

PASSION

CHIRURGIE

Neues
BDC|Akademie
Programm 2025



PANORAMA

ZUM 100. TODESTAG VON
PROF. DR. EDOARDO BASSINI

im Fokus

REGISTER –
FLUCH ODER SEGEN?

12 | IV | 2024

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

DGCH

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
CHIRURGIE E.V.



Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.

Mitglieder werben Mitglieder



Hoodie „Aufschneiderin“ oder „Aufschneider“



50% Rabatt

auf Ihren BDC-Mitgliedschaftsbeitrag



Alle Prämien ansehen!

www.bdc.de/leistungen/mitglieder-werben-mitglieder



3-Monatsabo der Fachzeitschrift
Die Chirurgie, inklusive Zugang
zu allen Online-Angeboten

oder

6-Monatsabo der Fachzeitschrift
Die Unfallchirurgie

oder

35€ Wunschgutschein
(Amazon oder Dussmann)



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



Unsere Aufgabe: Position beziehen und Politik



Korrespondierender Autor:
Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer

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



Dr. med. Friederike Burgdorf, M. Sc.

Geschäftsführerin
Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC)
burgdorf@bdc.de

Burgdorf F, Kalbe P, Meyer HJ, Rüggeberg JA:
Unsere Aufgabe: Position beziehen und Politik
möglichst mitgestalten. Passion Chirurgie. 2024
Dezember; 14(12/IV): Artikel 01.



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

Das Jahr 2024 hätte auf gesundheitspolitischer Ebene bei einer Vielzahl von Gesetzesvorlagen kaum turbulenter sein können. Jetzt ist es also Zeit, das vergangene Jahr Revue passieren zu lassen und Bilanz zu ziehen. Nur so können wir unsere Arbeit zielorientiert weiter fortsetzen. Welchen Themen sich der BDC dabei besonders angenommen hat, stellt Geschäftsführerin Frau Dr. Friederike Burgdorf in einem Jahresrückblick in diesem Heft ausführlich dar. Ich hingegen möchte an dieser Stelle gerne einmal den Verband aus einer übergeordneten Perspektive betrachten und ins Verhältnis zu den gesundheitspolitischen Entscheidern und deren Umwelt setzen.

Eine für den BDC thematisch und stetig herausfordernde Aufgabe ist die Bündelung der mitunter heterogenen Forderungen der Mitglieder zu den gemeinsamen verbandspolitischen Zielen, dargestellt in den Leitlinien des BDC. Diese Interessenaggregation ist für uns eine gewisse Gratwanderung, um möglichst allen Bedürfnissen und Erwartungen unserer Mitglieder nach zu kommen. Zur Eingrenzung der Ziele ist es unsere tägliche Aufgabe, den kleinsten gemeinsamen Nenner herauszuarbeiten und daraus unsere thematischen Schwerpunkte abzuleiten.

Dies gilt besonders auch für die speziellen Interessen der in Kliniken oder Praxen tätigen Chirurginnen und Chirurgen, wobei beiden Berufsgruppen entsprechende Expertinnen und Experten im BDC beratend zur Seite stehen und sich auf der berufspolitischen Ebene für sie einsetzen. Trotzdem bitten wir um Verständnis dafür, dass nicht alle von den Mitgliedern an uns herangetragenen Forderungen aufgenommen werden können. Nur durch klar aufgezeigte und nachvollziehbare

Problemfelder können wir die Entscheider im politischen System erreichen und so entsprechende Empfehlungen unsererseits Berücksichtigung finden. Als Verband erfüllen wir damit die Aufgabe einer gewissen Selektion und müssen uns auf Interessen konzentrieren, die aus der eigenen Sicht realistisch und realisierbar erscheinen. Von Seiten der Politik erfolgt eine weitere Selektion, denn die politischen Entscheidungsträger werden tagtäglich mit zahlreichen Forderungen von Verbänden und Organisationen konfrontiert. Sie müssen also entscheiden, welche Themen von allgemeingesellschaftlichem Interesse und zudem auch für ihre Partei, ihren Landkreis und das eigene Profil zutreffend sind.

Die Verbandsstruktur erlaubt es, durch unsere verschiedenen Mandatsträgerinnen und -träger politische Entscheider auf unterschiedlichen Ebenen zu erreichen. Große Unterstützung erhalten wir durch die Mandatsträgerschaft, die zusätzliche Funktionen



möglichst mitgestalten

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

in den Selbstverwaltungsorganen oder entsprechenden Fachgremien, zum Beispiel in der gemeinsamen Weiterbildungskommission von BDC und DGCH, einnehmen. In dieser Schnittstellenfunktion können zudem unsere Forderungen an die politischen Entscheidungsträger adressiert werden.

Die Positionen des BDC werden also entweder durch den direkten Zugang zu Vertretern der Gesundheitspolitik oder auf dem Wege der öffentlichen Diskussion artikuliert, wobei die letztere Maßnahme für uns heute einen immer wichtigeren Stellenwert einnimmt. Durch die gezielte Öffentlichkeitsarbeit, etwa mittels Pressemitteilungen, können wir unsere Forderungen ungefiltert allen Interessengruppen zugänglich machen und Netzwerke mit Partnern knüpfen, die ähnliche Ziele verfolgen. Damit können wir den Austausch untereinander fördern. Wir nutzen dabei Multiplikatoren wie die Fachpresse und die eigenen sozialen Kanäle, deren Reichweite kontinuierlich steigt.

Wer die Entwicklung der Gesundheitspolitik mitgestalten möchte, findet beim BDC vielfältige Möglichkeiten der Partizipation. Als Mitglied stehen Ihnen die Türen offen, mit uns Politik im Sinne einer zukunftsfähigen Chirurgie mit zu gestalten. Es gibt für Sie unterschiedliche Möglichkeiten, sich zu engagieren: Innerhalb des Verbands können Sie ein Mandat bekleiden und, wenn Sie mögen, weitere leitende Funktionen im BDC anstreben; natürlich können Sie ihre Kontakte mit politischen Entscheidungsträgern für die Interessen des BDC und der Chirurgie nutzen. Was Sie jederzeit tun können, ist mit uns in den Dialog zu treten. Die politische Willensbildung im Sinne unserer Mitglieder ist besonders dann erfolgreich, wenn ein kontinuierlicher und produktiver Austausch besteht.

Kommunikation ist also für den BDC das A und O. Mit regelmäßigem Austausch untereinander können wir unsere Themen gemeinsam diskutieren, bündeln und priorisieren, wir können im positiven Sinne streiten und letztendlich gemeinsam einen Konsens finden: Dieses als Unterstützung für unsere Mitglieder und Verbesserung der jeweiligen Rahmenbedingungen. Nach außen sind wir dann erfolgreich, wenn wir uns unserer thematischen Schwerpunkte bewusst sind und möglichst immer mit einer Stimme sprechen. Daher lassen Sie uns miteinander kommunizieren – im Interesse eines zukunftsfähigen und attraktiven Berufsbilds im Gebiet Chirurgie!

Wir wünschen Ihnen eine geruhssame und frohe Weihnachtszeit mit Erholung für die kommenden Aufgaben, kommen Sie gut ins neue Jahr; vor allem bleiben sie gesund! ○



Dr. med. Peter Kalbe

Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgie e.V. (BDC)
Gelenkzentrum Schaumburg
Stükenstraße 3
Kalbe@bdc.de



Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg

Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgie e.V. (BDC)
dr.rueggeberg@t-online.de



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
Katrín 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/JazzlRT

ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

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



Der Bezug ist im Mitgliedsbeitrag des Berufsverbandes
der Deutschen Chirurgie e.V. und der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie e.V. enthalten und den
Mitgliedern vorbehalten.

EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

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

ISSN 2194-5586

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

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



INHALT

2 EDITORIAL

- 2 Unsere Aufgabe: Position beziehen und Politik
möglichst mitgestalten

*Friederike Burgdorf, Peter Kalbe,
Hans-Joachim Meyer, Jörg A. Rüggeberg*

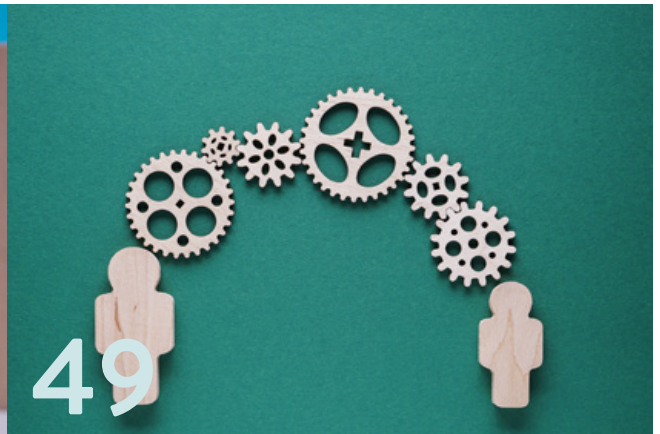
6 KURZNACHRICHTEN

7 CHIRURGIE

7

BDC|AKADEMIE-PROGRAMM 2025

- 20 Das TraumaRegister DGU® der Deutschen
Gesellschaft für Unfallchirurgie - die
Erfolgsgeschichte ist jetzt Ü30
*Ines Mittelstädt, Heiko Trentzsch,
Gerrit Matthes, Sebastian Imach*
- 25 Register in der Medizin: Datengrab oder wichtige
Versorgungsforschung? *Dietmar Pennig*
- 28 S3 Leitlinie „Perioperatives Management
gastrointestinaler Tumoren (POMGAT)“:
Eine Zusammenfassung der relevantesten
Empfehlungen für die onkologische Viszeralchirurgie
Tim O. Vilz, Stefan Post, Maria Willis



37 CHIRURGIE⁺

- 37 **Akademie aktuell:** Wechsel in der stellvertretenden Leitung der BDC|Akademie
Wolfgang Schröder, Friederike Burgdorf, Hans-Joachim Meyer

- 40 **Safety Clip:** Safety-II und Funktionale Resonanzanalyse: Umgang mit Komplexität im Gesundheitswesen
Stefan Schröder

- 45 **Hygiene-Tipp:** Wohin während der Operation niesen?
Lutz Jatzwauk, Nils-Olaf Hübner, Wolfgang Kohnen, Martin Groth

- 46 Personalia

48 RECHT

- 48 **F+A:** Zulässigkeit der Übernahme von fachübergreifenden Diensten vom Weiterbildungsassistenten
Jörg Heberer

49 GESUNDHEITSPOLITIK

- 49 **BDC-Praxistest:** Modellprojekt sektorenübergreifender chirurgischer Weiterbildungsverbund Kiel
Ralf Wilhelm Schmitz

- 53 **Berufspolitik Aktuell:** Kommt da noch was?
Jörg-A. Rüggeberg

54 INTERN

54 DGCH

- 54 Kommentar des Generalsekretärs
57 Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung 2025
58 Einladung zum DCK 2025 – Sichere Chirurgie für Alle
60 Sehr persönlich nachgefragt bei Naita M. Wirsik
61 Die Aus- und Weiterbildung zum Arzt für Chirurgie im 18. Jahrhundert
Michael Sachs
64 Nachruf auf Prof. Dr. med. Horst Hamelmann
66 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus

70 BDC

- 70 BDC|News
71 Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2025
Hans-Joachim Meyer
72 2024 – ein prägendes Jahr, das Überraschungen und Aufgaben für das kommende bereithält
Friederike Burgdorf

76 PANORAMA

- 76 Zum hundertsten Todestag von Prof. Dr. Edoardo Bassini
Eraldo Camillo Dehò, Guido Schumacher
80 Bilderrätsel – Auflösung 2024

LOHFERT-PREIS 2025



© iStock/katleho Seisa

FÜR ÖKOLOGISCHE NACHHALTIGKEIT

Die Christoph Lohfert Stiftung lobt den Lohfert-Preis 2025 aus und stellt das Thema Nachhaltigkeit in den Fokus der diesjährigen Ausschreibung: „GREEN HOSPITAL: Umweltschutz und Ressourceneffizienz in Krankenhäusern“. Bis zum 28. Februar 2025 können innovative Projekte, die ökologisch nachhaltige Praktiken in der stationären Versorgung etablieren, für den mit 20.000 Euro dotierten Preis eingereicht werden. Die Ausschreibung richtet sich an Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen sowie an relevante Institutionen,

Unternehmen und Start-ups im Gesundheitswesen. Die Schirmherrschaft übernimmt Dr. Regina Klakow-Franck, ehemaliges unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Mehr Informationen über www.bdc.de/lohfert-preis-2025-fuer-oekologische-nachhaltigkeit

Zukunft sichern: Die BDC-Petition braucht Ihre Stimme!

KEIN WEITER OHNE BILDUNG!

Falls Sie es noch nicht getan haben, unterstützen Sie die Weiterbildungskampagne des BDC: Kein Weiter ohne Bildung! Und unterschreiben Sie unsere Petition!

Eins ist sicher: Wir bleiben dran! Denn nach der Kampagne ist vor der Kampagne. Weiterbildung ist seit jeher eines der Kernthemen des Berufsverbands der Deutschen Chirurgie. Die Aufmerksamkeit, die wir als Verband

für das Thema geweckt haben, möchten wir uns zunutze machen: Wir werden uns weiterhin als kompetente Ansprechpartner für das Thema ärztliche Weiterbildung ins Gespräch bringen. Wir haben die fachliche und praktische Erfahrung, die wir bei der Umsetzung der Krankenhausreform für eine qualitativ hochwertige und möglichst attraktive ärztliche Weiterbildung einbringen können!

www.bdc.de/Kampagne

**KEIN WEITER
OHNE BILDUNG.**

UNTERSCHREIBE JETZT!

**GIB DEM ÄRZTLICHEN NACHWUCHS DEINE STIMME
FÜR EINE GESICHERTE WEITERBILDUNG!**

BDC

WWW.CHANGE.ORG/WEITERBILDUNG



Neues
BDC|Akademie
Programm 2025



BDC|AKADEMIE
Programm 2025

Nach dem Spiel ist vor dem Spiel und so beginnt der neue Jahreszyklus der BDC|Akademie mit der Fertigstellung des Jahresprogramms 2025, mit dem wir alle Mitglieder und Förderer des BDC einmal mehr herzlich begrüßen.

Das alles bestimmende gesundheitspolitische Thema war im vergangenen und ist sicherlich auch in den kommenden Jahren das Krankenhaus-versorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG). Alle Beteiligten sind sich über die Notwendigkeit einer Krankenhausreform einig, deren grundlegende Umsetzung jedoch im Streit zwischen Bund und Ländern unterzugehen oder zumindest Kernziele zu verfehlen droht. Wie auf Landesebene Nordrhein-Westfalen mit der Implementierung des Krankenhausplans bereits aufgezeigt, wird diese Strukturreform einen kaum zu unterschätzenden Einfluss auf die Krankenhauslandschaft haben. Und nicht nur das: Sie wird auch nachhaltig die individuelle Karriereplanung beeinflussen, da die chirurgische Spezialisierung in diesem Konstrukt mit angestrebter Verbesserung der Behandlungsqualität beschlossene Sache ist. Damit werden sich zwangsläufig auch die bestehenden Weiterbildungsordnungen anpassen müssen. Wie deren notwendigen Änderungen gestaltet werden sollen, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch in keiner Weise

und auf keiner Entscheidungsebene an- oder gar zu Ende gedacht. Welche Auswirkungen diese grundlegenden Veränderungen auf das zukünftige Fort- und Weiterbildungsangebot der Berufsverbände und Fachgesellschaften haben wird, ist gegenwärtig ebenfalls unklar und wahrscheinlich auch einer der letzten Schritte in der Kette resultierender Anpassungen.

In der BDC|Akademie hat mit Ende des Jahres 2024 ein Wechsel der stellvertretenden Akademieleitung stattgefunden, Professorin Julia Seifert und Professor Michael Paul Hahn verlassen nach langjähriger Mitarbeit die Akademie. Der BDC sagt beiden für ihr erfolgreiches Engagement auf dem Gebiet der Orthopädie/Unfallchirurgie herzlichen Dank. Ihnen folgt der Unfallchirurg Professor Benedikt Braun, der als Leitender Oberarzt an der Universitätsklinik Tübingen tätig ist und viele Projekte im Nachwuchsbereich für den BDC gestaltet hat. Ein erstes Projekt in seiner neuen Funktion wurde schon auf den Weg gebracht: „Fraktur im Fokus“ ist die innovative Webinar-Reihe, die ab Januar 2025 monatlich erscheint und in einem niederschweligen, interaktiven Format praktizierenden Unfallchirurgen:innen ein Update der häufigen Frakturen liefern soll. Die BDC|Akademie unterstreicht mit diesem neuen Angebot ihren

Anspruch, alle Fachdisziplinen in der Chirurgie zu vertreten.

Auch dieses Jahr ist es der BDC|Akademie und dem gesamten Vorstand des BDC ein Anliegen, sich bei allen Seminarleiter:innen und Referent:innen besonders herzlich zu bedanken. Ihr großes Engagement für Fort- und Weiterbildung ist nicht nur die entscheidende Grundlage unserer Akademiearbeit, sondern auch ein wesentlicher Beitrag, das praktische und akademische Niveau in der Chirurgie flächendeckend weiter zu steigern. Dank gilt auch der Unterstützung unserer treuen Industriepartner, mit denen wir seit vielen Jahren in einem offenen und konstruktiven Dialog stehen.

Wir wünschen jetzt allen BDC-Mitgliedern ein erfolgreiches Fort- und Weiterbildungs-jahr 2025 und laden alle ein, die BDC|Akademie durch neue Ideen mit zu gestalten und somit auch weiter zu entwickeln.

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

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

Inhalt

AUSBILDUNG

9 PROGRAMME FÜR DEN CHIRURGISCHEN NACHWUCHS

WEITERBILDUNG

11 BASISCHIRURGISCHE SEMINARE UND WORKSHOPS

12 SEMINARE ZUR FACHARTZTVORBEREITUNG

FORTBILDUNG

13 FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

- 13 Curriculum Laparoskopische Chirurgie
- 13 Curriculum Fußchirurgie
- 13 Viszeralchirurgie Kompakt
- 14 Fortbildungen Allgemein- und Viszeralchirurgie
- 14 Fortbildungen Thoraxchirurgie
- 14 Fortbildungen Orthopädie/Unfallchirurgie
- 14 Fortbildungen D-Ärzte/-Ärztinnen

15 SOFTSKILL- UND MANAGEMENTSEMINARE

- 15 Seminarreihe: Chirurginnen auf dem Weg nach oben
- 15 Seminare für Niedergelassene

16 BDC|eAKADEMIE

- 16 Podcast Surgeon Talk
- 16 Webinar-Reihe „Leitlinien in der Chirurgie“
- 17 Webinar-Reihe „Fraktur im Fokus“
- 17 Webinar-Reihe „Medizinökonomie Kompakt“
- 18 Hygienebeauftragte(r) Arzt/Ärztin (HBA)

PROGRAMME FÜR DEN CHIRURGISCHEN NACHWUCHS

M3 STAATSEXAMEN UND KARRIERE

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

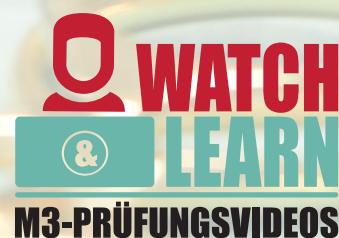
Als weiterer Teil des M3-Abschlusstrainings „Staatsexamen & Karriere“ laden wir Dich ein, verschiedene Karrierepfade in der Medizin kennenzulernen und Möglichkeiten für Deine berufliche Laufbahn auszuloten. Diskutiere im persönlichen Gespräch mit den Referent:innen über Deine individuelle Karriereplanung.

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
21.03.2025	22.03.2025	Essen	Staatsexamen & Karriere	Prof. Dr. Andreas Kirschniak, PD Dr. Benedikt J. Braun, Dr. Andreas Jerrentrup	99,00	99,00
26.09.2025	27.09.2025	Berlin	Staatsexamen & Karriere	Prof. Dr. Andreas Kirschniak, PD Dr. Benedikt J. Braun, Dr. Andreas Jerrentrup	99,00	99,00

M3-PRÜFUNGVIDEOS „WATCH & LEARN“

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

Die Prüfungsvideos sind ganzjährig in der BDC|eAkademie abrufbar.



Hier geht's zu den Videos...



WORKSHOPS „NUR MUT! CHIRURGIE ZUM MITMACHEN“

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

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

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
05.04.2025		Berlin	Nur Mut! Chirurgie zum Mitmachen	Prof. Dr. med. Andreas Kirschniak; Prof. Dr. med. Benedikt Braun	0,00	50,00
10.05.2025		Greifswald	Nur Mut! Chirurgie zum Mitmachen	Prof. Dr. med. Stephan Kersting	0,00	50,00
17.05.2025		Erlangen	Nur Mut! Chirurgie zum Mitmachen	PD Dr. med. Christian Krautz	0,00	50,00
17.09.2025		Bregenz	Nur Mut! Thoraxchirurgie zum Mitmachen	Dr. med. Hruy Menghesha; Philipp Schnorr	0,00	50,00
08.11.2025		Langen	Nur Mut! Chirurgie zum Mitmachen	Prof. Dr. Dr. Ernst Hanisch; PD Dr. med. habil. Alexander Buia	0,00	50,00
08.11.2025		Minden	Nur Mut! Chirurgie zum Mitmachen	Prof. Dr. med. Berthold Gerdes; Dr. med. Saleem Elhabash	0,00	50,00
29.11.2025		Dresden	Nur Mut! Chirurgie zum Mitmachen	PD Dr. med. Andreas Volk; Prof. Dr. med. Alexander Disch	0,00	50,00

13. CHIRURGISCHE WOCH

Die „Chirurgische Woche“, eine Initiative des BDC zur Förderung des chirurgischen Nachwuchses, richtet sich an Studierende der klinischen Fachsemester. Eine Woche habt Ihr Gelegenheit Euch intensiv mit dem Fach Chirurgie auseinander zu setzen. Das Ziel ist es, Euch für die chirurgischen Fächer zu begeistern und Eure Entscheidung für eine chirurgische Karriere zu festigen.

roboter-assistierte Chirurgie, Übungsmodelle in der flexiblen Endoskopie sowie erste Einblicke in die mikrochirurgische Operationstechnik – all das gehört in das Programm. Ergänzt wird die „Chirurgische Woche“ durch Beiträge zur Karriere- und Lebensplanung aus Sicht von erfahrenen Chefärztinnen und Chefarzten.

Theoretische Unterrichtseinheiten der häufigsten Krankheitsbilder, praktisches Hands-on-Training in der offenen, laparoskopischen und

Die „Chirurgische Woche“ findet 2025 in den Maria Hilf Kliniken GmbH in Mönchengladbach statt. Bewerbt Euch bis spätestens zum 15.07.25 gerne unter akademie@bdc.de.

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
29.09.2025	02.10.2025	Mönchengladbach	13. Chirurgische Woche	Prof. Dr. med. Andreas Kirschniak	0,00	0,00

BASISCHIRURGISCHE SEMINARE UND WORKSHOPS

CURRICULUM BASISCHIRURGIE

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

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

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

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
11.04.2025	12.04.2025	Leipzig	Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Dr. med. Lutz Meyer	200,00	300,00
08.05.2025	10.05.2025	Hamburg	Basischirurgie	PD Dr. Dr. Uwe Johannes Roblick; Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith	350,00	550,00
15.05.2025	17.05.2025	Berlin	Praktischer Workshop: Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00	600,00
18.08.2025	20.08.2025	Gent/ Belgien	ORSI Summer School	PD Dr. med. Rabi Raj Datta; Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Dr. med. Stefano Puliatti	249,00	249,00
Teil I 29. – 30.09.2025	Teil II 10. – 11.10.2025	Teil I online und Teil II Berlin	Basischirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00	600,00
13.11.2025	14.11.2025	Ingolstadt	Workshop Basischirurgie	Prof. Dr. med. Hans-Georg Palm		
24.11.2025	28.11.2025	Berlin	Basischirurgie	Dr. med. Christian Müller; Prof. Dr. med. Stephan Gretschel	400,00	600,00

SEMINARE ZUR FACHARZTVORBEREITUNG

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

Die Seminare werden in enger Kooperation mit den verantwortlichen Fachgesellschaften und deren wissenschaftlichen Leitungen organisiert. Das Seminarangebot umfasst alle acht Säulen des 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.

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
12.02.2025	15.02.2025	Leipzig und online	Facharztseminar Orthopädie/Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Christian Kleber; Prof. Dr. med. Georg Osterhoff	400,00	550,00
17.02.2025	21.02.2025	Berlin	Facharztseminar Gefäßchirurgie	Prof. Dr. med. univ. Andreas Greiner	450,00	600,00
13.03.2025	15.03.2025	online	Facharztseminar Plastische Chirurgie	Prof. Dr. med. Heinz-Herbert Homann; Prof. Dr. med. Ulrich Kneser	300,00	500,00
12.05.2025	16.05.2025	Berlin	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Gero Puhl	450,00	600,00
19.05.2025	23.05.2025	Hamburg	Facharztseminar Orthopädie/Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großterlinden; Prof. Dr. med. Frank Timo Beil	450,00	600,00
23.06.2025	27.06.2025	Magdeburg	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski; Prof. Dr. med. Roland Croner	450,00	600,00
25.06.2025	27.06.2025	Essen	Facharztseminar Thoraxchirurgie	Dr. med. Jan Volmerig	350,00	550,00
Herbst 2025		Leipzig	Facharztseminar Allgemeinchirurgie	Dr. med. Ludwig Schütz	450,00	600,00
Teil I 11. – 12.09.2025	Teil II 15. – 16.09.2025	Teil I online, Teil II Berlin	Facharztseminar Orthopädie/Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Stefan Schulz-Drost	400,00	550,00
10.11.2025	14.11.2025	Dortmund	Facharztseminar Allgemeinchirurgie	Prof. Dr. med. Maximilian Schmeding; Dr. med. Jens-Peter Stahl	450,00	600,00
17.11.2025	20.11.2025	Hamburg	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Thilo Hackert; Dr. med. Philipp Busch; PD Dr. med. Matthias Reeh	400,00	550,00
26.11.2025	28.11.2025	online	Facharztseminar Orthopädie/Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Hans-Georg Palm	300,00	500,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

CURRICULUM LAPAROSKOPISCHE CHIRURGIE

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
16.01.2025	17.01.2025	Berlin	CAMIC 1: Grundlagen der minimal-invasiven Chirurgie	Dr. med. Panagiotis Fikatas	500,00	700,00
10.04.2025	11.04.2025	Berlin	CAMIC 2: Laparoskopische Naht-techniken und Endoskopische Hernienchirurgie	Dr. med. Panagiotis Fikatas	500,00	700,00
15.05.2025	16.05.2025	Hamburg	CAMIC 1: Grundlagen der minimal-invasiven Chirurgie	PD Dr. med. Anna Dupré	500,00	700,00
11.09.2025	12.09.2025	Berlin	CAMIC 3: Laparoskopische Chirurgie des Gastrointestinaltraktes	Dr. med. Panagiotis Fikatas	500,00	700,00
20.11.2025	21.11.2025	Berlin	CAMIC 4: Laparoskopische kolorektale Chirurgie	Dr. med. Panagiotis Fikatas	500,00	700,00

CURRICULUM FUSSCHIRURGIE

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
21.05.2025	22.05.2025	Köln	Fußchirurgie IV	Prof. Dr. med. Jonas Andermahr	500,00	650,00

VISZERALCHIRURGIE KOMPAKT

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
08.04.2025	09.04.2025	Berlin	Viszeralchirurgie Kompakt: Kolorektale Chirurgie	Prof. Dr. med. Johann Pratschke, PD Dr. med. Robert Siegel	350,00	500,00
06.05.2025	07.05.2025	Berlin	Viszeralchirurgie Kompakt: Endokrine Chirurgie	Dr. Mechthild Hermanns; Prof. Dr. med. Gero Puhl	350,00	500,00
16.05.2025	17.05.2025	Mannheim	Viszeralchirurgie Kompakt: Proktologie	Dr. med. Philipp Manegold; Prof. Dr. med. Dieter Bussen; Dr. med. Andreas K. Joos; Prof. Dr. med. Stefan Fritz	350,00	500,00
31.10.2025		Frankfurt am Main	Viszeralchirurgie Kompakt: Adipositas- und metabolische Chirurgie	Dr. med. Sylvia Weiner; Prof. Dr. med. Mirko Otto; PD Dr. med. Susanne Blank	250,00	300,00
20.11.202	21.11.2025	Recklinghausen	Rektum- und Analfistelchirurgie	PD Dr. med. Gabriele Böhm	350,00	500,00
27.11.2025	28.11.2025	Köln	Viszeralchirurgie Kompakt: Pankreaschirurgie	Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns; Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Prof. Dr. med. Thomas Schmidt	350,00	500,00
Hospitationstermine auf Anfrage		Köln	Viszeralchirurgie Kompakt: Funktionelle Chirurgie des oberen Gastrointestinaltraktes	Prof. Dr. med. Jessica Leers	200,00	250,00

FORTBILDUNGEN ALLGEMEIN- UND VISZERALCHIRURGIE

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
27.06.2025	28.06.2025	Templin OT Groß Dölln	16. Brandenburger Viszeralchirurgi- sches Update	Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch; Prof. Dr. med. Stephan Gretschel	60,00	95,00

FORTBILDUNGEN THORAXCHIRURGIE

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
10.04.2025	11.04.2025	Köln	VATS OP Kurs: Anatomische Segmentresektion	Prof. Dr. med. Erich Stoelben	400,00	500,00
13.11.2025	14.11.2025	Köln	VATS OP Kurs: Anatomische Segmentresektion	Prof. Dr. med. Erich Stoelben	400,00	500,00

FORTBILDUNGEN ORTHOPÄDIE/UNFALLCHIRURGIE

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
19.02.2025	21.02.2025	Augsburg	Spezielle Unfallchirurgie Teil II	Prof. Dr. Dr. h.c. Edgar Mayr	300,00	500,00
12.06.2025	13.06.2025	online und Berlin	Hands-on-Kurs Kindertraumato- logie	Prof. Dr. med. Martin Lacher; PD Dr. med. Peter Zimmermann	folgt	folgt
18.09.2025	19.09.2025	online	Spezielle Unfallchirurgie Teil II	Prof. Dr. med. Frank Hildebrand	300,00	500,00
14.11.2025	15.11.2025	Dresden	13. Dresdner Handkurs	Prof. Dr. med. Adrian Dragu; Dr. med. Tim Fülling	500,00	650,00

FORTBILDUNGEN D-ÄRZTE/-ÄRZTINNEN

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
17.05.2025		Berlin	Begutachtung im Behandlungsfeh- lerprozess	Prof. Dr. med. Heiner Wenk	270,00	330,00
25.09.2025		Mainz	Unfallbegutachtung in der gesetz- lichen Unfallversicherung	Prof. Dr. med. Erol Gercek; PD Dr. med. Sven-Oliver Dietz	270,00	330,00
26.09.2025		Mainz	Kindertraumatologie für D-Ärzte/- Ärztinnen	Prof. Dr. med. Erol Gercek; PD Dr. med. Sven-Oliver Dietz	180,00	220,00
26.09.2025		Mainz	Rehabilitationsmedizin / -manage- ment	Prof. Dr. med. Erol Gercek; Dr. med. Sybille Larsen; Dr. med. Peter Kalbe	135,00	165,00

SOFTSKILL- UND MANAGEMENTSEMINARE

SEMINARREIHE: CHIRURGINNEN AUF DEM WEG NACH OBEN

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
17.01.2025	18.01.2025	Berlin	Chirurginnen auf dem Weg nach oben: Modul 1 – Führungsstrategien für Ärztinnen	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	500,00	700,00
28.02.2025	01.03.2025	Berlin	Chirurginnen auf dem Weg nach oben: Modul 2 – Durchsetzungsstrategien im Klinikalltag	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	500,00	700,00
11.04.2025	12.04.2025	Berlin	Chirurginnen auf dem Weg nach oben: Modul 3 – Erfolgsstrategien in eigener Sache	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	500,00	700,00
13.06.2025	14.06.2025	Berlin	Chirurginnen auf dem Weg nach oben: Modul 4 – Gesprächsstrategie – Souverän Klartext reden	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	500,00	700,00

SEMINARE FÜR NIEDERGELESSENE

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
08.03.2025		online	Abrechnungsseminar EBM	Dr. med. Björn Ackermann	50,00	80,00
08.03.2025		online	Abrechnungsseminar GOÄ und UV-GOÄ	Dr. med. Peter Kalbe	50,00	80,00
08.11.2025		online	Abrechnungsseminar EBM	Dr. med. Björn Ackermann	50,00	80,00
08.11.2025		online	Abrechnungsseminar GOÄ und UV-GOÄ	Dr. med. Peter Kalbe	50,00	80,00

BDC|eAKADEMIE

PODCAST SURGEON TALK

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

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

Auch 2025 besuchen wir wieder die großen Jahreskongresse der verschiedenen chirurgischen Fachgesellschaften und berichten von den aktuellen Trends in der Chirurgie. Als besonders Highlight sind wir im März für Euch auf dem Deutschen Chirurgenkongress (DCK) in München und interviewen klinische Meinungsmacher und wissenschaftliche Nerds – alles zusammengefasst im Podcast „DCK Kompakt“, der kurz nach dem Kongress online geht.



