbH

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für

Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)

popp@hykomed.de

Meike Rudke

Krankenhaushygienikerin

Vorsitzende Hygienekommission

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

Krankenhaushygiene/Umweltschutz

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Dr. rer. nat. Wolfgang Kohnen

Stellvertretender Abteilungsleiter Krankenhaushygiene

Beauftragter für das Qualitätsmanagement

Abteilung für Hygiene und Infektionsprävention

Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität

Mainz

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für

Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)

Popp W, Rudke M, Jatzwauk L, Kohnen W: Hygiene-Tipp:
 Passion Chirurgie. 2024 Oktober; 14(10): Artikel 04_04.



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

HYGIENE TIPP**Nosokomiale Infektionen – Zahlen**

Walter Popp, Meike Rudke, Lutz Jatzwauk, Wolfgang Kohnen

Bei Krankenhausbauten in der Vergangenheit (z. B. in den 1980er Jahren) waren den OP-Sälen jeweils ein Einleitungsraum, ein Ausleitungsraum und ein Waschraum zugeordnet. Dahinter steckte die Vorstellung, dass man gleichzeitig Ein- und Ausleiten könne und somit weniger Wartezeiten hätte. Dieses Konzept scheiterte an mangelndem Anästhesiepersonal, sodass oft/meistens der Ausleitungsraum zu einem wilden Lager verkam. Außerdem hat die KRINKO vor einigen Jahren die Zahl der vorgeschriebenen chirurgischen Händewaschungen massiv reduziert, überwiegend auf einmal morgens.

In neueren Baukonzepten verzichtet man daher überwiegend auf die vorgelagerten Wasch- und Einleitungsräume. Die Anästhesie erfolgt in Holding Areas mit Ein- und Ausleitung.

Die Waschmöglichkeiten sind reduziert und meistens auf dem Flur angebracht. Hier sollten sie jedoch möglichst in einer Nische sein, um den Flur nicht durch Personen zu blockieren. Idealerweise erfolgt bei diesem Konzept die chirurgische Händedesinfektion in dieser Waschnische, um eine Verteilung von Desinfektionsflüssigkeit über den Fußboden zu verhindern mit der Folge von Rutschgefahr.

Die Rutschgefahr in der Waschnische kann durch einen rutschfesten Fußbodenbelag oder abgesenkte Wannen mit Gittern ebenfalls verhindert werden.

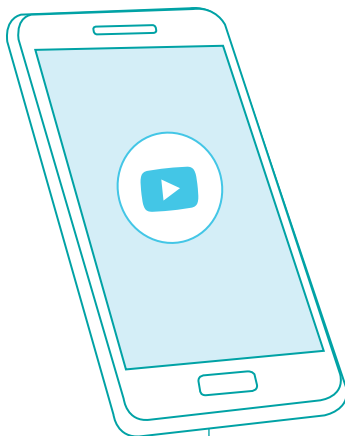
Der Kurztipp im Auftrag der DGKH gibt die Meinung der Autoren wieder.



HYGIENE CLIP

Get Your Disinfection

Erfolgreiche bundesweite
Kampagne des BDC
in Kooperation
mit DGKH und BDH



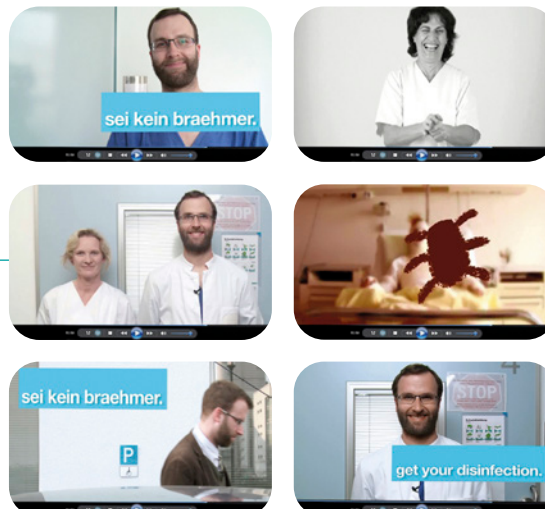
Gute Chirurgie kann durch eine Infektion gefährdet werden. Es gibt vermeidbare und unvermeidbare Infektionen. Letztere sind schicksalhaft und kaum zu beeinflussen. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie und die deutschen Hygieniker betreiben seit 2008 eine bundesweite Informationskampagne, die dazu beitragen soll, vermeidbare Infektionen in Klinik und Praxis zu reduzieren. Wir wissen, dass Sie als Chirurgin/Chirurg alles zur Infektprophylaxe und Hygiene wissen. Wir wissen aber auch, dass Hygiene häufig nicht im erforderlichen Umfang stattfindet oder sich durch die tägliche Routine nicht kontinuierlich im Fokus

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

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

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

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



PATIENTENSCHUTZ DURCH HYGIENE IST EINE BUNDESWEITE KONZERTIERTE AKTION VON:

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

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.

OKTOBER 2024

Prof. Dr. med. Carsten Englert, Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, ist seit September 2024 neuer Chefarzt der Abteilung für Unfallchirurgie, orthopädische Chirurgie und Sporttraumatologie an der Kreisklinik Bad Reichenhall.

Prof. Dr. med. Stefan Fichtner-Feigl, ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie und Direktor des Tumorzentrums Freiburg – CCCF am Universitätsklinikum Freiburg, ist ab Oktober 2024 zusätzlich auch Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Kreiskrankenhaus Emmendingen.

Prof. Dr. med. Florian Gebauer, der bereits seit 2022 die Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Helios Universitätsklinikum Wuppertal leitet, übernahm im September 2024 auch die Chefarztstelle der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Helios Klinikum Schwelm.

Dr. med. Sebastian Twyrdy ist seit Juli 2024 neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am St. Franziskus-Hospital Köln. Der Facharzt für Chirurgie, Viszeralchirurgie und spezielle Viszeralchirurgie war zuvor langjähriger Oberarzt der Klinik.

Dr. med. Colin Uhle ist seit August 2024 neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie am Elisabeth Klinikum in Schmalkalden in Thüringen.

Dr. med. Stephanie Werth ist seit Anfang September 2024 neue Co-Chefärztin der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Lukas-Krankenhaus Bünde. Die Fachärztin für Viszeralchirurgie, spezielle Viszeralchirurgie und Proktologie sowie Ernährungsmedizinerin DAEM/DGEM leitet die Klinik gemeinsam mit **Dr. med. Steffen Krummbein, MBA**. 



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

Honorarberichte der KBV

1. und 2. Quartal 2023

KBV



Kassenärztliche Bundesvereinigung
KdöR (KBV)
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat die Honorarberichte für die vertragsärztliche Versorgung nach § 87c SGB V für das **1. und 2. Quartal 2023** veröffentlicht. Sie informieren über die Honorarverteilung, die Gesamtvergütung, die Bereinigungssummen und das Honorar je Arzt und Abrechnungsgruppe im jeweiligen Quartal.

Erstes Quartal 2023

Zweites Quartal 2023

Alle bisher erschienenen Berichte sowie weitergehende Kennzahlen zur vertragsärztlichen

Abrechnung sind ebenfalls auf der [Webseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung](#) veröffentlicht.

Der Honorarbericht und die Kennzahlen erscheinen quartalsweise. Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (VStG) überträgt der KBV die Aufgabe, einen Bericht über die Ergebnisse der Honorarverteilung, über die Gesamtvergütungen, über die Bereinigungssummen und über den Honorarumsatz je Arzt und je Arztgruppe zu veröffentlichen. ○



©iStock/utrecht



Weitere Artikel zum Thema Abrechnung finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) in der Rubrik Wissen | Vergütung.

Frage & Antwort



Haftung bei Notfalltätigkeit im Krankenhaus aus dem Ruhestand heraus



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

Heberer J: F+A: Haftung bei Notfalltätigkeit im Krankenhaus aus dem Ruhestand heraus.
2024 Oktober; 14(10): Artikel 04_07.



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

FRAGE:

Eine Chirurgin im Ruhestand fragt an, ob es aus Haftungsgesichtspunkten problematisch sei, wenn ein befreundeter Arzt aus dem benachbarten Krankenhaus sie aufgrund ihrer Expertise zu einer Notfalloperation, bei der das Leben des Patienten auf dem Spiel steht, heranzieht, ohne dass sie mit dem Krankenhaus in vertraglichen Beziehungen steht und ohne dass sie eine eigene Haftpflichtversicherung besitzt.

ANTWORT:

In einer medizinischen Notfallsituation ist ein Nothelfer nach den Grundsätzen der Geschäftsführung ohne Auftrag in aller Regel privilegiert. Hintergrund dafür ist, dass die zufällige Übernahme von Erste-Hilfe-Maßnahmen regelmäßig unentgeltlich und nicht aufgrund eines Behandlungsvertrages erfolgt. In dieser Situation haftet ein Nothelfer nur für vorsätzliches oder grob fahrlässiges Fehlverhalten (§ 680 BGB).

Anders ist die Situation jedoch zu beurteilen, wenn der Nothelfer – wie in diesem Fall – über eine professionelle Ausbildung in einem Gesundheitsberuf verfügt. In einer solchen Situation wird in der Rechtsprechung vielfach vertreten, dass das Haftungsprivileg versagt wird, d. h. alle Ausprägungen der Fahrlässigkeit (leicht, mittel oder grob) zur Haftungsübernahme herangezogen werden.

Zwar gibt es auch Entscheidungen, die dies zu Gunsten des nothelfenden Arztes anders sehen (z. B. OLG München, Urteil vom 06.04.2006, Az. 1 U 4142/05). Hier handelt es sich jedoch jeweils um Einzelfallentscheidungen, aus welchen keine allgemeinverbindliche Haftungsprivilegierung folgt. Der Bundesgerichtshof sieht dagegen für Nothelfer mit medizinischer Ausbildung durchaus verschärfte Haftungsregeln.

Gemäß der Anfrage hat die Ärztin in einer Notsituation in ihrer Eigenschaft als spezialisierte (ehemalige) Oberärztin der Gefäßchirurgie eine hochkomplexe und komplizierte Operation durchgeführt. In dieser Situation dürfte nach der Rechtsprechung die volle berufliche Haftung für etwaige ärztliche Fehler gegeben sein.

Es muss daher leider damit gerechnet werden, dass das gut gemeinte und in diesem Fall auch professionell hervorragend geleistete Engagement im Komplikationsfall nach den allgemeinen fachärztlichen Standards beurteilt werden würde. Das heißt, die Ärztin würde dann für jede Abweichung vom aktuellen gefäßchirurgischen Standard haften.

Sollte der Patient aufgrund eines (gutachterlich nachgewiesenen) Behandlungsfehlers versterben, würde auch ein strafrechtliches

Ermittlungsverfahren, ggf. wegen fahrlässiger Tötung, drohen.

Aus rein rechtlicher Sicht kann deshalb nur dringend geraten werden, entweder eine Versicherung abzuschließen, die derartige gelegentliche Notfalleinsätze ausreichend absichert, oder eben ansonsten derartige Einsätze zur Vermeidung des Haftungsrisikos zu unterlassen. Denn über das Krankenhaus ist die Ärztin mangels vertraglicher Beziehungen auch nicht in dessen Haftpflichtversicherungsschutz einbezogen. Rechtlich gesehen

kann auch niemand die Ärztin zwingen, aus dem Ruhestand hochkomplexe gefäßchirurgische Operationen durchzuführen. Dies überschreitet nach Auffassung des Verfassers die Anforderung an eine Nothilfe bei Weitem.

Da auch kein Vertrag mit dem Krankenhaus besteht, ist die Ärztin auch auf dem Weg von und zum Krankenhaus im Falle eines Unfalls selbst nicht versichert.

Sollte die Ärztin dem Krankenhaus auch zukünftig für solche Einsätze zur Verfügung

stehen wollen, empfiehlt sich dringend, mit der Klinik eine entsprechende Vereinbarung zu treffen, dass entweder diese das berufliche Risiko ausreichend für die Ärztin versichert oder die Ärztin müsste sich selbst um solch eine Versicherung bemühen.

