

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

60 JAHRE BDC:
NACHWUCHSCHIRURGEN
MIT KLAREN ZUKUNFTS-
VORSTELLUNGEN

im Fokus

DERMATOCHIRURGIE
LAPPENPLASTIK

12 | IV | 2020

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



HERAUSGEBER

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

DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen,
Prof. Dr. med. Hauke Lang, Prof. Dr. med. Andreas Seekamp
Generalsekretär: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Schatzmeister: Prof. Dr. med. Jens Werner

BDC

Präsident: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
V.i.S.d.P.
Vizepräsidenten: Dr. med. Peter Kalbe,
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg

Justitiar: Dr. jur. Jörg Heberer, Berlin/München
Geschäftsführerin: Dr. med. Friederike Burgdorf

REDAKTION

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer (V.i.S.d.P.)
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Dr. med. Friederike Burgdorf
Katrin Kammerer (Tel: +49 (0) 30 28004-202 |
passion_chirurgie@bdc.de)

VERLAG

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

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

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

ABBILDUNGSHINWEISE

Teaserfotos von iStock oder von den Autoren.

ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

Passion Chirurgie erscheint monatlich als elektronische
Ausgabe (eMagazin via BDC|Mobile App über Apple
AppStore oder GooglePlay).
Quartalsweise erscheint sie als gedruckte Zeitschriftenausgabe
(IVW-Mitgliedschaft).



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

EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

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

ISSN 2194-5586

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

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



INHALT

1 EDITORIAL

1 BDC steuert sicher durch die Corona-Krise F. Burgdorf

4 SCHAUFENSTER

5 CHIRURGIE

im Fokus

5

**DERMATOCHIRURGIE –
LAPPENPLASTIKEN**

N. Krezdorn, P. M. Vogt

10 CHIRURGIE⁺

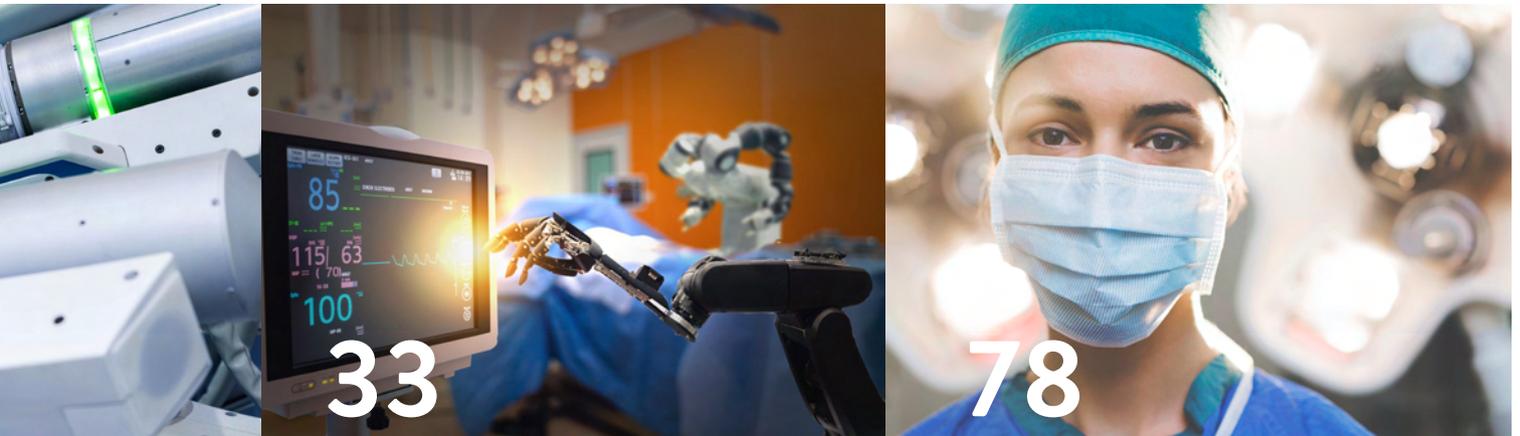
10 Fortbildung on demand – mit der BDC|eAkademie
sind Sie flexibel & ortsunabhängig

12 **Akademie aktuell:** Curriculum Robotische Chirurgie
im oberen Gastrointestinaltrakt für Oberärzte und
leitende Klinikchirurgen H. Fuchs