Hier geht's zum Reinhören...



WEBINAR-REIHE „LEITLINIEN IN DER CHIRURGIE“

Der Klassiker der BDC|eAkademie geht in das neunte Jahr. Auch in 2025 wird wieder jeden Monat eine Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der medizinischen Fachgesellschaft (AWMF) aus allen Gebieten der Chirurgie vorgestellt. In einem 45-minütigen Live-Vortrag referieren Expert:innen die aktuelle Leitlinie und diskutieren diese online via Chat-Funktion. Parallel hierzu erscheint in jeder Ausgabe eine Rubrik in „Die Chirurgie“ (Springer-Medizin) mit den Highlights vorab. Die Archivierung der Webinare ermöglicht die CME-zertifizierte Teilnahme zu jedem späteren Zeitpunkt. Ein kostenfreies Fortbildungsangebot für alle BDC- und DGCH-Mitglieder.

Hier geht's zu den Leitlinien-Webinaren der BDC|eAkademie...



WEBINAR-REIHE „FRAKTUR IM FOKUS“

Mit der neuen Webinar-Reihe „Fraktur im Fokus“ soll jeden Monat des Jahres eine Fraktur unter die Lupe genommen werden. Expert:innen für den jeweiligen Bereich stellen die aktuelle Entwicklungen auf ihrem Gebiet vor und diskutieren diese anschließend anhand von konkreten Fallbeispielen. Für Teilnehmer:innen besteht während des Webinars die Möglichkeit zur Vorstellung eigener Fälle. Begleitet wird jeder Vortrag von einer Leseliste zur möglichen Nachbereitung.

Die Webinar-Reihe ist in einem bewusst niederschweligen Format zur Fort- und Weiterbildung in kompaktem Rahmen konzipiert – außerhalb der Arbeitszeit und bequem von zu Hause. Jedes Webinar vereint durch Darstellung der aktuellen Literatur und interaktive Falldiskussion das Thema zu einem praxisbezogenen Update.

Hier gibt's mehr Infos zur neuen Webinar-Reihe...



SAVE THE DATE: TERMINE 2025 FÜR DIE WEBINAR-REIHE „FRAKTUR IM FOKUS“

LWS Frakturen am 22.01.2025	Acetabulumfrakturen am 21.05.2025	Proximale Femurfrakturen am 24.09.2025
Proximale Humerusfrakturen am 26.02.2025	Proximale Tibiafrakturen am 25.06.2025	Metatarsalefrakturen am 22.10.2025
Terrible Triad Verletzungen am 19.03.2025	Distale Femurfrakturen am 09.07.2025	Calcaneusfrakturen am 12.11.2025
Beckenringfrakturen am 09.04.2025	Pilon Tibiale Frakturen am 27.08.2025	Distale Radiusfrakturen am 03.12.2025

WEBINAR-REIHE „MEDIZINÖKONOMIE KOMPAKT“

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

Das Konzept ist modular aufgebaut und beantwortet alle Fragen rund um die Themen Dokumentation, Kodierung, Abrechnung, Controlling, Qualitäts- und OP-Management. Alle 12 Themenblöcke dieser Reihe sind im Videoformat über die BDC|eAkademie jederzeit abrufbar und können einzeln oder als Gesamtpaket gebucht werden.

Mehr Infos...



THEMEN DER WEBINAR-REIHE „MEDIZINÖKONOMIE KOMPAKT“

Grundlagen des DRG-Systems, Leistungsbereiche & Leistungsgruppen
G-DRG Update
Kursfindung & Orientierungshilfe - Operieren an der Sektorengrenze
Wer schneidet wann – effektive OP-Planung
Der schnelle Weg zur Kostenkontrolle – Smartes OP Reporting und Wirtschaftlichkeit im OP
OP-Benchmarking – Transparent und besser im Vergleich
Lotsen, Kapitäne und Kartenmaterial – agiles Prozessmanagement im OP
Krankenhaus in der Krise – von A: Ambulantisierung über Insolvenz, bis Z: Zentralisierung
Strategisches Management, Marketing und Marktanalyse in der chirurgischen Versorgung
Internes und externes Qualitätsmanagement in der Chirurgie
Kenn- und Steuerungszahlen im Berichtswesen von Kliniken
Referentensprechstunde/Expertenpanel: Aktuelle Themen in der chirurgischen Medizinökonomie

HYGIENEBEAUFTRAGTE(R) ARZT/ÄRZTIN (HBA)



Kompaktkurs – geeignet für alle
Ärztinnen und Ärzte

Hygienebeauftragte(r) Arzt/Ärztin (HBA)

Mit der Smart-Learning-Methode

Ein modernes Lernkonzept für flexible und
individuelle Fortbildung:

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

BDC  **AKADEMIE**
Einfach starten!

meduplus 

60
CME-
Punkte!



Jetzt anmelden:
www.bdc-eakademie.de

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
07.03.2025	08.03.2025	online	Abschlusscolloquium zum Kurs "Hygienebeauftragte(r) Ärztin/Arzt"	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. em. Dr. med. Axel Kramer		
16.05.2025	17.05.2025	Berlin und online	Abschlusscolloquium zum Kurs "Hygienebeauftragte(r) Ärztin/Arzt"	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. em. Dr. med. Axel Kramer		
10.10.2025	11.10.2025	Berlin und online	Abschlusscolloquium zum Kurs "Hygienebeauftragte(r) Ärztin/Arzt"	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. em. Dr. med. Axel Kramer		

* zzgl. 19 % MwSt.

BDC  **AKADEMIE**
Einfach starten!

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



www.bdc-eakademie.de

SPONSOREN DER BDC | AKADEMIE

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

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

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

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

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

B. BRAUN
SHARING EXPERTISE

corzamedical

ETHICON
Johnson & Johnson SURGICAL TECHNOLOGIES

INTUITIVE

Medtronic
Engineering the extraordinary

STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPIE



Das TraumaRegister DGU® der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie – die Erfolgsgeschichte ist jetzt Ü30

Ines Mittelstädt, Heiko Trentzsch, Gerrit Matthes, Sebastian Imach

Als ein zentrales Instrument der Versorgungsforschung dienen medizinische Register dem wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn und stellen ein wertvolles Werkzeug zur medizinischen Qualitätssicherung dar. Die strukturierte, plausibilitätsgeprüfte

Erfassung einer großen Anzahl von Patientenfällen auf einer longitudinal ausgerichteten Zeitachse mit unterschiedlichen Zeitpunkten der Datenerhebung lassen Aussagen zu zahlreichen relevanten Outcomes – nicht nur der Mortalität von Patienten – zu.

Ines Mittelstädt



Dr. med. Heiko Trentzsch
Institut für Notfallmedizin und
Medizinmanagement (INM)
Klinikum der Universität München



Prof. Dr. med. habil. Gerrit Matthes
Ärztlicher Leiter Zentrum für Chirurgie I
Chefarzt
Klinik für Unfall- und
Wiederherstellungschirurgie
Überregionales Traumazentrum
SAV-Klinik der DGUV
Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH
Potsdam
gerrit.matthes@klinikum-evb.de

Mittelstädt I, Trentzsch H, Matthes G,
Imach S: Das TraumaRegister DGU® der
Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie – die
Erfolgsgeschichte ist jetzt Ü30. Passion Chirurgie.
2024 Dezember; 14(12/IV): Artikel 03_02.



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

WIE FUNKTIONIERT DAS TRAUMAREGISTER DGU®?

Das TraumaRegister DGU® (TR-DGU) wurde 1993 durch die Arbeitsgemeinschaft Polytrauma als ein standardisiertes Instrument zur systematischen Erfassung und Analyse der Versorgung Schwerverletzter im deutschsprachigen Raum geschaffen. Zielsetzungen waren die Verbesserung der Versorgungsqualität, die Abbildung der Versorgungsabläufe, die Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse in „Leitlinien“ und die Erhebung von Daten zur Entwicklung eines Polytrauma-Scores für die Prognoseabschätzung und zur Klassifikation von Schwerverletzten für wissenschaftliche Zwecke.

Im Kleinen mit fünf teilnehmenden Kliniken begonnen, wurden in der Zwischenzeit im Register ca. 550.000 Behandlungsverläufe dokumentiert. Aktuell werden jährlich Patientendaten aus 700 Kliniken erfasst, was einer fast vollständigen Abdeckung der traumatologischen Versorgung in Deutschland bedeutet. Das TR-DGU ist damit auch international ein Referenzregister für die Qualität der Schwerverletztenversorgung in hochentwickelten Gesundheitssystemen.

Das TR-DGU ist ein mortalitätsorientiertes Register mit einem Fokus auf der externen Qualitätssicherung von zertifizierten Traumazentren. Es beantwortet aber auch Fragen der Versorgungsforschung bei schwerverletzten Patienten, daher gelten festgelegte Einschlusskriterien, die ein Patient für den Einschluss in TR-DGU erfüllen muss: „In das TR-DGU einzuschließen sind alle über den Schockraum aufgenommen Patienten mit anschließender Intensiv- oder IMC-Überwachung und alle Patienten, die die Klinik mit Lebenszeichen erreichen und vor Aufnahme auf die Intensivstation versterben. Außerdem sind alle die zuverlegten Patienten im Register zu dokumentieren, für die in der erstbehandelnden Klinik bereits eine Dokumentation im **TraumaRegister DGU®** angelegt wurde.“ (www.bit.ly/TraumaregisterDGU) Diese Kriterien sind pragmatisch gewählt, um zum Beispiel ein Scoring im Schockraum zu vermeiden.

Die Datenerhebung erfolgt über einen mehrteiligen Fragebogen, der aus vier aufeinanderfolgenden Phasen besteht:

- A) Präklinik,
- B) Schockraum und anschließend OP,
- C) Intensivstation und
- D) Entlassung.

Der prähospitalen Teil ist dabei basierend auf der prähospitalen Dokumentation oder durch das behandelnde Rettungsdienstteam z. B. den Notarzt auszufüllen, die nachfolgenden Teile von dem jeweils behandelnden Klinikarzt. Sie beinhalten detaillierte Informationen über Demografie, Verletzungsmuster, Komorbiditäten, prähospitalen und innerklinischen Management, intensivmedizinischen Verlauf und wichtige Laborbefunde einschließlich Transfusionsdaten. Weiterhin werden Daten zum Outcome wie beispielsweise der Zustand des Patienten nach Entlassung und das Entlassungsziel dokumentiert.

Die Daten werden über eine Web-gestützte Applikation in anonymer Form in eine zentrale Datenbank eingegeben und können folglich ausgewertet werden. Die Dateneingabe ist im Rahmen des Zertifizierungsprozesses als TraumaZentrum DGU obligat.

Neben der sehr guten, fast flächendeckenden Datenerfassung für Deutschland wächst die Beteiligung am Register aus dem europäischen, aber auch weltweiten Ausland stetig an. Zurzeit gibt es Registerdaten aus Belgien, Finnland, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Schweiz, Slowenien und den Vereinigten Arabischen Emiraten. Seit 2023 nimmt auch Nepal am TR-DGU in einem Pilotbetrieb teil und ist damit das erste Lower Middle Income Country im Register. Der wissenschaftliche Vergleich von Outcome-Daten zwischen Ländern mit unterschiedlich ausgerichteten Behandlungsstandards kann weitere wertvolle Erkenntnisse für die Qualitätsverbesserung in der Schwerverletztenversorgung erbringen.

Die technische und organisatorische Entwicklung sowie der kontinuierliche Betrieb des Registers inklusive Datenmanagement und statistischer Analyse erfolgt durch die AUC – Akademie der Unfallchirurgie GmbH.



Dr. med. Sebastian Imach
Zentrum für Orthopädie, Plastische
Chirurgie, Unfallchirurgie und
Sporttraumatologie
Zentrum OPUS Köln-Merheim

Die wissenschaftliche Leitung obliegt der Sektion Notfall, Intensivmedizin und Schwerverletztenversorgung der DGU (Sektion NIS). Der Arbeitskreis Traumaregister der Sektion NIS gewährleistet die wissenschaftliche Weiterentwicklung des TR-DGU und liefert die für die Fortentwicklung notwendige umfangreiche traumatologisch-fachliche Expertise.

AUSWERTUNGEN DES TRAUMAREGISTER DGU® – JAHRESBERICHT

Auf jährlicher Basis werden die Auswertungen zu einem Jahresbericht zusammengefasst und im September eines Jahres auf dem TNT-Kongress veröffentlicht. Neben dem allgemeinen, öffentlichen Jahresbericht erhält jede teilnehmende Klinik einen individuellen Jahresbericht, was ein anonymisiertes Benchmarking i. S. der Qualitätssicherung der eigenen Klinik mit anderen Kliniken ermöglicht und individuelle Qualitätsbemühungen unterstützt.

Der Jahresbericht berichtet in stets gleicher Struktur von der Entwicklung der realen Letalität im Vergleich zur Prognose basierend auf dem RISC II-Score, den demografischen Basisdaten, den überwiegend auf Zeiten basierenden Indikatoren zur Prozessqualität, den anonymisierten Klinikvergleichen, ausgewählten Subgruppen und der Dokumentationsqualität bzw. Vollständigkeit.

Der allgemeinen Jahresberichte des TR-DGU spiegelt somit valide den Stand der Schwerverletztenversorgung in Deutschland in der jeweiligen Berichtsperiode wider. Der **Jahresbericht** ist in digitaler Form frei auch für Dritte verfügbar (www.bit.ly/JahresberichtDGU2023). Die aktuellen Zahlen des Berichtszeitraumes werden im Bericht stets mit denen des Vorjahres und dem letzten Zehn-Jahres-Durchschnitt verglichen, um strukturelle Veränderungen oder den Einfluss von Leitlinien zu dokumentieren.

Der individuelle Jahresbericht kann dabei beim lokalen Klinikadministrator angefragt werden.

Über den Jahresbericht hinaus liefert das TR-DGU einen wichtigen Beitrag zur Forschung, indem es Analysen in unterschiedlichen wissenschaftlichen Bereichen ermöglicht. Die jeweiligen Publikationen werden einem registerinternen Reviewprozess unterworfen und unterliegen der Publikationsrichtlinie (www.bit.ly/PublikationsrichtlinieDGU). Aus den Registerdaten werden im jährlichen Durchschnitt 24 Publikationen erstellt, womit das Register auch Einfluss auf Handlungsempfehlungen wie zum Beispiel der S3-Leitlinie Polytrauma nehmen konnte. Somit hat das TR-DGU einen hohen Stellenwert in der wissenschaftlichen Arbeit zur Schwerverletztenversorgung dar.

MITWIRKUNG AM TRAUMAREGISTER DGU®

Für traumatologisch begeisterte Ärztinnen und Ärzte gibt es zahlreiche Möglichkeiten sich auf unterschiedlichen Ebenen konzeptionell an der Registerarbeit zu beteiligen.

Die Aussagekraft eines jeden Registers wird maßgeblich durch die Güte der eingebenden Daten beeinflusst. Neben der Vollständigkeit ist die Validität der Daten ein zentraler Baustein. Das wünschenswerte Maximalziel ist die Teilnahme aller an der Verletztenversorgung beteiligten Kliniken, die Erfassung eines jeden versorgten Patienten und die vollständige Dateneingabe des gesamten Datensatzes (Standardbogen). Die Erfüllung dieser Formel würde eine optimale Voraussetzung zur Verbesserung der Behandlungsqualität von Schwerverletzten in Deutschland und für die wissenschaftliche Aussagekraft des TR-DGU schaffen.

Jeder motivierte Mitarbeitende kann in seiner Klinik an der Güte der Datenqualität mitwirken. Zentral scheint es aber vor Ort geeignete Patienten für den Einschluss in das Register zu identifizieren und nach ausführlicher Aufklärung deren Einwilligung zum Dateneinschluss einzuholen. Denn spätestens seit Mai 2018 – dem Inkrafttreten der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) – unterliegt der Einschluss von Patienten einer verschärften Regulierung. Das künftige Registergesetz in Deutschland schafft hier hoffentlich

deutliche Erleichterungen bei der Dokumentation von Routinedaten. Bis dahin gefährdet der Verlust von potenziellen Patienten die Aussagekraft des erfolgreich implementierten Registers.

Wer auf der wissenschaftlichen Ebene eine individuelle Fragestellung verfolgen möchte, dem ist die Kontaktaufnahme mit dem lokalen Klinikadministrator des TR-DGU an der eigenen Klinik empfohlen. Denn jeder Klinik, die Patienten über den Standardbogen einpflegt, ist nach der bereits erwähnten Publikationsrichtlinie grundsätzlich berechtigt die eigenen Daten zur Auswertung anzufordern bzw. Projektskizzen mit Antrag auf Datenauswertung einzureichen.

Wer auf konzeptioneller Ebene am Register mitarbeiten möchte, der ist herzlich eingeladen, sich dem Arbeitskreis Traumaregister der Sektion NIS anzuschließen. Die Gruppe trifft sich regelmäßig bei den Sektionssitzungen

der NIS, auf dem Jahreskongress von TraumaRegister DGU®, Sektion NIS und Trauma-Netzwerk DGU® (TNT) oder im Rahmen einer zweitägigen Klausurtagung in Bensberg bei Köln, wo das TR-DGU traumatologisch-inhaltlich weiterentwickelt wird und vorhandenen Items der Dokumentation diskutiert und an den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst werden. Voraussetzung für die Teilnahme ist lediglich die Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und eine formlose Mail an den Schriftführer der NIS mit der Bitte um Aufnahme in die Sektion.

Weitere Infos zur NIS finden sich hier (www.bit.ly/NIS-DGU).

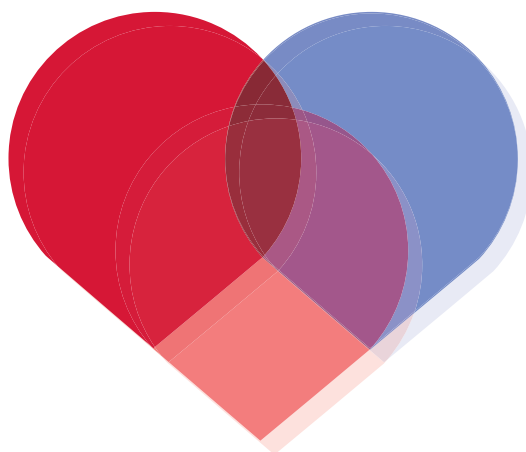
FAZIT

Zusammenfassend stellt das TraumaRegister DGU(R) seit über 30 Jahren eine Erfolgsgeschichte für die Qualitätssicherung in der

Schwerverletztenversorgung dar. Es lieferte aber auch die Datenbasis für zahlreiche herausragende Studien, deren Ergebnisse maßgeblich in die Versorgungsleitlinien und in der Folge in die tägliche Praxis Eingang gefunden haben. Damit hat das Register national und international Maßstäbe für die Register- und Versorgungsforschung gesetzt. Diese Leistung wäre ohne die engagierten Personen hinter den verschiedenen Arbeitsgruppen der DGU und schon gar nicht ohne die zahllosen Kolleginnen und Kollegen in den lokalen, regionalen und überregionalen Traumazentren, die die Daten in mühevoller, kleinteiliger Arbeit erfassen, möglich.

Dafür möchten wir uns an dieser Stelle bei Ihnen, die das möglich machen, bedanken und freuen uns sehr auf die weitere Zusammenarbeit. ○

HERZMEDIZIN 2025 TRADITION & TRANSFORMATION



54. Jahrestagung
Deutsche Gesellschaft für Thorax-,
Herz- und Gefäßchirurgie e.V.
www.dgthg-jahrestagung.de



57. Jahrestagung
Deutsche Gesellschaft für
Pädiatrische Kardiologie und
Angeborene Herzfehler e.V.
www.dgpk-jahrestagung.de

15. - 17. FEBRUAR 2025
CCH CONGRESS CENTER HAMBURG

Von wegen „früher war alles besser“!

Beste Aussichten dank Vakuumversiegelungstherapie* mit PICO[◇].



Die AIRLOCK[◇]-Technologie von PICO[◇] sorgt für einen konstanten Unterdruck in der Wunde und Wundumgebung. Der Unterdruck hilft Ödeme zu reduzieren², fördert die Durchblutung¹ und Bildung von Granulationsgewebe.² Für einen nachweislich schnelleren Wundverschluss im Vgl. zu Standardverbänden^{3**,4‡,5+,6||,7}

+ PICO[◇] – Wundversorgung 2.0

Smith+Nephew

Mehr Infos zur EBM-Ziffer und Erstattung



Ausgezeichnetes Design:



reddot winner 2021



Smith & Nephew GmbH
vakuumversiegelungstherapie.de

Hersteller: Smith & Nephew Medical Limited
101 Hessle Road, HU3 2BN, Hull, U.K.

Referenzen: 1. Ma Z et al. Exp Ther Med 2016; 11(4): 1307-1317. 2. Dunn R et al. Int J Surg 2011; 9(3): 258-262. 3. Kirsner R et al. Wound Rep Reg. Mai 2019. 4. Dowsett C et al. Wounds International. 2017;8(2):52-58. 5. Hampton J. Community Wound Care. 2015:S14-S20. 6. Brownhill R et al. Posterpräsentation auf der SAWC Conference, 7.-11. Mai 2019, San Antonio, Texas. 7. Sharpe A, et al. Wounds UK. 2018; 14:80-84

* auch NPWT oder Unterdruck- bzw. Vakuumversiegelungstherapie (VVS) genannt

**p < 0,001 für Wundfläche und p = 0,014 für Wundtiefe; n = 161; ITT-Analyse, nach 12 Wochen, kombinierte Population bei einer Studie zu venösem Beinschwür und diabetischem Fußsulkus;

‡ p = 0,001; 52 Wunden; + n = 9; || p = 0,028 in vivo





© iStock/popba

Register in der Medizin.

DATENGRAB ODER WICHTIGE VERSORGUNGSFORSCHUNG?

Dietmar Pennig

In der Versorgungsforschung in Deutschland, aber auch international, wird zunehmend auf Register zurückgegriffen. Diese Datensammlungen in der klinischen Medizin blicken auf eine lange Historie zurück. Die epidemiologischen Krebsregister, als wesentlicher und bedeutsamer Beitrag, blicken zurück auf eine fast 100-jährige Geschichte. Nationale Register wie beispielsweise in den skandinavischen Ländern in der Endoprothetik haben einen wichtigen Beitrag in der Versorgungsforschung und zur Versorgungssicherheit geleistet.

Ziel eines Registers in der Versorgungsforschung ist nicht der Nachweis eines absoluten Therapieeffekts unter experimentellen Bedingungen, sondern dass diese für Optimierungen genutzt werden können, insbesondere wenn die Ergebnisse der Erhebung den Beteiligten zurückgemeldet und im Sinne eines kontinuierlichen Qualitätsmanagements eingesetzt werden. Wesentlicher Pfeiler in der Konzeption eines Registers ist die unabhängige Zertifizierung unter Einschluss des Peer Review Verfahrens. Laut Ärzteblatt handelte sich bei den Registern in der klinischen Medizin, die



Prof. Dr. med. Dietmar Pennig
Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für
Unfallchirurgie
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie
und Unfallchirurgie Berlin.
dietmarpennig@t-online.de

Pennig D: Register in der Medizin: Datengrab oder wichtige Versorgungsforschung? *Passion Chirurgie*. 2024 Dezember; 14(12/IV): Artikel 03_03.

i Weitere Artikel zum Thema finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete | Fachübergreifend.

in 33 Fachgebieten eingerichtet worden sind, um einen **ungehobenen Datenschatz** (www.bit.ly/medRegDatenschutz).

Das **Bundesgesundheitsministerium** (www.bit.ly/RegDB-Websuche) ist auf diesen Sachverhalt aufmerksam geworden und hat eine Zusammenfassung der medizinischen Register in Auftrag gegeben. Erklärtes Ziel dieser vorbereitenden Arbeit einschließlich eines Rechtsgutachtens war die Schaffung einer Erleichterung der Eingabe in die Register unter dem zwischenzeitlich verabschiedeten Medizinforschungsgesetzes. Diese Hoffnung hat sich aus Sicht der klinischen Medizin jedoch nicht erfüllt.

Der immer noch erforderliche Nachweis der Zustimmung des Patienten ist im internationalen Vergleich nicht nachvollziehbar. Selbst EU-Länder wie Österreich haben eine sinnvolle Erleichterung im nationalen Datenschutzrecht umgesetzt. Die Einwilligung von Patienten zu bekommen, die bewusstlos den Schockraum erreichen, ist unmöglich und hat einen negativen Einfluss auf die Analyse der Rettungskette sowie der innerklinischen Reanimation. Hier gilt es dringend Abhilfe zu schaffen, die letzte Hoffnung ist jetzt noch

das Registergesetz, welches über das Bundesministerium für Gesundheit in Vorbereitung ist.

Das TraumaRegister DGU konnte die vielschichtigen Ansätze zur Verbesserung der Unfallversorgung von der Rückkopplung an die Automobilhersteller über die schnellere Alarmierung der Rettungskette (bundesweit einheitliche Notrufnummer) bis hin zur verbesserten Ausstattung der Rettungswagen/Notarztfahrzeuge und die standardisierten Abläufe in den Kliniken eindrucksvoll als Erfolg belegen. Gerade bei Unfallverletzten handelt es sich oft um junge Menschen, der Verlust an Lebensjahren ist dementsprechend gravierend. Diese Dokumentation ermutigt uns, die zusätzlichen Belastungen, die die Erfassung macht zu rechtfertigen. Dem Dank der Autoren an alle Beteiligten kann sich die Fachgesellschaft und insbesondere der Generalsekretär nur ausdrücklich anschließen. Die gesamtgesellschaftliche Verantwortung wird hier in vorbildlicher Weise wahrgenommen, das Register stellt sich in den Dienst der Schwerverletzten und hilft Leben zu retten, Lebensjahre zu erhalten und die Lebensqualität nach schweren Unfällen im Blick zu behalten.