Andernfalls kann aus der gut gemeinten Nothilfe – so hoch der Ärztin diese menschlich tatsächlich anzurechnen ist – schnell eine unübersehbare Haftungsfall werden. ○



Qualifizierte Fortbildungen für alle fachlichen Säulen der Chirurgie

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



Frage & Antwort



Erbringung kinderchirurgischer Leistungen durch Viszeralchirurgin



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

Heberer J: F+A: Erbringung kinderchirurgischer Leistungen durch Viszeralchirurgin.
2024 Oktober; 14(10): Artikel 04_08.



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

FRAGE:

Eine Oberärztin fragt an, ob sie als Fachärztin für Viszeralchirurgie kinderchirurgische Leistungen erbringen darf oder ob dies rechtlich problematisch ist.

ANTWORT:

Für die Frage, welche Leistungen die Ärztin erbringen darf, ist zunächst das Berufsrecht maßgeblich, also das jeweils geltende Heilberufe-Kammergesetz sowie die geltende Weiterbildungsordnung (WBO) nebst den hierzu erlassenen WBO-Richtlinien. Denn als Ärztin ist sie bei der Leistungserbringung grundsätzlich an die Grenzen ihres Fachgebietes gebunden, d. h. fachfremde Leistungen dürfen generell nicht erbracht werden. Die WBOen bestimmen, dass die Gebietsdefinition die Grenzen für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit zieht. Hier verhält es sich nunmehr so, dass sämtliche Fachärzte im Rahmen der chirurgischen Leistungen unter der Bezeichnung „Gebiet Chirurgie“ zusammengefasst werden. Es ist also aus Sicht des Verfassers die Grenze des Fachgebietes immer noch durch die Definition des Gebietes „Chirurgie“ gekennzeichnet. Innerhalb des Gesamtgebietes „Chirurgie“ gibt es demnach rein formal nach Meinung des Verfassers keine „fachfremden“ Leistungen. Die Untergliederung verbietet deshalb eine „interne“ Grenzüberschreitung in der Regel nach Ansicht des Verfassers

nicht. Leistungen, die nach der WBO und den WBO-Richtlinien überschneidende Bestandteile der Fachgebiete sind, dürfen ohnehin erbracht werden.

Allerdings ist zum einen in den meisten Heilberufe-Kammergesetzen der Länder geregelt, dass derjenige, der eine Gebietsbezeichnung führt, grundsätzlich nur in dem Gebiet tätig sein darf, derjenige, der eine Teilgebietsbezeichnung führt, auch in dem Teilgebiet tätig sein muss, dessen Bezeichnung er führt. Daraus folgt aus Sicht des Verfassers, dass die Ärztin als Fachärztin für Viszeralchirurgie auch viszeralchirurgisch tätig sein muss und nicht ausschließlich kinderchirurgisch tätig sein darf. Von einer systematischen und dauerhaften Erbringung anderer Leistungen als der durch die Facharztbezeichnung gedeckten ist deshalb aus juristischer Sicht abzuraten.

Zum anderen besteht eine Kompetenzbeschneidung durch den einzuhaltenden Facharztstandard aufgrund der fachärztlichen Untergliederung innerhalb der Gebietsgrenzen.

Denn das Krankenhaus bzw. jeder Arzt schuldet seinem Patienten aufgrund des Behandlungsvertrages die zum Zeitpunkt der Behandlung berufsfachlich gebotene

Sorgfalt. Diese Sorgfalt wird nach objektiv-typisierenden Maßstäben und nicht nach subjektiv-individuellen Merkmalen bestimmt. Entscheidend sind also die von jedem Fachgebiet zu fordernden Fähigkeiten, die dort zu erwartenden Kenntnisse und Fertigkeiten. Der Patient hat also, so die ständige Rechtsprechung des BGH, aufgrund der Übernahme der Behandlung durch das Krankenhaus einen Anspruch auf eine ärztliche Behandlung, die dem Standard eines erfahrenen Facharztes entspricht. Rechtlich gesehen ist der Facharztstandard dabei materiell, nicht formell zu sehen. Dies ist also unabhängig vom Facharztstitel, der allerdings ein beweisrechtlich starkes Indiz für die Einhaltung des Facharztstandards darstellt.

Dies bedeutet somit, dass wenn die Ärztin als Viszeralchirurgin eine kinderchirurgische Leistung erbringt, sie sich im Haftungsfall nach der ständigen Rechtsprechung ganz eindeutig und ausschließlich an dem Facharztstandard einer Fachärztin für Kinder- und Jugendchirurgie messen lassen muss.

Die Ärztin muss somit in jedem Fall die entsprechenden fachlichen und praktischen Befähigungen für die jeweiligen kinderchirurgischen Leistungen aufweisen, somit auf Facharztniveau agieren, um den Facharztstandard gewährleisten zu können, selbst wenn diese Eingriffe nicht zu ihrem Fachgebiet zählen. Es ist folglich aus haftungsrechtlicher Sicht vor jedem Einsatz (selbst-)kritisch durch die Ärztin zu prüfen, ob ihre Qualifikation dafür materiell ausreichend ist, also für die fachgerechte Ausführung der Leistungen auf jeweils aktuellem kinderchirurgischem Standardniveau die entsprechende Ausbildung und Erfahrung besteht. Andernfalls liegt ein Übernahmeverschulden vor. Selbstverständlich muss auch der abteilungsleitende Arzt diese Prüfung vornehmen, damit er nicht Gefahr läuft, wegen eines Organisationsverschuldens belangt zu werden.

Da bei Nichteinhaltung des Facharztstandards haftungsrechtliche Konsequenzen im Schadensfall und damit ggf. erhebliche Schadensersatzforderungen sowie unter

Umständen auch strafrechtliche Folgen ausgelöst werden können, ist die Erbringung solcher „fachfremder“ Leistungen natürlich immer sehr gefahrgeneigt.

Sofern der kinderchirurgische Facharztstandard nicht vollumfänglich eingehalten werden kann, ist aus juristischer Sicht des Verfassers aufgrund der Haftungsrisiken jedenfalls dringend anzuraten, von einer Leistungserbringung abzusehen und diese abzulehnen.

Sollten im jeweiligen Einzelfall hingegen keine speziellen kinderchirurgischen Kenntnisse mehr notwendig sein, weil beispielsweise der jugendliche Patient von seinem Entwicklungsstand und den körperlichen Voraussetzungen bereits einem Erwachsenen gleichzusetzen ist, wäre nach Meinung des Verfassers die Verweigerung der Leistungserbringung tatsächlich wohl schwierig zu begründen. ○



Präsenz-Seminar

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Maximilian Schmeding,
Dr. med. Jens-Peter Stahl

Klick!
Jetzt
anmelden!

Facharztseminar

Allgemeinchirurgie

Dortmund, 11. – 15. November 2024



© iStock/eyeEm Mobile GmbH

Aus dem Physikpraktikum an den OP-Tisch

Tillman L. Krones, Fynn Vallböhmer

Der Tatendrang zu Beginn des Medizinstudiums ist groß. Ungeachtet der individuellen Motivation hinter der Wahl des Studienfachs sind die allermeisten Erstsemester bestrebt, jegliche Facetten der Medizin in medias res zu erleben.

Trotz der verbesserten Verzahnung von Theorie und Praxis dominiert weiterhin die sehr theoretische Natur der Grundlagenfächer. Der Prozess der Homogenisierung des naturwissenschaftlichen Kenntnisstands birgt somit erhebliches Frustrationspotenzial. Hierbei ist die Relevanz der vorklinischen Fächer absolut unumstritten, dennoch zeigt sich unter

Studierenden nach wie vor der Wunsch nach frühzeitigen Einblicken in die klinische Praxis.

Genau dieses Interesse sollte besser genutzt werden, um angehenden Kolleginnen und Kollegen die Faszination Chirurgie nachhaltig näherzubringen. Der zentrale praktische Aspekt der chirurgischen Fächer bietet perfekte Voraussetzungen, um Studierenden eben jene Hands-on-Erfahrungen zu ermöglichen.

Die Ausbildung zur studentischen OP-Assistenz setzt exakt dort an. Das Programm möchte Studierenden die Möglichkeit bieten, parallel zum Studium und individuell



Tillman L. Krones

12. Semester an der Goethe Universität
Frankfurt
tillman.krones7@gmail.com



Fynn Vallböhrer

9. Semester an der RWTH Aachen
Universitätsklinikum Aachen
fynn.vallboehmer@rwth-aachen.de

angepasst an den Studienfortschritt ihr Kompetenzprofil im klinischen Alltag stetig weiterzuentwickeln. Zielgruppe sind natürlich nicht nur Studienanfänger, sondern auch Studierende aus fortgeschrittenen Fachsemestern, die aufgrund eines ausgeprägten chirurgischen Interesses über den Tellerrand des universitären Lehrangebots hinausschauen möchten.

Des Weiteren ist nicht zu vernachlässigen, dass das Studium für einige Kommilitoninnen und Kommilitonen eine finanzielle Belastung darstellt und so ein Beschäftigungsverhältnis zusätzlich zum zeitintensiven Studium notwendig macht. Eine Anstellung im Rahmen der Ausbildung zur studentischen OP-Assistenz garantiert somit, dass der Zuverdienst und die medizinische Ausbildung Hand in Hand gehen.

STUDENTISCHE OP-ASSISTENZ – MEHR ALS NUR HAKEN HALTEN

Die Ausbildung zur studentischen OP-Assistenz beschränkt sich in ihrer ursprünglichen Form auf den Erwerb des gleichnamigen Zertifikats der Chirurgischen Arbeitsgruppe Junge Chirurgie (CAJC) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV). Es soll Medizinstudierenden erste Erfahrungen im OP-Alltag ermöglichen und so das theoretische und praktische Handwerkszeug (Materialkunde, Knoten- und Nahttechniken etc.) für einen aktiveren Einsatz im OP vermitteln. Die Assistenz bei 15 konventionellen und 15 laparoskopischen Eingriffen sowie eine mündliche Abschlussprüfung sind Voraussetzung für die Verleihung des Zertifikats.

An einigen Standorten hat sich der Tätigkeitsbereich der studentischen Hilfskräfte aus diesem exzellenten Programm der CAJC erfreulicherweise jedoch weit über die reine Assistenz im OP hinausentwickelt. Dieser vielversprechende Ansatz geht mit der Etablierung eines „Studierendenpools“ einher, der Erwerb des oben beschriebenen Zertifikats stellt nur noch einen Teilaspekt des Gesamtkonzepts dar. Die im Folgenden beschriebenen Vorteile für Studierende, Ärzteschaft und Klinik basieren aber zum Großteil auf eben dieser Neuausrichtung.

Durch verschiedene Dienstmodalitäten können die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des

Studierendenpools sehr abwechslungsreiche Einblicke in den Krankenhausalltag erhalten und sich ein breites Spektrum an praktischen Fähigkeiten sowie Softskills aneignen. Beispielsweise beinhalten die Frühdienste unter der Woche das Begleiten der morgendlichen Visite und Frühbesprechung, anschließend erfolgt bei Bedarf die Assistenz bei etwaigen Programmpunkten im OP-Saal oder man widmet sich der Stationsarbeit. So können vor allem Studierende mit geringerem Studienfortschritt frühzeitig eine Routine bezüglich der venösen Punktion, der pVK-Anlage, des Verbandswechsels und des Umgangs mit Drainagen entwickeln.

Die Spät- und Nachtdienste richten sich an erfahrenere Studierende, da hier der diensthabende Assistenzarzt in der Notaufnahme begleitet wird. Im Vordergrund stehen die eigenständige Anamnese, körperliche Untersuchung, die chirurgische Wundversorgung und das Einleiten weiterer diagnostischer Maßnahmen (z. B. Sonographie). Das Ausmaß der delegierten Tätigkeiten richtet sich natürlich nach dem Kenntnisstand der Studierenden und findet unter direkter Supervision bzw. im Verlauf unter Nachkontrolle statt. Die Strukturierung der Dienste kann an die jeweiligen Gegebenheiten der Klinik angepasst werden.