15 Webinar-Termin im Januar 2021: S1-Leitlinie
„Verletzungen der subaxialen Halswirbelsäule“

16 Die chirurgische Indikation im Kontext
medizinischer, gesellschaftspolitischer und
ökonomischer Entwicklungen J. Jähne

24 **Hygiene-Tipp:** Berufskrankheiten durch Infektionen
A. Nienhaus, W. Popp, L. Jatzwauk, R. Schmithausen, W. Kohnen



- 25 **Rezension:** Frakturen und Luxationen im Wachstumsalter *P. Schmittenebecher*
- 27 UpDate – Abrechnung dermatocbirurgischer Eingriffe *P. Kalbe, J. Rüggeberg*
- 31 Personalia
- 35 **RECHT**
- 32 F+A: Entschädigung für D-Ärzte wegen Corona *J. Heberer*

33 GESUNDHEITSPOLITIK

- 33 BDC-Praxistest: Robotik in der Chirurgie – Zwischenfazit eines außeruniversitären Versorgers

38 INTERN

- 38 **DGCH**
- 38 Kommentar des Generalsekretärs *H.-J. Meyer*
- 41 Mitgliederversammlung DGCH 2020
- 43 Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, zu Live-Übertragungen von Operationen und Interventionen in Deutschland *J. Gummert, W. Harringer, H.-J. Meyer, M. Ehrenfeld*
- 47 15 Jahre Aktionsbündnis Patientensicherheit aus Sicht der DGCH *H. Bauer*
- 55 Ernennungen & Auszeichnungen
- 56 Nachruf zum Tod von Prof. Dr. med. Martin Bartel

- 58 Nachruf zum Tod von Prof. Dr. med. Dr. h.c. Paul Hermanek
- 61 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 64 DGCH-Präsidium ab 1. Oktober 2020
- 72 Meine Daten haben sich geändert
- 68 **BDC**
- 68 BDC|News
- 69 Höhere Beiträge für einen zukunftsorientierten BDC *H. Mayer*
- 71 Rundum gut versorgt: Profitieren Sie vom erweiterten BDC-Servicepaket für niedergelassene Ärzte
- 72 PresseSPIEGEL
- 74 Termine BDC|Akademie
- 77 Lifestyle-Angebote im Dezember 2020

78 PANORAMA

- 78 Nachwuchschirurgen mit klaren Zukunftsvorstellungen *B. Braun*
- 81 Auflösung Bilderrätsel 2020 – Gewinner

Kommentar des Generalsekretärs



Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)

Luisenstr. 58/59
 10117 Berlin
 h-jmeyer@dgch.de

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

Sehr geehrte Frau Kollegin,
 sehr geehrter Herr Kollege,

die Sommermonate haben die meisten von uns hoffentlich relativ unbeschwert erleben dürfen, auch bei weiterhin bestehender Pandemie mit entsprechenden, in den Bundesländern unterschiedlichen Restriktionen, so auch bei den innerdeutschen Reisebeschränkungen. Die Rate der Neuinfektionen mit Covid-19 war moderat, wobei die Regeln zum alltäglichen Vorgehen mit Tragen eines Mund-Nasenschutzes, Händehygiene und Abstand halten (AHA-Regeln) weitgehend befolgt worden sind. Diese Maßnahmen sind vom Minister Spahn, mittlerweile selbst von einer Covid-19-Infektion genesen, als „Charaktertest“ unserer Gesellschaft bezeichnet worden, wobei jeder in diesen besonderen Zeiten Verantwortung für sich selbst und für seine Mitmenschen tragen sollte.

Trotz aller dieser Appelle hat sich die Pandemielage seit einigen Wochen entscheidend gewandelt und die für das Jahresende 2020 vorhergesagte sogenannte zweite Welle mit dynamischem Anstieg an Neuinfektionen ist bereits jetzt eingetreten. Die von der Bundeskanzlerin prophezeiten 20.000 neuen Infektionen an einem Tag sind bereits erstmals am 6. November 2020 mit 21.506 beim Robert-Koch-Institut (RKI) registrierten positiven Testergebnissen übertroffen worden. Waren anfänglich die steigenden Infektionsraten mit der Zahl der Urlaubsrückkehrer und vermehrten privaten Feierlichkeiten erklärt