Registerbezeichnung	Registerlaufzeit	Anzahl der meldenden Einrichtungen	Träger des Registers	Zweck des Registers	Organsystem	Fachbereich	Besondere Registergruppe
AltersTraumaRegister	< 5 Jahre	100 - 200	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.	Benchmarking mit anderen Kliniken, Qualitätssicherung, Erfassung der aktuellen Versorgungsstruktur des orthogeriatriischen Kommanagements		Traumatologie	
Becken-Modul des TraumaRegister DGU	< 20 Jahre	0 - 50	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.	Erfassung der aktuellen Versorgungsstruktur von Frakturen des Beckenrings und der Hüftpfanne		Traumatologie	
HandTraumaRegister DGH	< 3 Jahre	50 - 100	DGH - Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie e.V.	Erfassung von (schweren) Handverletzungen zur externen Qualitätssicherung und neue Erkenntnisse in der Versorgungsforschung		Traumatologie	
Nationales SHT-Register	< 5 Jahre	0 - 50	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (in Kooperation mit der DGNC)	Qualitätssicherung und zur Verbesserung der medizinischen Versorgung		Traumatologie	
Schuss- und ExplosionsRegister (SExReg)		0 - 50	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.	Qualitätssicherung und zur Verbesserung der medizinischen Versorgung		Traumatologie	
Schwerverbrannten-Register	< 10 Jahre	50 - 100	Zweckbetrieb innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin (DGV) e. V.	Qualitätssicherung in der Verbrennungsmedizin		Traumatologie	
SerumDatenbank des Netzwerk Traumatoforschung der DGU	< 24 Monate / 2 Jahre	0 - 50	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.	Erfassung von laborchemischen Verlaufsparemtern bei schwerverletzten Patienten		Traumatologie	
TraumaRegister DGU	> 20 Jahre	ab 500	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.	Benchmarking mit anderen Kliniken, Qualitätssicherung, Erfassung der aktuellen Versorgungsstruktur von Schwerverletzten		Traumatologie	

Abb. 1: Übersicht der Register in der Unfallchirurgie

~~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

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

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



* Das Seminar muss innerhalb der Mitgliedschaft gebucht werden.

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

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



S3 Leitlinie „Perioperatives Management gastrointestinaler Tumoren (POMGAT)“

EINE ZUSAMMENFASSUNG DER RELEVANTESTEN EMPFEHLUNGEN
FÜR DIE ONKOLOGISCHE VISZERALCHIRURGIE

Tim O. Vilz, Stefan Post, Maria Willis

Die Ausarbeitung der Leitlinie erfolgte im Rahmen des onkologischen Leitlinienprogrammes der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und mit Unterstützung der

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Die finanzielle Förderung erfolgte durch die Deutschen Krebshilfe (70114164).

Für die POMGAT Leitliniengruppe
(siehe Tab. 1)



Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. med. Tim O. Vilz

Klinik und Poliklinik für Allgemein-,
Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie
Universitätsklinikum Bonn
tim.vilz@ukbonn.de



Prof. Dr. med. Stefan Post

ehemals Chirurgische Klinik
Universitätsklinikum Mannheim



Dr. med. Maria Willis

Assistenzärztin
Klinik und Poliklinik für Allgemein-,
Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie
Universitätsklinikum Bonn

Vilz TO, Post S, Willis M: S3 Leitlinie
„Perioperatives Management gastrointestinaler
Tumoren (POMGAT)“. *Passion Chirurgie*. 2024
Dezember; 14(12/IV): Artikel 03_04.



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

Einleitung

Malignome des Gastrointestinal (GI)-Traktes zählen mit fast 120.000 Neuerkrankungen pro Jahr zu den häufigsten Tumorerkrankungen, in den allermeisten Fällen ist eine Kuration ohne einen chirurgischen Eingriff nicht möglich. Jedoch handelt es sich meist um komplexe viszeralchirurgische Eingriffe, die mit einer relevanten Morbidität vergesellschaftet sind [1]. Postoperative Komplikationen führen allerdings zu einer protrahierten Erholung und einem verzögerten Start einer eventuell notwendigen adjuvanten Behandlung, was die Prognose der Patienten negativ beeinflusst [2, 3].

Mitte der 90er Jahre wurde erstmalig von Henrik Kehlet das perioperative Fast-Track-Konzept (FT) beschrieben. Bei Patienten mit einer anstehenden Colonresektion aufgrund eines Karzinoms (KRK) konnte durch Optimierung verschiedener perioperativer Maßnahmen die Morbidität, Mortalität und die Verweildauer (KHV) gesenkt werden [4]. Das initial aus fünf Bausteine bestehende FT wurde in den folgenden 30 Jahre erweitert und auf andere Organentitäten übertragen [5]. Weiterhin konnte in großen Registerstudien neben einer Reduktion der postoperativen Komplikationen in der onkologischen Kolorektalchirurgie auch ein positiver Einfluss auf das onkologische Outcome nachgewiesen werden, insbesondere bei Patienten mit fortgeschrittenen Tumorstadien (UICC III), die von einer adjuvanten Therapie profitieren [6, 7]. Zusammengefasst gibt es also für wenige Interventionen in der Viszeralchirurgie der letzten Jahre so gute Evidenz, wie für den Einsatz multimodaler perioperativer Konzepte (mPOM). Dennoch ist die Adhärenz in deutschen Kliniken gering, wie eine Umfrage unter deutschsprachigen Chirurgen zeigen konnte: Für einzelne Bausteine, wie den Verzicht auf das Einlegen von Zieldrainagen in das OP Feld, liegt die Adhärenz teilweise bei nur 10 % [8]. Die Gründe sind multifaktoriell, oft werden interdisziplinäres und interprofessionelles Silo-Denken, ein hoher logistischer Aufwand sowie das Fehlen Evidenz-basierter Handlungsempfehlungen angegeben. Auch das Festhalten an tradierten Empfehlungen wird als Hürde aufgeführt [9].

Um Abhilfe zu schaffen und die Implementierung der Maßnahmen zu forcieren, wurde die POMGAT S3-Leitlinie durch ein interdisziplinäres und interprofessionelles Gremium unter Berücksichtigung der aktuellen Datenlage ausgearbeitet.

Methodik

Die Ausarbeitung der Leitlinie erfolgt entsprechend dem Regelwerk der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) für S3-Leitlinien und erfüllt die notwendigen Kriterien [10]. Dies beinhaltet ein interdisziplinäres und interprofessionelles Gremium (bestehend aus Mandatsträgern der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Patientenorganisationen sowie Experten ohne Stimmrecht (**Tab. 1**)) und einen transparenten Umgang mit Interessenkonflikten. Konsensbasierte Empfehlungen (EK) sowie Evidenzbasierte Empfehlungen (EbE) wurden unter Berücksichtigung des AWMF Regelwerkes ausgearbeitet, ein strukturierter Konsensusprozess durchgeführt und eine Konsultationsfassung publiziert. Diese konnte öffentlich kommentiert werden, die eingegangenen Kommentare wurden von der Leitliniengruppe diskutiert und führten zu Anpassungen in der finalen Version.

Die ausführliche Darlegung der Methodik der Leitlinienentwicklung inklusive der Ableitung empfehlungsbasierter Qualitätsindikatoren findet sich im Leitlinienreport sowie im publizierten Methodikprotokoll [11].

Präoperative Empfehlungen

Intensivierte, multimodale Prähabilitation

Unter einer **intensivierten Prähabilitation** werden Maßnahmen zusammengefasst, mit denen Patienten sich bestmöglich auf eine OP vorbereiten können. Hierzu gehören beispielsweise eine psychoonkologische Begleitung, körperliche Aktivität mittels Trainingsplan, Noxenverzicht, Behandlung einer Fehlernährung etc [12]. Aktuell ist die Datenlage für eine **intensivierte Prähabilitation** noch nicht gut genug und der Aufwand zur

Tab. 1: Gremium der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) für S3-Leitlinien

Beteiligte Fachgesellschaften, Organisationen und Experten	Personen	Adresse
Koordinator	Prof. Dr. Stefan Post	Klinik für Chirurgie, Universitätsmedizin Mannheim
Koordinator	Prof. Dr. Tim Vilz	Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Bonn
AIO Arbeitsgruppe Kolon-Rektum-Dünndarmtumoren in der DKG	Prof. Dr. Gunnar Folprecht	Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum Dresden
AIO Arbeitsgruppe Pankreaskarzinom in der DKG	Dr. Dirk Waldschmidt	Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie, Universitätsklinikum Köln
AIO AG Ösophagus-/Magenkarzinom der	Prof. Dr. Markus Möhler	Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum Mainz
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Darmkrebszentren (AddZ)	Prof. Dr. Stefan Benz	Klinik für Chirurgie, Kliniken Böblingen
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Rehabilitation und Sozialmedizin in der DKG (AGORS)	PD Dr. Reiner Caspari	Klinik Niederrhein, Bad Neuenahr
Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin in der DKG (APM)	PD Dr. Stefan Wirz	Abteilung für Anästhesie, CURA Kath. Krhs. im Siebengebirge gGmbH
Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Medizin in der Onkologie in der DKG (PRiO)	Prof. Dr. Arved Weimann	Klinik für Allgemein-, Viszeral- und onkologische Chirurgie, Klinikum Sankt Georg Leipzig
Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie in der DKG (AGSMO)	Timo Niels	Centrum für Integrierte Onkologie, Universitätsklinik Köln
Arbeitskreis Regionalanästhesie der DGAI	Prof. Dr. Thomas Standl	Klinik für Anästhesiologie, Städtisches Klinikum Solingen
Arbeitskreis Schmerzmedizin der DGAI	PD Dr. Dr. Hans Gerbershagen	Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Marienhospital Gelsenkirchen
Assoziation Chirurgische Onkologie (ACO) der DGAV	Prof. Dr. Jörg Kalff	Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Bonn
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Akutschmerz (CAAS) der DGCH	Prof. Dr. Stephan Freys	Chirurgische Klinik, Diako Bremen
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Colo-Proktologie (CACP) der DGAV	Prof. Dr. Stefan Fichtner-Feigl	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Universitätsklinikum Freiburg
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Leber-, Galle- und Pankreas (CALGP) der DGAV	Prof. Dr. Christiane Bruns	Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Köln
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Minimal Invasive Chirurgie (CAMIC) der DGAV	PD Dr. Alexander Buia	Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Asklepios Klinik Langen
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für perioperative Medizin (CAPM) der DGCH	Prof. Dr. Benno Stinner	Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Elbeklinikum Stade
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft oberer Gastrointestinaltrakt (CAOGI) der DGAV	Prof. Dr. Ines Gockel	Klinik für Viszeral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig
Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Intensivmedizin und Notfallmedizin (CAIN) der DGCH	Dr. Rene Wildenauer	Hausarztzentrum Wiesentheid, Wiesentheid
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)	Prof. Dr. Christian Eckmann	Klinik für Chirurgie, Klinikum Hann. Münden
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)	Prof. Dr. Peter Kienbaum	Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Düsseldorf
Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)	Prof. Dr. Marc Martignoni	Klinik und Poliklinik für Chirurgie, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München
Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	PD Dr. Henrike Lenzen	Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie, Medizinische Hochschule Hannover
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO)	Prof. Dr. Dirk Arnold	II. Medizinische Klinik (Onkologie), Asklepios Tumorzentrum Hamburg
Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie (DGK)	Prof. Dr. Julia Hardt	Klinik für Chirurgie, Universitätsmedizin Mannheim
Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft (DGPTW)	Prof. Dr. Bernhard Elsner	Physiotherapie, Universität Lübeck
Deutsche ILCO	Erich Grohmann	

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)	Prof. Dr. Wolfgang Hartl	Abteilung für Thoraxchirurgie, Bereichsleitung chirurgische Intensivmedizin, LMU Kliniken München
Deutsche Schmerzgesellschaft	Prof. Dr. Esther Pogatzki-Zahn	Abteilung für Anästhesie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie, Universitätsklinikum Münster
Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege in der DKG (KOK)	Kerstin Paradies	
Selbsthilfegruppe Ratgeber Magenkrebs/Speiseröhrenkrebs	Barbara Kade	
Selbsthilfegruppe Semi-Colon	Nicola Reents Simone Widhalm	
Eingeladene Experten ohne Stimmrecht	PD Dr. Viola Andresen	Viszeralmedizinisches Zentrum, Israelitisches Krankenhaus Hamburg
	Dr. Esther Biesel	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Universitätsklinikum Freiburg
	Prof. Dr. Marc Coburn	Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Bonn
	Prof. Dr. Jörg Glatzle	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Klinikum Konstanz
	Dr. Oliver Haase	Chirurgische Klinik, Campus Charite Mitte / Campus Virchow Klinikum
	PD Dr. Andreas Hecker	Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax-, Transplantations- und Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Gießen
	Prof. Dr. Martin Hübner	Department of Visceral Surgery, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)
	Prof. Dr. Bettina Jungwirth	Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Ulm
	PD Dr. Simone Kagerbauer	Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Ulm
	Prof. Dr. Matthias Leschke	Medizinisches Versorgungszentrum Innere Medizin, Esslingen
	Dr. Franziska Peters	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Helios Kliniken Schwerin
	Dr. Martin Reichert	Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax-, Transplantations- und Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Gießen
	Prof. Dr. Christoph Reißfelder	Klinik für Chirurgie, Universitätsmedizin Mannheim
	Prof. Dr. Jörg-Peter Ritz	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Helios Kliniken Schwerin
	Dr. Benedikt Schick	Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Ulm
	PD Dr. Rosa Schmuck	Chirurgische Klinik, Campus Charite Mitte / Campus Virchow Klinikum
	Prof. Dr. Wolfgang Schröder	Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Köln
	Prof. Dr. Martin Söhle	Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Bonn
	Prof. Dr. Dirk Weyhe	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Pius Hospital Oldenburg
	Dr. Maria Willis	Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Bonn
	Dr. Konstantinos Zarras	Klinik für Viszeral-, minimalinvasive und onkologische Chirurgie, Marienhospital Düsseldorf
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF)	Dr. Monika Nothacker	Philipps-Universität Marburg
Leitlinienprogramm Onkologie, Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Dr. Markus Follmann	Deutsche Krebsgesellschaft, Berlin
	Thomas Langer	

Durchführung zu groß, sodass nach einer Nutzen-Kosten-Abwägung im Sinne eines Evidence-to-Decision-Framework **keine Empfehlung** ausgesprochen werden kann (EbE, Empfehlungsgrad o). Hierbei ist allerdings zu beachten, dass eine Empfehlung zum Erhalt der körperlichen Aktivität, ausgewogener Ernährung und Noxenverzicht, was als internationaler Standard anzusehen ist, hiervon unberührt ist.

Jedoch muss berücksichtigt werden, dass bei der Ausarbeitung der Empfehlung in der POMGAT LL die aktuellste RCT von Charlotte Molenaar zur multimodalen Prähabilitation vor onkologischer Kolorektalchirurgie aufgrund des späteren Publikationsdatum in die Entscheidungsfindung nicht eingeflossen ist [13]. Allerdings verbleibt unklar, ob diese etwas an der Aussage der Metaanalyse verändert hätte.

PATIENTENAUFKLÄRUNG

Verschiedene Studien konnten nachweisen, dass eine präoperative Patientenschulung, in der das mPOM Konzept und deren Bausteine dem Patienten erklärt werden, zu einer besseren Umsetzung der mPOM Maßnahmen, einer höheren Zufriedenheit sowie einer verkürzten Verweildauer führte [14]. Daher **sollte vor einer OP über mPOM Konzepte aufgeklärt werden** (EK).

PRÄOPERATIVE RISIKOEVALUIERUNG

Risikostratifizierungs-Scores (POSSUM, E-PASS, NSQUIP) ermöglichen die Vorhersage der perioperativen Mortalität. Daher wird auch in der NICE Guideline eine Risikoevaluierung positiv bewertet, sodass **präoperativ ein Risikostratifizierungsinstrument angewendet werden sollte und die Ergebnisse mit dem Patienten besprochen werden sollten** (EbE, Empfehlungsgrad B) [15]. Dies ermöglicht eine partizipative Patientenentscheidung für oder gegen eine Operation.

VORBEREITUNG DES GI-TRAKTES

Das primäre Ziel einer spezifischen Vorbereitung des GI-Traktes ist die Reduktion infektiologischer Komplikationen wie Wundinfekte,

Anastomoseninsuffizienzen oder Pneumonien. Prinzipiell kann unterschieden werden zwischen:

a. Kombinierte Darmvorbereitung (orale Antibiose + mechanische Darmreinigung) Insbesondere in der **Kolorektalchirurgie** zeigen sich gute Effekte bei der Reduktion von Wundinfekten und Anastomoseninsuffizienzen wie ein aktueller Cochrane Review zeigen konnte [16]. Daher **sollte eine Kombinationsbehandlung aus oraler Antibiose + mechanischer Darmreinigung erfolgen** (EbE, Empfehlungsgrad B). **Eine alleinige mechanische Darmreinigung hingegen soll nicht durchgeführt werden** (EbE, Empfehlungsgrad A). **Bei hepatopankreatobiliären Eingriffen oder OPs am oberen GI-Trakt sollte keine mechanische Darmreinigung erfolgen.**

b. Selektive Darmdekontamination (SDD) Unter einer SDD versteht man die präoperative Gabe oraler, nicht-resorbierbarer Antibiotika in Kombination mit Antimykotika für 3–7 Tage sowie eine Fortsetzung nach der OP. Hierdurch wurde nach Eingriffen am oberen GI Trakt sowohl die Rate an Anastomoseninsuffizienzen als auch an Pneumonien reduziert [17]. Einschränkend muss jedoch die große methodische Varianz (unterschiedliche Länge der Dekontamination) und die kleinen Fallzahlen der Studierenerwähnt werden, sodass dies in der Empfehlung berücksichtigt wurde. **Daher kann die SDD vor Eingriffen am oberen GI Trakt erwogen werden.**

Bei Eingriffen am unteren GI Trakt sollte keine SDD erfolgen (EbE, Empfehlungsgrad B), für hepatopankreatobiliäre Eingriffe kann aufgrund fehlender Daten keine Empfehlung erfolgen.

PRÄOPERATIVE HYGIENEMASSNAHMEN

Die Sinnhaftigkeit einer präoperativen Antibiotikaphylaxe (PAP) zur Vermeidung von Wundinfekten ist hinlänglich bekannt [18]. Aus diesem Grunde **soll die Gabe innerhalb einer Stunde, allerspätestens direkt vor Hautschnitt erfolgen** (EK). **Postoperativ soll die PAP nicht fortgesetzt werden** (EK).

Neben der PAP ist auch die Vorbehandlung des OP Feldes zur Vermeidung von

Wundinfekten relevant: Gemäß Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts **soll auf eine präoperative Haarentfernung mittels Rasur oder chemischer Depilation im OP Gebiet verzichtet werden**. Bei **operationsbedingter Notwendigkeit** eine Haarentfernung **sollte dies mittels elektrischer Haarschneidemaschinen** mit Einwegköpfen erfolgen (EK). Die chirurgische Desinfektion sollte mittels Chlorhexidin-haltiger, alkoholischer Lösungen erfolgen (EbE, Empfehlungsgrad B), bei Unverträglichkeiten können auch Povidon-Iod haltige Lösungen angewendet werden (EbE, Empfehlungsgrad o) [19]

INTRAOPERATIVE EMPFEHLUNGEN DRAINAGENMANAGEMENT

ÖSOPHAGUSRESEKTIONEN

Nach **McKeown** Ösophagektomie ergibt sich bei insgesamt schlechter Datenlage für die **Anlage einer cervicalen Drainage** kein Benefit, sodass hierauf **verzichtet werden sollte** (EK) [20]. Bei **transthorakaler** Ösophagektomie **soll hingegen eine singuläre Thoraxdrainage mit oder ohne Sog** (EK) angelegt werden, eine zweite thorakale Drainage führt nur zu mehr Schmerzen ohne nachweisbaren Benefit [21]. Die Drainage kann bei einem Fördervolumen <250 ml/24h gezogen werden [22]. Auf die Einlage einer **abdominellen Drainage sollte** hingegen sowohl nach transthorakaler als auch nach einer transhiatal erweiterten Gastrektomie **verzichtet werden** (EK), da keine intraabdominellen Anastomosen angelegt wurden.

GASTREKTOMIE

Eine abdominelle **Drainage nach Gastrektomie oder subtotaler Magenresektion** erhöht die Morbidität (RR 0,47; 95 % KI 0,26 bis 0,86) ohne Einfluss auf die Verweildauer, sodass auf eine Einlage **verzichtet werden sollte** (EbE, Empfehlungsgrad B) [23].

PANKREASCHIRURGIE

Die Situation in der Pankreaschirurgie ist aufgrund unterschiedlicher Einschlusskriterien in den durchgeführten Studien und somit

unterschiedlichem Risikokonstellationen für eine Pankreasfistel komplex. So zeigt sich bezüglich der Einlage einer Drainage nach Pankreaskopf- oder Schwanzresektion eine Reduktion der 90d-Mortalität bei niedrigem Vertrauen in die Evidenz (RR 0,23; 95 % KI 0,06 bis 0,90) [24]. Alle anderen Endpunkte (Morbidität, 30-Tage Mortalität, intraabdominelle Infektionen, Verweildauer) verblieben unbeeinflusst. Aus diesem Grunde **kann eine Zieldrainage nach Pankreasresektionen** erwogen werden (EbE, Empfehlungsgrad o). Diese Drainage kann nach Ausschluss einer Pankreasfistel bis zum vierten Tag nach der OP gezogen werden (EbE, Empfehlungsgrad o).

LEBERRESEKTIONEN

Bei **Leberresektionen ohne vaskuläre oder biliäre Rekonstruktion soll keine Drainage eingelegt** werden, da das Auftreten eines Gallelecks begünstigt wird (OR 2,32; 95 % KI 1,18 bis 4,55), die Komplikationsrate erhöht ist (OR 1,71; 95 % KI 1,45 bis 2,03) und die Verweildauer um einen Tag verlängert (MD 1,01 Tage; 95 % KI 0,47 bis 1,56) wird (EbE, Empfehlungsgrad A). Ist hingegen eine Rekonstruktion notwendig, kann eine prophylaktische Drainage eingelegt werden (EbE, Empfehlungsgrad o) [25].

KOLOREKTALE EINGRIFFE

In der elektiven Kolorektalchirurgie **soll keine intrabdominelle Drainage eingelegt** werden (EbE, Empfehlungsgrad A), da kein Einfluss auf die Rate oder den Diagnosezeitpunkt einer Anastomoseninsuffizienz nachweisbar ist, infektiöse Komplikationen in beiden Gruppen gleich sind und die Mortalität vergleichbar bleibt. Dies gilt sowohl für Colonresektion als auch für Rektumresektionen mit extraperitonealer (tiefer) Anastomose [26].

INTRAOPERATIVE TESTUNG EINER ANASTOMOSE

TRANSTHORAKALE ÖSOPHAGSRESEKTION

Es liegen verschiedene systematische Reviews (SR) vor, die den Einsatz von Indocyaningrün

(ICG) zur Überprüfung der Vaskularisation des Magenschlauchs untersuchen. Zwar sind keine RCTs inkludiert, jedoch konnte eine Reduktion der Anastomoseninsuffizienzrate sowie von Interponatnekrosen beschrieben werden [27]. Aus diesem Grunde **kann ICG zur Überprüfung der Perfusion eingesetzt werden** (EK).

KOLOREKTALE CHIRURGIE

Eine Anastomose zum Rektum sollte intraoperativ auf Dichtigkeit überprüft werden (EK). Hierzu existieren verschiedene Verfahren (AirLeak Test, Methylenblau Füllung, intraoperative Endoskopie); die als gleichwertig angesehen werden können. Durch die Überprüfung der mechanischen Integrität kann eine Reduktion der Anastomoseninsuffizienzrate erreicht werden [28]. Welche Konsequenz jedoch aus einem positiven Test resultiert (Übernähung, Stoma, Neuanlage), verbleibt aufgrund fehlender Daten unklar.

Neben der mechanischen Dichtigkeit spielt auch die Perfusion einer Anastomose nach Colon- und Rektumresektionen für eine regelrechte Heilung eine wichtige Rolle. Aus diesem Grunde **soll die Perfusion der Anastomose intraoperativ überprüft werden** (EK), beispielsweise durch den „cold steel Test“ oder eine intraoperative Zweitmeinung. Alternativ **kann auch ICG zur Beurteilung von Rektumanastomosen eingesetzt werden**. Für die Anwendung von ICG zeigt sich zwar in einer Metaanalyse eine Reduktion der Anastomoseninsuffizienzrate, allerdings sind viele der inkludierten Studien aufgrund des Industriesponsorings mit einem Bias belastet [29]. Weiterhin sind die Anschaffungskosten recht hoch und ein objektiver CutOff Level ist nicht vorhanden.

POSTOPERATIVES MANAGEMENT MAGENSONDEN (NGS)

ÖSOPHAGUS- UND MAGENCHIRURGIE

Aufgrund der beidseitigen Vagotomie im Rahmen einer Ösophagusresektion erleiden eine signifikante Anzahl an Patienten eine postoperative Magenentleerungsstörung, sodass

eine **doppellumige NGS zur Dekompression des Magenschlauchs eingelegt werden sollte** (EK). Die NGS **kann allerdings bereits innerhalb der ersten 48 Stunden entfernt** (EK) werden [30].

Bei Magenresektionen ist die Situation anders: Eine NGS führt zu einem verzögerten Kostaufbau (MD 0,45 Tage; 95 % KI 0,29 bis 0,61) und einer längeren Verweildauer (MD 0,48 Tage; 95 % KI -0,01 bis 0,98) ohne anderweitige positive Effekte [31], sodass sie am **Ende der OP gezogen werden soll** (EbE, Empfehlungsgrad A).

LEBER- UND PANKREASCHIRURGIE

Bei elektiven **Leberresektionen soll auf eine intraoperative Magensonde vor Narkoseausleitung gezogen werden**, da kein Benefit hinsichtlich Übelkeit oder Erbrechen nachweisbar ist und durch den frühzeitigen Zug der Zeitpunkt bis zum Kostaufbau und die Krankenhausdauer verkürzt sind (EbE) [32].

In der Pankreaschirurgie ist die Situation komplex: Im Falle einer **klassischen Whipple Operation kann die Magensonde am Ende der OP gezogen werden** (EK) [33], da keine positiven Effekte nachweisbar waren. Für das Vorgehen nach einer Longmire-Traverso Operation, bei einer Rekonstruktion mittels Pankreatogastrostomie oder bei Pankreaslinksresektionen kann in Anbetracht der unzureichenden Datenlage keine Empfehlung ausgesprochen werden.

KOLOREKTALE RESEKTIONEN

Auch im Rahmen kolorektalchirurgischer Eingriffe erbringt **eine NGS** keinen Benefit [34], **sodass sie vor der Narkoseausleitung gezogen werden soll** (EK).

BLASENKATHETER (DK)

Zum Monitoring der intraoperativen Diurese sowie zur Verhinderung einer Überlaufblase unter Narkose ist ein intraoperativer DK bei vielen Operationen sinnvoll. Bei **kolorektalen Operationen soll ein transurethraler DK innerhalb von 24h nach der OP gezogen werden**. Sofern **Risikofaktoren für einen**

postoperativen Harnverhalt bestehen (tiefe Rektumresektion oder Rektumexstirpation, männliches Geschlecht), **kann der Blasenkathe-therer bis zu drei Tage belassen** werden (EK) [35].

Eine Empfehlung, ob eine suprapubische Harnableitung gegenüber der transurethralen Ableitung einen Vorteil hat oder wie das Vor-gehen bei nicht kolorektalen Resektionen ist, kann aufgrund unzureichender Daten nicht ausgesprochen werden.

POSTOPERATIVE SCHMERZTHERAPIE

Im Falle eines **offenen, viszeralonkologi-schen Eingriffes sollte eine kontinuierliche Epiduralanalgesie (EA) intra- und post-operativ eingesetzt werden** (EbE, Empfeh-lungsgrad B). Dies senkt verglichen mit der systemischen Schmerztherapie die Schmerz-intensität bei Belastung 24h (MD -1,83; 95 % KI -2,34 bis -1,33) und 48h MD (-1,68; 95 % KI -2,22 bis -1,14) postoperativ, bei allerdings erhöhter Rate an Nebenwirkungen (RR 4,54; 95 % KI 0,23 bis 89,62) wie Schwindel, Hypo-tonie und Harnverhalt (EbE) [36].

Als weitere, einfach umzusetzende und kos-tengünstige Maßnahme kann **nach Median-laparotomie zur postoperativen Analgesie eine Bauchbinde angelegt werden** (EbE, Emp-fehlungsgrad o). Dies resultiert in weniger abdominellen Schmerzen am 1. (SMD -0,38; 95 % KI -0,69 bis -0) und am 5. postoperativen Tag SMD -0,55; 95 % KI -0,89 bis -0,21) ohne Beeinträchtigung der pulmonalen Funktion. Ob auch ein langfristiger Nutzen (Prophylaxe

von Narbenhernien) besteht, verbleibt unklar [37].

In der **minimalinvasiven kolorektalen Chirurgie kann als Alternative zur EA ein Transversus Abdominis Plain (TAP) Block angewendet werden**. Der TAP Block besitzt 24h (VAS 1-10: MD 0,33; 95 % KI 0,11 bis 0,55) und 48h postoperativ (VAS 1-10: MD 0,2; 95 % KI 0,05 bis 0,35) einen analgetisch äquivalen-ten Effekt bei Belastung verglichen mit der EA bei weniger Hypotonien (RR 0,14; 95 % KI 0,03 bis 0,58), weniger Sensibilitätsstörungen (RR 0,05; 95 % KI 0,01 bis 0,28) und einer rasche-ren Entfernung eines DKs (MD -14,27 Stunden; 95 % KI -21,66 bis -6,87 (EbE, Empfehlungsgrad o) [10].

PRÄVENTION UND THERAPIE POSTOPERATIVER GASTROINTESTINALER MOTILITÄTSSTÖRUNGEN

Ein postoperativer Ileus (POI) ist ein relevan-tes Problem nach abdominalchirurgischen Operationen und resultiert in einer erhöhten Morbidität, einer verlängerten Krankenhaus-verweildauer und Erhöhung der Behand-lungskosten. Da die Pathogenese des POI multifaktoriell ist, existieren verschiedene Interventionsansätze, die unterschiedlich erfolgsversprechend sind und somit unter-schiedlich bewertet wurden (Tab. 2) [38].