DIENTPLANGESTALTUNG UND ORGANISATION

Die Gestaltung der Dienstpläne erfolgt über ein monatsweise erstelltes Online-Dokument (Google Sheets o. ä.). Dieses wird zu einem vorher angekündigten Zeitpunkt ungefähr vier Wochen vor Beginn des jeweiligen Kalendermonats für den Pool zeitgleich freigeschaltet. Die Studierenden können sich daraufhin selbstständig für Dienste eintragen. Natürlich ist auch ein klassisches Dienstplansystem denkbar, doch zeigt die Erfahrung deutlich, dass die Attraktivität der Beschäftigung im Studierendenpool zu einem großen Teil aus diesem äußerst freien Konzept hervorgeht.

Eine fest vorgegebene Anzahl an Wochenstunden gibt es dabei nicht, sodass das Arbeitspensum flexibel an den individuellen Studienabschnitt angepasst werden kann. Über das Jahr verteilt sollte jedoch auf eine Mindestzahl an Dienstbeteiligungen geachtet werden,

Krones T, Vallböhrer F: BDC-Praxistest:
Aus dem Physikpraktikum an den OP-Tisch.
Passion Chirurgie. 2024 Oktober; 14(10):
Artikel 05_01.



Mehr Artikel aus der Rubrik Praxistest lesen
Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der
Rubrik Politik.

um den Workflow zu erhalten. Nach einmaliger Eintragung ist der Dienst für die Studierenden verpflichtend wahrzunehmen. Bei einer Verhinderung, beispielweise wegen Krankheit oder unterschätzter Lernzeit für eine Klausur, kann über einen beliebigen Messenger-Dienst oder Mailverteiler für Ersatz gesorgt werden. Nach dem jeweiligen Dienst bestätigen die Ärzte die abgeleiteten Stunden auf einem Stundenzettel, der als Grundlage für die monatliche Gehaltsabrechnung dient. Die genauen Einzelheiten lassen sich selbstverständlich an die individuellen Gegebenheiten des eigenen Hauses anpassen.

Zur Etablierung und Aufrechterhaltung eines solchen Studierendenpools fallen verschiedenste organisatorische Aufgaben an, für die es sich anbietet, zwei oder drei Studierende des Pools als Poolleitung einzusetzen. In enger Zusammenarbeit und Absprache mit der verantwortlichen Ärzteschaft kann die studentische Leitung eben jene entlasten und eine harmonische Kommunikation zwischen Ärzteschaft und Studierenden garantieren. In ihren Aufgabenbereich fällt dann neben der Erstellung und Freischaltung des Dienstplans auch die Anwerbung und Einstellung neuer Bewerberinnen und Bewerber, inklusive der Führung der Bewerbungsgespräche.

Darüber hinaus sollte die Poolleitung sicherstellen, dass neue Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen durch bereits erfahrene Studierende

adäquat eingearbeitet werden und alle weiteren organisatorischen Aspekte zu Beginn des Arbeitsverhältnisses (Namensschild, OP-Schlüssel, Arbeitskleidung, Computerzugang etc.) erledigt worden sind. Schließlich kann auch das Eintragen der Arbeitsstunden durch sie übernommen werden.

STUDENTISCHE HILFSKRÄFTE – DIE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN VON MORGEN?

Der Mehrwert für die Klinik besteht offensichtlich in gut geschulten und kompetenten studentischen Hilfskräften, die vornehmlich die Assistentenschaft in Bezug auf Blutentnahmen, pVK-Anlagen, Assistenzen im OP und später auch in weitergehenden ärztlichen Tätigkeiten, beispielsweise in der ZNA, entlasten. Die Unterstützung im Klinikalltag ist dabei deutlich nachhaltiger als beispielsweise in einer Famulatur oder auch im Praktischen Jahr. Die gewonnene Zeit kann neben anderem auch für das Teaching der jungen Kollegen genutzt werden. Die Studierenden fühlen sich abgeholt und mitgenommen und ihr Kompetenzlevel steigt in praktischer und theoretischer Hinsicht weiter.

Daneben lässt sich bei länger andauernder Beschäftigung ein gutes Vertrauensverhältnis zu den Studierenden aufbauen, das zur Akquise des ärztlichen Pools von morgen

genutzt werden kann. Durch eine gute Integration und enge Bindung an das Team werden zudem Hemmnisse bezüglich der Wahl eines chirurgischen Fachs abgebaut. Im Idealfall können nach dem Studium neue Mitarbeitende übernommen werden, die sich im Fach und in der Abteilung bereits bestens auskennen und die mit einem breiten, über das normale Maß deutlich hinausgehenden Spektrum an Fähigkeiten ausgestattet sind.

Die Einrichtung eines studentischen Hilfs-Pools birgt also für beide Seiten große Vorteile. Die Studierenden erhalten einen soliden Einblick in den klinischen Alltag chirurgischer Fächer, der in diesem Umfang im Studium keineswegs abgebildet wird. Sie können ihre praktischen Skills verbessern und nachhaltig das klinische Arbeiten erlernen, sodass der Berufseinstieg unabhängig von der dann gewählten Fachrichtung enorm erleichtert wird. Die Abteilung hingegen erhält durch kompetente und vertrauenswürdige Studierende eine echte Entlastung der ärztlichen Mannschaft. Durch das Einsetzen einer studentischen Leitung organisiert sich der Pool nach Etablierung zudem weitestgehend selbstständig. Es fällt also keinerlei Mehrarbeit für die Ärzteschaft an. Im Idealfall können die Studierenden bereits vor dem Berufseinstieg optimal vorbereitet und anschließend als Ärztinnen und Ärzte nahtlos übernommen werden. ○



Präsenz-Seminar

Wissenschaftliche Leitung:

PD Dr. med. Susanne Blank

Prof. Dr. med. Mirko Otto

Dr. med. Sylvia Weiner

Klick!
Jetzt
anmelden!

Viszeralchirurgie Kompakt

Adipositas- und metabolische Chirurgie

Frankfurt am Main, 08. November 2024

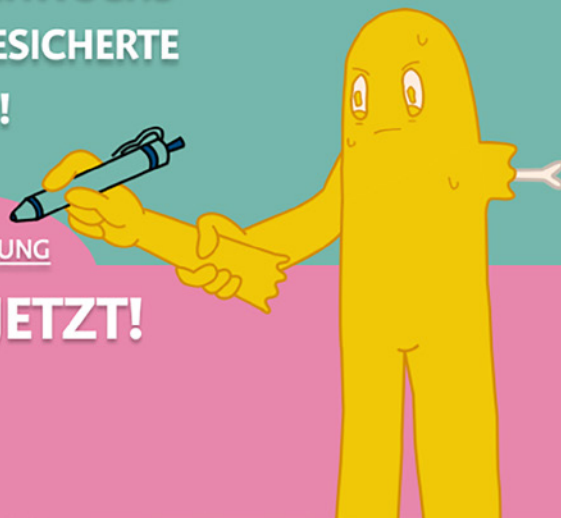
KEIN WEITER OHNE BILDUNG.

GESUNDHEITSPOLITIK 45

GIB DEM ÄRZTLICHEN NACHWUCHS
DEINE STIMME FÜR EINE GESICHERTE
WEITERBILDUNG!

WWW.CHANGE.ORG/WEITERBILDUNG

UNTERSCHREIBE JETZT!



Kein Weiter ohne Bildung – Der BDC macht mobil für die fachärztliche Weiterbildung

Carsten Krones, Daniel Vallböhmer, Ralf Schmitz, Andreas Kirschniak,
Benedikt Braun, Friederike Burgdorf, Claudia Kunze, Olivia Päßler

Mit dieser Kampagne hat der Berufsverband nach der Sommerpause für Aufmerksamkeit gesorgt: In den sozialen Netzwerken, in der ärztlichen Verbändelandschaft sowie in den Fachmedien ist der kreativ umgesetzte Aufruf des Verbands, die Sicherung der fachärztlichen Weiterbildung zu unterstützen, bereits breit aufgegriffen worden und hat viel positive Resonanz erhalten. Ein Interview mit den „Machern“ der Kampagne.

Kämpft mit uns für die Zukunft des ärztlichen Nachwuchses, unterschreibt die Petition an das BMG/die Politik zur Sicherung der ärztlichen Weiterbildung!



Prof. Dr. med. Carsten J. Krones

Leiter BDC-Themen-Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Mitglied des erweiterten BDC-Vorstands
Mitglied BDC-Themenreferat
„Krankenhausstrukturen, sektorenübergreifende Versorgung und Nachhaltigkeit“
Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Proktologie
Krankenhaus Düren gem. GmbH
carsten.krones@krankenhaus-dueren.de



Prof. Dr. med. Daniel Vallböhmer

Leiter BDC-Themen-Referat
Krankenhausstrukturen, sektorenübergreifende Versorgung und Nachhaltigkeit
Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Evangelisches Klinikum NiederrheingGmbH
daniel.vallboehmer@evkln.de

Krones C, Vallböhmer D, Schmitz R, Kirschniak A, Braun B, Kunze C, Päßler O: Der BDC macht mobil für die fachärztliche Weiterbildung. *Passion Chirurgie*. 2024 September; 14(09/III): Artikel 05_02.



Mehr zur Kampagne des BDC lesen Sie auf BDC|Online unter der Rubrik BDC|News.



EIN INTERVIEW MIT DEM KAMPAGENTEAM

PC Der BDC setzt sich schon lange für die chirurgische Weiterbildung ein: Warum jetzt eine Kampagne, warum zu diesem Zeitpunkt?

Carsten Krones Wie die Frage schon vorwegnimmt: Angefangen bei seinem Vorstand kämpft der BDC schon seit Jahren darum, die Weiterbildung bei Politik und Selbstverwaltung auf Bundes- und Landesebene endlich wieder stärker in den Fokus zu rücken. Die Rahmenbedingungen sind seit Jahren für den Nachwuchs an der Grenze des Zumutbaren. Dass wir in Deutschland Ärztinnen und Ärzten eine reibungslose und qualitativ hochwertige Weiterbildung ermöglichen, ist doch die Grundvoraussetzung für eine professionelle gesundheitliche Versorgung, wie jeder von uns sie sich auch selbst wünscht. Die Realität sieht anders aus. Ausgerechnet die fachärztliche Weiterbildung wird in allen Reformprojekten sträflich vernachlässigt, ja geradezu ignoriert. Wir führen E-Rezepte und elektronische Krankschreibungen ein – what a success. Aber wer diese kompetent ausfüllt ist nachrangig? Die jetzt anstehenden Krankenhausreformen in Bund und Land, ziehen ganz erhebliche Strukturveränderungen nach sich, die zwangsläufig drastische Auswirkungen auf die Facharztweiterbildung haben werden – nicht nur, aber besonders in der Chirurgie. Die Reformbemühungen konkurrieren zum Teil erheblich, aber in einem decken sie sich eins zu eins: Das Thema Weiterbildung findet nicht statt. Eingaben und Anfragen verschiedenster Fach- und Berufsverbände bleiben unbeantwortet, oder werden blasiert zur Seite geschoben. Man will uns einfach nicht hören. Wir haben uns daher entschieden, nicht nur in Gremien und auf der Fachebene aktiv zu bleiben, sondern jetzt die Öffentlichkeit zu mobilisieren. Es ist kurz vor zwölf, daher die Kampagne: Wir wollen in der Breite auf die Situation aufmerksam machen und so die Politik bewegen, endlich aktiv zu werden. Kompetenz und Sachverstand

gibt es in den ärztlichen Verbänden en masse – wir stehen jederzeit zur Beratung bereit.

PC Wer arbeitet an der Kampagne?

Claudia Kunze Zum Kampagnenteam gehören neben den Referentinnen aus der Kommunikation verschiedene Leiter der BDC-Themenreferate. Die einzelnen Personen kommen aus Klinik und Praxis und engagieren sich für ihre Themen bereits lange im Verband. Dazu noch sind sie in weiteren Gremien und Verbänden aktiv und bringen so weitere Expertise mit ins Projekt. Die Idee einer Kampagne haben wir bereits im vergangenen November beim Treffen der Themenreferate entwickelt. Seither haben wir an Kreativkonzept und Umsetzung gearbeitet. Den Kampagnenclip, das Herzstück, haben wir von einem kleinen, feinen Kreativteam umsetzen lassen, das ein gutes Gespür für Trends bei Kurzvideos hat. Neunzig Prozent der Arbeit haben wir intern geleistet. Die Kampagne ist also einzigartig und in Teilen „von chirurgischer Hand“ gemacht.