worden, stiegen die Infektionen jedoch rasant weiter an, sodass sich die Bundeskanzlerin zusammen mit den Bundesländern entschlossen haben, zum 02. November 2020 einen erneuten, allerdings partiellen und zeitlich limitierten Lockdown einzuführen, womit zum zweiten Mal in unserem Land kollektiv alle Veranstaltungen, kulturell und wissenschaftlich, deutlich reduziert werden müssen. Nach verschiedenen Umfragen wurde die Entscheidung zum modifizierten Lockdown weitgehend akzeptiert, denn 78 Prozent aller Befragten sind der Meinung, dass die Pandemie zurzeit das wichtigste Problem in Deutschland ist und fast der gleiche Anteil sagt aus, dass ohne strengere Regeln die Pandemie nicht zu beherrschen sei. Nach dem „Deutschlandtrend“ vom 05. November 2020 befürworten 86 bzw. 78 Prozent die weitere Öffnung der Schulen und Kindertagesstätten bzw. Kontaktbegrenzungen, während dieses nur 47 bzw. 39 Prozent bezüglich des Verbots von Amateur- oder Freizeitsport bzw. der Schließung von Restaurants positiv einstufen. Die psychischen Auswirkungen durch die Pandemie scheinen für die Mehrheit der Bürger noch tolerabel, auch wenn sich nach einer Forsa-Umfrage durch das Bundesarbeitsministerium 70 Prozent der Erwachsenen durch die Sorge um die Gesundheit von Angehörigen emotional belastet fühlen. 55 Prozent leiden unter der Ungewissheit des weiteren Verlaufs der Pandemie. 15 bzw. 10 Prozent sehen finanzielle Schwierigkeiten bzw. die fehlende Trennung von Heimarbeit und Privatleben als gravierend an.

COVID-19-PANDEMIE: ZUKÜNFTIGE STRATEGIEN

Gerade der ungewisse Verlauf der Pandemie, vor allem nach dem Ende des zweiten Lockdown im Dezember, führt auch in der Politik zur Suche nach einer langfristigen Strategie, ohne dabei die derzeitige Situation weder zu verharmlosen noch um Panik auszulösen. Das Hauptproblem liegt aber nun gerade darin, dass weiterhin keine wirklich sicheren Konzepte diesbezüglich vorliegen. Dieses scheint auch für das „Lagebild des gemeinsamen Krisenstabs BMI-BMG Covid-19“ zuzutreffen, dass sich in einer vielseitigen Fleißarbeit vor allem auf Daten des RKI und der Deutschen interdisziplinären Vereinigung der Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) bezieht. Auch andere Strategiepapiere, wie solche von der Bundesärztekammer (BÄK), Netzwerk evidenzbasierte Medizin, Kompetenznetz Public Health Covid-19 oder Thesenpapiere von Schrappe et al. bzw. gemeinsame Erklärungen von sechs Wissenschaftsorganisationen, u. a. die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, weisen lediglich Konsensus hinsichtlich der AHA-Regeln, erweitert durch die Nutzung der Warn-App und Lüftungsvorgaben ebenso wie deutliche Kontakteinschränkungen auf.

Ein Positionspapier der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat zu lebhaften Diskussionen – vor allem bezüglich der Definition von Risikogruppen – und eindeutiger Ablehnung durch die Deutsche Gesellschaft für Virologie geführt. Nachdrücklich wird dabei die Notwendigkeit eines Teillockdown hervorgehoben. Tatsache bei allen diesen Stellungnahmen ist, dass es in der jetzigen Situation keine allein gültige Lösung zur wirklichen Beherrschung der Pandemie gibt. Vielleicht kann bei dieser Problematik die Einrichtung eines ärztlichen Pandemierates durch die BÄK mit Vertretern aller Fachgesellschaften ein wenig weiterhelfen. Dabei ist es sicherlich auch sinnvoll, die Forderung der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände nach einem einheitlichen Gesamtkonzept, in dem sich alle Fachgebiete und auch der öffentliche Gesundheitsdienst wiederfinden können, zu unterstützen.