POSTOPERATIVE MOBILISATION UND ATEMTHERAPIE

Bezüglich einer alleinigen frühzeitigen postoperativen Mobilisation zeigt die

aktuelle Datenlage keinen Vorteil bezüg-lich Morbidität, Mortalität, Darmmotilität oder Verweildauer (39). Jedoch ergibt sich auch kein erhöhtes Komplikationsrisiko für eine frühzeitige Mobilisation. Da diese Maßnahme recht einfach umsetzbar ist und bereits in die klinische Routine integriert ist, wird im Rahmen der POMGAT S3 Leitlinie eine **„Soll-Empfehlung“ bezüglich einer frühzei-tigen Mobilisation** ausgesprochen (EK).

Insbesondere Oberbaucheingriffe oder Zwei-höhleneingriffe führen zu einer Einschrän-kung der postoperativen Lungenfunktion. Daher liegt der Gedanke nahe, dass eine post-operative Atemtherapie im Sinne einer Incenti-ve Spirometrie (IS) diese Einschränkung verhindern kann. Jedoch zeigt sich in einer Metaanalyse weder eine Reduktion pulmo-naler Komplikationen noch eine Reduktion der Mortalität. Ebenso wenig lässt sich eine Reduktion der Verweildauer erreichen. Aus diesem Grunde und unter Berücksichtigung der entstehenden Kosten **kann auf die IS als alleine postoperative Maßnahme verzichtet werden** (EbE, Empfehlungsgrad o) [40].

MULTIMODALES PERIOPERATIVES MANAGEMENTKONZEPT (MPOM) ALS GESAMTMASSNAHME

ÖSOPHAGUSCHIRURGIE

Ein mPOM Konzept in der Ösophaguschirurgie führt zu einer Reduktion der Gesamtmorbid-i-tät (OR 0,68; 95 % KI 0,49 bis 0,96), einer gerin-geren Rate an Anastomosensuffizienzen

Tab. 2: Behandlungsoptionen beim POI

Maßnahmen, die erfolgen sollten	Maßnahmen, die angewendet werden können	Maßnahmen, die NICHT angewendet werden sollten	Maßnahmen, die NICHT angewendet werden sollen
Laxantien (z.B. Bisacodyl)	Nicht steroidale Antiphlogistika zur Analgesie	Daikenchuto	Methylnaltrexon
Kaugummi kauen	Kaffee Konsum	Prucaloprid	Propanolol
	Akupunktur		Metoclopramid
	Neostigmin („als ultima ratio“)		Erythromycin
			Simethicon
			Wasserlösliches orales Kontrastmittel

(OR 0,60; 95 % KI 0,37 bis 0,99) und weniger pulmonalen Komplikationen OR 0,45; 95 % KI 0,31 bis 0,65). Dies resultiert in einer um fast zwei Tage verkürzten Verweildauer (SMD -1,92; 95 % KI -2,78 bis -1,06) und eine Senkung der Kosten. Aus diesem Grunde **sollten onkologische Eingriffe am Ösophagus im Rahmen eines mPOM Konzepts stattfinden** (EbE, Empfehlungsgrad B) [41].

MAGENCHIRURGIE

Onkologische Eingriffe am Magen mit mPOM Begleitung resultieren in weniger pulmonalen Infekten (RR 0,51; 95 % KI 0,29 bis 0,91), einer verkürzten Krankenhausverweildauer um 1,8 Tage (MD -1,85 Tage; 95 % KI -2,27 bis -1,43) und weniger Kosten [42]. Daher **sollte die perioperative Betreuung in der onkologischen Magen Chirurgie durch mPOM Konzepte erfolgen** (EbE, Empfehlungsgrad B).

PANKREASRESEKTIONEN

Multimodale perioperative Konzepte in der Pankreaschirurgie führen zu einer reduzierten Morbidität (RD [risk difference] 0,96; 95 % KI 0,92 bis 0,99) und einer geringer ausgeprägten Magenentleerungsstörung (RD 0,89; 95 % KI 0,80 bis 0,99), was in einer verkürzten Verweildauer von über zwei Tagen resultiert (MD -2,33 Tage; 95 % KI -2,98 bis -1,69). **Aus diesem Grunde sollten Patienten durch mPOM Konzepte betreut werden** (EbE, Empfehlungsgrad B) [43].

LEBERRESEKTIONEN

Onkologischen Leberresektionen eingebettet in ein mPOM Konzept sind mit einer geringeren Rate an Komplikationen assoziiert (RR 0,58; 95 % KI 0,48 bis 0,72) und demzufolge auch einer kürzeren postoperativen Krankenhausverweildauer (MD -3,18 Tage; 95 % KI -3,97 bis -2,38) [44]. Daher wird auch für die Leberresektionen eine „**sollte**“ Empfehlung ausgesprochen (EbE, Empfehlungsgrad B).

KOLOREKTALE RESEKTIONEN

Für die perioperative Betreuung von kolorektalchirurgischen Patienten mPOM Konzepte existieren die meisten und qualitativ besten Studien. Zwar ist auch hier – wie bei allen anderen viszeralonkologischen Eingriffen auch – keine Reduktion der Mortalität nachweisbar, allerdings eine niedrigere Komplikationsrate (RR 0,59; 95 % KI 0,40 bis 0,86), eine raschere Erholung der Darmfunktion (Flatus: MD -12,18 Stunden; 95 % KI -16,69 bis -7,67, Stuhlgang MD -32,93 Stunden; 95 % KI -45,36 bis -20,5) sowie eine verkürzte Verweildauer um zwei Tage (MD -2,0 Tage; 95 % KI -2,52 bis -1,48) [45]. In Anbetracht der qualitativ hochwertigen Studien **sollen daher Patienten bei kolorektalchirurgischen Operationen in ein mPOM Konzept eingebettet** werden (EbE, Empfehlungsgrad A).

PERIOPERATIVE BETREUUNG DURCH MPOM GESCHULTE FACHKRÄFTE

Der relevante Faktor für ein funktionierendes mPOM Konzept ist eine hohe Compliance der Patienten: Dies wird vor allem daran deutlich, dass bei einer bestehenden Adhärenz für die einzelnen Bausteine von weniger als 70 % der positive Effekt insbesondere auf das langfristige onkologische Outcome nicht mehr nachweisbar zu sein scheint [6]. Um die Patienten perioperativ möglichst engmaschig zu betreuen und zu unterstützen, sind auf mPOM Konzepte spezialisierte Fachkräfte (Pflegepersonal, Medizinische Fachangestellte... mit spezieller Fortbildung) eine sinnvolle Option, die sich ausschließlich dem perioperativen Management widmen. Eine RCT bei kolorektalchirurgischen Patienten konnte beispielsweise zeigen, dass durch Einsatz dieser Fachkräfte eine frühere Mobilisation, eine kürzere Darmatoniephase sowie eine schneller erlangte Schmerzkontrolle durch orale Analgetika erreicht werden konnte. Dies führte zu verkürzten

Krankenhausverweildauer um zwei Tage [14]. Aus diesem Grunde **können Patienten, die sich einem viszeralonkologischen Eingriff unterziehen, durch eine auf perioperative Interventionen spezialisierte Fachkraft begleitet werden**.

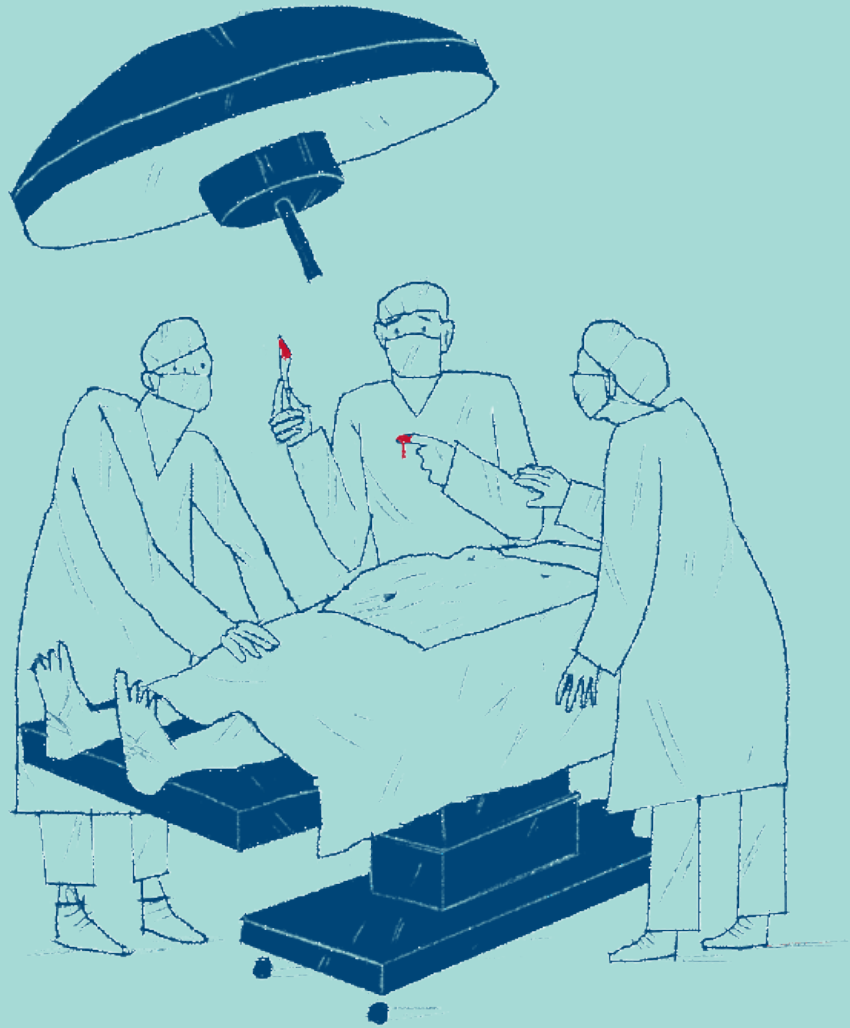
ZUSAMMENFASSUNG

Mit der hier zusammengefassten Leitlinie erfolgte erstmalig die strukturierte Aufarbeitung der aktuellen Datenlage zum perioperativen Management bei gastrointestinalen Tumoren auf S3 Niveau. Durch die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit bei der Leitlinienerstellung werden alle an der perioperativen Medizin beteiligten Fachgruppen involviert, was die Umsetzung der Empfehlungen verbessern wird. Durch eine Reduktion der Komplikationsrate bei stringenter Umsetzung des mPOM Konzeptes resultiert eine raschere Erholung, was wiederum einen frühzeitigen Beginn einer eventuell notwendigen adjuvanten Therapie begünstigen kann (RIOT = return to intended oncological treatment) und somit auch einen direkten Einfluss auf die onkologische Prognose haben kann [46].

Die Empfehlungen beziehen sich allerdings nicht ausschließlich auf die onkologische Visceralchirurgie, sondern können auch auf Operationen aufgrund benigner Erkrankungen wie beispielsweise chronisch-entzündliche Darmerkrankungen etc. übertragen werden. Weiterhin können die Empfehlungen auch bei onkologischen Eingriffen aus der Gynäkologie (Debulking Operationen bei Ovarialkarzinom) oder der Urologie (Zystektomien...) umgesetzt werden.

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





Am Ende braucht jede:r einen **Verband.**



**Wir als Berufsverband unterstützen Ihre chirurgische Karriere,
wo Sie es brauchen!**

- Seminare, Webinare und E-Learning für Ihre Fort- und Weiterbildung
- Versicherungen für Ihren Berufseinstieg
- juristische Beratung für Ihre Verträge
- Karriereberatung und Stellenmarkt für Ihre nächsten Schritte
- Vertretung gegenüber der Politik für unsere Interessen



Wechsel in der stellvertretenden Leitung der BDC|Akademie

Wolfgang Schröder, Friederike Burgdorf, Hans-Joachim Meyer



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

Mitglied im erweiterten Vorstand des BDC
Leiter der BDC|Akademie
Leiter des Zentrums für Speiseröhren- und Magen Chirurgie
HELIOS Universitätsklinikum Wuppertal
Heusnerstr. 40
42283 Wuppertal
schroeder@bdc.de

Mit dem neuen Jahresprogramm 2025 wird es in der Akademieleitung einen Wechsel geben. Frau Professor Dr. Julia Seifert und Professor Dr. Paul Michael Hahn scheiden als stellvertretende Akademieleiter aus, ihnen folgt Professor Dr. Benedikt Johannes Braun.

Professorin Seifert ist seit vielen Jahren eng mit dem BDC verbunden und kennt unseren Verband nicht zuletzt durch ihre Vizepräsidentschaft von 2013 bis 2019 bis in kleinste Detail. Sie hat über viele Jahre die unfallchirurgischen Akzente im BDC und der Akademie gesetzt. Aufgrund ihrer vielfältigen Verpflichtungen als leitende Oberärztin am BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin und den verschiedenen Gremienarbeiten, unter anderem in der KRINKO des Robert-Koch Institutes, hat Frau Seifert sich letztendlich entschieden, von ihrem Amt als

stellvertretende Akademieleiterin zurückzutreten. Sie bleibt mit dem BDC in ihrer Funktion als beratendes Mitglied im erweiterten BDC-Vorstand verbunden, zusätzlich wird sie weiter unfallchirurgische Facharztseminare für den BDC organisieren und leiten. Es bleibt daher zu befürchten, dass die begeisterte Alpinistin auch weiterhin nicht genügend Zeit für diese große Leidenschaft haben wird – die BDC|Akademie würde es ihr jedenfalls wünschen.

Anders bei Professor Hahn, der nach 23-jährigem Berufsleben als Chefarzt der Unfallchirurgischen Klinik Bremen Mitte, den wohlverdienten Ruhestand erreicht hat und damit auch gleichzeitig sein Amt in der BDC|Akademie als stellvertretender Leiter und Seminarleiter verschiedener Osteosynthese-Kurse und D-Arzt Fortbildungen niederlegt. Der gebürtige Norddeutsche hat in



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



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

seiner langen Laufbahn so manche Entwicklung miterlebt und mitgestaltet, vom ersten Trauma-Zentrum bis zu den Endoprothesen. Doch alles hat seine Zeit und jetzt ist Zeit für andere Aktivitäten. Der passionierte Unfallchirurg wird wohl weiter bohren und schrauben, jetzt aber an seinem Oldtimer und seiner Harley-Davidson.

Mit dem Ausscheiden von Professorin Seifert und Professor Hahn aus der Akademieleitung war vorgegeben, dass Ihnen jemand mit Schwerpunkt in der Unfallchirurgie/Orthopädie folgen muss. Die Wahl fiel hier nicht schwer. Professor Benedikt Braun, gegenwärtig leitender Oberarzt an der Unfallchirurgischen Klinik der Universität Tübingen, ist seit vielen Jahren für den BDC in Sachen Nachwuchsförderung als stellvertretender Leiter des BDC-Themenreferats „Nachwuchs und Karrieregestaltung“ unterwegs. Darüber hinaus ist er einer der fünf Moderatoren des BDC Podcast „Surgeon Talk“ – das Motto des ebenfalls aktiven Bergsteigers: „Mit Spaß geht's leichter!“ Ein

erstes Projekt in seiner neuen Funktion wurde schon auf den Weg gebracht: „Fraktur im Fokus“ ist eine innovative Webinar-Reihe, die ab Januar 2025 monatlich erscheint und in einem niederschweligen, interaktiven Format praktizierenden Unfallchirurgen:innen ein Update der häufigen Frakturen liefern soll.

Die BDC|Akademie und der gesamte Vorstand des BDC sind Professorin Seifert und Professor Hahn für ihr besonderes Engagement in der Fort- und Weiterbildung zu großem Dank verpflichtet. Beide haben maßgeblich das Programm in der Unfallchirurgie/Orthopädie mitgestaltet und entwickelt – keine leichte Aufgabe in Anbetracht großer Konkurrenz auf dem Markt und nicht immer einfacher berufspolitischer Umstände. Die BDC|Akademie freut sich jetzt auf die gemeinsame Zusammenarbeit mit Professor Braun und die Entwicklung weiterer unfallchirurgischer und orthopädischer Angebote in Fort- und Weiterbildung. ○



Prof. Dr. Julia Seifert

Präsidiumsmitglied im BDC
Stellv. Leiterin Deutsche Akademie für Fort- und Weiterbildung des BDC
ABS-Expertin und Hygienebeauftragte Ärztin
Vorsitzende Interdisziplinäre Sektion Krankenhaus- und Praxishygiene der DGKH
Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie
Unfallkrankenhaus Berlin
Julia.Seifert@ukb.de



Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn

Stellv. Leiterin Deutsche Akademie für Fort- und Weiterbildung des BDC
Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie
Klinikum Bremen Mitte gGmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität
Göttingen
Michael.Paul.Hahn@klinikum-bremen-mitte.de

Schröder W, Burgdorf F, Meyer HJ: Wechsel in der stellvertretenden Leitung der BDC|Akademie. *Passion Chirurgie*. 2024 Dezember; 14(12/IV): Artikel 04_01.



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

+ Die andere Art der ambulanten Versorgung – evidenzbasierte Wundheilung mit kanisterloser NPWT

Die Vakuumversiegelungstherapie, auch Unterdruck-Wundtherapie (NPWT) genannt, hilft nachweislich Wunden schneller zu schließen als Standardverbände.^{1,2,3} Die Indikationen für NPWT sind breit gefächert und können neben schlecht heilenden Wunden auch bei Wundnahtdehiszenzen in Betracht gezogen werden.⁴ Mit den kleinen, kanisterlosen NPWT-Systemen ist die Versorgung für Anwender und Patient noch komfortabler geworden. Sie kann unkompliziert und extrabudgetär über EBM-Ziffern abgerechnet werden.⁵

Die NPWT kann im ambulanten Bereich bei Patienten eingesetzt werden, bei denen aufgrund von wund- oder patientenspezifischen Risikofaktoren unter einer Standardbehandlung keine ausreichende Heilung zu erwarten ist. Dies ermöglicht auch eine frühe Intervention, bevor überhaupt eine chronische Wunde entstehen kann.

Das Fallbeispiel zeigt den Heilungsverlauf einer postoperativen Wundheilungsstörung nach einem perforierten Magenulkus einer 50-jährigen Patientin.

Ausgangssituation:

- Sekundäre Wundheilungsstörung bei Z. n. explorativer Laparotomie
- 5 Tage stationäre NPWT mit RENASYS[®]-F Schaumkit und RENASYS[®] TOUCH System
- Einleitung einer ambulanten Vakuumversiegelungs-Therapie mit PICO[®] 14 System

Therapieziel:

- Fortsetzung der Unterdruck-Therapie, um die Wundheilung zu beschleunigen und der Patientin zu helfen, schnellstmöglich eine Wiedereingliederung in den Berufsalltag zu erreichen

Wundtherapie:

- Beginn mit PICO[®] 14 System 15 x 30 cm und später PICO[®] 14 System 15 x 20 cm
- Im weiteren Verlauf Umstellung auf ALLEVYN[®] GENTLE BORDER LITE Schaumverband

Weitere Informationen zur Behandlung von Wunddehiszenzen finden Sie im internationalen Konsensuspapier von Kylie Sandy-Hodgetts (Murdoch University Australia), Ewa Klara Stümer (Universitätsklinikum Eppendorf) et al. unter:

www.vakuumversiegelungstherapie.de



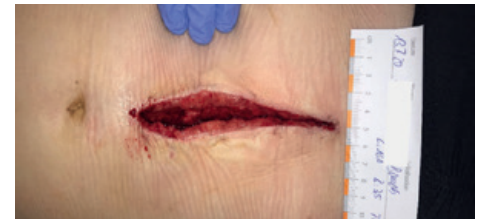
1 Hampton J Br J, Community Nurs 2015;20:14–20.
 2 Dowsett C et al., Wounds International 2017;8:53–58.
 3 Edwards D et al., Wounds UK 2018;14(3):56–6
 4 Norman G, Shi C, Goh EL et al., Negative pressure wound therapy for surgical wounds healing by primary closure. Cochrane Database Syst Rev 4(4) 2022
 5 EBM_2020-10-01_BA_513_BeeG_Teil_A_B_Vakuumversiegelungstherapie.pdf (kbv.de); extrabudgetäre Erstattung zunächst für die ersten 5 Jahre ab 01.10.2020

Smith+Nephew

Verlauf

Tag 1

Therapiestart mit PICO[®] 14 System



PICO[®] in situ

Fertige PICO[®] 14 System-Anlage, mit Gürtelclip am Hosensbund befestigt



Woche 2

Wundtiefe deutlich verringert



Verbandwechsel nötig. Wundexsudat leicht von außen sichtbar



Woche 3

Ende der PICO[®] 14 sNPWT-Therapie



SAFETY CLIP

Safety-II und Funktionale Resonanzanalyse: Umgang mit Komplexität im Gesundheitswesen

Stefan Schröder

To Err Is Human“, das Standardwerk zur Patientensicherheit, das das Denken und Handeln in Bezug auf Patientenschäden durch medizinische Behandlung grundlegend verändert hat, wird 25 Jahre alt. Es beschreibt die Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels im Umgang mit Fehlern im Gesundheitswesen (Institute of Medicine, 2000). Zudem wird betont, wie wichtig es ist, eine Kultur des offenen Austauschs und des Lernens aus Fehlern zu entwickeln, anstatt Fehler zu

vertuschen oder zu bestrafen. Der Bericht diente als Katalysator für Reformen und Bemühungen zur Verbesserung der Patientensicherheit. Er betont auch, dass vermeintliche Fehler oft das Ergebnis vieler Faktoren sind. Eine Beschränkung der Fehlerursache auf den vermeintlichen Verursacher und dessen Sanktionierung würde langfristig nicht zu einer Fehlerreduktion führen, da die mitverursachenden Faktoren nicht beseitigt würden. Daher investieren Gesundheitseinrichtungen in



Prof. Dr. med. Stefan Schröder, MHBA
 Chefarzt
 Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin,
 Notfallmedizin und Schmerztherapie
 Krankenhaus Düren gem. GmbH
 Roonstraße 30
 52351 Düren
stefan.schroeder@krankenhaus-dueren.de

Präventionsstrategien zur Fehlervermeidung und in Schulungsprogramme zur Risikominimierung und Qualitätsverbesserung.

Dennoch ist die Zahl vermeidbarer unerwünschter Ereignisse im deutschen Gesundheitswesen nach wie vor sehr hoch. Laut Weißbuch wird die Zahl der vermeidbaren Todesfälle von Patienten in Deutschland auf 20.000 pro Jahr geschätzt (Schrappe, 2018). Der klassische Ansatz zur Optimierung der Patientensicherheit konzentriert sich bislang auf die Vermeidung inakzeptabler Risiken und die Reduktion inakzeptabler Ergebnisse (Zwischenfälle, Patientenschäden) durch Instrumente des klinischen Risikomanagements. Patientensicherheit wird in diesem Verständnis als Abwesenheit unerwünschter Ereignisse definiert. Eine hohe Sicherheit ist erreicht, wenn wenige oder keine unerwünschten Ereignisse oder Schäden auftreten (Safety-I).

Fehler und Zwischenfälle machen im medizinischen Alltag nur einen geringen Anteil aus, verglichen mit gut bewältigten schwierigen Aufgaben, positiven Verläufen und Überraschungen (siehe **Abb. 1**). Ein Beispiel aus der Luftfahrtindustrie soll das Lernen aus überwiegend erfolgreichen Verläufen verdeutlichen. Das Management einer Fluggesellschaft weiß, dass harte Landungen zwar selten, aber bei den Kunden unbeliebt sind und diese nach einem solchen Erlebnis möglicherweise die Fluggesellschaft wechseln. Deshalb werden harte Landungen erfasst und versucht, die Ursachen zu identifizieren und – darauf aufbauend – Maßnahmen zu ergreifen, um harte Landungen zu vermeiden. Da aber weiche Landungen das eigentliche Ziel sind, stellt sich die Frage, ob die Analyse harter Landungen genügend Informationen über weiche Landungen liefert. Andererseits bietet die Untersuchung weicher Landungen ein viel größeres Lernfeld. Bezogen auf den Alltag im Gesundheitswesen bedeutet diese Erkenntnis, dass auf das Vorhandensein positiver Ereignisse und erfolgreicher Patientenbehandlungen geachtet wird. Dieser Ansatz liegt Safety-II zugrunde und betont das Lernen aus erfolgreichen Alltagssituationen.

Dieser Perspektivenwechsel wird unausweichlich aufgrund der zunehmenden Komplexität

in der Versorgung. Die Einhaltung von Leitlinien und Prozessen ist bei Routinetätigkeiten gut möglich. In der Patientenversorgung wird dies jedoch durch die zunehmende Komplexität deutlich erschwert. Das Gesundheitssystem ist hochkomplex und wird durch eine Vielzahl von Elementen bestimmt, die in zahlreichen, teilweise unvorhersehbaren Wechselwirkungen stehen. Es ist gekennzeichnet durch ein soziotechnisches System, das komplexe organisatorische Abläufe durch interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit als soziales Subsystem umfasst, und ein technisches Subsystem, das moderne technische Geräte, Automatisierung und technisierte Behandlungsmethoden beinhaltet. Die optimale Integration beider Teilsysteme ist entscheidend für die Gesamtleistung. Die Schwere der Erkrankungen der Patientinnen und Patienten (Multimorbidität) sowie die damit einhergehende Mehrfachmedikation (Polypharmazie) erhöhen die Komplexität zusätzlich. In der täglichen Praxis zeigt sich, dass auch außerhalb von Akutsituationen trotz klarer Ablaufvorgaben entscheidende Maßnahmen nicht oder nicht rechtzeitig durchgeführt werden. Die Gründe hierfür sind vielfältig, zum Beispiel ein Überangebot an unterschiedlichen Leitlinien und komplizierte Handlungsanweisungen. Eine immer weitergehende Standardisierung menschlichen Handelns allein erscheint daher nicht erfolgversprechend. Soziotechnische Systeme wie das Gesundheitswesen müssen lern- und anpassungsfähig sein.

Safety-II als neuer Ansatz zur Stärkung der Patientensicherheit fokussiert auf die überwiegend positiven Behandlungsverläufe und die dafür notwendigen Anpassungen der Beteiligten in der täglichen Praxis sowie die dafür verantwortlichen Faktoren. Safety-II versteht Sicherheit als einen Zustand, in dem möglichst viele positive Ergebnisse erzielt werden. Lernen orientiert sich in diesem neuen Ansatz an der Häufigkeit von Ereignissen und nicht an deren Schwere. Kleine Verbesserungen im Alltag sind oft wichtiger als große Veränderungen bei seltenen Ereignissen. Das übergeordnete Ziel besteht darin, die Fähigkeit zu erhalten und zu stärken, sich an Veränderungen und Störungen anzupassen, um die Ziele unter erwarteten und

Schröder S: Safety Clip: Safety-II und Funktionale Resonanzanalyse. *Passion Chirurgie*. 2024 Dezember; 14(12): Artikel 04_02.



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

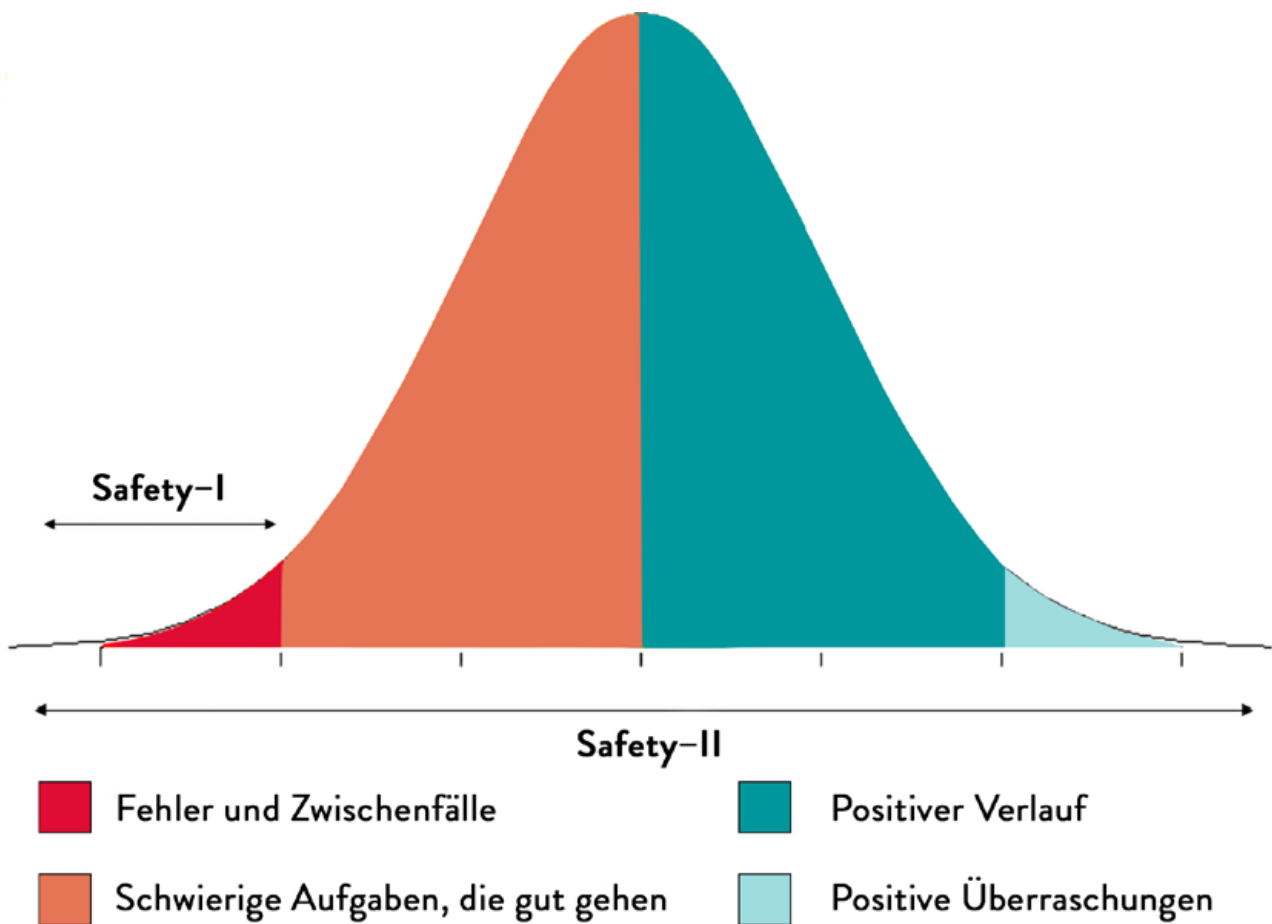


Abb. 1: Lernen aus dem Alltag

unerwarteten Bedingungen, wie zum Beispiel Notfallsituationen, zu erreichen. Aus Sicht von Safety-II sind Verhaltensanpassungen unter den Bedingungen von Komplexität zu erwarten. Sie sind das Ergebnis einer Abwägung zwischen den Zielen Gründlichkeit und Effizienz. Effizienz spart Zeit, darf aber nicht zu Lasten der Gründlichkeit gehen. Gründlichkeit wiederum ist die Grundlage für Effizienz an anderer Stelle. Effizienz und Gründlichkeit sind komplementär. Im konkreten Fall konkurrieren diese Ziele miteinander, da nie beide Ziele gleichwertig verfolgt werden können.