PC Was steckt hinter der Kampagne? Was ist ihr Ziel?

Olivia Päßler Das ist die zentrale Frage: Was wollen wir damit erreichen? In erster Linie möchten wir die Allgemeinheit aufrütteln: Seht her, das ist ein Thema, das letztendlich euch angeht! Aber das reicht uns nicht. Wir möchten alle, die wir mit der Kampagne erreichen, dazu bringen, uns zu unterstützen. Dies können sie mittels Unterschrift unserer Petition an das BMG, die wir aufgesetzt haben und einreichen wollen. Alle, Ärztinnen und Ärzte aller Karrierestufen, die Studentenschaft, Patientinnen und Patienten, sollen unterschreiben. Ob wir die erforderliche Anzahl an Unterschriften erhalten werden, ist für uns erst einmal zweitrangig. Wichtig war uns der „Call to Action“ – tut was! Damit im Bundesgesundheitsministerium endlich mal jemand aktiv wird.

PC Was war die wichtigste Aufgabe bei der Umsetzung der Kampagne?

Benedikt Braun Die wichtigste Aufgabe bei der Umsetzung einer Kampagne ist natürlich, sie so zu gestalten, dass man daran hängen bleibt und die Zielgruppe für den Kampagnenzweck mobilisiert. Für uns ist da die erste Ansprache ein kurzer Videoclip. Der muss Aufmerksamkeit erregen und einen gewissen Nerv treffen, damit man weiter ins Thema einsteigen will. Er muss nicht jedem gefallen, geht auch gar nicht, aber er muss Aufmerksamkeit erregen. Für sowas hilft bei uns eine professionelle Kreativ-Agentur. Der Clip ist letztlich aber nur Mittel zum Zweck, genau wie der Slogan. Dahinter muss Substanz stecken, hier in Form einer entsprechenden Website mit Hintergrundinformationen und eine change.org Petition. Da soll letztlich eine kritische Masse versammelt werden, mit der man dann beim BMG ein Pfand hat. Um an diesen Punkt zu kommen ist eine der wichtigsten Aufgaben, alle Kontakte aus der Chirurgie und anderen Fachbereichen, dem medizinischen Nachwuchs, aber auch dem persönlichen Umfeld für die Idee zu begeistern und zu mobilisieren. Jede und jeder kann sowohl die Petition unterschreiben, als auch in den persönlichen sozialen Netzwerken für die Kampagne werben und zum Teilen animieren. Die Masse macht's!

PC Wie wollen Sie sich mit dem Kampagnenclip von anderen Maßnahmen absetzen?

Andreas Kirschniak Der BDC gilt im Auftritt landläufig als eher nüchtern, fachspezifisch und „funktionsgesteuert“. Humor und Emotion spielten bislang, wenn überhaupt, dann eine Nebenrolle in der Verbandskommunikation. Mit unserer Kampagne wollten wir einen neuen Ansatz wählen. Wie gesundheitliche Versorgung in der Zukunft aussehen wird, wenn die Politik die Weiterbildung nach wie vor vernachlässigt, wollen wir mit voller Drastik in einer ganz neuen Ästhetik zeigen. Durch die Verwendung von Comicfiguren konnten wir die Situation

abstrahieren und ins Absurde ziehen. Das führt zu Lachern, aber auch zum Aha-Effekt: Ganz abwegig ist die Geschichte leider nicht! Positionspapiere und Stellungnahmen wurden bis dato in der Politik mit Nichtbeachtung gestraft, dass der BDC sich aber insbesondere für die nächste Generation von Ärztinnen und Ärzten und Chirurginnen und Chirurgen engagiert, soll mit dieser Darstellungsweise klar hervorgehoben werden. Wir wollen die und jungen Kolleginnen und Kollegen zum Mitmachen auffordern.

PC Wie sieht der Ablauf der Kampagne aus?

Daniel Vallböhmer Neben den klassischen Medien machen wir uns die sozialen Netzwerke zunutze. Hier liegt unser Schwerpunkt. Wir bespielen die Kanäle Instagram, Youtube, LinkedIn und Facebook. Sogar Tiktok gehört neu zu unseren BDC-Kanälen! Über diese Plattformen soll der Clip bestenfalls viral gehen. Wir finden, er hat das Potenzial dazu! Auf jeden Fall ist die Kampagne eine Aktion, die man vom BDC so sicherlich nicht erwartet hätte.

PC Wie wird es in den nächsten Wochen weitergehen?

Ralf Schmitz Weiterbildung bleibt beim BDC eines der zentralen Themen. Die Kampagne werden wir ausbauen – wir haben noch ein paar kreative Raketen auf Lager, die gezündet werden wollen. Mittel- und langfristig wollen wir mit unserer Aktion erreichen, mehr Aufmerksamkeit als Berufsverband der Deutschen Chirurgie zu bekommen – sowohl in der Ärzteschaft als auch auf der politischen Ebene. Damit erhoffen wir uns, auch fachlich noch stärker in politische Entscheidungen mit eingebunden zu werden. Denn bei uns sitzen die Expertinnen und Experten mit geballtem Wissen, was die chirurgische Weiterbildung angeht. Wir sind bereit für die Zusammenarbeit mit allen, die das Thema voranbringen wollen! ○



Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Regionalvertreter Landesverband
BDC|Schleswig-Holstein
Leiter des Themen-Referates
„Niedergelassene“ im BDC
Mitglied des Themenreferats
Krankenhausstrukturen,
sektorenübergreifende Versorgung und
Nachhaltigkeit
Mitglied des erweiterten BDC-Vorstand
MVZ Chirurgie Kiel
schmitz@bdc.de



**Prof. Dr. med. Andreas Kirschniak,
MBA**

Leiter Themen-Referat „Nachwuchs und
Karrieregestaltung“ im BDC
Mitglied BDC-Themen-Referat
„Digitalisierung und technische
Innovation“
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Kliniken Maria Hilf Allgemein- und
Viszeralchirurgie
andreas.kirschniak@mariahilf.de



apl. Prof. Dr. med. Benedikt Braun, MBA
Stellv. Leiter Themen-Referat Nachwuchs
im BDC

Mitglied im BDC-Themen-Referat
Digitalisierung und technische Innovation
Beauftragter für die Nachwuchsförderung
in der Gemeinsamen
Weiterbildungskommission Chirurgie
Klinik für Unfall- und
Wiederherstellungschirurgie
Eberhard Karls Universität Tübingen
BG Klinik Tübingen
bbraun@bgu-tuebingen.de



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



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



KEIN WEITER OHNE BILDUNG – EIN KOMMENTAR VON FRIEDERIKE BURGDORF

Seit dem 5. September laufen die Kampagnenaktivitäten im BDC auf Hochtouren. Eine Woche nachdem wir online gegangen sind, zahlreiche E-Mails an unsere Unterstützerinnen und Unterstützer geschickt und zur Unterschrift unserer Petition aufgerufen haben, konnten wir bereits eine Tendenz erkennen: An der hohen Zahl der Aufrufe unserer Kampagne in den sozialen Medien, an der Menge der Menschen, die die Petition unterschrieben haben und an den vielen positiven Kommentaren auf den Plattformen und im persönlichen Austausch erkennen wir, dass wir einen Nerv getroffen haben.

Die fachärztliche Weiterbildung ist seit Jahren ein zentrales Verbandsthema im BDC. Auch weitere maßgebliche Beteiligte haben das Thema aktuell aufgrund der gesundheitspolitischen Reformen aufgegriffen und sich mit Positionspapieren, Gesetzesentwürfen, Anschreiben und in Hintergrundgesprächen an die Politik und Fachöffentlichkeit gewandt. Dazu gehören die Bundesärztekammer, Landesärztekammern, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Marburger Bund, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten sowie den Berufsverband Deutscher Anästhesisten, um nur einige zu nennen. Die Ziele und Forderungen des BDC bezüglich der chirurgischen Weiterbildung sind in seinem Leitbild verankert. An Lösungen arbeiten der Vorstand, die Gemeinsame Weiterbildungskommission Chirurgie von BDC und DGCH sowie die BDC-Themenreferate. Warum nun die Kampagne? Der erste Ansatz dazu entstand vergangenen November beim Treffen der Themenreferate. Die Teilnehmenden stellten damals fest, dass der Verband sich auf verschiedenen politischen Ebenen zwar intensiv für eine gesicherte und qualitativ hochwertige chirurgische Weiterbildung einsetzt, dass aber die Reaktion darauf bei den Entscheidern in der Gesundheitspolitik milde gesagt verhalten ist. Sie beschlossen daher, einen neuen Weg einzuschlagen, um Gehör zu finden. Die Idee der Kampagne war geboren. Das Kampagnenteam formierte sich



Dr. med. Friederike Burgdorf
Geschäftsführerin
Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.
burgdorf@bdc.de

und die BDC-Kommunikation arbeitete seither an einem Konzept, das sich im Laufe der Monate stetig weiterentwickelte und konkreter wurde.

Vorstand und Geschäftsführung legten besonderen Wert auf die Formulierung der Petition und berufspolitische Implikationen. Eine wichtige Aufgabe neben der Entwicklung der Kampagnenidee war zudem das Kommunikationskonzept: Über die sozialen Medien und den Entschluss, eine Petition ins Leben zu rufen, hatten wir die Chance, die Rezipienten zu mobilisieren und zum Handeln aufzurufen. Da Weiterbildung alle angeht, hofften wir, möglichst viele mit ins Boot zu holen und als Unterstützer:innen zu gewinnen. Aus unserer Sicht ist das bisher geglückt.

Zum Kickstart der Kampagne beigetragen hat sicherlich auch der Zeitpunkt Anfang September, direkt zum Ende der parlamentarischen Sommerpause: Seither wird der Referentenentwurf für die Krankenhausreform in verschiedenen Lesungen behandelt und konkretisiert. In dem umfassenden Dokument kommt die fachärztliche Weiterbildung nicht vor, was nicht nur für uns vollkommen unverständlich ist. Denn das wichtigste und schwierigste Thema, deren Finanzierung, ist Aufgabe des Bundesgesundheitsministeriums. Wir sind sicher, dass „Kein Weiter ohne Bildung“ und die Wellen, die unsere Kampagne schlägt, dazu führen werden, dass die fachärztliche Weiterbildung auf den politischen Ebenen endlich „ankommt“. Wir sind auf die Ergebnisse sehr gespannt. ○



„Wir brauchen dringend mehr Strukturierung – und eine auskömmliche Finanzierung“

Ralf Schmitz



Kaum Förderung, zu wenig Nachwuchs: In der ärztlichen Weiterbildung liegt einiges im Argen. Doch welche Probleme gibt es genau? Und was müsste sich ändern? Der Ärztenachrichtendienst hat Betroffene aus mehreren Fachbereichen gefragt, wie sie die aktuelle Weiterbildungssituation in ihrer Disziplin einschätzen. Heute im Gespräch: Dr. Ralf Schmitz vom Berufsverband der Deutschen Chirurgie (BDC).

Ärztenachrichtendienst Wie steht es um die Weiterbildung in Ihrem Fach, gibt es genug Nachwuchs, gibt es genug Plätze?

Ralf Schmitz (RS) Beides kann ich mit Nein beantworten. Das ist aber ein Problem, das nicht neu ist, sondern schon seit Jahren mitgeschleppt wird. Weiterbildung war letztendlich immer nur ein Nebenprodukt. Das ist nicht nur in der Chirurgie so. Primär ging es nie um die Weiterbildung, sondern es gab halt einen Arbeitsvertrag und Beiprodukt dessen war die Weiterbildung. Das hat alles super funktioniert, als die Arbeitszeiten noch so waren wie vor dem EuGH-Urteil. Da kam man auf reichlich Eingriffe und Erfahrung. Das hat sich zum einen geändert.

Zum anderen hat sich geändert, dass in den Kliniken immer mehr Aufgaben von den jungen Kolleginnen und Kollegen erledigt werden müssen, die relativ wenig mit Weiterbildung und oftmals auch gar nichts mit Medizin zu tun haben, nämlich Dokumentationsaufgaben.