Ein möglicher echter Lichtblick zeichnet sich nun mit den ersten Zwischenergebnissen

einer Phase-3-Studie mit dem RNA-Impfstoff BNT162b2 des deutschen Herstellers Biontech mit dem US-Partner Pfizer ab. Am 08. November 2020 waren 43.583 Probanden in weltweit 154 Zentren in die Studie aufgenommen worden, von denen 38.955 die zweite Dosis des Impfstoffes erhalten hatten. Die randomisierte Studie ist mit Gabe des Impfstoffes oder Placebos doppelblind durchgeführt worden. Die Zwischenauswertung erfolgte bei Auftreten von 94 bestätigten Erkrankungen, wobei die meisten Fälle im Placeboarm aufgetreten waren. Ernsthafte Sicherheitsbedenken konnten nicht verzeichnet werden. Die Wirksamkeit wird derzeit mit über 90 Prozent angegeben. Ein weiterer Vorteil des Impfstoffes liegt darin, dass nach Einschätzung der Industrie innerhalb kurzer Zeit große Mengen von Impfstoffdosen hergestellt werden können. Generell werden die Ergebnisse dieser Studie als sehr vielversprechend angesehen, obwohl noch weitere Details abgewartet werden müssen, so die Veröffentlichung von Primärdaten oder Ergebnisse in den verschiedenen Altersgruppen. Der Antrag auf Notfallzulassung ist zwar noch nicht gestellt worden, trotzdem haben bereits jetzt die ständige Impfkommission, der Deutsche Ethikrat und die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina erstmals im deutschen Gesundheitswesen gemeinsame Empfehlungen zu Prioritätsvorgaben eines noch nicht zugelassenen Impfstoffes vorgelegt. Demnach sollen nach dem ersten Konzept folgende Personengruppen vorrangig geimpft werden: Menschen im hohen Lebensalter und mit bestimmten Vorerkrankungen, im Gesundheitswesen tätige Mitarbeiter in stationären und ambulanten Einrichtungen sowie Personen mit besonderen Funktionen im Gemeinwesen, vor allem, wenn sie Kontakt zu Risikogruppen aufweisen, so bei der Polizei, Lehrern oder Mitarbeitern im öffentlichen Gesundheitsdienst. In Absprache mit den Bundesländern ist dafür die Einrichtung von 60 Impfstationen geplant. Auch wenn große Hoffnung in den neuen Impfstoff gesetzt wird, ist nicht vor Jahresende mit der Verfügbarkeit desselben zu rechnen und bei einer Impfbereitschaft in Deutschland von etwa 50 bis 60 Prozent benötigt es erhebliche Zeit bis eine gewisse Immunität der Bevölkerung erreicht ist. Bei aller Zuversicht auf einen

in Kürze zur Verfügung stehenden effektiven Impfstoff muss man realistisch bleiben und weiterhin die erweiterten AHA-Regeln mit reduzierten persönlichen Kontakten konsequent einhalten.

GESUNDHEITSPOLITIK

Während sich die herrschende Pandemie also immer mehr zu einer Marathonbelastung entwickelt, geht die Legislaturperiode der großen Koalition nach etwa drei Jahren so langsam in die letzte Runde. Trotz dieser Tatsache wird der Gesundheitsminister Spahn nicht müde, neue Anordnungen oder Gesetzentwürfe zu erlassen, teilweise mit vielversprechenden Titeln und dann noch als sogenannte Sammel- oder Omnibusgesetze. Bei dem Kabinettsentwurf eines dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite sind nun allerdings die unbefristeten Sonderbefugnisse des Gesundheitsministers und seines Ministeriums (BMG) gestrichen worden. Das Gesetz selbst, u. a. mit Entschädigungsregelungen für Eltern, digitale Einreisemeldung, Nutzung tiermedizinischer Labore etc., wird voraussichtlich im Dezember 2020 in Kraft treten.

GESUNDHEITSVERSORGUNGS- UND PFLEGEVERBESSERTUNGSGESETZ (GPVG)

In diesem relativ überschaubaren Sammelgesetz mit einem Umfang von nur 47 Seiten finden sich unterschiedliche Themen. In der vollstationären Altenhilfe sollen zusätzlich 20.000 Stellen für Pflegehilfskräfte eingerichtet werden, die vollständig durch die Pflegeversicherung zu finanzieren sind. Ein Hebammenstellen-Förderprogramm mit 65 Millionen Euro pro Jahr soll von 2021 bis 2023 aufgelegt werden, wodurch etwa 600 zusätzliche Hebammenstellen geschaffen werden können. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) soll im nächsten Jahr einen Bundeszuschuss aus Steuermitteln in Höhe von fünf Milliarden Euro erhalten, wobei aus den Finanzreserven der Krankenkassen einmalig acht Milliarden Euro in den Gesundheitsfonds überführt werden. Krankenkassen können zudem erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge erhalten. Schließlich