Ein zentraler Indikator für Komplexität ist die Differenz zwischen Vorstellungen über Versorgungsprozesse („work-as-imagined“, WAI) und der realen Vorgänge („work-as-done“, WAD) (Hollnagel, 2012). Bei der Planung, dem Design, dem Management oder der Analyse von Systemen wird oft stillschweigend davon ausgegangen, dass die Vorgänge im System

bekannt und verstanden sind. Diese Überzeugung beruht auf bisherigen Erfahrungen, dem Vergleich mit anderen Systemen und der Beschreibung in Dokumenten wie Layouts, Organigrammen, Stellenbeschreibungen oder Standards. Vorstellungen über das System (WAI) sind vereinfacht und veralten mehr oder weniger schnell. WAD hingegen beschreibt die tatsächlichen Abläufe im System. Obwohl WAI und WAD nie exakt übereinstimmen, spielt dies in einer einfachen, nicht komplexen Arbeitswelt praktisch keine Rolle, da die Abweichungen tolerierbar sind. In komplexen Systemen kann der Unterschied zwischen WAI und WAD jedoch erheblich sein. Ein wesentlicher Grund für den Unterschied liegt in den ständigen Anpassungen der Handlungen an die situativen Gegebenheiten im System. Diese Anpassungen werden ausgelöst durch sich ständig ändernde Anforderungen und Rahmenbedingungen wie Personalwechsel, technische Ausfälle, Wartezeiten auf Leistungen und Lieferungen oder unerwartetes

Patientenverhalten sowie unvollständige und widersprüchliche Informationen.

Eine Funktionale Resonanzanalyse (FRAM) kann die Diskrepanz zwischen WAI und WAD in Prozessen aufdecken und erklären (Hollnagel 2012). Dazu werden Daten über theoretische (das heißt: geplante, dokumentierte, erwartete) Arbeitsabläufe (WAI) und tatsächlich stattfindende Arbeitsabläufe (WAD) gesammelt. Die Datenerhebung kann durch Befragung, Beobachtung, Dokumentenanalyse und Begehung erfolgen. Die Ergebnisse der FRAM können grafisch dargestellt werden. Die Gründe für die festgestellten Unterschiede zwischen WAI und WAD können dann zusammen mit den beteiligten Personen analysiert werden. Auf dieser Basis werden Verbesserungspotenziale identifiziert und Maßnahmen zur Verbesserung der systemischen Resilienz der Prozesse entwickelt, so dass sie robuster gegen Veränderungen und Störungen werden.

Das strategische Ziel des Patientensicherheitsplans der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für den Zeitraum 2021–2030 ist das Konzept hochzuverlässiger Systeme (Bundesministerium für Gesundheit, 2021). Der Leitgedanke dieses Konzepts ist die Resilienz. Diese wird definiert als die Fähigkeit einer Organisation, vor, während oder nach einer Störung einen stabilen und sicheren Zustand aufrechtzuerhalten oder zumindest schnellstmöglich in diesen zurückzukehren. Resiliente Organisationen sind demnach besonders geeignet, die Patientensicherheit in einem komplexen Arbeitsumfeld zu gewährleisten. Der systemische Ansatz von Safety-II ist eine notwendige Antwort auf die zunehmende Komplexität im Gesundheitswesen. Um effektiv entscheiden und handeln zu können, ist es entscheidend, Komplexität zu verstehen und zu bewältigen. Die Resilienz medizinischer Behandlungsteams ermöglicht es ihnen, Krisen zu bewältigen und die Funktion des sozio-technischen Systems auch bei Störungen und unerwarteten Umständen entschlossen aufrecht zu erhalten. Die Anwendungsmöglichkeiten von Safety-II erstrecken sich dabei über Notfall- und Krisensituationen hinaus auf den gesamten Bereich der Gesundheitsversorgung. Safety-I und Safety-II ergänzen sich und sollten

idealerweise zu einer Gesamtlösung kombiniert werden (Hollnagel, 2014).

FAZIT

In einer komplexen Welt vertragen sich hohe Anforderungen und Erwartungen an die Versorgung nicht mehr mit überkommenen Lösungsansätzen. Sicherheit bedeutet nicht nur die Abwesenheit unerwünschter Ereignisse, sondern gerade auch die aktive Fähigkeit, Sicherheit zu erzeugen, insbesondere in unerwarteten kritischen Situationen und unter Druck. Statt immer umfangreicherer Standardisierung und der Jagd nach menschlichen Fehlern müssen wir die Quellen für Resilienz identifizieren und sie in unseren Prozessen stärken. Ein erprobtes Hilfsmittel dafür ist die Funktionale Resonanzanalyse aus dem Methodenrepertoire von Safety-II.

Eine kompakte Einführung und Übersicht zu Safety-II bietet das Buch von Mühlbradt, T., Schröder, S., Speer, T. (2024). Safety-II: Neue Wege zur Patientensicherheit. Strategien, Methoden und praktische Erfahrungen. Wiesbaden: Springer Gabler.

LITERATUR

- [1] Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America (2000). To Err is Human: Building a Safer Health System. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press.
- [2] Schrappe, M. (2018). APS-Weißbuch Patientensicherheit. Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 309–315.
- [3] Hollnagel, E. (2012). FRAM: the Functional Resonance Analysis Method. Farnham, Surrey: Ashgate.
- [4] Bundesministerium für Gesundheit (2021). Globaler Aktionsplan für Patientensicherheit 2021–2030. Auf dem Weg zur Beseitigung vermeidbarer Schäden in der Gesundheitsversorgung (Deutsche Übersetzung). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Patientensicherheit/WHO_Global_Patient_Safety_Action_Plan_2021-2030_DE.pdf (abgerufen am 13.07.2024).
- [5] Hollnagel, E. (2014). Safety-I and Safety-II. The Past and Future of Safety Management. Boca Raton: CRC Press. 

RECHT &
VERSICHERUNG

Versicherungs- angebote des BDC



Diese Leistungen sind in Ihrem BDC-Mitgliedsbeitrag enthalten:

- ✓ Berufs-Rechtsschutz
- ✓ Praxisvertreter-Haftpflicht

Weitere Versicherungsangebote für BDC-Mitglieder über Rahmenverträge

Exklusiv und marktführend

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

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

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

ECCLESIA MED GMBH

Klingenbergstr. 1-4, 32758 Detmold

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

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de

HYGIENE TIPP

Wohin während der Operation niesen?

Lutz Jatzwauk, Nils-Olaf Hübner, Wolfgang Kohnen, Martin Groth

Die Lehrmeinung besagt, dass man die Wunde beim Niesen anschauen soll, sodass eventuell austretende Tröpfchen nach hinten aus den nicht ganz dicht schließenden Rändern der OP-Maske entweichen. Diese These belegende Untersuchungen sind nicht bekannt (**Infos dazu:** www.bit.ly/Tipp-Info-NIESEN)

Bereits 2007 kam eine experimentelle Untersuchung zu einem anderen Ergebnis (Granville-Chapman J, Dunne RL. Excuse me. BMJ. 2007; 22;335: 1293). Bei einem Chirurgen mit Gesichtsmaske und einer kleinen Menge Wasser im Mund wurde mittels Inhalation von gemahlenem Pfeffer ein Niesreiz ausgelöst. Die Verteilung der beim Niesen austretenden Tröpfchen wurde vor dunklem Hintergrund mit einer Stroboskoplampe dargestellt. Im Ergebnis traten wenige Tröpfchen an den Seiten der Maske aus und fanden sich dann hinter dem Kopf des Chirurgen. Die meisten Tröpfchen waren aber vor der Brust erkennbar.

Die Ergebnisse der Untersuchung legen nahe, dass sich der Chirurg beim Niesen mit chirurgischer Maske von der Wunde abwenden sollte. So wie er es instinktiv auch im privaten Alltag ohne Maske vom Gesprächspartner tut.

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



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

Prof. Dr. med. habil. Nils-Olaf Hübner, M.Sc.
Institut für Hygiene und Umweltmedizin
Universitätsmedizin Greifswald

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

Dipl.-Wirt.Ing. Martin Groth
HygSo GmbH & Co. KG

Jatzwauk L, Hübner NO, Kohnen W, Groth M: Hygiene-Tipp:
Wohin während der Operation niesen? Passion Chirurgie. 2024
Dezember; 14(12/IV): Artikel 04_03.



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

Personalia



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

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

DEZEMBER 2024

PD Dr. med. Benjamin Babic ist seit November 2024 neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Sana Klinikum Offenbach.

PD Dr. med. Fabian Bartsch ist seit Anfang Dezember 2024 neuer Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Trier.

Dr. med. Rainer Fruth ist seit Anfang Oktober 2024 neuer Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie/Spezielle Unfallchirurgie, Sportmedizin am Klinikum Altenburger Land in Altenburg, Thüringen.

Dr. med. Maren Kirchhöfer ist seit Oktober 2024 neue Chefarztin der Thoraxchirurgie am Asklepios Klinikum Harburg. Sie übernimmt den neuen Posten in Doppelspitze mit Dr. med. Christina Lohrenz. Kirchhöfer hatte zuvor die DKG-Zertifizierung in Hamburgs einzigem Lungenkrebszentrum verantwortet.

Prof. Dr. med. Peter Lamesch ist seit Dezember 2024 Chefarzt des neuen Bereichs der

Endokrinen Chirurgie am Helios Park-Klinikum Leipzig. Lamesch war bisher Chefarzt der Klinik für Chirurgie an der Helios Klinik Schkeuditz.

Dr. med. Christina Lohrenz ist seit Oktober 2024 neue Chefarztin der Thoraxchirurgie am Asklepios Klinikum Harburg. Sie übernimmt den neuen Posten in Doppelspitze mit Dr. med. Maren Kirchhöfer. Lohrenz war zuletzt leitende Oberärztin und hat das Robotik-Programm der Abteilung aufgebaut.

Dr. med. Safwan Omeran ist seit Mitte Oktober 2024 Chefarzt der neu gegründeten Klinik für Gefäßchirurgie am KMG Klinikum Güstrow. Omeran ist Facharzt für Chirurgie, Facharzt für Gefäßchirurgie, Endovaskulärer Chirurg und Endovaskulärer Spezialist.

Dr. med. Johann Pretli ist seit Oktober 2024 neuer Chefarzt der Unfallchirurgie und Orthopädie am DRK Krankenhaus in Kirchen. ○



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

KidsClub Chirurgie



Kinderbetreuung auf dem Deutschen Chirurgie Kongress 2025

Wann: an allen Kongresstagen, Mittwoch 26.03. bis Freitag 28.03.2025, von 08:00 Uhr bis 18:00 Uhr.
Wer: Kinder im Alter von 12 Monaten bis 10 Jahre. Die Kinderbetreuung ist auf 20 Kinder täglich begrenzt.
Wo: ICM – Internationales Congress Center München
Wie: Verbindliche Anmeldung* bis zum 03. März 2025 unter mail@bdc.de oder Fax BDC 030/28004-108
Vorort-Anmeldungen am Tagungsschalter je nach Kapazität gegebenenfalls noch möglich.
Nähere Informationen über BDC|Online (www.bdc.de) oder über die Kongressseite unter www.dck2025.de. Zu zahlen sind 10 Euro Selbstkostenbeitrag pro Kind.

Eine Initiative von



Verbindliche Anmeldung*

Bitte bis zum 03. März 2025 an den BDC senden: mail@bdc.de oder Fax 030/28004-108

Name des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Ich wünsche eine Betreuung am

- ☐ Mittwoch, 26. März von bis Uhr
☐ Donnerstag, 27. März von bis Uhr
☐ Freitag, 28. März von bis Uhr

Name des

Sorgeberechtigten _____

Adresse _____

Mobiltelefonnummer

des Sorgeberechtigten _____

Vorort-Anmeldungen am Tagungsschalter nach Kapazität möglich, jedoch ohne Garantie. Bitte melden Sie sich am Betreuungstag mit Ihrem Kind direkt am Tagungsschalter.

* Bitte geben Sie uns so früh wie möglich Bescheid, wenn Ihr Kind doch nicht betreut werden soll: 030/28004-150.

Haftungsausschluss durch den Kongressveranstalter: Der Veranstalter übernimmt keine Haftung für Sach- und Personenschäden. Dies gilt auch für Schäden, die durch Dritte verursacht werden. Der Haftungsausschluss erstreckt sich auch vollständig auf fahrlässige und grobfahrlässige Pflichtverletzungen des vom Veranstalter mit der Kinderbetreuung beauftragten Fachpersonals!

Frage & Antwort



Zulässigkeit der Übernahme von fachübergreifenden Diensten vom Weiterbildungsassistenten



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

FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, ob es zulässig ist, dass Weiterbildungsassistenten den fachübergreifenden Bereitschafts- bzw. Rufdienst in der Klinik übernehmen.

ANTWORT:

Grundsätzlich verhält es sich so, dass das geplante Dienstmodell nicht gesetzlich verboten ist, haftungsrechtlich aber äußerst bedenklich ist. Denn die Klinik schuldet gegenüber den Patienten 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche und 365 Tage im Jahr den sogenannten Facharztstandard. Dieser ist gewährleistet, wenn ein entsprechender fachspezifischer Weiterbildungsassistent Dienst tut und unmittelbar ein entsprechender Facharzt im Rufdienst erreichbar ist.

Die anwaltliche Erfahrung zeigt, es gibt hier bereits eine erste Verurteilung eines Chefarztes und des handelnden internistischen Weiterbildungsassistenten, dass die Rechtsprechung einen fachübergreifenden

Bereitschaftsdienst unter Berücksichtigung der Notwendigkeit der Einhaltung des Facharztstandards im Schadensfall nicht toleriert. Wenn also der diensthabende Weiterbildungsassistent den fachfremden Patienten beispielsweise visitiert und dabei die Notwendigkeit einer entsprechenden Intervention übersieht, wäre das Haftungsverschulden des handelnden Weiterbildungsassistenten (Übernahmeverschulden), des abteilungsführenden Chefarztes und der Verwaltung (beide wegen Organisationsverschulden) eröffnet.

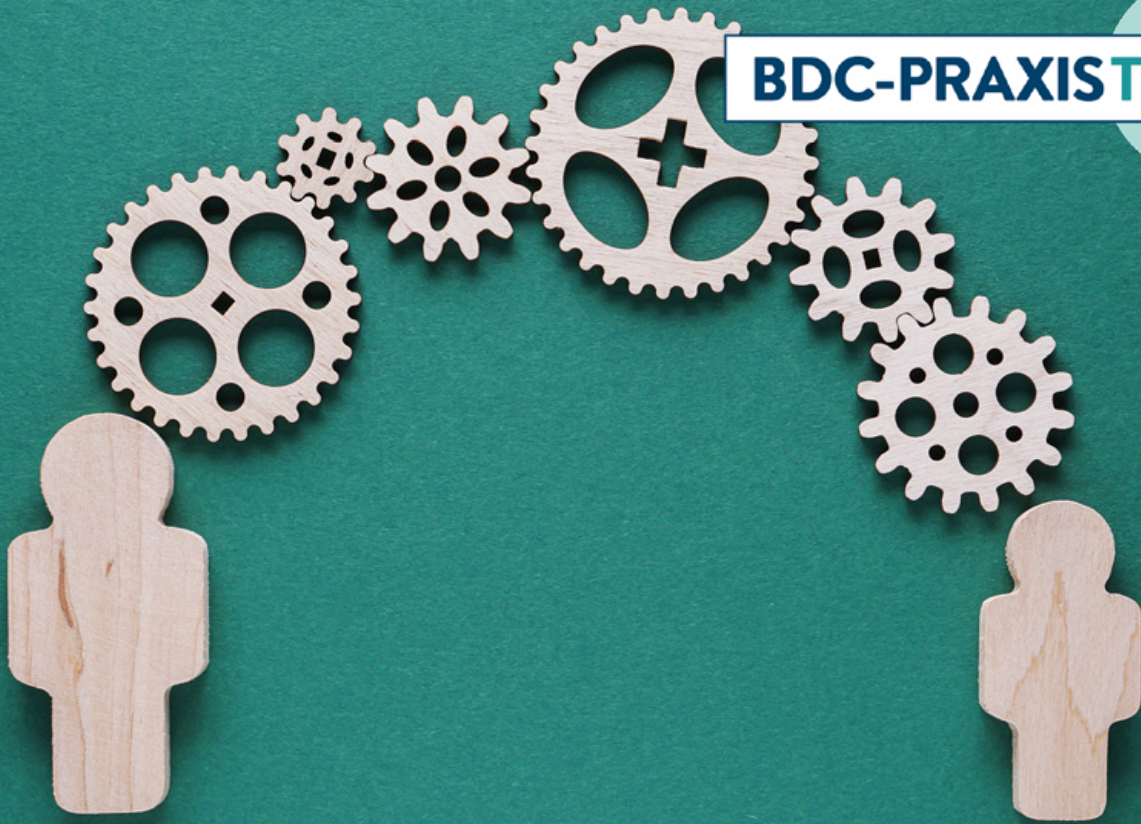
Gleichwohl hat sich dieses Dienstmodell zwischenzeitlich in Deutschland flächendeckend etabliert.

Wenn man dieses Dienstmodell etabliert, so sollte man darauf achten, dass zahlreiche SOPs etc. erstellt werden, um ein Mindestmaß an Nachweisbarkeit der Anweisungen zu gewährleisten. ○

Heberer J: F+A: Zulässigkeit der Übernahme von fachübergreifenden Diensten vom Weiterbildungsassistenten. 2024 November; 14(12/IV): Artikel 04_05.



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



© iStock/radachynskyi

Modellprojekt sektorenübergreifender chirurgischer Weiterbundesverbund Kiel

Ralf Wilhelm Schmitz

Das Thema Weiterbildung und Nachwuchsgewinnung in der Chirurgie wird seit vielen Jahren bestimmt durch eine aufgehende Schere zwischen erhöhtem Bedarf und schrumpfenden Ressourcen. Dies wird im Wesentlichen definiert über die demografische Entwicklung, also älter und kränker werdende Patienten auf der einen und schwindende zur Verfügung stehende ärztliche Ressourcen auf der anderen Seite. Warum das so ist, wurde in den letzten Jahren vielfach untersucht, die

Erkenntnisse sind nicht neu [10]. Neben den üblichen Verdächtigen wie veränderte Work-Life-Balance und Einstellung zur Familie gibt es leider auch hausgemachte Faktoren. Bezeichnete sich früher die Chirurgie gerne als „Krone der Medizin“, so können sich heute immer weniger junge Kolleginnen und Kollegen eine Tätigkeit in unserem Fachgebiet vorstellen. Der Attraktivitätsverlust beginnt bereits während des Studiums. Zum Anfang eines Medizinstudiums interessieren sich



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

Schmitz R: BDC-Praxistest: Modellprojekt
sektorenübergreifender chirurgischer
Weiterbildungsverbund Kiel. Passion Chirurgie.
2024 Dezember; 14(12/IV): Artikel 05_01.



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

noch mehr als 25 % der Studierenden für eine operative Tätigkeit, am Ende des Studiums schrumpft dieser Anteil dann auf unter 10 % [9]. Dabei ist der Hauptfaktor, der die jungen Kolleginnen und Kollegen das Berufsfeld wechseln lässt, die Qualität der angebotenen Weiterbildung [1, 4].

Die zunehmende Spezialisierung und eine immer komplexer werdende Medizin erfordern aber eine solide Grundausbildung und ausreichende Vermittlung von Kompetenzen, die für die Ausübung unseres Faches erforderlich sind [2]. Erschwerend kommt hinzu, dass durch die in letzter Zeit forcierte, politisch gewollte und letztendlich auch sinnvolle Ambulantisierung viele Eingriffe und Kompetenzen im Krankenhaus nicht mehr angeboten und somit auch nicht erworben werden können. Die anstehende Krankenhausreform und die seit Anfang 2024 erfolgte Implementierung des neu eingeführten § 115f wird diesen Trend weiter beschleunigen. Dies wiederum hat massive Auswirkungen auf die Weiterbildung des fachärztlichen Nachwuchses. Selbst Krankenhäuser der Maximalversorgung werden zukünftig nicht mehr in der Lage sein, eine allumfassende Weiterbildung anbieten zu können. Dies gilt ganz besonders für den chirurgischen Bereich mit der Notwendigkeit des Erwerbs von handwerklichen Kompetenzen. Daher werden zwingend intersektorale Weiterbildungsverbünde konzipiert werden müssen, d.h. junge Kolleginnen und Kollegen beginnen ihre Weiterbildung in einer Klinik oder Praxis und werden dann für einen definierten Zeitraum in eine Einrichtung des anderen Sektors wechseln müssen [5].

Hier stehen die Vertragsärztinnen und -ärzte, zunehmend aber auch die Kliniken vor dem Problem einer fehlenden Finanzierung. Vor dem Hintergrund einer budgetierten Gesamtvergütung ist es illusorisch junge Kolleginnen und Kollegen auch nur annähernd in den Praxen nach Tarif bezahlen zu können. Auch seitens der entleihenden Kliniken können die Kosten für eine Praxistätigkeit einer ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nachvollziehbar nicht übernommen werden, Weiterbildung ist schon unter den gegebenen Bedingungen unterfinanziert [7].

Einen Ausweg kann hier der § 75a im SGB V darstellen. Ursprünglich zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung vom Gesetzgeber eingeführt wurde dieser vor einigen Jahren auch für grundversorgende Fachärzte geöffnet [3]. Im Gegensatz zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin sind diese Stellen aber stark limitiert. Stehen bundesweit für die Allgemeinmedizin mindestens 7.500 Plätze zur Verfügung, so gibt es für alle Facharztbereiche maximal 2.000 Stellen, von denen mindestens 250 für die Pädiatrie vorgesehen sind. Dies bedeutet für kleines Land wie Schleswig-Holstein, dass förderungsfähige Stellen in chirurgischen Weiterbildungsbereichen aktuell nur im niedrig einstelligen Bereich vorliegen und im Gegensatz zur Allgemeinmedizin somit planbar von den Weiterbildungsbefugten nicht angeboten werden können, denn ist der Topf für das laufende Jahr leer muss im Folgejahr neu beantragt werden. Ohne eine verbindliche Finanzierung kann aber eine Weiterbildung im Vertragsarztsektor in ausreichendem Maße nicht gewährleistet werden und so kann derzeit den weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzten keine sichere Perspektive für eine sektorenübergreifende Weiterbildung angeboten werden.

Bereits vor knapp zehn Jahren wurde in Schleswig-Holstein ein bundesweit viel beachtetes intersektorales Modellprojekt auf den Weg gebracht, die Chirurgische Verbundweiterbildung Kiel. Initiatoren waren die Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) und das vertragsärztlich geleitete MVZ Chirurgie (MVZ), beide Institutionen in Kiel [6]. Im November 2015 wurde von der Ärztekammer Schleswig-Holstein (ÄKSH) eine gemeinsame Verbundweiterbildungsbefugnis erteilt für das Fachgebiet O und U über insgesamt 48 Monate. Der Weiterzubildende wurde dabei nicht im MVZ angestellt, sondern erlernte oder vertiefte fehlende Kompetenzen – in erster Linie operative Eingriffe – im Rahmen einer Hospitation. Dabei gelang es entgegen allen Widerständen zu demonstrieren, dass eine solche sektorenübergreifende Ausgestaltung der Weiterbildung auch tatsächlich funktioniert. Immer wieder ins Feld geführte Argumente gegen eine Weiterbildung im

vertragsärztlichen Sektor, wie z.B. Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung oder Probleme mit der Berufshaftpflichtversicherung oder Anerkennung von Weiterbildungszeiten durch die Ärztekammer, konnten ausgeräumt werden [5].

Dieses Modell soll nun weiterentwickelt werden mit dem Fokus auf eine gesicherte Finanzierung – denn ohne eine solche kann die intersektorale Weiterbildung nicht in die Realität überführt werden kann. Aufsetzend auf den Erfahrungen aus 2015 wurde mit Unterstützung der Ärztekammer erneut ein intersektoraler Weiterbildungsverbund O und U unter Beteiligung von UKSH und MVZ implementiert. Die Vertragsarztpraxis hat beim Zulassungsausschuss eine Rotationsstelle im Rahmen des § 75a beantragt. Dem wurde von der Abgeordnetenversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung zugestimmt und ein entsprechender Passus wurde im Statut über die Durchführung von Gemeinschaftsaufgaben der KVSH aufgenommen [8]. Dies bedeutet, dass die Weiterzubildenden zwar formal jedes Mal dem Zulassungsausschuss gemeldet werden müssen mittels Antrag nach § 75a, die Genehmigung und finanzielle Förderung ist aber gesichert und nicht abhängig vom Füllzustand eines Topfes.

Weiterzubildende beginnen in diesem Modell ihre Tätigkeit in der Klinik. Nach Ableistung von Common Trunk und Zeiten in ZNA und auf der Intensivstation rotieren diese nach einem festen Curriculum im 4. oder 5. Weiterbildungsjahr für 12 Monate in die vertragsärztliche Praxis, verbunden mit einem Arbeitgeberwechsel. Dort erfolgt der Erwerb von operativen, aber auch konservativen Kompetenzen, die typischerweise im vertragsärztlichen Sektor erbracht werden. Nebenbei lernen die jungen Kolleginnen und Kollegen so auch das Leben und Arbeiten im anderen Sektor kennen. Durch die Förderung erhält die Praxis aktuell einen Zuschuss in Höhe von 5.400 € pro Monat, wenn sie sich verpflichtet, die Weiterzubildenden nach Tarifvertrag Kommunale Arbeitgeber (TV-VKA) zu entlohnen [11]. Damit wurde der Weg geebnet für eine planbare und auskömmlich finanzierte intersektorale Rotationsstelle und so konnte am 01. Juli dieses Jahres erstmals

eine junge Kollegin ihre ambulante Weiterbildung beginnen.

Trotz dieser erfreulichen Entwicklung muss aber klar sein, dass es sich auch hier nur um ein Modellprojekt handeln kann, was nicht geeignet ist in die Versorgungsrealität überführt zu werden. Dieses Modell wurde zwar von der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) auf dem diesjährigen Treffen in Travemünde favorisiert [12], die Speisung des dafür notwendigen Topfes aber birgt durchaus Potential für Kritik. So erfolgt die Finanzierung im vorgestellten Fall paritätisch ausschließlich über die gesetzlichen Krankenkassen und aus den Honoraren der Vertragsärzte. Eine qualitativ hochwertige Facharztweiterbildung aber muss im Interesse der gesamten Gesellschaft sein. Es ist daher zwingend erforderlich alternative Finanzierungsmöglichkeiten zu diskutieren.

In vielen anderen entwickelten Ländern haben ähnliche Entwicklungen im Gesundheitssystem zu einer geänderten Erwartungshaltung der Gesellschaft geführt. Dort wird die Qualität der Weiterbildung als ein Hauptfaktor für Patientensicherheit gesehen [13] und konsequenterweise auch eine Finanzierung sichergestellt. Die Ansätze gehen dabei von der Anforderung an Kliniken geschützte Zeit für Weiterbildung bereit zu stellen, über finanzielle Unterstützung der Weiterzubildenden bis hin zur Vergütung von Kliniken für die Weiterbildung von Assistenzärzten- und Ärztinnen. Die Weiterbildung der jungen Kolleginnen und Kollegen wird als eine Investition in die zukünftige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und damit als Teil der Daseinsfürsorge gesehen.

Die dafür notwendige gesamtgesellschaftliche Diskussion in Deutschland scheint erst langsam in Gang zu kommen. Zu beobachten ist dies nicht nur auf den großen Kongressen der medizinischen Fachgesellschaften oder dem Deutschen Ärztetag, sondern auch in der Laienpresse oder auf Bürgerforen insbesondere in ländlichen Bereichen. Hier wird immer häufiger die Frage gestellt, wie die medizinische Versorgung auf einem qualitativ hohen Niveau gesichert werden kann. Das A und O ist dabei zuallererst ein gut aus- und

weitergebildeter Nachwuchs. Der BDC und viele weitere große medizinische Berufsverbände bringen sich hier ein und versuchen die Diskussion in die Gesellschaft zu tragen und zu befeuern, aktuell mit einer kreativen Weiterbildungskampagne [14].

Die Politik muss sich rasch und mit hoher Priorität dieses Themas annehmen, sonst drohen in Zeiten der zunehmenden Ambulantisierung und anstehenden Krankenhausreform erhebliche Einschränkungen der Gesundheitsversorgung. Und dies dürfte zu großem Unmut in der Bevölkerung führen, waren wir doch alle in der Vergangenheit zu Recht stolz auf unser Gesundheitssystem.