ÄND Ist denn eine rein klinische Weiterbildung angesichts der zunehmenden Ambulantisierung überhaupt noch möglich?

RS Nein. Wir haben genau deswegen für die Chirurgie in Schleswig-Holstein schon vor über zehn Jahren ein Modellprojekt angestoßen. Wir hatten dabei im Sinn, dass wir die jungen Kolleginnen und Kollegen, die in den Kliniken sitzen,

änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG
Kattjahren 4
22359 Hamburg
info@aend.de

Erstveröffentlicht im Ärztenachrichtendienst
am 12. August 2024.

unterstützen, weil auch schon damals im Jahr 2015 nicht genügend Ausbildungs Eingriffe in den Kliniken vorhanden waren.

Viele Eingriffe, wie zum Beispiel Materialentfernungen, Karpaltunnel-Operationen an der Hand und einfache Osteosynthesen sind klassische Ausbildungsoperationen. Damit fängt man normalerweise an, wenn man ein Messer in der Hand halten will. Und das hat damals schon nicht funktioniert, denn diese Eingriffe wurden auch zu diesem Zeitpunkt schon zum großen Teil im niedergelassenen Bereich, also in ambulanten OP-Zentren oder Belegkliniken durchgeführt.

Dazu kam dann noch, dass wegen verminderter Anwesenheitszeit in der Klinik durch Ausgleich der Bereitschaftsdienstzeiten immer weniger die Möglichkeit bestand, überhaupt an Operationen teilzunehmen.

Deswegen wollten wir im Rahmen eines Modellprojektes zeigen, dass eine sektorenübergreifende Weiterbildung überhaupt funktioniert. Das sah dann so aus, dass die Weiterzubildenden, die am UKSH in Kiel angestellt waren, auf Hospitationsbasis in das vertragsärztlich geleitete MVZ Chirurgie ebenfalls in Kiel gekommen sind, um dort operative Eingriffe auszuüben, die sie noch benötigten. Zunächst gab es viele Zweifler, aber mit Unterstützung von KV und Ärztekammer in Schleswig-Holstein ging es dann. Der damalige Präsident Dr. Franz Bartmann, selbst Chirurg und gleichzeitig in der Weiterbildungskommission der Bundesärztekammer, hat uns dabei sehr unterstützt. Letztendlich konnten wir zeigen, dass eine Weiterbildung über die Sektorengrenzen hinweg zwischen einer Uni-Klinik und einem niedergelassenen MVZ möglich war und gut funktionierte.

steht an. Und die Weiterbildung wird dabei überhaupt nicht mitgedacht. Wenn man sich zum Beispiel den Referentenentwurf zum KHVVG ansieht, dann findet man in diesem 189 Seiten starken Papier zweimal kurz die Weiterbildung erwähnt. Dabei geht es aber nur um die Allgemeinmedizin, nicht um Chirurgie oder sonstige fachärztliche Weiterbildung. Das ist eine Katastrophe! Wir müssen doch irgendwie junge Ärztinnen und Ärzte ausbilden können.

ÄND Ist die Weiterbildung bei uns denn so schlecht?

RS Was die Organisation anbelangt: Ja. Es fehlt jede Strukturierung. Dies hat eine Masterarbeit einer jungen Kollegin – damals aus Oxford und heute in Berlin – aus dem Jahr 2020 gezeigt. Sie hat die Weiterbildung Orthopädie/Unfallchirurgie in insgesamt 10 verschiedenen hochentwickelten OECD-Ländern verglichen. Dabei kam heraus, dass in keinem Land die Weiterbildung so unstrukturiert verläuft und so schlecht ist wie bei uns. Wir sind da wirklich ganz, ganz weit unten. Wir brauchen dringend eine Strukturierung. Unter anderem deswegen haben wir unser Modellprojekt jetzt neu aufgelegt mit dem Ziel einer auskömmlichen Finanzierung – denn nur dann bestünde die Chance, dass die Weiterbildung in die Spur kommt. Denn ohne eine Finanzierung wird es nicht funktionieren, weder im Krankenhaus und schon gar nicht im Vertragsarztbereich.

ÄND Aber es gibt doch die Förderung nach §75a?

RS Ja, aber das sind außerhalb der Allgemeinmedizin nur sehr wenige Stellen, letztendlich 2000 in Deutschland für alle Fachbereiche. Und es gibt viele Ausnahmetatbestände, gerade für die Chirurgie. Zum Beispiel durfte Weiterbildung nicht in großen Städten stattfinden, nicht in Spezialpraxen. Aber wo findet denn die Chirurgie sonst statt?

Wir haben es mit Unterstützung der KVSH jetzt geschafft, dass wir eine Rotationsstelle besetzen können, wieder zusammen mit dem UKSH. Die jungen

änd: R. Schmitz „Wir brauchen dringend mehr Strukturierung – und eine auskömmliche Finanzierung“. Passion Chirurgie. 2024 Oktober; 14(10): Artikel 05_03.



Mehr zur Weiterbildung in der Chirurgie finden Sie auf BDC[Online unter der Rubrik Politik | Aus- und Weiterbildung].

ÄND Jetzt sind wir fast zehn Jahre weiter, wie ist die Situation denn jetzt?

RS Die Situation ist noch einmal deutlich schlimmer geworden. Die Ambulantisierung nimmt Fahrt auf mit der Änderung des AOP-Vertrags und der Einführung der Hybrid-DRGs, die Krankenhausreform

» ZUR PERSON



Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Regionalvertreter Landesverband
BDC|Schleswig-Holstein
Leiter des Themen-Referates „Niederge-
lassene“ im BDC
Mitglied des Themenreferats Kranken-
hausstrukturen, sektorenübergreifende
Versorgung und Nachhaltigkeit
Mitglied des erweiterten BDC-Vorstand
MVZ Chirurgie Kiel
schmitz@bdc.de

Dr. Ralf Schmitz ist Vorsitzender des Landesverbands BDC Schleswig-Holstein und Sprecher der Landesverbände. Er ist seit Januar 2000 als Vertragsarzt in Kiel niedergelassen und hat 2006 das MVZ Chirurgie mitgegründet. Die Weiterbildung und die Verbesserung der medizinischen Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg liegen bei seiner berufspolitischen Arbeit besonders am Herzen.

Kolleginnen oder Kollegen aus der Klink kommen dann im vierten oder fünften Weiterbildungsjahr zu uns für ein Jahr, verbunden mit einem Arbeitsgeberwechsel. Wir stellen diese ein, vergüten sie nach Tarif und bekommen eine Förderung aktuell in Höhe von 5.400 Euro

Aber auch das ist wieder nur ein Modellprojekt, kann keine Blaupause für eine bundesweite Lösung sein. Man muss sich nämlich überlegen, wer die Weiterbildung beim § 75a bezahlt. Dies sind ausschließlich jeweils zur Hälfte die gesetzlichen Krankenkassen und die Vertragsärzte. Für mich und meinen Berufsverband ist ganz klar: Das muss eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sein. Da müssen letztendlich auch über den Staat, sprich über Steuern, Modelle zur Finanzierung gefunden werden.

ÄND *Wie sieht es denn bei den Kliniken aus, viele haben ja auch finanziell zu kämpfen?*

RS Es muss ganz klar etwas passieren, damit Weiterbildung überhaupt noch stattfindet. Es gibt immer mehr Kliniken, die sagen, Weiterbildung ist zu teuer. Die müssen hochpreisige Operationen machen um überhaupt noch überleben

zu können und das muss dann zack-zack gehen in hoher Qualität. Das geht nur mit Fachärzten. Dabei ist es kurzsichtig, wenn man keinen Nachwuchs ausbildet.

ÄND *Wie optimistisch blicken Sie in die Zukunft?*

RS Ich bin jetzt seit über 30 Jahren in der Chirurgie, seit 2000 niedergelassen und habe mich berufspolitisch immer für die Weiterbildung engagiert. Es wurde eigentlich immer schlechter, egal, was gemacht wurde, weil dies über lange Zeit keinen wirklich interessiert hat. Aber jetzt ist das auf einmal anders. Die Weiterbildung ist DAS Thema in Krankenhaus und Praxis, ist bestimmend auf den großen Kongressen und zuletzt auch auf dem Ärztetag. Von daher blicke ich hoffnungsvoll in die Zukunft.

ÄND *Woher kommt denn das stärkere Interesse an der Weiterbildung?*

RS Alle Fächer haben Probleme mit dem Nachwuchs, aber die Chirurgie leidet ganz besonders unter einem Nachwuchsmangel, weil viele junge Kollegen sich sagen, das tue ich mir nicht an, das ist mit meiner Vorstellung von

Work-Life-Balance nicht vereinbar. Dabei haben wir haben ganz, ganz viele junge Kollegen, die eigentlich in die Chirurgie wollen. Die alte patriarchalische Struktur in der Chirurgie und die Hierarchien im Krankenhaus sind aber nicht das, was sich die jungen Kollegen heute vorstellen. Sogar mein Sohn hat nach einem Semester Chirurgie im Krankenhaus das Fachgebiet gewechselt, weil er sonst im Burn-out gelandet wäre.

Ich glaube auch nicht, dass wir zu wenig Medizinstudienplätze haben. Man müsste nur die richtigen Leute studieren lassen. Wir haben enorm hohe Abbrecherquoten und viele Absolventen, die nicht in die Patientenversorgung gehen. Es gibt aber Tausende von jungen Leuten, die sind hoch motiviert, aber haben „nur“ ein Abitur mit 2,0. Die arbeiten teils seit Jahren als Notfallsanitäter, als Intensivschwester, die kennen die anspruchsvolle Tätigkeit in der Medizin. Die wissen, dass sie am Wochenende arbeiten müssen, dass es Nachtdienste gibt. Wenn man diese jungen Kolleginnen und Kollegen für das Studium zulassen würde, dann würden sie auch im System bleiben. ○

Daumen hoch oder runter?

Jörg-A. Rüggeberg



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

Im alten Rom hat bekanntlich der Kaiser über das Heben oder Senken seines Daumens über Wohl und Wehe der Gladiatoren entschieden. Nun leben wir erfreulicherweise in einer Demokratie mit ihren durchaus komplexen Entscheidungsprozessen, aber eine Angelegenheit wird dennoch im Rahmen einer Ministerentscheidung geregelt und das ist die Herausgabe einer Rechtsverordnung zur Einführung einer neuen GOÄ (oder eben auch nicht).

Nach acht Jahren intensiver Diskussionen haben sich Ärzteschaft und private Versicherungen einschließlich der Beihilfestellen auf eine neue Gebührenordnung verständigt und zwar sowohl der Legendierungen als auch der Preise sowie der übergeordneten Paragraphen zu Anwendung und Übergangsbestimmungen. Das war stets die Voraussetzung für das Ministerium, sich mit der jetzt erforderlichen Rechtsverordnung zu befassen. Denn anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Systematik und Bepreisung unserer ärztlichen Leistungen keine Verhandlung zwischen den Partnern der Selbstverwaltung, sondern eine staatliche Aufgabe, eben durch Rechtsverordnung des Ministers zu erlassen. Die Bedingung eines gemeinsam konsentierten Leistungsverzeichnisses ist jetzt erfüllt und es gibt keine inhaltliche Ausrede mehr, die Rechtsverordnung zu verweigern.

Wenn der Minister Lauterbach jetzt nicht handelt, hätte dies rein ideologische Gründe und das wird er erklären müssen. Außerdem würde er wortbrüchig (für einen Politiker allerdings kein Problem), denn er hat mehrfach zugesagt, sich bei Vorliegen der geforderten Einigung zwischen PKV und BÄK mit der GOÄ zu befassen. Wir können ihn nicht zwingen, aber wir müssen den öffentlichen Druck erhöhen. Rein theoretisch

könnte das Ministerium auch Änderungen an dem vorgelegten Entwurf vornehmen, z. B. die Preise absenken. Aber auch das verlangt dann nach einer plausiblen Erklärung.

WARUM BRAUCHEN WIR ÜBERHAUPT EINE NEUE PRIVATE GEBÜHRENORDNUNG?

Das Leistungsverzeichnis der aktuellen GOÄ ist nach mehr als drei Jahrzehnten hoffnungslos veraltet und bildet die inzwischen etablierten neuen Behandlungsmöglichkeiten in keiner Weise ab. Eine Abrechnung solcher innovativen Maßnahmen gelingt nur über abenteuerliche und teilweise abstruse Analogbewertungen und ist damit alles andere als rechtssicher. Dass auch die Vergütung seit Dekaden stagniert, würde kein anderer Berufsstand tolerieren. Der jetzt gefundene Kompromiss setzt teilweise auf völlig neue Ansätze: Gesprächs- und Betreuungsleistungen werden deutlich gefördert. Der ärgerliche Ausschluss von Beratungen neben Sonderleistungen entfällt. Gespräche können in Zukunft in jeder Sitzung abgerechnet werden. Insbesondere die konservativen Leistungen in der Praxis werden deutlich besser vergütet werden. Im Wahlleistungsbereich wird es eine gewisse Umverteilung geben. Die mancherorts geübte Praxis ausgedehnter Kettenabrechnung wird nicht mehr möglich sein, dafür wird die eigentliche Kernleistung besser honoriert. Das dürfte sicher zu einer verbesserten Gerechtigkeit führen. Es sprengt den Rahmen, hier auf Details einzugehen. Trotz grundsätzlicher Kritik hat der BDC sein Einverständnis für eine neue GOÄ signalisiert, allerdings mit der klaren Forderung nach notwendigen Nachbesserungen bei einzelnen Bewertungen. Jetzt ist der Minister gefragt: Daumen hoch oder runter? ○

Rüggeberg JA: Daumen hoch oder runter?
Passion Chirurgie. 2024 Oktober;
14(10): Artikel 05_04.



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

Chirurgieverband launcht Kreativkampagne zur Sicherung der fachärztlichen Weiterbildung



Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC) geht bei seinem Engagement für den ärztlichen Nachwuchs neue Wege. Mit einer Kampagne möchte der Verband auf die hohe Bedeutung der fachärztlichen Weiterbildung hinweisen.

„Die Förderung der chirurgischen Weiterbildung ist eines unserer Kernthemen und hat einen hohen Stellenwert. Vorstand, Geschäftsführung und Mandatsträger im Verband arbeiten seit Jahren an Konzepten und Lösungen für eine gesicherte, gut strukturierte und qualitativ hochwertige chirurgische Weiterbildung. Unsere Forderungen haben wir im März dieses Jahres in einem Positionspapier dargestellt. Auf politischer Ebene passiert: Nichts. Im Rahmen der anstehenden Krankenhausreform wird die Weiterbildung nach wie vor ignoriert. Daher gehen wir nun den nächsten Schritt: Mit einer Kampagne richten wir uns an die Öffentlichkeit und an Verbündete, um auf das Thema fachärztliche Weiterbildung aufmerksam zu machen, und den Druck auf die Politik zu erhöhen. Denn das Thema ist nicht nur für angehende Fachärztinnen und Fachärzte relevant, sondern auch für Patientinnen und Patienten. Unser Anspruch, eine bestmögliche ärztliche Versorgung zu gewährleisten, gilt selbstverständlich auch für die Zukunft und darf nicht durch mangelhafte Rahmenbedingungen

konterkariert werden“, betont BDC-Vizepräsident Dr. Peter Kalbe.

Die Kampagne basiert auf einem Comic-Clip, der durch seinen außergewöhnlichen Stil auffällt. „Wie gesundheitliche Versorgung in letzter Konsequenz aussehen könnte, wenn die Politik die Weiterbildung nach wie vor vernachlässigt, wollen wir mit voller Drastik in einer ganz neuen Ästhetik zeigen. Durch die Verwendung von Comicfiguren konnten wir die Situation abstrahieren und ins Absurde ziehen“, erklärt BDC-Geschäftsführerin Dr. Friederike Burgdorf. Der Clip ist ab heute auf den Social Media Kanälen des Verbands zu sehen. Der Berufsverband begnügt sich dabei nicht mit Likes und Shares. Die Kampagne mündet in eine Petition an das Bundesgesundheitsministerium, für die der Verband zur Unterschrift aufruft. Ärztinnen und Ärzte aller Karrierestufen, die Studentenschaft, und auch die Öffentlichkeit, also potenzielle Patientinnen und Patienten, sollen unterschreiben. „Der „Call to Action“ – tut was! ist uns besonders wichtig. Damit das Bundesgesundheitsministerium unsere guten Konzepte zur fachärztlichen Weiterbildung endlich aufgreift“, so Burgdorf.

Mehr Informationen (klicken Sie auf den Begriff und Sie werden weitergeleitet):

- **Kampagnenaufruf**
- **Petition**
- **LinkedIn**
- **Instagram**
- **Youtube**
- **TikTok**
- **Twitter**
- **Positionspapier der Gemeinsamen Weiterbildungskommission Chirurgie** (Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. und Deutsche Gesellschaft für Chirurgie) 



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

Alle Pressemitteilungen und das Medienecho finden Sie auf [BDC|Online](https://bdc.de) im Bereich **Presse**.



SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI HANNO MATTHAEI

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Menschlichkeit, Vielseitigkeit, Innovation.

Welche Forschungsrichtung inspiriert Sie?

Künstliche Intelligenz.

Welchen klinischen Schwerpunkt haben Sie?

Onkologische GI-Chirurgie und HPB-Chirurgie.

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

u. a. die Studien zur Evidenz in der OP-Robotik.

Welches Buch liegt auf Ihrem Nachttisch?

Ich glaube, irgendein Band vom Drachen Kokosnuss.

Mit welchem Song wachen Sie in der Früh am liebsten auf?

Musik = Wecker. Daher am liebsten ohne :-).

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Ein Forschungsaufenthalt in den USA an der Johns Hopkins Universität.

Was war Ihre größte Inspiration?

Zusammenarbeit mit bestimmten Menschen.

Welches Forschungsthema bearbeiten Sie?

Unterschiedliche Projekte zur digitalen und robotergestützten Chirurgie in unserem neu gegründeten Bonn Surgical Technology Center (BOSTER).

Wie lautet(e) Ihr Habilitationsthema?

„Pathogenese, molekulare Diagnostik und chirurgische Therapie der zystischen Vorläuferläsionen des dukalen Pankreaskarzinoms“.

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

Einen neuen OP-Roboter für „on-demand robotics“.

Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

... die Digitalisierung als riesige Chance nutzen, um unsere chirurgische Expertise in wirtschaftlich schwachen Regionen zu skalieren.

... dem ärztlichen Nachwuchs erfolgreich klarmachen, dass die digitale Transformation der Chirurgie unendliche spannende Karrierechancen bietet.

... die chirurgisch-technologische Wertschöpfung in der BRD unterstützen zu internationalen Führungspositionen oder zumindest Konkurrenzfähigkeit.

AUS DER
DGCH

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

Zentrenbildung und Personalengpässe.

Wann platzt Ihnen der Kragen?

Wirklich selten ... z. B. bei grundlos schlechter Laune.

Welche Hoffnung haben Sie aufgegeben?

Dass jemand spontan meinen Nachnamen richtig schreibt oder ausspricht.

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Gehört dazu ... einfach nach vorne schauen und weitermachen!

Ihr wichtigstes Hobby?

Abwechslungsreicher Sport

Wo werden Sie schwach?

Beim ersten Espresso, nachdem man im OP wieder zwei Hauptmahlzeiten verpasst hat.

Was bringt Sie zum Lachen?

Vieles! Z. B. generationsspezifische Sprache/Sprüche meiner Kinder.

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Erfolgreiche OP, Lächeln vom Patienten, Zeit für Familie.

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

Ausführlich sprechen, Chancen einräumen, klare Grenzen aufzeigen.

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

U. a. durch Stärkung intrinsischer Motivation.

Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Klar – ohne geht's nicht!

Prof. Dr. med. Hanno Matthaei FEBS

Facharzt für Viszeralchirurgie, Spezielle Viszeralchirurgie
Fellow of the European Board of Surgery (Surgical Oncology)
Verheiratet, 4 Kinder
Director Clinical Robotics; Bonn Surgical Technology Center (BOSTER)
Oberarzt und Zentrumskoordinator Pankreaschirurgie
Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie
Universitätsklinikum Bonn

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

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.	Patienten mit Lebermetastasen Exper. Gruppe anato- mische 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).	59 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: City₃* Registrierungsnummer: DRKS003520				
Prof. Dr. med. D. K. Bartsch	Patienten (n = 2426), bei denen eine totale Thyreoidektomie oder Hemithyreoidektomie wegen einer gutartigen Struma durchgeführt wurde Exper. Gruppe: kontinuierliches intraoperatives Neuromonitoring Kontrollgruppe: intermittierendes intraoperatives Neuromonitoring	28.02.2024 177 von 2426 Patienten	Keine Finanzierung Fallgeld: 0 €/Patient	PD Dr. med. Elisabeth Maurer Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Philipps-Universität Marburg Baldingerstraße 35043 Marburg T: 06421/58-65869 F: 06421/58-68995 E: maurere@med.uni-marburg.de
Studientitel: DISPACT-2₄* 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 215 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: HULC₅* Registrierungsnummer: DRKS00017517				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren mono- filen Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen- Netz Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik	08.08.2019 531 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: MICkey₆* Registrierungsnummer: DRKS00027927				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Totale minimal-invasive Ösophagektomie (MIN-E; entweder über „klassische“ minimal-invasive Laparos- kopie + 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 20 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
Studientitel: P.E.L.I.O.N₇* Registrierungsnummer: DRKS00027921				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der Bauchwand während des Loop-Ileos- toma-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 Nahtmate- rial in small-stitch-Technik ohne Netzverstärkung.	20.01.2023 35 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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: RECOPS₈*				
Registrierungsnummer: DRKS00024364				
Prof. Dr. med. Daniel Reim	Experimentelle Gruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfre- sektion, Child-Rekonstruktion und zusätzlicher Braun'scher Fußpunktanastomose zwischen der zu- und abführender Schlinge der Duodenojejunostomie Kontrollgruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresek- tion und Child-Rekonstruktion	05.05.2022 254 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: SELREC₉*				
Registrierungsnummer: DRKS00030567				
PD Dr. med. Rosa Klotz	Experimentelle Gruppe: Totale mesorektale Exzision (TME) ohne neoadjuvante (Chemo-)Radiotherapie Kontrollgruppe: Leitlinienkonforme neoadjuvante (Chemo-) Radio- therapie (5x5 Gy oder insgesamt 50,4Gy) und ggf. begleitende 5-FU-basierte Chemotherapie gefolgt von TME innerhalb von 12 Wochen	04.05.2023 13 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

[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] Continuous vs. intermittent intraoperative neuromonitoring for reduction of transient recurrent laryngeal nerve palsy in thyroid surgery – a prospective randomized controlled multicenter trial

[4] Distal Pancreatectomy – A randomised controlled trial to compare minimal-invasive distal pancreatectomy to open resection (DISPACT-2 Trial)

[5] Hernia reduction following laparotomy using small stitch abdominal wall closure with and without mesh augmentation – HULC

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

[7] 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)

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

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

* Diese Studien werden im Verbund des chirurgischen Studiennetzwerkes Deutschland CHIR-Net durchgeführt.

Stand: August 2024

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

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

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

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

Prof. Dr. med. U. Rolle
Präsident

Prof. Dr. med. Th. Schmitz-Rixen
Generalsekretär

Prof. Dr. med. Johann Pratschke
Schatzmeister



SITZUNGEN DES BDC IM HERBST



BDC-Themenreferatesitzung 2022

Zwei große Sitzungen stehen im Herbst beim BDC an: Am 8. und 9. November kommen die Mitglieder der Themenreferate gemeinsam mit BDC-Vorstand, -Geschäftsführung und -Kommunikation zu ihrem Jahrestreffen zusammen. Neben den wichtigsten Ereignissen aus den jeweiligen Themenreferaten wird es Vorträge und Diskussionen zur fachärztlichen Weiterbildung und der dazugehörigen neuen **Kampagne** des BDC geben. Professor Dr. Albrecht Stier wird einen Vortrag zur Reform des Gesundheitssystems halten. Des Weiteren werden die Teilnehmenden an zukünftigen berufspolitischen Schwerpunktthemen des BDC arbeiten und gemeinsam Konzepte schmieden.