LITERATUR

- [1] Youssef Y, Hättich A, Friemert B.: Orthopädie und Unfallchirurgie – Zehnkampf der Medizin. springermedizin.de. Im Internet: <https://www.springermedizin.de/orthopaedie-und-unfallchirurgie-zehnkampf-der-medicin/23842880>; Stand: 19.02.2024
- [2] Perl M, Stange R, Niethard M, et al.: Weiterbildung im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie. springermedizin.de. Im Internet: <https://www.springermedizin.de/weiterbildung-im-fach-orthopaedie-und-unfallchirurgie/8056848>; Stand: 19.02.2024
- [3] DKG, KBV, GKV: Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V. Stand 29. November 2022
- [4] Brandt O, Tjardes T, Grimaldi G, et al.: Risikofaktorenanalyse zu den Gründen des Ausscheidens aus der fachärztlichen Weiterbildung im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie. Die Unfallchirurgie 2023 126 S. 788–798
- [5] Schmitz, RW, Müller, M, Seekamp, A: Intersektorale Versorgung von unfallchirurgischen Patienten. Passion Chirurgie 2022 April, 12(04): Artikel 03_03
- [6] Schmitz, RW: Chirurgische Verbundweiterbildung in Kiel. Passion Chirurgie 2015 August, 5(08): Artikel 02_08
- [7] Bridges Matthew, Diamond D.: The financial impact of teaching surgical residents in the operating room. The American Journal of Surgery 1999; 177: 28–32. doi:10.1016/S0002-9610(98)00289-X

- [8] Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein: Statut über die Durchführung von Gemeinschaftsaufgaben der KVSH. Stand: 22.11.2023
- [9] Schmidt, J, Hartmann, S: Chirurgie – Attraktivitätswandel durch Lehrwandel? Passion Chirurgie 2019 Juni 9(06): Artikel 05_02
- [10] Weise, K, Niethard, F.U: Zum Nachwuchsmangel in Unfallchirurgie und Orthopädie. Z Orthop Unfall 2010 148 S. 17–19
- [11] Marburger Bund: Ärztinnen und Ärzte an den kommunalen Krankenhäusern im Geltungsbereich des TV-Ärzte/VKA. Entgelttabelle Stand 23.05.2023
- [12] Gesundheitsministerkonferenz Beschlüsse 2024 TOP 7.3: Erhöhung geförderter Weiterbildungsstellen. Im Internet: <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=1580&jahr=2024>
- [13] Ludwig, J, Schmitz, RW: Strukturierter intersektoraler Weiterbildungsverbund in O und U. Passion Chirurgie 2024 April 14(04): Artikel 05_02
- [14] <https://www.bdc.de/wp-content/uploads/2024/09/BDC-Final-Audio-v8-H.264.mp4> 

M3-Abschlussstraining STAATSEXAMEN UND KARRIERE

Essen, 21.–22.03.2025

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

→ www.staatsexamen-und-karriere.de

Bester
Support
für Ihre
PJ'ler:innen

- Fallbasierte Sessions
- Simulierte Prüfungssituationen
- ›Get-Together‹ mit den Teilnehmer:innen und Referent:innen
- Echte M3-Prüfer:innen
- u.v.m.

BERUFSPOLITIK AKTUELL

Kommt da noch was?

Jörg-A. Rüggeberg



Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg

Vizepräsident

Berufsverband der Deutschen

Chirurgie e.V. (BDC)

dr.rueggeberg@t-online.de

Leider unterliegt diese Kolumne einer für das Thema unzutraglichen Abgabefrist und wird daher oft schon vor dem Erscheinungsdatum von den Realitäten überholt. Das gilt insbesondere für die aktuelle Gesetzgebung zur Krankenhausreform und zur Reform der Notfallversorgung. Im Übrigen steht alles unter der Prämisse, dass die Ampelkoalition weiterhin Bestand hat. Sollte der Kanzler im Parlament eine Vertrauensfrage stellen und diese verlieren, ist sofort Schluss mit weiteren Gesetzen, die bis zu diesem Termin noch nicht im Bundesanzeiger veröffentlicht worden sind. Das gilt dann auch für das KHVVG (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz), wenn es nicht aus anderen Gründen scheitert. Zwar ist das Gesetz mit den Stimmen der Koalition (abgesehen von zwei Abweichlern) im Bundestag beschlossen worden, wird aber vermutlich, obwohl nicht zustimmungspflichtig, vom Bundesrat wegen eines möglichen Einspruchs an den Vermittlungsausschuss verwiesen. Egal, wie das Votum dort ausfällt, kann der Bundestag den Einspruch ablehnen und das Gesetz trotzdem durchsetzen.

Dann unterschreibt der Bundespräsident und es kann zum 01.01.2025 in Kraft treten. Allerdings sind die wesentlichen Passagen, nämlich die Umstrukturierung der Kliniken, die Zuweisung der sogenannten Leistungsgruppen und die Verteilung der Gelder (50 Milliarden über 10 Jahre verteilt), per Gesetz den Ländern als Aufgabe verordnet worden, die ihrerseits in den Landesparlamenten entsprechend ihre bisherigen Gesetze ändern bzw. anpassen müssen. Ob sie das tun, ist keinesfalls sicher. Im Übrigen hat Minister

Lauterbach zwar 50 Milliarden Euro ausgelobt, selber zahlt der Bund aber nichts, sondern verteilt die Schuld zur Hälfte auf die Länder und die gesetzliche Krankenversicherung. Die finden das begreiflicherweise nicht amüsant.

Wie auch immer; was bedeutet die Reform, falls sie denn die oben genannten Hürden nimmt? Den Krankenhäusern werden von den Landesbehörden Leistungsgruppen zugewiesen, die definierte personelle und technische Ausstattungen voraussetzen und damit für kleinere Häuser nicht mehr erbringbar sein werden. Das ist die eigentliche Zielrichtung der Reform: eine Marktberreinigung der Krankenhauslandschaft zugunsten der Großen unter Opferung der Kleinen. Außerdem sollen in Zukunft die Erlöse nicht mehr zu 100 % aus den DRG fließen, sondern auf Basis der beiden Vorjahre 60 % als sogenannte Vorhaltepauschale leistungsunabhängig gezahlt werden und nur noch 40 % aus den DRG. Angeblich soll damit das Hamsterrad unterbrochen werden, aber das ist Unsinn, denn nach wie vor sind die konkreten Leistungen vergütungswirksam und vor allem für die Folgejahre als Aufsatzgröße relevant. Die Kliniken sollen zusätzlich für die ambulante Versorgung geöffnet werden, Bundeswehrkrankenhäuser generell, die anderen Kliniken mit KV-Zulassung. Entsprechend sind die Vertreter der Kassenärzte auf der Zinne. Stellt sich die Frage, mit welchem nicht vorhandenem Personal das alles erledigt werden soll, bleibt wie so vieles aus Bürokratenfedern unbeantwortet.

Das Gesetz hat den Bundesrat ohne Vermittlungsausschuss passiert und tritt damit in Kraft. ○

Rüggeberg JA: Kommt da noch was?
Passion Chirurgie. 2024 Dezember; 14(12/IV):
Artikel 05_02.



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

Kommentar des Generalsekretärs



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

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

Ampel zerbrochen, Trump mit unerwarteter Mehrheit gewählt. Manch einer mag sich die Augen reiben, Andere haben es vorausgesehen oder geahnt. Das zeitliche Zusammentreffen an einem Tag hat wohl historische Ausmaße, was wieder Andere zur Diskussion über einen Zusammenhang anregen wird. Für beide Ereignisse gilt: sie werden unser Leben verändern. Lassen Sie uns betrachten, welche Auswirkungen diese Ereignisse auf die Gesundheitspolitik unseres Landes haben wird. Die angekündigten Maßnahmen zukünftiger amerikanischer Handelspolitik wird die deutsche Industrie, die sich sowieso im Krisenmodus befindet, treffen, auch die Medizinprodukte-Hersteller, die exportstark sind. Eine schlechte wirtschaftliche Lage wird das ökonomische Ergebnis unserer Gesundheitseinrichtungen nicht gerade beflügeln. Eine nicht von den USA gestärkte Sicherheitslage verursacht ebenfalls Sorgen, auch weil die medizinische Versorgung im Konfliktfall eine offene Flanke darstellt. Der Sieg Trumps trifft noch am gleichen Tag auf das Zerbrechen unserer Regierung, ungünstiger geht es nicht. Europa und Deutschland müssen sich, ob sie wollen oder nicht, auf sich selbst besinnen und dazu bedarf es starker Regierungen. Jetzt bleibt zu hoffen, dass die notwendigen Neuwahlen eine solche Situation zeitgerecht herstellen.

Nach mehr als zweijähriger Diskussion sind einige Reformvorhaben des Gesundheitsministers auf der von ihm gedachten Zielgeraden. Was ist jetzt deren Schicksal? Stimmen mehr, dass einige notwendigen Reformen den Koalitionsbruch nicht überleben.

Das hat die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Innere

Medizin in einem gemeinsamen Statement und folgend die in der AWMF vertretenen Fachgesellschaften bewogen, an die Politik zu appellieren, die Reformvorhaben nicht auf die lange Bank zu schieben, vielmehr die Krankenhausreform (KHVVG) fortzuführen und die Notfallreform zu verabschieden. Den Patientinnen und Patienten und den Beschäftigten im Gesundheitswesen ist eine Hängepartie nicht weiter zumutbar.

Die Voraussagen einer unkontrollierten Insolvenz von Krankenhäusern für den Fall eines Scheiterns des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes betreffen in besonderem Maße ländliche Regionen, also dort, wo eine flächendeckende Versorgung möglicherweise gefährdet ist. Ohne Reform wird die finanzielle Situation aller Krankenhäuser sich weiter verschlechtern (u. a. kein Transformationsfond). Auch der drohende Kollaps der Notfallversorgung bedarf einer Kanalisierung der Patientenströme.

Die zur Verabschiedung anstehenden Gesetzesvorhaben werden von den Fachgesellschaften in vielen Teilen durchaus auch kritisch gesehen. Die Kritik betrifft vor allem die Umsetzbarkeit in Bezug auf die Finanzierung und die eingeschränkten Mitwirkungsmöglichkeiten der Fachgesellschaften.

Dennoch sind erfolgversprechende Ansätze für eine prospektive Krankenhausplanung entwickelt worden. Den Ländern steht bereits ein erstes Tool zur Auswirkungenanalyse der Krankenhausreform zur Verfügung. Zusammen mit der Definition von Leistungsgruppen kann die Nutzung dieses Tool eine effiziente übergeordnete regionale Krankenhausplanung ermöglichen. DGCH, DGIM und AWMF und die in ihr organisierten Fachgesellschaften fordern daher die verantwortlichen

Politikerinnen und Politiker in Bund und Ländern auf, die Sicherung unserer Versorgungssysteme zeitnah in die Hand zu nehmen. Eine Umgestaltung ist mit Blick auf die zur Verfügung stehenden Ressourcen unumgänglich.

Neben der zügigen Umsetzung der Krankenhausreform ist im Weiteren insbesondere eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Leistungsgruppen unbedingt notwendig. Die AWMF fordert eine regelhafte Einbindung in diesen Prozess und die weiteren notwendigen Reformen in der Notfallversorgung und den Strukturen des deutschen Gesundheitswesens.

Sie werden sich vielleicht erinnern! Im vorletzten Jahr konnten wir Weihnachten eine Reihe erfreulicher virtueller Pakete auspacken. Seitdem waren die Pakete mit erfreulichem Inhalt Mangelware bis auf unseren DCK 2024, der von einer konstant hohen Zahl (über 5.000) besucht wurde, der mit vielen Innovationen, einem sehr jungen Publikum und einer richtigen Aufbruchstimmung glänzte.

Im Folgenden nun ein Update, wie sich die Reformvorhaben möglicherweise unter den jetzt geänderten Bedingungen entwickeln könnten.

KRANKENHAUSVERSORGUNGS- VERBESSERUNGSGESETZ (KHVVG)

NRW hat nach massivem Protest der Krankenhäuser, denen ja ein Vorabbescheid über die Zuteilung von Leistungsgruppen zur Kommentierung zugesandt wurde, seinen Zeitplan geändert und den Beginn der Umsetzung auf den 01.01.2026 geändert. Das Lauterbach'sche KHVVG hat inzwischen mit den Stimmen der Ampelkoalition den Bundestag passiert und liegt im Bundesrat. Das KHVVG ist vom BMG als Einspruchsgesetz (auch Duldung genannt) konzipiert: Hier kann der Bundesrat bei ausreichender Mehrheit den Vermittlungsausschuss anrufen, wenn er das Gesetz ablehnen möchte oder Änderungen daran wünscht. Falls der Vermittlungsausschuss einen Kompromissvorschlag erzielt, wovon der NRW Minister Laumann zurzeit ausgeht, geht dieser zurück an den

Bundestag. Der Bundestag kann entweder dem Vorschlag zustimmen oder ihn ablehnen. Allerdings kann dies nicht durch einen neuen Bundestag (nach Neuwahl) erfolgen.

Falls der alte Bundestag den Kompromissvorschlag des Vermittlungsausschusses ablehnt oder keinen Kompromiss erzielt wurde, kann der Bundesrat einen Einspruch gegen das Gesetz einlegen. Der (alte) Bundestag hat dann die Möglichkeit, diesen Einspruch zu überstimmen und das Gesetz dennoch zu verabschieden. Zunächst muss im Bundesrat aber eine Mehrheit zum Verweis in den Vermittlungsausschuss gefunden werden. Lässt sich diese Mehrheit im Plenum des Bundesrates von 35 Stimmen nicht finden, gilt das Gesetz als beschlossen. Allerdings kann dann noch der Weg zum Verfassungsgericht beschritten werden, was zwei Bundesländer angekündigt haben.

Ein wesentlicher Kritikpunkt ist das Fehlen einer Auswirkungsanalyse. Hierzu liegt inzwischen den Ländern ein Tool vor, das sowohl die Auswirkungen auf die Bevölkerung (Fahrzeiten zum nächsten Krankenhaus mit der passenden Leistungsgruppe) und die finanziellen Auswirkungen auf die betroffenen Krankenhäuser kalkulieren kann. Dieses Tool soll im Dezember öffentlich gemacht werden.

Weitere Kritikpunkte sind fehlende Maßnahmen zur Reduzierung der Bürokratie, fehlende regionale Planungsautonomie, Ausnahmen bei Qualitätsvorgaben, Erhalt der flächendeckenden Versorgung. Die Kalkulation der Vorhaltepauschalen und deren Mengenabhängigkeit wird ebenfalls kritisiert.

Der Eindruck drängt sich auf, dass einzelne Länder am Status quo festhalten wollen oder zumindest die „Reformvorschläge bis zu Unkenntlichkeit weichspülen“ wollen, wie Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA, konstatiert hat.

Ich meine, dass wir Reformmaßnahmen dringend benötigen, um die Ergebnisqualität zu verbessern und dass diese Qualität nicht regional verhandelbar sein darf. Auch muss die Reform dem jetzigen und in den nächsten

zehn Jahren zu erwartenden Personalmangel Rechnung tragen. Erhaltene Krankenhäuser ohne Personal tragen nicht zur flächendeckenden Versorgung bei.

GESUNDHEITSVERSORGUNGS- STÄRKUNGSGESETZ (GVSG)

Nach dem Bruch der Ampel-Koalition bleibt das Schicksal des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) ungewiss, obwohl es ursprünglich im Mai 2024 vom Kabinett verabschiedet und im Bundestag zur Diskussion gestellt wurde. Hier erfuhr das Gesetz bereits erhebliche Kritik und Änderungsforderungen. Es wird in seiner jetzigen Form vor allem als Honorarreform für Hausärzte (Endbudgetierung) wahrgenommen, ohne substanzielle Verbesserungen für die Gesundheitsversorgung in ländlichen Gebieten. Ob das GVSG nun in seiner bisherigen Form weiterverfolgt wird, bleibt abzuwarten. Ich sehe hierfür zeitnah nur geringe Chancen.

GESUNDHEITS- DIGITALAGENTUR-GESETZ (GDAG)

Das Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz (GDAG) soll die Digitalisierung im Gesundheitswesen zentralisieren, indem es die Gematik zur „Digitalagentur Gesundheit“ umgestaltet und sie direkt dem BMG unterstellt, um die elektronische Patientenakte und die Telematikinfrastruktur zu organisieren. Dieses Gesetz wird erst im neuen Bundestag diskutiert werden.

LEBENDORGANSPENDE- REFORM

Der von uns bereits positiv kommentierte Gesetzentwurf zur Lebendorganspende-Reform wird ohne klare parlamentarische Mehrheiten ins Stocken geraten und damit werden wichtige Beschlüsse zur Überkreuzspende und zur Verbesserung der Lebendorganspende-Sicherheit nicht verabschiedet. Die Zukunft des Gesetzentwurfs hängt daher stark von möglichen Neuwahlen und der Prioritätensetzung einer neuen Regierung ab.

IOP-GOVERNANCE- VERORDNUNG (GIGV)

Die GIGV soll interoperable digitale Gesundheitssysteme und einen nationalen Rahmen für einen einheitlichen Datenaustausch schaffen. Dieser Rahmen ist besonders wichtig für die Verbesserung der elektronischen Patientenakte (ePA) und anderer digitaler Gesundheitstools, indem Standards angeglichen und ermöglicht werden. Leider muss man konstatieren, dass das GIGV zwar über eine solide Basisunterstützung verfügt, die vollständige Umsetzung jedoch erst durch eine neue Regierung erfolgen wird.

MEDIZINFORSCHUNGSGESETZ

Das Medizinforschungsgesetz wurde am 27. September 2024 vom Bundesrat verabschiedet und ist damit bereit, in Kraft zu treten. Es soll die Rahmenbedingungen für die Entwicklung, Zulassung und Herstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten verbessern, um den Standort Deutschland zu stärken. Darüber hinaus wird eine spezialisierte zentrale Ethik-Kommission eingerichtet, die sich besonders komplexen und dringlichen klinischen Prüfungen widmen soll. Das Gesundheitsministerium wird zudem Standardvertragsklauseln für klinische Forschungsprojekte einführen, um die Zusammenarbeit zwischen Forschenden und Institutionen rechtssicher zu erleichtern.

KRANKENHAUSTRANSparenz- GESETZ

Ein interaktiver Klinik-Atlas, zunächst mit einem Fehlstart, ist jetzt in verbesserter Form online verfügbar und zeigt Leistungen, Personal, Komplikationsraten und Versorgungsstufen der Krankenhäuser in einer

Tachometerdarstellung. Eine neue Regierung könnte das Gesetz kassieren, jedoch ist davon nicht auszugehen.

GESETZ ZUR REFORM DER NOTFALLVERSORGUNG (NOTFALLGESETZ – NOTFALLG)

Der Entwurf umfasst Maßnahmen wie die Ausweitung des 24/7-Notdienstes und die bessere Vernetzung von Akutversorgungseinrichtungen. Kritik gab es jedoch an der Zuordnung der Notfallstrukturen, die die Rolle der vertragsärztlichen Praxen in der Akutversorgung beschreibt. Insbesondere wird befürchtet, dass die Reform den Zustrom in Notaufnahmen erhöhen könnte, anstatt ihn zu verringern. Zudem fehlt eine klare Definition, wie die Verantwortung für Notfallbehandlungen verteilt wird und welche Rolle Notfallzentren im Vergleich zu bestehenden Praxen und Kliniken spielen sollen. Es ist nicht zu erwarten, dass es vor Neuwahlen noch verabschiedet wird. Hierzu gehören auch die Bestrebungen zur Reform des außerklinischen Rettungsdienstes.

(MUSTER-)FORTBILDUNGSORDNUNG (MFBO) 2024 DER BUNDESÄRZTEKAMMER

Gespräche mit Verantwortlichen der Ärztekammern, unserer Steuerberatung und Rechtsanwälten legen nahe, dass die neue Musterfortbildungsordnung nicht zu einem gravierenden Problem für die DGCH werden wird. Auch ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht klar, ob alle Landesärztekammern die MFBO 2024 in ihre Statuten aufnehmen werden. In Frage steht die Vergabe der Fortbildungspunkte und der Umgang mit Industriesymposien.

Was steht denn auf unserer Wunschliste zum Jahreswechsel und vor allen Dingen für die

neue Regierung, sei sie kurzfristig erfüllbar oder ihre Erfüllung in weite Ferne gerückt?

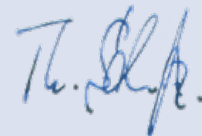
- Verbesserung der Versorgungsstruktur unserer stationären und ambulanten Einrichtungen
- Digitalisierung des Gesundheitssystems, Supportive KI-Systeme
- Überwindung der Sektorengrenze
- Realitätsnahe Verbesserung der Weiterbildung mit transparenter Finanzierung, unabhängig von den Leistungserbringern
- Generierung chirurgischen Nachwuchses
- Novellierung der GOÄ

Nicht nur zu den Feiertagen gedenken wir den vielen Menschen, denen es im Angesicht eines barbarischen Krieges an den Grenzen Europas und im Nahen Osten überhaupt nicht heimelig zu Mute ist. Besonders bedrückend sind die im Netz und auch auf den Straßen verbreiteten Hassbotschaften, sowie das Aufkeimen des Antisemitismus.

Ganz oben auf unserer Wunschliste steht die politische Lösung der Konflikte und eine tragfähige Regelung der Klimabedingungen als Lebensgrundlage aller Bewohner unseres Planeten.

Ich wünsche Ihnen jetzt schon ein ganz besonderes, besinnliches und vor allen Dingen friedliches Weihnachtsfest im Kreis Ihrer Lieben. Mögen unsere Politiker eines nicht zu fernem Tages eine erneute Zeitenwende, diesmal in die andere Richtung, verkünden.

Ihr



Thomas Schmitz-Rixen

Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung 2025



Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
e.V. (DGCH)
DGCH-Präsident 2019–20
info@dgch.de

Im Auftrag des Präsidenten lade ich hiermit alle Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zur **Mitgliederversammlung** anlässlich des 142. Kongresses der DGCH 2025 (DCK 2025) in München sehr herzlich ein.

Die **Mitgliederversammlung inkl. Wahlen** findet am **Donnerstag, den 27.03.2025, 13.00 – 14.00 Uhr** in Saal 4 im Internationalen Congress Center München (ICM), Am Messesee, 81829 München, statt.

TAGESORDNUNG

1. Eröffnung durch den Präsidenten
2. Wahlen (siehe Bekanntmachung)
3. Bericht des Präsidenten
4. Bericht des Generalsekretärs
5. Änderung der Satzung
6. Bericht des Schatzmeisters
7. Verschiedenes

ZU TOP 2: WAHLEN

In Vollzug der gültigen Satzung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sind folgende Positionen des Präsidiums ab 01. Juli 2025 neu zu besetzen:

1. Dritter Vizepräsident 2025/2026, dann Präsident 2027/2028
2. Oberarzt/Ärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik
3. Oberarzt/Ärztin in nichtselbstständiger Stellung einer chirurgischen Krankenhausabteilung
4. Niedergelassener Arzt/Ärztin für Chirurgie
5. Vertreter aus dem deutschsprachigen Ausland

Nach § 15.1 der Satzung erhält die Mitgliederversammlung für die von ihr zu **bestätigen-den Kandidaten** (hier 1. & 2.) zum Präsidium bzw. Vorstand jeweils einen Namensvorschlag vom Präsidium. (Darüber hinaus unterbreitet

das Präsidium Wahlvorschläge für die weiteren Mitglieder des Präsidiums (§ 13.2))

ZU 1.:

Als Dritter Vizepräsident wird der Mitgliederversammlung **Herr Prof. Dr. med. Lukas Prantl aus Regensburg** vorgeschlagen.

ZU 2.:

Als Oberarzt/Ärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik wird der Mitgliederversammlung **N.N.*** vorgeschlagen.

ZU 3.:

Als Oberärztin/Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung wird der Mitgliederversammlung **N.N.*** vorgeschlagen.

ZU 4.:

Als niedergelassener Arzt/Ärztin für Chirurgie wird der Mitgliederversammlung **Frau Dr. med. Kerstin Schick** aus München, vorgeschlagen.

ZU 5.:

Als Vertreter aus dem deutschsprachigen Ausland wird der Mitgliederversammlung **Herr Prof. Dr. med. Klaus Emmanuel** aus Salzburg, vorgeschlagen.

Berlin, 17.10.2024

Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen

Bitte AN ALLE CHEF- UND OBERÄRZTE:

Bitte stellen Sie Ihre Assistenzärzte, die nicht Mitglied unserer Gesellschaft sind, aber am Kongress teilnehmen, zur kostengünstigen Teilnahme mit einer Arbeitsbescheinigung aus oder motivieren Sie sie zur Mitgliedschaft.

* wird in der nächsten Ausgabe bekannt gegeben

DCK 2025 EINLADUNG

Einladung zum DCK 2025 – Sichere Chirurgie für Alle



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wir freuen uns mitteilen zu können, dass die Sektion Kindertraumatologie erstmalig ihre Jahrestagung im Rahmen des DCK 2025 abhalten wird. Auch die weiteren Mitgliedsgesellschaften der DGCH, die ihre eigenen Jahrestagungen außerhalb des Chirurgie Kongresses abhalten, werden sich wieder aktiv in die Programmgestaltung des nächstjährigen Kongresses mit einbringen.

DCK 2025 EINLADUNG

Ebenfalls beteiligt sind der Berufsverband der Deutschen Chirurgie (BDC) sowie der Berufsverband für Pflegeberufe und die Rettungsdienste mit eigenen Programmpunkten.

Die Attraktivität des gemeinsamen Deutschen Chirurgie Kongresses 2025 besteht trotz aller Spezialisierung für alle Mitglieds- gesellschaften insbesondere darin, gemeinsam interdisziplinäre Sitzungen zu gestalten, gemeinsame Sitzungen mit den Partnerfächern wie Anästhesie und Intensivmedizin, Innere Medizin und Pathologie zu entwickeln und im Verbund die großen gesundheitspolitischen Themen zu diskutieren. Themen, die uns alle interessieren sind die perioperative Medizin, die Intensiv- und Notfallmedizin, unsere ureigene chirurgische Forschung sowie auch berufspolitische Themen wie Personaluntergrenzen und Arbeitsbedingungen des Nachwuchses, die wir zusammen mit unserem Berufsverband bearbeiten müssen.

Für den chirurgischen Nachwuchs bietet der DCK ideale Netzwerke untereinander, einerseits für zukünftige Verbundforschungsprojekte und multizentrische, deutsche Studien, andererseits zur Schaffung einer grundlegenden Basis für die Team-orientierte, moderne Patientenversorgung im klinischen Alltag.

Hervorheben möchte ich die intensive Kooperation mit der Bundeswehr, die über Jahre hinweg regelmäßig am DCK teilgenommen hat. Durch die erneute Teilnahme der Bundeswehr am DCK 2025 stellen wir sichtbar dar, dass die Bundeswehr ein entscheidender Teil unserer öffentlichen Gesellschaft und unserer chirurgischen Gemeinschaft ist.

Für die Studierenden wird seitens des Perspektivforums der DGCH wieder ein eigener Programmtag mit verschiedenen Sitzungen veranstaltet. Dieser Sitzungstag ermöglicht fokussiert kurze Einblicke in das

facettenreiche Fach Chirurgie und wurde bereits in den Jahren zuvor als wertvolle Erfahrung für die weitere berufliche Entwicklung seitens der Studierenden wahrgenommen.

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

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

Prof. Dr. Udo Rolle
Präsident DGCH 2024/2025



DCK 2025
Gemeinsam lernen und heilen

142. Deutscher Chirurgie Kongress
18. – 20. März 2025, DCK.digital
26. – 28. März 2025, ICM – Internationales
Congress Center München

SICHERE CHIRURGIE FÜR ALLE

www.dck2025.de



v.l.n.r.: Dr. Stefanie Brunner, Dr. Naita Wirsik und Dr. Dolores Krauss, alle aus der Abteilung für Allgemein-, Viszeral-, Thorax und Transplantationschirurgie der Uniklinik Köln

SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI NAITA M. WIRSİK

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Die schiere Abwechslung und immer wieder neue Herausforderung des Spagats zwischen OP, Klinik, Forschung und Lehre.

Welche Forschungsrichtung inspiriert Sie?

Patientenorientierte Grundlagenforschung zu Interaktionen des Tumormikroenvironments und Oligometastasierung.

Welchen klinischen Schwerpunkt haben Sie?

Ganz in Kölscher Manier- der obere Gastrointestinaltrakt.

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

- S3-Leitlinie Perioperatives Management bei gastrointestinalen Tumoren (POMGAT)
- Präsentation der ESOPEC Daten auf dem ASCO

Welches Buch liegt auf Ihrem Nachttisch?

Meistens ein ganzer Stapel, aktuell: „Crossroads“ von Jonathan Franzen und „Mr. Loverman“ von Bernardine Evaristo

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

Nuvole Bianche von Ludovico Einaudi

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Mentoring, Frustrationstoleranz und der berufliche Wechsel von Heidelberg nach Köln

Was war Ihre größte Inspiration?

Das Motto eines meiner Mentor:innen: „Akademische Chirurgie ist ein Marathon – kein einfacher Sprint.“

Welches Forschungsthema bearbeiten Sie? Wie lautet(e) Ihr Habilitationsthema?

- Tumormikroenvironments von Adenokarzinomen sowie deren multimodale Therapiekonzepte
- Individuelle Therapiekonzepte von Adenokarzinomen des Gastrointestinaltraktes

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

Bestmögliche Bedingungen für sich selbst schaffen. Nicht jedes Device ist für Handschuhgröße 6 gleich geeignet.

Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

Mehr Effizienz und bessere Qualität von klinischen Daten durch Digitalisierung, enge nationale und internationale Kooperationen

der OGI Chirurgie für Fragestellungen zu Kohorten mit kleinen Fallzahlen und meine eigene grundlagenwissenschaftliche Arbeitsgruppe etablieren.