Ende November findet die Präsidiumssitzung des BDC statt. Unter anderem wird hier Michael Weller, Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium, zum Thema Krankenhausreform und Hybrid-DRG referieren. Des Weiteren wird BDC-Präsident Professor Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer den diesjährigen Journalistenpreis des BDC verleihen und die Wolfgang Müller-Osten-Medaille an eine Person verleihen, die sich um den Verband verdient gemacht hat. Flankiert wird die Präsidiumssitzung von der Sitzung der Landesverbandsvorsitzenden am Freitag und der Sitzung der BDC-Regionalvertretenden am Samstagnachmittag.

LEITLINIE-HÄNDEHYGIENE

AKTUELLE LEITLINIE HÄNDEHYGIENE IN ENGLISCHER SPRACHE

Die öffentlich zugängliche aktualisierte Leitlinie zur Händehygiene ist nun auf Englisch erschienen. Vizepräsident Dr. Peter Kalbe hat an deren Übersetzung maßgeblich mitgewirkt.

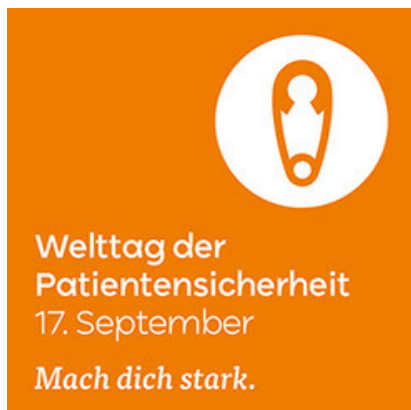
Die Konsensus basierte Leitlinie ist in folgende Themen untergliedert: Prävention nosokomialer Infektionen durch hygienische Händeantiseptik, Prävention postoperativer Wundinfektionen durch chirurgische Händeantiseptik, Infektionsprävention in der Bevölkerung durch Händeantiseptik bei epidemischer bzw. pandemischer Situation, Händewaschung aus sozialer und infektionspräventiver Indikation, Auswahl von Alkoholbasierten Händeantiseptika und von Waschlotionen, medizinische Handschuhe und Schutzhandschuhe, Voraussetzungen für die Händehygiene, Hautschutz und Hautpflege, Qualitätssicherung der Umsetzung der Maßnahmen der Händehygiene und rechtliche Aspekte.

Die Leitlinie wurde von der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene in Zusammenarbeit mit 22 Fachgesellschaften, zwei Berufsverbänden, dem Deutschen Pflegerat, der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt Österreich und der deutschsprachigen Interessengruppe der Fachexperten/innen für Infektionsprävention und Berater für Spitalhygiene erarbeitet.

[Zum Download...](#)

WELTTAG DER PATIENTENSICHERHEIT

ZU VIELE OPERATIONEN: CHIRURGIE RÄT ZUR AUSWEITUNG VON ZWEITMEINUNGSVERFAHREN



In Deutschland wird im internationalen Vergleich zu viel operiert. Darauf machte die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH) anlässlich des Welttags der Patientensicherheit aufmerksam, der am 17. September 2024 zum Thema „Diagnosesicherheit“ stattfand. „Für die Chirurgie bedeutet das Indikationssicherheit, also die Frage, ob eine Operation tatsächlich angezeigt ist“, erklärte DGCH-Generalsekretär Professor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen. Um die Indikationssicherheit zu erhöhen, raten DGCH-Experten zur Ausdehnung des Zweitmeinungsverfahrens, zu höherwertigen Studien und mehr Empowerment auf Seite der Patientinnen und Patienten.

Zwar haben gesetzlich Versicherte im Rahmen der freien Arztwahl immer die Möglichkeit, mit einer hausärztlichen Überweisung einen weiteren Facharzt oder Fachärztin zu konsultieren, um eine zweite Meinung zu einer vorgeschlagenen Behandlung, Untersuchung oder Operation einzuholen. Dennoch empfehlen die DGCH-Experten, die strukturierten gesetzlichen Zweitmeinungsverfahren zu erweitern. „Dies sollte der Fall sein vor allem für

schwerwiegende und lebensverändernde Operationen etwa an Bauchspeicheldrüse, Speiseröhre oder Mastdarm“, meint Schmitz-Rixen. „Das wäre ein wichtiger Beitrag zur Patientensicherheit, sofern es sich nicht um akute Erkrankungen handelt, die sofort behandelt werden müssen“, ergänzt Rolle. Wer eine Zweitmeinung einholen möchte, sollte den behandelnden Arzt oder Ärztin darüber informieren und sie bitten, Befunde, Berichte, Laborwerte und Ergebnisse von Röntgenuntersuchungen auszuhändigen.

Zwei weitere Ansätze sehen die DGCH-Experten, um die Indikationssicherheit zu erhöhen. „Leitlinien sind ein wichtiges Instrument“, so Schmitz-Rixen. „Aber Leitlinien sind nur so gut wie die Evidenz, auf der sie beruhen, und es gibt zu wenig prospektiv-randomisierte Studien.“ Häufig fehle auch der Bezug zur Ergebnisqualität, „Wir benötigen eine höherwertige Studienkultur und mehr Versorgungsforschung“, kritisiert Schmitz-Rixen. Schließlich könnten auch Patientinnen und Patienten selbst zur sicheren Versorgung beitragen. „Wir möchten Betroffene ermuntern, sich über Diagnose und Behandlung zu informieren, Fragen zu stellen, Bedenken zu äußern und ihre Meinung kundzutun. Zusätzlich können Patientinnen und Patienten sich aktiv an klinischen Studien in der Versorgungsforschung beteiligen“, erklärt Rolle. „Die angeführten Maßnahmen werden sicherlich dazu führen, dass die immer noch erhebliche Zahl von Behandlungsfehlern deutlich reduziert werden kann“, subsummiert Professor Dr. med. Dr. med. h.c. Hans-Joachim Meyer, Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie (BDC). „Dieses gilt auch für die Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, denen sich von Seiten des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie auch in aller Regel vollständig angeschlossen wird.“

[Mehr Informationen...](#) [Zur Pressemitteilung...](#)



Weitere Artikel finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de),
Rubrik BDC-News.

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



BDC | Landesverbände

BDC | Westfalen-Lippe

Vorsitzender
Dr. med. Björn Schmitz, MHBA

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

Regionalvertreter NL
Prof. Dr. med. Michael Aufmkolk

Stellv. Regionalvertreter NL
Jerzy Wielowiejski

BDC | Bremen

Vorsitzender
Dr. med. Knut Müller-Stahl

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn

Regionalvertreter NL
N.N.

BDC | Hamburg

Vorsitzende
Prof. Dr. med. Carolin Tonus

Stellv. Vorsitzende
Dr. med. Michaela Rothe

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Mansfeld

Regionalvertreter NL
Dr. med. Philipp Kölln

Regionalvertreter in NL
Dr. med. Michaela Rothe

BDC | Schleswig-Holstein

Vorsitzender
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Michael Müller

Regionalvertreter NL
Prof. Dr. med. Tobias Kisch

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Bertram Wittrin



DER BDC IN DEN BUNDESLÄNDERN

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

Sprecher der Landesverbände

Dr. med. Sven Gregor, Düsseldorf
Stellv.: Prof. Dr. med. Michael Schäffer, Stuttgart
Stellv.: Dr. med. Ralph Lorenz, Berlin

www.bdc.de/bdc-landesverbände

BDC | Nordrhein

Vorsitzender
Dr. med. Sven Gregor

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Sven Gregor

BDC | Hessen

Vorsitzender
Frank Forst

1. Stellvert. Vorsitzender
Jan Henninger

2. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Alexander Buia

3. Stellv. Vorsitzende
Nathalena Hein

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Schrödter

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Detlev Grapentin

BDC | Rheinland-Pfalz

Vorsitzender
Dr. med. Jörg Fischböck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Chatterjee

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

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

BDC | Saarland

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

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreterin NL
Dr. med. Serpil Koc

BDC | Baden-Württemberg

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Schäffer

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph W. Jaschke

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Szabo

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christoph W. Jaschke



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

BDC | Mecklenburg-Vorpommern

Vorsitzender
PD Dr. med. Lutz Wilhelm

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph Prinz

Regionalvertreter NL
Dr. med. Andreas Oling

Regionalvertreter NL
Dr. med. Thomas Nowotny

BDC | Berlin

Vorsitzende
Dr. med. Katharina Paul-Promchan

Vorsitzender
Dr. med. Ralph Lorenz

Stellv. Vorsitzende
Dr. med. Marie Samland

Regionalvertreter NL
Dr. med. Max Freiherr von Seebach

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Karsten Mann

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gunnar Peters

BDC | Brandenburg

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

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Mario Liese

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christian Federlein

BDC | Sachsen-Anhalt

Vorsitzender
Dr. med. Matthias Krüger

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Dirk Arbter

BDC | Sachsen

Vorsitzender
Dr. med. Ludwig Schütz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Jörg Hammer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Hammer

BDC | Thüringen

Vorsitzender
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Vorsitzender
Steffen Minner

Regionalvertreter NL
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Regionalvertreter NL
Dipl. Med. Ingo Menzel

BDC | Niedersachsen

Komm. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Glowka

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Ulf Culemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Florian Barth

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Raymond Young

Stellv. Regionalvertreterin NL
Dr. med. Annina Donner

BDC | Bayern

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Matthias Anthuber

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Axel Neumann

Stellv. Regionalvertreter NL
Dirk Farghal

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Rainer Woischke

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



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

Termine BDC|Akademie*

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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
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; Prof. Dr. med. Thilo Hackert; PD Dr. med. Matthias Reeh; Dr. med. Philipp Busch	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
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		online	2024-23613	Osteosyntheseverfahren an der unteren Extremität	Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn	150,00 €	200,00 €
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 €
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 €
28.11.2024	29.11.2024	Reckling- hausen	2024-23676	Viszeralchirurgie Kompakt: Rektum- und Analfistelchirurgie	PD Dr. med. Gabriele Böhm	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
15.11.2024	16.11.2024	Essen	2024-24711	Abschlusscolloquium zum Kurs „Hygienebeauftragte(r) Ärztin/Arzt“			

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.deoder 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-MGL
22.11.2024	23.11.2024	Köln	Komplexe Frakturen am Ellenbogen – Frakturversorgung am Humanpräparat	Rimasys GmbH	1.680,00€	1.680,00€
22.11.2024	22.11.2024	München	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	310,00€	310,00€
23.11.2024		Mannheim	Sklerotherapie und Gummibandligatur beim Hämorrhoidalleiden	Dt. End- und Dickdarm Zentrum Mannheim	250,00€	250,00€
29.11.2024	30.11.2024	Rotenburg (Wümme)	Rotenburger Laparoskopie-Kurs Nahttechniken	Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg gGmbH c/o Rotenburger Akademie	320,00€	350,00€
01.12.2024	21.06.2025	online	Online-Fortbildung Wundversorgung (15 CME-Punkte)	AMBOSS GmbH	127,50€	170,00€
02.12.2024	07.12.2024	Köln	Abrechnungsmanagerin / Abrechnungsmanager (IHK) Arztpraxis/MVZ	Frielingsdorf Consult GmbH	3.617,60€	3.986,50€
04.12.2024	06.12.2024	Hamburg	24. Kongress der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI24)	DIVI e.V.	390,00€	390,00€
15.02.2025	15.02.2025	Duisburg	Zertifikatskurs Leitlinie Fraktursonografie	durchblicken.org	550,00€	550,00€

SPONSOREN DER BDC | AKADEMIE

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

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

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

Hierbei ist zu betonen, dass die Inhalte der ärztlichen Fortbildung nach wie vor unabhängig von wirtschaftlichen Interessen sind. Das wissenschaftliche Programm jeder Veranstaltung wird auch weiterhin produkt- und dienstleistungsneutral gestaltet.

Die BDC|Akademie dankt allen Sponsoren für die vertrauensvolle Zusammenarbeit und für ihr professionelles Engagement in der chirurgischen Fort- und Weiterbildung.