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

Zentralisierung mit Berücksichtigung der chirurgischen Weiterbildung durch Rotationsstellen zwischen Unikliniken und nicht-universitären Häusern.

Wann platzt Ihnen der Kragen?

Wenn das Ego oder die Bequemlichkeit über die Patient:innenbetreuung gestellt werden.

Welche Hoffnung haben Sie aufgegeben?

Dass relevante Änderungen über Nacht umsetzbar sind, sondern manchmal Zeit brauchen.

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Spaziergang in der Natur um Abstand und eine neue Perspektive zu bekommen.

Ihr wichtigstes Hobby?

Klavier

Wo werden Sie schwach?

Mousse au Chocolat

Was bringt Sie zum Lachen?

Tiefschwarzer Humor- und Louis de Funès

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Abschluss/Beginn eines Projektes, erfolgreiche OP, Essen mit Familie/Freunden, an der frischen Luft gewesen sein, Besuch in einem Buchladen (ich finde immer was, daher wurde mir jetzt ein Kindle geschenkt).

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

Direkte Kommunikation mit Ursachenfindung. Klärung der Eigen- und Fremdwahrnehmung im Team.

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

Gemeinsam definieren, was die persönlichen und fachlichen Ziele sind und diese hierbei begleiten. Verschiedene Stärken bei einem Projekt zusammenbringen und Kooperationen fördern.

Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Auf jeden Fall. Wobei der Realismus nie ganz fehlen darf.

Dr. med. Naita M. Wirsik

Viszeralchirurgin an der Uniklinik Köln

Clinician Scientist

in einer Partnerschaft, begeisterte Patentante

Preisträgerin DGAV Abstraktpreis, Rudi-Busse Promotionspreis

der Universität Frankfurt

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



© iStock-digitalphoto

Die Aus- und Weiterbildung zum Arzt für Chirurgie im 18. Jahrhundert

Michael Sachs

Im 18. Jahrhundert erlernte man bekanntlich im deutschen Sprachraum die Chirurgie noch als ein Handwerk bei einem Barbierchirurgen und benötigte dazu noch kein Medizinstudium an einer Universität. Erst im 19. Jahrhundert wurde ein akademisches Medizinstudium Voraussetzung für eine spätere ärztliche Tätigkeit als Chirurg.

Noch im 17. Jahrhundert hatten die Zünfte (Innungen) der Barbieri und Bader das alleinige Aufsichtsrecht über die Aus- und Weiterbildung der Chirurgen. Die Ausbildung des Chirurgen entsprach dabei der Lehrzeit (in der Regel drei Jahre), die Weiterentwicklung der Gesellenzeit (mindestens drei Jahre). Die Gesellenzeit wurde bei einem oder mehreren auswärtigen Meistern absolviert. Danach wurde aus dem Gesellen ein Chirurg-Meister

(entsprechend dem heutigen Facharzt) und dieser durfte sich dann niederlassen, sofern es die zuständige Innung erlaubte. Denn Zulassungsbeschränkungen gab es schon damals: die Anzahl der Innungs-Barbierstellen war in den Städten genau festgelegt. Der Chirurg Johann Dietz (1665–1738) in Halle konnte sich beispielsweise nur durch eine (teure) königliche Sondergenehmigung gegen den Widerstand der dortigen Innung als außerplanmäßiger „Hof-Barbier“ niederlassen. In seinen Lebenserinnerungen schreibt er: „daß unter keiner Profession mehr Nahrungsneid, als damals unter den Barbieren“ gewesen sei [Consentius 1915].

Durch die preußischen Medizinalordnung von 1725 wurden in Berlin und in den Provinzen des Königreichs sog. „Medizinalkollegien“



Prof. Dr. med. Michael Sachs

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

errichtet, die die Ausbildung und die Zulassung der Chirurgen jetzt staatlich kontrollieren sollten. Der Einfluss der Innungen auf die ärztliche Versorgung der Bevölkerung sollte auf diese Weise schrittweise zurückgedrängt werden:

„Wir Friedrich Wilhelm von Gottes Gnaden König in Preußen [...]. Nachdem Wir mit besondern Mißfallen vernommen, welchergestalt [...] in der Medicin, Chirurgie und Pharmacie allerhand schädliche Unordnungen und höchstgefährliche Misbräuche annoch beybleiben, auch daß sich Leute von allerhand Stand, Professionen und Handwerker finden, welche sich zum größten Verderb und Nachtheil Unserer Unterthanen, des innerlichen und äußerlichen Curirens anmaßen, ja gar Medicamenta selbst praepariren und solche an die Patienten austheilen und verkaufen, und dadurch viele Menschen um ihre Gesundheit und Wohlfahrt, ja gar um Leib und Leben bringen“ [Medicinaldict 1725, p. 1].

Die ambulante chirurgische Versorgung (inkl. Operationen: Amputationen, Steinschnitt) der Bevölkerung wurde teilweise von den niedergelassenen Barbierchirurgen durchgeführt, aber auch noch von umherziehenden

Operateuren, die von Stadt zu Stadt bzw. von Jahrmarkt zu Jahrmarkt fuhren und dort ihre Dienste anboten. Ein Beispiel für diese Personengruppe ist der berühmte „Doktor“ Johann Andreas Eisenbarth (1663–1727).

„Denen herumlaufenden Operatoribus, Oculisten, Zahn=Aerzten und dergleichen, soll weder in den Städten auf öffentlichen Jahrmärkten ausstehen, noch in denen Häusern oder auf dem Lande Medicamenta zu verkaufen erlaubet seyn, es sey dann, daß Sie besonders von Uns darüber privilegiert sind“ [Medizinaldict 1725/26, p. p8].

Wie kam man an ein solches, amtliches Privileg? Nach einer Prüfung der Kenntnisse, für die der jeweilige Stadt- oder Kreisphysicus verantwortlich war. Der Physicus war ein vom Staat bestellter studierter Amtsarzt (medicus). Er musste in Preußen promoviert sein und mindestens fünf Jahre Berufserfahrung aufweisen. Er war dem „Collegium Medicum“ als staatliche Aufsichtsbehörde für das Medizinalwesen einer Stadt bzw. eines Kreises verantwortlich. Zu den Medizinalpersonen gehörten seinerzeit neben den Wundärzten (Chirurgen) auch die Bader und Apotheker.



Sachs M: Die Aus- und Weiterbildung zum Arzt für Chirurgie im 18. Jahrhundert. *Passion Chirurgie*. 2024 Dezember; 14(12/IV): Artikel 06_05.

Abb. 1: Zeugnis aus dem Jahre 1758 des Barbierlehrlings Wilhelm Sebastian Scheelhaas der 1755–1758 seine dreijährige Lehrzeit bei einem Barbierchirurgen in einem schlesischen Dorf absolvierte.

Die **Abbildung 1** zeigt beispielhaft das Original-Zeugnis des Barbierlehrlings Wilhelm Sebastian Scheelhaas, der von 1755 bis 1758 seine dreijährige Lehrzeit bei dem Barbierchirurgen Carl Traugott Müller in Seiffersdorf (Fürstentum Liegnitz, preußische Provinz Schlesien) absolvierte. Unterschrieben ist das Zeugnis von dem Oberältesten der Chirurgen- und Baderinnung (in der schlesischen Mundart: „Mittel“ genannt) der Stadt Öls und dem Physikus des Kreises Öls (Dr. med. Gottfried Gartschok).

Im Jahre 1741 wurde die brandenburgisch-preußischen Medizinalgesetzgebung erneut verschärft. Operateure und Augenärzte (*Oculisten*) mussten jetzt auch staatlich examiniert (und nicht nur wie bisher privilegiert) sein – als Voraussetzung für ihre ärztliche Tätigkeit.

„Circular-Rescript, daß in Sr. Königl. Majestät Landen keine Operateurs, so nicht gehörig examiniret, und privilegirt sind, geduldet werden sollen. De Dato den 15. Jan. 1741“:

[...] Es ist Unser höchster und allergnädigster Wille, daß hinführo keine Operateurs, Stein= und Bruch=Schneider, Zahn=) und Wurm=Aertzte,

wann selbige nicht gehörig examiniret, und von Uns privilegirt in Unsern Landen fernerhin geduldet, noch ihre Profession darinnen zu treiben ihnen gestattet werden solte“ [CCM II (1741–1744), No. IV, Sp. 2].

Die Absolvierung eines Anatomiekurses war eine der Voraussetzungen zur Meldung für das Examen. Ein *Theatrum anatomicum* war in Berlin bereits 1713 zu diesem Zwecke gegründet worden, in der preußischen Provinzialhauptstädte folgten in den darauffolgenden Jahrzehnten. Zuständig für ein solches Examen war das zuständige Provinzial-Medizinalkollegium.

Ein Königlich Preussisches Provinzial-Medizinal-Collegium als oberste Aufsichtsbehörde über das Medizinalwesen einer Provinz bestand 1755 [Schlesische Instantien-Notitz (1755), p. 69] aus:

Direktor:	Königlicher Rath
Assessoren:	3 Ärzte (Dres. med.), u.a. der Stadtphysikus
	1 Wundarzt (Barbier)
	1 Apotheker
	1 Syndicus
Schreiber:	1 Canzeller

Die **Abbildung 2** zeigt beispielhaft das Original-Zeugnis die Aufnahmeurkunde des „*Studiosus Chirurgiae*“ Carl Gottlob Schellhas aus Harpersdorf (Kr. Goldberg, preuß. Provinz. Schlesien) in die Breslauer Chirurgenschule für Wundärzte, in der auch die vorgeschriebenen Anatomiekurse abgehalten wurde. Unterschrieben ist die Urkunde von Dr. med. Johann Gottfried Morgenbesser (1741–1804), der „*Professor der Anatomie, Chirurgie und Hebammenkunst*“ am „*Königlichen Anatomie Institut für angehende Wundärzte*“ (gegründet 1773), und der gleichzeitig auch Dekan des Breslauer Medizinalkollegiums und Oberster Stadtarzt war.

Diese Chirurgenschulen wurden in Preußen und in den übrigen deutschen Staaten erst um die Mitte des 19. Jahrhunderts geschlossen und ein Medizinstudium an einer Universität vor dem Beginn der Weiterbildung zum Chirurgen gesetzlich vorgeschrieben.

LITERATUR

- [1] Consentius, Ernst (Hrsg.): Meister Johann Dietz des Großen Kurfürsten Feldscher und Königlicher Hofbarbier. Ebenhausen bei München : Langewiesche=Brandt 1915.
- [2] Corporis Constitutionum Marchicarum, Continuatio I-IV. Berlin, Halle : Waisenhaus 1737–1750.
- [3] Königliches Preussisches und Churfürstl. Brandenburgisches allgemeines und neugeschärftes Medicinal-Edict und Verordnung auf Sr. Königl. Majest. Allergnädigsten Befehl, herausgegeben von Dero Obercollegio=Medico. Berlin 1725 <sic! im Anhang aber datierte Ergänzungen von 1726>
- [4] Schlesische Instantien-Notitz. Breslau: Brachvogels Erben 1755, p. 69

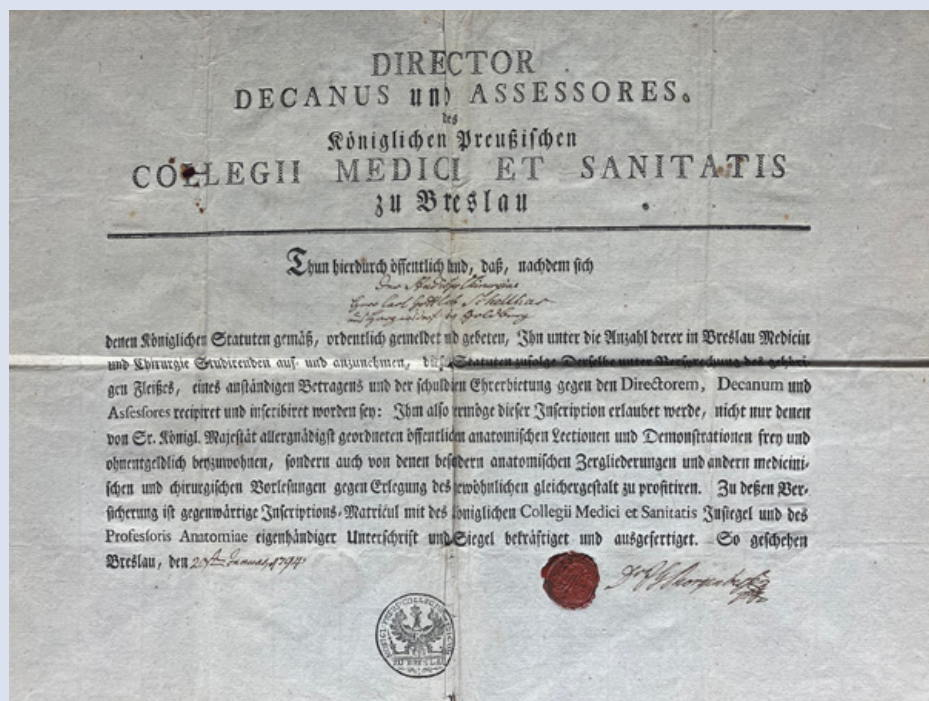


Abb. 2: Aufnahmeurkunde aus dem Jahre 1794 des „*Studiosus Chirurgiae*“ Carl Gottlob Schellhas an die Breslauer Chirurgenschule für Wundärzte, in der auch die jetzt vorgeschriebenen Anatomiekurse abgehalten wurden.

Nachruf auf Prof. Dr. med. Horst Hamelmann



In memoriam
Prof. Dr. med.
Horst Hamelmann
(*25.05.1925 † 22.06.2021)

Gemeinsam mit Prof. Becker (Kiel) habe ich im Einvernehmen mit der Familie Hamelmann einen Spendenaufruf bei Schülern und Freunden initiiert und die fertige Büste einen Tag vor dem 100. Geburtstag am 25.05.24 der Öffentlichkeit vorgestellt. Damit kamen wir einer in Corona-Zeiten nicht möglichen öffentlichen Würdigung nach, denn der Kommentar der Universität Kiel schien nach seinem Tode relativ knapp. Nach Hamelmanns Tode äußerte sich die Uni Kiel in ihren Personalmeldungen Juni/Juli 2021 im Gedenken an verstorbene Mitglieder über seine 13 Jahre als Lehrstuhlinhaber in einer aus bayerischer Sicht norddeutschen Knappheit: *„Von 1978 bis 1991 leitete er die Chirurgische Universitätsklinik in Kiel und machte sich um Forschung, Lehre und Krankenversorgung gleichermaßen verdient. Prof. Hamelmann hat ein Modell der klinischen Grundlagenforschung geschaffen, mit welchem er eine eigene Chirurgenschule gründete und der Kieler Klinik ein neues Profil gab.“*

Prof. Bauer weiter: *„1989 hat er als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie auf dem von ihm geleiteten Jahreskongress in München mit seinem Leitthema „Chirurgischer Fortschritt und Lebensqualität“ die Nutzung neuer Technologien und eine wissenschaftlich strukturierte Betrachtung der Lebensqualität in eine besondere kritische Beziehung gesetzt mit der Forderung, in klinischen Studien darauf evidenzbasierte Antworten zu finden.“*

1925 in Gütersloh geboren, absolvierte Hamelmann seine Schulzeit in Kolberg in Pommern an der Ostsee und ging zur Schule gemeinsam mit Karl Hempel. Danach studierte er in Kriegszeiten in Prag und Berlin und schloss sein Studium schließlich in Münster ab. Danach widmete er sich der allgemeinen medizinischen Ausbildung bis seine spätere

Frau Ingrid eine Übernahme in die wissenschaftliche Chirurgie unter Rudolf Zenker in Marburg vermittelte. Mit diesem ging Hamelmann 1958 nach München und war damit ein Mitglied einer der angesehensten Chirurgenfamilien nach dem 2. Weltkrieg. 1968 erhielt er nach entsprechenden Vorarbeiten in München einen Ruf nach Marburg und baute dort das Institut für theoretische Chirurgie mit W. Lorenz und H. Troidl auf. 1978 folgte er einem Ruf nach Kiel und nahm Hans Troidl mit. Mit der Schaffung eines Institutes für theoretische Chirurgie noch in Marburg hat er durch eine chirurgische Studienkultur und die Messung der Lebensqualität nach chirurgischen Eingriffen in Deutschland entscheidende Impulse gegeben. Dazu Auszüge aus seiner Präsidentenrede auf dem von ihm in München geleiteten 106. Deutschen Chirurgenkongress 1989: *„Die Entscheidung, ob eine Operation notwendig ist oder nicht, ist bei klarer Indikationsstellung einfach. Die Frage aber, ob sie dem Wohle des Patienten dient, ist primär nicht immer zu beantworten. Um hierüber Aussagen machen zu können, genügen nicht die üblichen Bewertungsmaßstäbe, die zum Beispiel bei der Krebstherapie zugrunde gelegt werden und sich auf die biologischen Parameter Lebensqualität, Überlebenszeit und Rezidiv beziehen.“*

Er wies besonders auf die Bedeutung der Lebensqualität nach solchen Eingriffen hin und hat damit ein in herkömmlichen medizinischen und chirurgischen Lehrbüchern bis dato nicht vorkommendes Element, nämlich die körperliche, psychische und soziale Dimension, hinzugefügt.

Im Jahr 1978 wurde Prof. Hamelmann auf den Lehrstuhl für Chirurgie in Kiel berufen. Dies bedeutete einen radikalen Schnitt zum

Vorgänger Prof. Löhr. Unter Hamelmann entwickelte sich die Chirurgie bedeutsam, vor allen Dingen aus einer rein praxisorientierten Ausbildung und Förderung. Die Ausbildungsstätte, die zuvor auf perfekte Operationen ausgerichtet war, wurde in eine Forschungsklinik umgewandelt. Neue Verfahren wurden jeweils nach Prüfung in kontrollierten Studien eingeführt.

Im 19. Jahrhundert waren von Langenbeck und Esmarch sowohl national wie international bekannte Chirurgen. Danach ist die Klinik unter Helfrich, Anschütz, Fischer, Warnke und Löhr eine Ausbildungsstätte für perfekte Operationstechnik gewesen.

Die lokale Behandlung der Patienten war hervorragend aber internationales Niveau haben die Kieler Chirurgen bis zum Eintritt von Hamelmann in die chirurgische Klinik nicht erarbeitet. Die Assistenten konnten früher jeweils auf das perfekte Niveau des Chefs hinsichtlich Operationen ausgebildet werden. Einzige Ausnahme dürfte Anschütz – Schüler und Schwiegersohn des Krakauer Chirurgen Mikulicz – gewesen sein, unter dem die Osteosynthese-Entwicklung durch Küntscher ein internationales Renommee hätte erreichen können – aber diese Entwicklung fiel in die Zeit des Dritten Reiches und Deutschland hatte zu der Zeit seine Auslandskontakte gekappt.

Als Hamelmann nach Kiel kam hat er sich sowohl bei Patienten wie bei Kollegen ein

hohes Renommee erarbeitet und dafür gesorgt, dass diese Klinik klinisch und wissenschaftlich international bekannt wurde. Die hohe Akzeptanz, die Hamelmann in Kiel erfahren und sich erarbeitet hat, hat auch dazu geführt, dass er zu der Frage, ob er nach München zurückkehren würde, sich entschied in Kiel an der Ostsee in Erinnerung an seine Kolberger Zeit zu bleiben. Er erhielt in dieser Zeit auch das Bundesverdienstkreuz. Das Renommee der Kieler Klinik erreichte unter Hamelmann ein Niveau, das aus der Kieler Klinik auch Lehrstuhlbesetzungen durch seine Schüler möglich waren (zweiter Chirurgischer Lehrstuhl in Köln und Lehrstuhl in Würzburg). Das war früher nie gelungen. Zu den aus München mitgebrachten Kontakten zu italienischen, österreichischen, schweizer und französischen sowie Chirurgen aus den Benelux-Ländern kamen im Marburg engere Kontakte mit Chirurgen in Großbritannien (z. B. Goligher) und Kontakte zu Chirurgen in den USA (Skimmer) hinzu. In der Kieler Zeit fand er enge Kontakte zu japanischen Kollegen (Hiki u. s. w.) vor. Zusätzlich wurden enge Verbindungen zu skandinavischen Chirurgen geknüpft (Nils Kock und Laif Hulten – Schweden), sowie osteuropäischen Chirurgen (z. B. Goral – Polen).

Unter Hamelmann wurden so bedeutsame Entwicklungen wie Antibiotika- und Thrombose-Prophylaxe erarbeitet und in der Klinik umgesetzt und haben inzwischen eine

weltweite Verbreitung gefunden. Außerdem wurden operative aktuelle Maßnahmen wie z. B. die Stapler Chirurgie, also Chirurgie mit technischen Hilfsmittel ausgebaut. Sie sind auch Grundlage für die Weiterverbreitung der minimalinvasiven Chirurgie gewesen. Die minimalinvasive Chirurgie wurde ursprünglich von Kurt Semm, einem Gynäkologen, in Kiel entwickelt, dann aber auf chirurgische Belange durch die Hamelmann-Klinik umgesetzt und hat inzwischen eine weltweite Verbreitung gefunden.

Als Hamelmann 1991 sein Ordinariat in Kiel aus Altersgründen beendete hinterließ er eine wohlgestaltete chirurgische Klinik. Er selbst war nicht nur ein hervorragender Chirurg, sondern hat sich auch als Persönlichkeit durch Hilfsbereitschaft, soziale Verantwortung und Bescheidenheit ausgezeichnet. Er lebte nach 1991 noch viele Jahre in Kiel in seinem Haus in Suchsdorf und zog erst kurz vor dem Tode zu seinem jüngsten Sohn in die Gegend von Bielefeld.

Wir denken an Professor Hamelmann als eine überragende Persönlichkeit mit vielen Vorbild-Eigenschaften.

Prof. Dr. med. Prof. h. c. Arnulf Thiede

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr Prof. Dr. med. Christoph Hottenrott, Frankfurt/M.

Herr Dr. med. Volker Weber, Karlsfeld

Herr Dr. med. Albrecht F. Jülch, Münchweiler

***21.03.1942 †09.08.2024**

***11.05.1939 †06.09.2024**

***29.09.1937 †05.07.2024**

Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

**Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie dankt Spendern,
die mit ihren Bausteinen zur Ausgestaltung und zum Unterhalt
des Langenbeck-Virchow-Hauses beigetragen haben.**

BAUSTEIN IN GOLD

Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen
Herr Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Peiper, Göttingen
in memoriam Prof. Dr. med. Herbert Peiper, Berlin und Mainz
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karl-Walter Jauch, München
in memoriam Prof. Dr. med. Georg Heberer, München
Herr Prof. Dr. med. Reiner Gradinger, München
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.
in memoriam Prof. Dr. med. Jens Witte
AO Deutschland, Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen,
Berlin
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Axel Haverich, Hannover
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Markus Büchler, Heidelberg
DGTHG – 1971 mit Dank an die Gründungsmitglieder
Herr Prof. Dr. med. Joachim Jähne, Hannover
in memoriam Manfred und Helmi Jähne, Essen
Herr Prof. Dr. med. Uwe Klinge, Aachen
Herr Prof. Dr. med. Erhard Kiffner, Karlsruhe
in memoriam Prof. Dr. med. W. Brendel, Prof. Dr. med. R. Zenker,
Dr. med. R. Kiffner
AIOD Deutschland e. V., Düsseldorf
Familie und Freunde Dr. Schreiter, Hamburg
in memoriam Dr. med. Friedemann Schreiter
Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau, Bochum
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und
Ästhetischen Chirurgen e.V.
Herr Dr. med. Ernst Derra und Frau Dr. med. Hildegard
Derra-Henneke, Düsseldorf und München
in memoriam Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Ernst Derra, Düsseldorf

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Roland Hetzer, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Roderich Schwarz, Bristol, Indiana, USA
in memoriam Prof. Dr. med. Wilhelm Müller, Rostock und
Prof. Dr. med. Egbert Schwarz, Erfurt
Herr Prof. Dr. med. Jürgen Ennker und
Frau PD Dr. med. Ina Carolin Ennker, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Henning Putzki, Hannover
in memoriam
Prof. Dr. Peter-Christian Alnor, Braunschweig
Prof. Dr. Horst Heymann, Hannover
Vereinigung Niederrheinisch- Westfälischer Chirurgen
Herr Dr. med. Wolfgang Schneider
In Erinnerung an
Univ.-Prof. Dr. med. Hermann Bunte
gestiftet von 52 Schülern und Weggefährten aus der Zeit von 1973
bis 1996 an der Chirurgischen Universitätsklinik Münster
in dankbarer Wertschätzung und Bewunderung für ihren
Ideengeber und Mentor
Herr SR Dr. med. Rudolf Jakob Peter Blandfort, Friedrichsthal
(2 Bausteine)
Herr Prof. Dr. med. Reinhard Friedrich Gustav Hoffmann, Frankfurt/Main
Herr Dr. med. Jochen Reichmann, Herford
in memoriam Prof. Dr. med. Joachim Reichmann, Halle/Saale
Herr Prof. Dr. med. Günther Winde, Herford

BAUSTEIN IN SILBER

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

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

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

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

BAUSTEIN IN BRONZE

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

Herr Dr. med. Ingolf Hoellen, Backnang
 Herr Dr. med. Konrad Prenner, Salzburg
 Herr Dr. med. Radovan Stojanovic, Kassel
 Herr Dr. med. Jörg Kluge, Erfurt
 in memoriam Dr. med. habil Werner Kluge, Dresden
 Herr Prof. Dr. med. Gerd Meißner, Bernburg
 Herr Dr. med. Roland Kluge, Dresden
 in memoriam Dr. med. habil. Werner Kluge, Dresden
 Frau Dr. med. Ricarda E. Sieben, Braunschweig
 Herr Dr. med. Peter Gilsdorf, Mainz
 Herr PD Dr. med. Friedrich Thielemann, Villingen-Schwenningen
 Herr Dipl.-Ing. H. - F. Bär, Werl
 Herr Dr. med. Albert Schreiber, Neumarkt
 in memoriam Dr. med. Claus Wiedmann
 Frau Dr. med. Waltraud von Kothén, Tegernsee
 Herr Dr. med. Jürgen Friedrich, Essen
 Herr Dr. med. Arnd Siegel, Stade
 in memoriam Prof. Dr. med. Rudolf Nissen
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke, Plettenberg
 in memoriam Prof. Dr. med. E.H. Farthmann
 Saarländische Chirurgenvereinigung e.V., Saarbrücken
 Herr Dr. med. Johannes Zeller, Laufenburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Manfred Schmolke, Düsseldorf
 Herr Prof. Tomislav Stojanovic
 Dr. med. Radovan Stojanovic, Wolfsburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Heinz Becker, Göttingen
 Herr Dr. med. Jürgen Benz
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Joachim Streicher
 Frau Dr. med. Frauke Eleonore Meyer-Wigro, Bielefeld
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Berger, Deutschlandsberg

Herr Prof. Dr. med. Roland Eisele, Göppingen
 Herr Dr. Joachim Casper, Überlingen
 Herr Dr. med. Thomas Friess
 in memoriam Prof. Dr. med. Klaus Reichel
 Herr Dr. med. Arne Bautz, Kiel
 Herr Dr. med. Jochen Peter, Mainz
 Herr Dr. med. Martin Pöllath, Sulzbach-Rosenberg
 Herr Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski, Magdeburg
 Herr Dr. med. Kurt Zimmermann, Lauterbach
 Herr Dr. med. André Stoberneck, Kleve
 in memoriam PD Dr. med. Claus Engelmann
 Herr Prof. Dr. med. Thomas Riemenschneider, Bonefeld
 Herr Wolfgang Johannes,
 Firma Medtronic, in Würdigung seiner Verdienste in mehr als
 30 Jahren um die chirurgische Ausbildung
 Herr Prof. Dr. med. Gerd Meißner, Bernburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Dietrich Röher, Düsseldorf
 in memoriam G. Horeysek, C. D. Stahlknecht, R. A. Wahl
 Herr Dr. med. Marc-Ulrich Helber, Bad Boll
 Die Chirurgeninnen e.V.
 Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karsten Vilmar, Bremen
 in memoriam Prof. Dr. med. Wilhelm Rieder
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Ingolf Vogt-Moykopf

Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Werner Maaßen
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Albrecht Encke
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Bartel
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Heikki Toomes
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. Joachim Hasse
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. Heinz Neef
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Mikhail Perelman
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. Pál Keszler
 Herr Dr. med. Jürgen Hofmann, Innsbruck
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans Lorenz Lindenmaier
 Herr Dr. med. Jürgen Hofmann, Innsbruck
 in memoriam Prof. Dr. med. Volker Bühnen
 Herr Dr. med. Jürgen Hofmann, Innsbruck
 in memoriam Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Jörg Rüdiger Siewert

PROFESSOR TIM GLOWKA



ZUM LANDESVERBANDSVORSITZENDEN NIEDERSACHSEN GEWÄHLT

Der BDC sowie der Landesverband BDC|Niedersachsen gratulieren Prof. Dr. Tim R. Glowka, Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie in Braunschweig, herzlich zu seiner Ernennung zum Vorsitzenden des Landesverbands BDC|Niedersachsen. Die Wahl fand Anfang November bei der Jahresversammlung der Landesverbände BDC|Niedersachsen und BDC|Bremen in Braunschweig statt. Bei der gut besuchten Veranstaltung hielten Experten Fachvorträge unter anderem zu Themen der Berufspolitik, unfallchirurgischen Fällen, Tumorchirurgie und Hybrid-DRG.

Mehr dazu auf www.bdc.de in der Rubrik „BDC|News“.

RÜCKBLICK AUF DEN DKOU 2025



Im Oktober fand in Berlin der Deutsche Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) statt. Wie jedes Jahr war der BDC mit einem Stand vor Ort und stand Mitgliedern und Interessierten für den Austausch zur Verfügung. Vorstand, Geschäftsführung und BDC-Mandatsträger:innen leiteten Sitzungen und engagierten sich mit Vorträgen. Die Sitzung „Vorbereitung auf die Niederlassung“, unter anderem organisiert vom Jungen Forum O und U war restlos ausgebucht. Niederlassungswillige Fachärzt:innen der Orthopädie und Unfallchirurgie erhielten hier wertvolle Informationen zur Vorbereitung auf die eigene Praxis.