B. BRAUN
SHARING EXPERTISE

corzamedical

Johnson & Johnson
Med Tech

INTUITIVE

Medtronic
Engineering the extraordinary

STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPIE

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Oktober 2024

%

10 %



BREUNINGER: 10 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

15 %



KIBEK: 15 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

15 %



WATERDROP: 15 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

40 %



KITCHENAID: BIS ZU 40 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

Alle Service-Angebote für BDC-Mitglieder finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Leistungen | Lifestyle-Angebote. Bitte halten Sie Ihre Zugangsdaten bereit. Sollten Sie sie nicht zur Hand haben, stehen wir Ihnen gern unter mail@bdc.de oder telefonisch unter 030/28004-150 für Fragen zur Verfügung.



PANORAMA

Das was bleibt

Juliane Just

Redakteurin

Stadtreddaktion Dresden

DDV Sachsen GmbH

Sächsische Zeitung

juliane.just@saechische.de

Was Max sich vor seinem Tod wünschte

Juliane Just

Dieser Artikel stammt aus der Sächsischen Zeitung vom 23. Juli 2023. Er galt unter den Einsendungen für den BDC-Journalistenpreis 2023 als einer der Favoriten. Max Maniera hat am 19. Dezember 2023 den Kampf gegen sein irreparables Herzleiden verloren.

Max Maniera kam mit einem Herzfehler zur Welt. Unzählige Operationen und Katheter später ist klar: Max wird sterben. Ein Spendenaufruf soll helfen, seine letzten Wünsche zu erfüllen.

Sie sitzen um einen kleinen Tisch, als wäre alles ganz normal. Es gibt Kaffee und Kuchen, man schwatzt. Es sind diese kleinen Momente, diese unscheinbar normalen, die für Familie Maniera so wichtig sind. Sie sitzen

zusammen auf den wenigen Quadratmetern, auf denen sich ihr Leben abspielt. Seit dem Moment, an dem klar war, dass Max schwer krank ist.

Im siebten Monat erfährt Jeannette Maniera, dass ihr Sohn nicht gesund zur Welt kommen wird. Es ist 2007, sie ist 30 Jahre alt. Nach einer Routineuntersuchung wird eine Feindagnostik angeordnet. „Ich bin hingefahren und wusste, dass etwas nicht stimmt“, erinnert sie sich heute. Die Diagnose: Ihr Kind hat einen Herzfehler.

In der Fachsprache hat Max ein hypoplastisches Linksherzsyndrom. Ihm fehlt die linke Herzkammer, die in einem gesunden Körper für den Blutkreislauf zuständig ist. Es ist keine Vererbung, kein Gendefekt, einfach

Just J: „Das was bleibt“ – was Max sich vor seinem Tod wünschte: Passion Chirurgie. 2024 Oktober; 14(10): Artikel 09.



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



Abb. 1: Max Maniera aus Dresden wurde mit einem irreparablen Herzfehler geboren. Der 16-Jährige hat noch viele Wünsche, die es zu erfüllen gilt.

eine Laune der Natur, wird Jeannette Maniera damals gesagt. Für sie fallen „die Schotten runter“, sie weint, ist verzweifelt. Aber sie weiß: Ihr Kind soll leben.

DREI OPS IM HERZZENTRUM LEIPZIG

Drei Operationen am Herzen sind in den ersten Kindheitsjahren notwendig, um Max' Herz umzufunktionieren. Dabei werden Herz und Gefäße chirurgisch so umgestaltet, dass das „verbrauchte“ Blut aus dem Körper passiv direkt in die Lunge fließt und die funktionsfähige Herzkammer das „frische“ Blut in den Körper pumpt. Dabei spricht man von einem „Fontan-Kreislauf“. Die riesige Narbe zieht sich noch heute über seinen dünnen, zerbrechlichen Brustkorb. Seine Mutter verbringt Wochen und Monate mit ihm im Herzzentrum in Leipzig, bangt, hofft, hält seine kleine Hand. 2012, als Max fünf ist, sind die drei OPS überstanden.

Seitdem steht das Familienleben der Manieras kopf. Seine Schwester Annemarie, damals

neun Jahre alt, wächst mit der Krankheit ihres Bruders auf. Heute ist sie 26 Jahre alt, hat selbst einen Sohn. Unerschütterlich stehen die beiden Frauen in diesem Leben, nehmen jeden Schicksalsschlag hin, bleiben trotz allem auf den Beinen. Und das Leben hat viel mit ihnen vor: Kurz nach Max' dritter OP wird bei seiner Mutter Jeannette Maniera Krebs diagnostiziert. Dann verliert die Familie fast jährlich einen geliebten Menschen, zuletzt Max' Oma im Jahr 2021. Wie viel kann ein Leben ertragen?

Max ist oft still. Meist sind seine Arme verschränkt, vor oder hinter dem Körper. Seine Finger umklammern seine Oberarme, die so dünn sind, dass seine Hände sie komplett umfassen können. Zeit seines Lebens hat er mit seinem Gewicht zu kämpfen. Viele Kinder mit einem chirurgisch hergestellten Fontan-Kreislauf erkranken an einem Eiweißverlustsyndrom. Dabei verliert der Körper große Mengen Eiweiße über den Darm oder die Bronchien. Es entsteht ein Eiweißmangel im Körper. Auch Max leidet an diesem Syndrom. Heute wiegt er 25,6 Kilogramm bei 1,47 Meter

Körpergröße. Seine Lippen sind stets blau, fast so, als wäre er zu lange im Schwimmbecken gewesen. Das liegt an der Sauerstoffsättigung in seinem Blut, die zu niedrig ist.

Doch es gibt auch andere Jahre. Solche, in denen es Max gut geht. Als er sich von den drei Operationen am Herzen erholt hatte zum Beispiel. Ein fröhlicher Junge, motiviert und gut gelaunt. Er besucht die Kita, später die Schule, kann fast ein normales Leben führen. Auf Sportarten, die den Kreislauf hochtreiben, muss er verzichten. Das schwache Herz würde es nicht schaffen. Aber Max lebt.

Fünf Jahre lang war alles halbwegs normal. Max hat mit 13 Jahren einen Wachstumschub. Der führt dazu, dass seine Wirbelsäule sich erheblich nach rechts verschiebt. Er entwickelt eine Skoliose, eine Verkrümmung der Wirbelsäule. Max sollen Titanstäbe entlang der Wirbelsäule eingesetzt werden, vom Hals bis hinunter zur Hüfte. Die OP ist kompliziert. Ein Team des Herzzentrums muss sich um seine Herzfunktion kümmern, während ein anderes an seinem Rücken operiert. Das



Abb. 2: Das Leben der Familie Maniera aus Dresden dreht sich um Max (2. v.l.). Seine Mutter Jeannette (l.), seine neun Jahre ältere Schwester Annemarie und ihr Sohn Louis sind bei ihm, solange sein Herz noch schlägt.

passiert im Mai 2022. Zwei Titanstäbe, elf Schrauben, ein Modul werden eingesetzt – das kann Max bis heute aufzählen. Danach muss der damals 14-Jährige vieles neu lernen. Er lebt damit, so wie er mit vielen Umständen lebt.

Dann muss er erneut ins Herzzentrum, ein Herzkatheter muss gelegt werden. Das sind biegsame Schläuche, die sicherstellen, dass das Blut im Herz weiterfließt. Sie verstopfen immer wieder, das Blut fließt kaum noch hindurch. Mit einem sogenannten Stent sollen die Herzgefäße offengehalten werden. Doch auch dieser verstopft. Wieder ein Herzkatheter. Inzwischen wurden dem Jugendlichen insgesamt 21 Herzkatheter gelegt.

„Sein Körper wollte die Situation nicht akzeptieren“, sagt seine Mutter. Er entwickelt eine hochgradige Herzinsuffizienz, die Funktion des Herzens ist gestört. Die Sauerstoffsättigung im Blut sinkt kontinuierlich. Der Jugendliche braucht Sauerstoff, es muss etwas passieren.

Sie sprechen mit einer Kardiologin. Die sagt, es gibt nur zwei Optionen: Medikamente oder eine Herztransplantation. Sie entscheiden sich für Letzteres. „Es war ein ganz kleiner Strohhalm“, sagt seine Mutter. Zwei Monate verbringt sie mit Max im Herzzentrum für Untersuchungen. Zwei Ärzteteams in Leipzig und Berlin beschäftigen sich mit der Herztransplantation. Ihre endgültige Antwort:

Nein. Max ist zu schwach, er würde das nicht überleben.

Mit diesen Nachrichten fährt die Familie nach Hause. „Alles drehte sich nur darum, dass Max vielleicht bald sterben wird“, sagt seine Mutter. Ein Palliativteam aus Dresden steht ihnen zur Seite. Im Juli 2022 hat der Junge wieder Wassereinlagerungen, keine Medikamente helfen.

Im November 2022 geben die Ärzte auf. „Erfüllen Sie ihm so schnell wie möglich seine Wünsche“, sagen Mediziner zu Jeannette Maniera, die ihr Leben gerade in Scherben liegen sieht. Ihr Kind wird sterben.

Seither waren sie mit dem jungen Fußballfan im Stadion in Barcelona. Fast jeder Bundesliga-Verein hat Max ein Trikot und liebe Worte zukommen lassen. Er ist Porsche gefahren. Er will so gern den Rapper Capital Bra kennenlernen. Wünsche, die für einen Erwachsenen vielleicht seltsam klingen, die ein 16-Jähriger aber eben hat. Und so schön es ist, wenn sich die Wünsche erfüllen, Max hat sich entschieden. Der 16-Jährige will, sollte das Herz noch einmal aufgeben, keine lebenserhaltenden Maßnahmen, keine Schläuche, kein Leiden mehr. „Es ist schwer, aber ich fühle mich nicht schlecht damit. Er will gehen“, sagt seine Mutter. „Er hat all das schneller akzeptiert als wir. Das bewundern wir sehr.“ Und deshalb soll Max auch ein Mitspracherecht haben, wenn es um seinen Tod geht.

WARUM MAX SEINE BEERDIGUNG PLANT

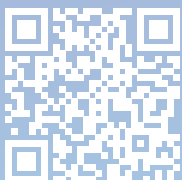
In der Lebensphase, in der Gleichaltrige bewusst anfangen zu leben, beschäftigt Max sich mit seinem Tod. Das Ehepaar Adriana und Benjamin Wolf aus Dresden wird auf die Geschichte aufmerksam, die beiden sprechen mit der Familie und Max über seine Geschichte. **Hier kommt das Projekt „Das was bleibt“ ins Spiel.** Drei Dresdner Bestatter haben sich zusammengetan, um Menschen zu unterstützen, die aus eigener Kraft eine würdige Beerdigung nicht bewältigen können. Das Ehepaar Wolf hat diese gemeinnützige Initiative mit ihrem Freund Oliver Schwenke ins Leben gerufen. Über die Beteiligten von „Das was bleibt“ ist eine Spendenaktion entstanden, um Max die Bestattung zu ermöglichen, die er sich wünscht. Dafür hat der 16-Jährige klare Vorstellungen. Die Trauerfeier soll im Chinesischen Pavillon stattfinden. So gern hätte Max China in seinem Leben mal gesehen. Er hat die Musik und die Rede für die Trauerfeier bereits abgesprochen. Die Gäste sollen allesamt in Fußballtrikots kommen. Für seine Mutter ist es kaum zu ertragen, ihr Kind gehen zu lassen. Sie weiß nicht, wann es so weit sein wird. Jahre, Monate, Tage könne es dauern – sie hat alles schon gehört. Inzwischen versagen seine Organe Schritt für Schritt. Sie wird ihm bis zum letzten Tag zur Seite stehen. „Für mich stand immer fest: Ich kämpfe, solange Max es schafft.“ ○

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

TachoSil[®] SEALANT MATRIX



EVERYDAY HERO

Das Zeug zur
echten Heldin.

Weitere Infos >>

 **corzamedical**

TachoSil[®]
Blutstillung und
Versiegelung
in einem.



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 Hämostaticum, 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 Gewebeerseugung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie bei Erwachsenen zur unterstützenden Versiegelung der Dura mater, um postoperative Liquorlecks 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