Am Donnerstag gab BDC-Geschäftsführerin Dr. Friederike Burgdorf bei der Sitzung „Chirurgie und Assistenzberufe“ interessante Einblicke in die Entwicklung und Bedeutung der Assistenzberufe an Klinik und in der Praxis.

Ebenfalls am Donnerstag beschäftigen sich die Referentinnen und Referenten, BDC-Vizepräsident Dr. Jörg-A. Rüggeberg, Professor Benedikt Braun und Dr. Annika Hättich, mit dem wichtigen Thema „Der chirurgische Lebensweg – Nachwuchs begeistern, gewinnen, entwickeln und halten“. Moderiert wurde die Sitzung von BDC-Vizepräsident Dr. Peter Kalbe.

Der DKOU in Bildern auf www.bdc.de in der Rubrik BDC|News.



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

Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2025

Hans-Joachim Meyer



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

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit lade ich Sie satzungsgemäß zur Mitgliederversammlung des BDC ein.

Zur Vereinfachung der Organisation bitte ich Sie, Ihre gültige Mitgliedskarte zur Überprüfung der Legitimation vorzulegen.

Für Mitglieder bietet der BDC-Justitiar, Dr. Jörg Heberer, am Freitag, 28. März 2025, 09:00 – 12:30 Uhr eine kostenlose Rechtsberatung am BDC-Stand an. Bitte melden Sie sich verbindlich via justitiar@bdc.de an.

Ich wünsche Ihnen eine angenehme Anreise.
Ihr

Termin: Freitag, 28. März 2025, 12:45 – 14:00 Uhr

Ort: Internationales Congress-Center
München, Saal 11,
Am Messesee, 81829 München

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

TAGESORDNUNG

TOP 1	Begrüßung	Meyer
TOP 2	Feststellung der Beschlussfähigkeit	Meyer
TOP 3	Genehmigung der Tagesordnung	Meyer
TOP 4	Bericht des Präsidenten	Meyer
TOP 5	Bericht des Schatzmeisters	Mayer
TOP 6	Antrag auf Entlastung des Vorstandes	
TOP 7	Bestellung eines Wahlleiters	
TOP 8	Nachwahl des Leiters des BDC-Fachreferates Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Matthias Schneider, DGMKG	
TOP 9	Bericht des Justitiars	Heberer
TOP 10	Aktuelles aus der Berufspolitik	Mitglieder des Präsidiums
TOP 11	Verschiedenes	



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

2024 – ein prägendes Jahr, das Überraschungen und Aufgaben für das kommende bereithält

Friederike Burgdorf

Wenn ein Beben die Gesundheitspolitik erfasst, begibt sich der BDC mit seinen Funktionsträgerinnen und -trägern mitten ins Geschehen, mit dem Ziel, mit anzupacken und die besonders für die Chirurgie relevanten Themen in die richtigen Bahnen zu lenken. Die Erkenntnis in diesem Jahr: Dranbleiben und laut werden. Ein Jahresrückblick von BDC-Geschäftsführerin Dr. Friederike Burgdorf.

Das Jahr 2023 begann bereits mit einem Knall: Die Einführung der Hybrid-DRG überfiel die Ärzteschaft, beschäftigte Kliniken und Praxen, was die technische Umsetzung betraf, und erhitzte die Gemüter bezüglich der Sinnhaftigkeit und Profitabilität. Vor allem für die niedergelassenen Chirurgeninnen und Chirurgen schlugen die Sachkosten zu Buche, die bei den H-DRG nicht ausreichend berücksichtigt werden. Auch die Aufteilung der Kosten mit anderen Beteiligten wie den Anästhesisten hat für Unruhe und teilweise Unmut unter den Fachgruppen geführt und auch die fehlende Möglichkeit, Schweregrade anhand von H-DRGs zu differenzieren, wurde kritisiert. Dadurch, dass BDC-Vorstand und engagierte Mandatsträger sich frühzeitig mit der Thematik auseinandergesetzt hatten, konnte der BDC rasch seine Mitglieder ins Bild setzen und in Richtung Politik, Verbände und Medien Stellung beziehen.

Währenddessen waren schon deutlich die Vorbeben der Krankenhausreform und der Ausarbeitung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) zu spüren. Bund und Länder stritten sich vor dem Gesetzzerlass um Auswirkungsanalyse, Geld und

die konkrete Umsetzung, während bereits Stück für Stück unrentable Krankenhäuser vom Netz gingen und gehen. Andere Häuser, beispielsweise in Nordrhein-Westfalen, dem Bundesland, das quasi als Blaupause für die Strukturreform gilt, arbeiten bereits nach den Vorgaben. Die Einteilung der Krankenhäuser in Versorgungsstufen und die Zuteilung von Leistungsgruppen wird bereits vorgenommen. Die Neustrukturierung wird also hier wohl am schnellsten zu bemerken sein, und wir beobachten die Entwicklung in NRW mit Spannung.

Die Krankenhausreform unter der Leitung von Bundesgesundheitsminister Professor Karl Lauterbach ist ein dickes Brett, das es an verschiedenen Stellen zu bearbeiten gilt. Der BDC hat insbesondere sehr kritisch die Berücksichtigung der fachärztlichen Weiterbildung beobachtet. Wir haben dabei festgestellt, dass dieses Thema im Referentenentwurf von Anfang an weitestgehend ignoriert wurde und immer noch stiefmütterlich behandelt wird. Mitgliedern des Bundestags und dem Gesundheitsausschuss liegen inzwischen zwei Stellungnahmen von Seiten des BDC vor, in denen der Verband die gesicherte Finanzierung der fachärztlichen Weiterbildung fordert und Vorschläge zur Umsetzung macht. Die Weiterbildungskommission Chirurgie, bestehend aus Mandatsträger:innen von BDC, DGCH und den chirurgischen Fachgesellschaften, hat ebenfalls ein Positionspapier herausgebracht und Stellung bezogen sowie Forderungen formuliert. Bei Vorträgen und Veranstaltungen weisen unsere Verbandsvorstände und -mitglieder unermüdlich auf



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

die Wichtigkeit hin, den chirurgischen Nachwuchs zu fördern und zu halten und dass hierfür ganz entscheidend eine gut strukturierte, für alle auskömmlich finanzierte und qualitativ hochwertige Weiterbildung gehört. Mit Pressemitteilungen erhöhen wir den Druck auf der medialen Ebene. Unser Engagement scheint inzwischen Früchte zu tragen. Die Finanzierung der Weiterbildung ist tatsächlich als zu lösende Aufgabe im Bundesministerium angekommen und hat noch kurz vor der Verabschiedung im Bundestag Eingang in das KHVVG gefunden, zumindest für den stationären Bereich.

Parallel zu dieser Entwicklung findet die Reform der Notfallversorgung statt. Durch Vorhaltepauschalen und Zuschläge gemäß KHVVG soll sie in Zukunft immerhin finanziell besser ausgestattet werden. Zum eigentlichen Gesetzesentwurf hat der BDC gemeinsam mit der DGCH, weiteren Fachgesellschaften und dem BVOU im Juli Stellung genommen und klare Bedingungen formuliert, unter denen die Reform erst erfolgreich umgesetzt werden kann. Das Ziel einer besseren Patientensteuerung in die jeweils angemessene Versorgungsebene unterstützt der BDC. Wir rechnen damit, dass das Gesetz erst in der nächsten Legislaturperiode in Kraft treten wird.

Einen Lichtblick können wir für alle Poolärztinnen und -ärzte vermelden: Das Problem ihrer Sozialversicherungspflicht im ärztlichen Notdienst scheint seit August 2024 vom Tisch. Die Deutsche Rentenversicherung Bund und der GKV-Spitzenverband haben sich diesbezüglich geeinigt. Die Bedingungen, die Ärzte erfüllen müssen, um im Bereitschaftsdienst als Selbstständige zu gelten, stehen fest. Knackpunkt hier war der Kostenersatz durch die Ärzte für die Bereitstellung von Raum und Personal seitens der KV. Im Vorfeld der Entscheidung hatte der BDC nach dem ersten Urteil des Sozialgerichts reagiert und klare Regeln gefordert.

Zu weiteren heftigen Eruptionen von Seiten zahlreicher ärztlicher Berufsverbände führte im Herbst die Veröffentlichung der mit der PKV konsentierten GOÄ-Reform von Seiten der Bundesärztekammer. BDC-Vorstand und Geschäftsführung wandten sich mit einer

schriftlichen Stellungnahme und der Bitte um weiteren Dialog zur Klärung der Kritikpunkte an BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt. Auch im BDC führten Mitglieder und Mandatsträger untereinander hitzige Gespräche. In einer Sitzung des Referats der niedergelassenen Chirurginnen und Chirurgen übten die Teilnehmenden scharfe Kritik an den deutlichen Abwertungen vor allem komplexer operativer Leistungen im Vergleich zur früheren ärzteigenen Version. Anhand einer vorgegebenen Matrix errechneten sie einzelne Fallkonstellationen und identifizierten dadurch dringend notwendige Anpassungen. Dieser Prozess soll alle häufig durchgeführten chirurgischen Leistungen im niedergelassenen Bereich umfassen und Ende November abgeschlossen sein. Zusammen mit den Rückmeldungen aus den stationär tätigen operativen Bereichen hat der BDC damit eine substanzielle und durch Beispielrechnungen unterstützte Grundlage für die zugesagten weiteren Gespräche mit der Bundesärztekammer. Alle Beteiligten hoffen sehr, dass sie auf dieser Basis zu einem guten Ergebnis kommen werden.

Wo bleibt eigentlich der von Bundesgesundheitsminister Lauterbach für diesen Herbst angekündigte Bürokratieabbau? Wir sind ihm jedenfalls zuvorgekommen und haben dieses Jahr noch eine Umfrage an unsere Mitglieder zum Thema geschickt. Damit wollen wir die Diskussion rund um die Bürokratie in der Medizin anregen und um die chirurgische Perspektive ergänzen. Bitte helfen Sie uns, die Forderungen der Chirurgie auf den Punkt zu bringen und beantworten auch Sie unsere Fragen durch Teilnahme an der Umfrage.

Abseits des politischen Rüttelns sind wir mit unseren eigenen Projekten vorangekommen: So konnte das Nachwuchsreferat des BDC nach langer, intensiver Arbeit im Herbst dieses Jahres eine neue Weiterbildungsbrochure „Faszination Chirurgie“ präsentieren, die ab sofort an relevanten Orten und an Interessierte verteilt wird. „Faszination Chirurgie“ beinhaltet gut strukturiert alle Inhalte, die Medizinstudierende kennen müssen, um gut auf das Fach Chirurgie und die chirurgische Weiterbildung eingestimmt zu sein. Die Autorinnen und Autoren lassen in der Brochure ihre Begeisterung an dem Fach spüren.

Burgdorf F: 2024 – ein prägendes Jahr, das Überraschungen und Aufgaben für das kommende bereithält. Passion Chirurgie. 2024 Dezember; 14(12/IV): Artikel 07_03.



Alle News aus dem BDC finden Sie auf
BDC|Online unter der Rubrik BDC|News.

Damit ist sie auch ein Motivator für diesen herausfordernden und bereichernden Beruf.

Ein Fels in der Brandung beim BDC ist die jährliche Ausrichtung der Veranstaltung „Staats-examen und Karriere“, dem Abschlusstraining zur Vorbereitung auf das Staatsexamen für Chirurgie und Innere Medizin. Die gut besuchten Veranstaltungen erhalten regelmäßig positives Feedback: „Die Fortbildung hat mir vor allem die Angst genommen und gezeigt, dass man viel aus den letzten Jahren schöpfen kann und sich nicht allzu viele Sorgen machen muss. Sie hat toll Lernstrategien für die Prüfung veranschaulicht.“ Anhand dieser Rückmeldung können wir sagen: Ziel erreicht!

Die BDC-Akademie hat ihr Jahresprogramm 2025 fertig gestellt und bietet wieder ein breites und fundiertes Fortbildungsprogramm für alle Karrierestufen, sowie für Chirurginnen und Chirurgen in Klinik und Praxis. Schauen Sie rein, es ist wie immer konkurrenzfähig, für Mitglieder kostengünstig und erweitert den chirurgischen Wissenshorizont enorm.

Zum Schluss eine Information in eigener Sache: Seit diesem Jahr motivieren wir BDC-Mitglieder, mit einer Marketing-Aktion in ihrem Kollegium für eine Mitgliedschaft im BDC zu werben. Als größter Chirurgieverband in Europa genießen wir Sichtbarkeit und können unseren Einfluss geltend machen. Nichtsdestotrotz müssen wir unsere Stärke durch Sie, unsere Mitglieder, bewahren und ausbauen, um schlagkräftig zu bleiben. Das heißt, dass BDC-Mitgliedern, die – meist aus Altersgründen – gehen, neue nachfolgen müssen, die sich bestenfalls engagieren und frische Perspektiven in den Verband einbringen. Daher bitten wir Sie, sich an der Aktion „Mitglieder werben Mitglieder“ zu beteiligen. Ihr Engagement für den Verband wird belohnt: Für jedes erfolgreich geworbene Mitglied erhalten Sie ein nützliches Geschenk.

Alle diese Themen werden uns im kommenden Jahr begleiten. Unsere Aufgabe ist es, zu beobachten, zu priorisieren und vor allem: dranzubleiben. Für die Verbandsarbeit gilt heute außerdem noch etwas Anderes: In

einem Tornado müssen wir laut werden, um gehört zu werden. Dafür brauchen wir neue Methoden, um unsere Unterstützer und die Politik zu erreichen. Daher haben wir dieses Jahr eine Kreativkampagne entwickelt und an den Start gebracht, mit der wir auf die Situation der fachärztlichen Weiterbildung aufmerksam machen. Wir haben bisher hierfür viel Zuspruch erhalten und freuen uns über noch mehr Unterstützung. Unterschreiben daher auch Sie die die Kampagne begleitende Petition an das Bundesgesundheitsministerium, denn die Kampagne ist auch in Ihrem Sinne und für den Fortbestand einer finanziell gesicherten und qualitativ hochwertigen chirurgischen Weiterbildung wichtig! Herzlichen Dank.

Schließen möchten wir mit unserem Leitsatz für das Wahljahr 2025: *Den Willen zu Veränderungen begrüßen, für die eigenen Werte und Interessen mit Nachdruck eintreten.*

Ihre
Friederike Burgdorf



KEIN WEITER OHNE BILDUNG.

GIB DEM ÄRZTLICHEN NACHWUCHS DEINE STIMME FÜR EINE GESICHERTE WEITERBILDUNG!

WWW.CHANGE.ORG/WEITERBILDUNG

UNTERSCHREIBE JETZT!





SURGEONTALK

Der BDC | Podcast



WIR PRÄSENTIEREN SURGEON TALK

**Chirurgisches Wissen
auf den Punkt.**

www.surgeontalk.de



PANORAMA

Medizin- Geschichte



Korrespondierender Autor:
Prof. Dr. med. Guido Schumacher
 Abteilung für Chirurgie
 Krankenhaus Brixen/Sterzing
 Dantestraße 51
 39042 Brixen (BZ)/Italien
guido.schumacher@sabes.it



Eraldo Camillo Dehò
 Abteilung für Chirurgie
 Krankenhaus Sterzing
 St.-Margarethen-Str. 24
 39049 Sterzing (BZ)/Italien
ecdeho@gmail.com

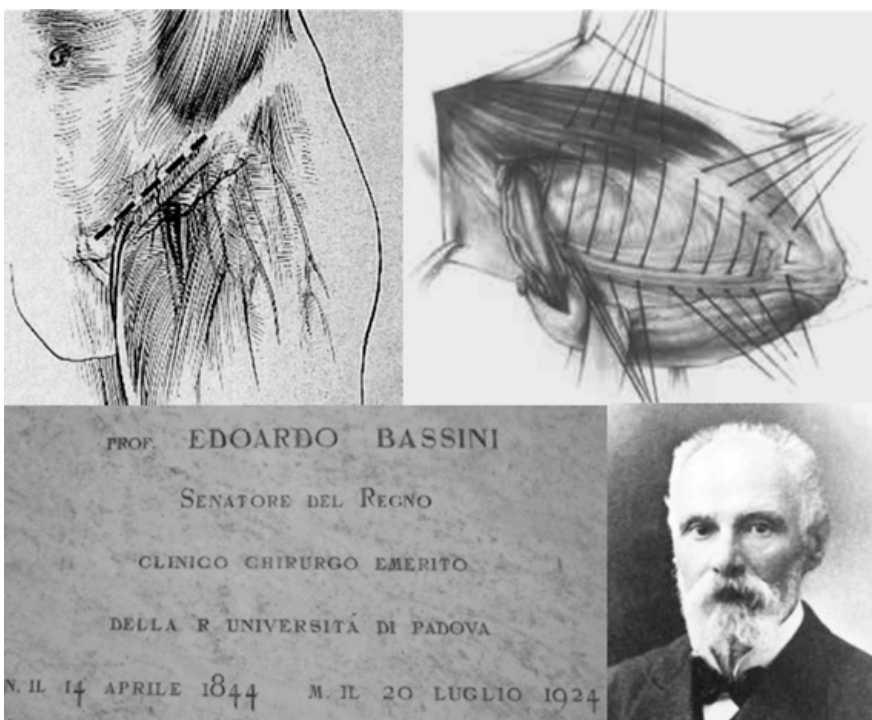
Dehò EC, Schumacher G: Zum Hundertsten Todestag von Prof. Dr. Edoardo Bassini. *Passion Chirurgie*. 2024 Dezember; 14(12/IV): Artikel 09_01.



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

Zum hundertsten Todestag von Prof. Dr. Edoardo Bassini

Eraldo Camillo Dehò, Guido Schumacher



Prof. Dr. Edoardo Bassini
Chirurg, Patriot, Philanthrop
 (*14. April 1844 † 19. Juli 1924)

Edoardo Bassini wurde am 14. April 1844 in Pavia als Sohn einer wohlhabenden Gutsbesitzerfamilie geboren. 1866 schloss er sein Studium der Medizin und Chirurgie an der Universität von Pavia mit Auszeichnung ab. Sein vollständiger Name war Pietro Francesco Odoardo, der später in Edoardo geändert wurde. Er wuchs in einer Atmosphäre des glühenden Patriotismus auf, unter anderem

hatte er einen Onkel namens Angelo, einen glühenden Garibaldianer.

LEBEN UND LEID ALS SOLDAT

Nachdem er sein Studium der Chirurgie unterbrochen hatte, meldete er sich als Privatsoldat bei den „Cacciatori delle Alpi“, um aktiv am Dritten Unabhängigkeitskrieg



teilzunehmen. Als er sich meldete, verheimlichte er jedoch, dass er Arzt war, um nicht in einem Feldlazarett eingesetzt zu werden. Im Oktober 1867, nach der bitteren Enttäuschung über den Ausgang des Krieges, gehörte er zu einer Gruppe junger Patrioten unter der Führung der Brüder Cairoli (Enrico und Giovanni), die die Befreiung Roms vom Temi-Gebiet aus versuchen wollten. Am 23. Oktober 1867 kam es auf dem Parioli-Hügel, in der Nähe der Villa Glori, zu einem Zusammenstoß mit der päpstlichen Armee, bei dem diese überwältigt wurde. Enrico Cairoli wurde schwer verwundet und starb in den Armen seines Bruders, während Bassini eine Bajonettwunde in der rechten Leistengegend erlitt und gefangen genommen wurde.

Zunächst wurde er in ein französisches Feldlazarett eingeliefert, später wurde er unter Arrest in das St. John's Hospital verlegt, wo er nach einer Sepsis mit dem Auftreten einer enterocutanen Fistel mehrere Monate blieb. Während seines Aufenthalts erhielt er auch einen Besuch von Papst Pius IX. Befreit, aber noch nicht geheilt, kehrte er im Dezember 1868 nach Pavia zurück und wurde von seinem Lehrer Prof. Luigi Porta betreut.

BERUFLICHE KARRIERE

Nach seiner endgültigen Genesung im Mai 1869 kehrte er an die Universität zurück und wurde zum zweiten Assistenten des Direktors der Chirurgischen Klinik ernannt. Auf Anraten seines Lehrers begann er, durch Europa zu reisen und die renommiertesten chirurgischen Schulen jener Zeit zu besuchen. Im Einzelnen waren es Theodor Billroth in Wien, Bernhard Langenbeck in Berlin und Johann von Nussbaum in München. Stark angezogen von den Mitteilungen über Studien zu Mikroorganismen und Sepsis, reiste er auch nach Großbritannien, um mit Joseph Lister und Sir Thomas Spencer-Wells zusammenzuarbeiten, die als erste Fenol als antibakterielle Mittel einsetzten.

Als er 1874 nach Pavia zurückkehrte, wurde er zum ersten Assistenten von Prof. Luigi Porta ernannt und 1875 erhielt er einen Lehrauftrag an der Freien Universität. Im selben Jahr starb sein Mentor, aber er war auch zu jung, um den Wettbewerb um den Lehrstuhl zu gewinnen, der an Enrico Bottini vergeben wurde. Er kehrte nach England zurück, um seine Studien bei Lister fortzusetzen.

1878 wurde er als Dozent für klinische Chirurgie an die Universität Parma berufen, wo er zwei Jahre lang blieb und später Chefarzt des Krankenhauses von La Spezia wurde. Dort konzentrierte er sich auf das Studium der Leistengegend und der Hernien, während sein Ansehen enorm wuchs. Gleichzeitig nahm er an Wettbewerben für die Professuren für Chirurgie an den Universitäten von Neapel, Genua und Parma teil, und obwohl er der Gewinner der Wettbewerbe war, wurde ihm aufgrund einer vulgären Intrige nur die Professur in Parma angeboten, die er jedoch ablehnte und in La Spezia blieb. Später erhielt er den Ruf auf den Lehrstuhl für spezielle chirurgische Pathologie in Padua, den er am 9. November 1882 antrat. Ab dem 3. Mai 1888 wurde er zudem für den Lehrstuhl für klinische Chirurgie benannt.

CHIRURGISCHE LEISTUNGEN

Am 23. Dezember 1884 führte er seine erste Hernienplastik durch und nahm in den folgenden drei Jahren weitere 41 Operationen an 38 Patienten vor. Seine erste Fallbeschreibung präsentierte er auf dem Nationalen Kongress der Italienischen Gesellschaft für Chirurgie (Società Italiana di Chirurgia) im Jahr 1887 in

Genua. Die Gesellschaft wurde kurz zuvor, am 3. April 1882 in Rom auf Initiative von sieben Universitätschirurgen gegründet. In einer späteren Präsentation wurde über 262 Leistenoperationen bei 216 Patienten mit einer vollständigen Nachsorge berichtet. Bei unkomplizierten Verläufen lag die Mortalität bei 0 % und die Rezidivrate bei 3 % (n = 7). Die Wundinfektionsrate belief sich auf 4 %.

Dies waren besonders günstige Ergebnisse im Vergleich zu den Daten der Billroth-Klinik, die eine Sterblichkeitsrate von 6 % und Rezidive von über 33 % beschrieb.

Bassini veröffentlichte nur sechs Artikel über seine Technik im Zeitraum von 1887 bis 1894, drei auf Italienisch und drei auf Deutsch, während er 1889 sein grundlegendes Werk über Hernien mit 106 Seiten veröffentlichte, ein Werk, das 1937 in Padua von seinem Schüler Attilio Catterina neu aufgelegt wurde. Bassinis Zögern, seine Technik zu veröffentlichen, führte zu einer modifizierten Anwendung dieser Technik mit Fehlern bei der Interpretation und Durchführung der Operationen. Erst 1899, als der amerikanische Chirurg Willys Andrew (Chicago) Bassinis Klinik in Padua besuchte, ihn operieren sah und seine Erfahrungen nach seiner Rückkehr in die Vereinigten Staaten veröffentlichte, wurde die korrekte Technik in den USA verbreitet.

Bassini leistete nach den Aussagen seiner Schüler auch in anderen Bereichen der Chirurgie persönliche und originellen Beiträge, der jedoch aufgrund seines schüchternen und introvertierten Charakters nicht veröffentlicht wurde. Die Berichte wurden relativiert oder im Namen seiner Schüler veröffentlicht.

So soll beispielsweise die Schilddrüsenchirurgie zuerst von Bassini durchgeführt worden sein, obwohl sie Kocher zugeschrieben wurde. Die subtotale Hysterektomie, die weltweit unter anderen Namen bekannt ist, scheint ebenfalls zuerst von ihm durchgeführt

worden zu sein. Auch die skapulothorakale Amputationstechnik mit primärer Ligatur der Arteria Subclavia, die ileokolische Resektion, die Nephropexie der Wanderniere und andere gehen auf ihn zurück.

Die von Bassini vorgeschlagene neue Technik zur „radikalen Behandlung des Leistenbruchs“ wurde zwar in ihren Grundsätzen wie die anatomische Rekonstruktion der Schichten der Leistengegend akzeptiert, doch wurde sie zunächst vor allem von nordamerikanischen Chirurgen wie William Steward Halsted im Hinblick auf die Methode der Rekonstruktion der hinteren Wand angefochten. Sie waren der Ansicht, dass die Inzision der Fascia transversalis für die Rekonstruktion der „dreifachen Schicht“ nicht indiziert und nicht notwendig sei, aber später folgten auch sie den Prinzipien von Bassini mit der Positionierung des Samenstrangs ventral der Aponeurose des Musculus obliquus externus, d. h. im Subcutanraum (Halsted). Die Technik von Halsted, die als Variante der Bassini-Technik gedacht war, sah vor, die „Dreifachschicht“ nicht mehr am unteren Rand des Leistenbandes, sondern am Ligamentum Cooper zu vernähen.

1940 schlugen Anson und McVay eine weitere Modifikation von Halsted vor, indem sie vor der „Dreilagena“-Naht einen kurzen Längsschnitt entlang des seitlichen Randes der Faszie des vorderen Musculus rectus vornahm, um die Spannung auf die Nahtlinie zu verringern. In Italien ist Halsteds Variante der Bassini-Technik auch als „Bassini second way“ bekannt.

DER MENSCH BASSINI

Zum Menschen Edoardo Bassini ist zu sagen, dass er ein schüchterner, introvertierter Mann mit einer faszinierenden Persönlichkeit war, die psychologisch schwer zu fassen ist. Er war ein bescheidener, großzügiger Mann, dem Geld überhaupt nicht wichtig war. Neben der Chirurgie waren seine Leidenschaften die

Landwirtschaft, das Schwimmen, die Berge und das Reiten. Er kaufte ein 300 Hektar großes landwirtschaftliches Anwesen im Dorf Vigasio in der Provinz Verona, welches er in 18 Parzellen aufteilte und an seine Bauern verschenkte, für deren Familien er zuvor auch Häuser gebaut hatte. Er lehrte sie in Anbausystemen der Lombardei und vor allem, wie sie sich gegen Malaria schützen konnten.

Am 15. Mai 1904 wurde er zum Senator des Königreichs ernannt und trat der Senatsfraktion der Liberaldemokraten, später der Demokratischen Union bei. Er war auch Mitglied der Akademie der Wissenschaften und Träger zahlreicher Ehrungen, die er zwischen 1886 und 1900 erhielt.

In der Zwischenzeit gründete einer seiner Schüler, Prof. Preto, in Mailand ein kleines Krankenhaus zur „Heilung von armen Hernien“. Später, noch zu Lebzeiten, schenkte Bassini der Stiftung seinen gesamten Besitz, einschließlich des Vigasio-Anwesens, wobei er sich lediglich das Wohnrecht vorbehielt. Das heutige, nach ihm benannte Krankenhaus befindet sich in der Stadt Cinisello Balsamo an der Grenze zwischen den Provinzen Mailand und Monza Brianza. Edoardo Bassini starb plötzlich am 19. Juli 1924 in Vigasio und ruht in der Familiengruft in Pavia.

LITERATUR

- [1] Adelman C.V. Medizinisch-chirurgische Beobachtungen, gemacht auf einer Reise nach Italien 1881–1882 (Berl.Klin.Woch. 1883, Nr. 22)
- [2] Historisches Archiv des Senats der Italienischen Republik
- [3] Austoni A. La vita e le opere di E. Bassini (Bologna, Cappelli, ed 1922)
- [4] Bassini E. La terra ai contadini Seganini (Pavia 1919)
- [5] Cairoli G. Spedizione dei Monti Parioli (Mailand 1878 Nachdruck)



BILDERRÄTSEL



AND THE WINNER IS ...

S. Krüger aus Dresden

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

AUFLÖSUNGEN 2024

AUSGABE I/2024

WIRBELSÄULE



AUSGABE II/2024

FROZEN SHOULDER



AUSGABE III/2024

GALLEINSTEIN

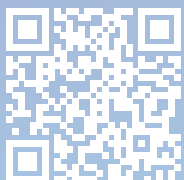


eRef

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.

TachoSil[®]
Blutstillung und
Versiegelung
in einem.



 **corzamedical**

TachoSil[®] Versiegelungsmatrix

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

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

Nebenwirkungen (Häufigkeit nicht bekannt): Anaphylaktischer Schock, Überempfindlichkeit, Thrombose, Darmverschluss (in der Bauchchirurgie), Adhäsionen, Bildung eines Fremdkörpergranuloms.

Weitere Warnhinweise: Nach Öffnen der äußeren Folie sofort verwenden. Nicht resterilisieren. Chargendokumentationspflichtig. **Inhaber der Zulassung:** Corza Medical GmbH, Speditionstraße 21, 40221 Düsseldorf, Deutschland. **Stand der Information:** 03/2023. **DE:** Verschreibungspflichtig. **AT:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten.

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

corza.com