können Kinderkrankenhäuser, die die Voraussetzungen für einen Sicherstellungszuschlag erfüllen, ab 2021 in die pauschale Förderung ländlicher Krankenhäuser in Höhe von jeweils 400.000 Euro jährlich einbezogen werden. Die Krankenkassen haben erneut diese Pläne heftig kritisiert, weil sie das Gesetzespaket für nicht nachhaltig ansehen und einen massiven Eingriff in die Finanzreserven der Kassen bemängeln. Der vorgesehene Bundeszuschuss sei bei weitem nicht ausreichend und damit könnte der GKV eine finanzielle Misere drohen. Aus Sicht der Ärzteschaft werden in diesem Gesetz wirklich wichtige Themen, wie Bürokratieabbau, Reform der Vergütungsstrukturen oder der Notfallversorgung, vermisst; letztere beiden Punkte sollen in dieser Legislaturperiode wohl gar nicht mehr angegangen werden.

GESUNDHEITSVERSORGUNGSWEITERENTWICKLUNGSGESETZ (GVWG)

Dieser Referentenentwurf des BMG kann in der Tat als echtes Omnibusgesetz bezeichnet werden, in dem zahlreiche geplante Vorhaben, die wegen der Corona-Pandemie liegen geblieben sind, nun doch noch auf den Weg gebracht werden sollen. Dieses Opus weist bei einem Umfang von 138 Seiten und 62 Unterpunkten auch Veränderungen an insgesamt 15 Gesetzen und Verordnungen auf. Generelles Ziel ist es, eine bisher qualitativ hochwertige medizinische Versorgung durch weitere Reformen zu verbessern, wobei vor allem Qualität und Transparenz gesteigert, Netzwerke verstärkt und strukturelle Verwerfungen beseitigt werden sollen. In diesem Sammelsurium an geplanten Vorhaben seien exemplarisch nur einige erwähnt. Die meisten Diskussionen und Stellungnahmen hat sicherlich der Punkt 30, also die besondere Rolle der KBV bei der Notfallversorgung, hervorgerufen. Demnach soll die KBV beauftragt werden, bundesweit einheitliche Vorgaben und Qualitätsanforderungen bei der Ersteinschätzung in den Notfallambulanzen zur Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit und als Abrechnungsvoraussetzung zu erstellen und dies lediglich im Benehmen mit dem Spitzenverband der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Ein solches Konzept erinnert sehr

stark an den Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung, dass seit Januar dieses Jahres nicht weiterverfolgt worden ist. Von der DKG wird dieses Vorhaben erneut als Affront gegenüber den Krankenhäusern angesehen, wobei den kassenärztlichen Vereinigungen die entsprechende medizinische Kompetenz abgesprochen wird. Auch der Marburger Bund zeigt sich „verwundert“ über einen solchen Plan, während der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) darin einen massiven Eingriff in die Organisationshoheit der Krankenhäuser sieht. Ein anderer Punkt in diesem Entwurf sieht die Festlegung weiterer Mindestmengenvorgaben in der Krankenhausversorgung vor, deren Durchsetzung konsequent verfolgt werden soll, wobei durch den gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auch Anforderungen zur Struktur- und Prozessqualität definiert werden sollen. Der G-BA soll außerdem zwei neue Zweitmeinungsverfahren pro Jahr vorlegen. Nach Vorstellung des BMG sollen die Pflegepersonalquotienten auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht werden. Zur Qualitätssicherung sollen zukünftig klinische Sektionen verlässlich und planbar über einen Zuschlag in angemessener Höhe refinanziert werden. Außerdem ist ein Disease-Management-Programm Adipositas geplant, in dem vor allem die Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer bei entsprechender Dokumentation effektiver gestaltet werden soll. Auf weitere Einzelheiten in diesem Mammutgesetzesentwurf, wie Reform des Notlagentarifs von privatversicherten Personen oder die Verpflichtung zu einer Berufshaftpflicht für die Vertragsärzte sei nicht weiter eingegangen.

ARBEITEN IM HOMEOFFICE

Im Rahmen der herrschenden Pandemie wurden vom Bundesarbeitsministerium Pläne für ein Recht auf ein Homeoffice vorgestellt. Nach einer repräsentativen Umfrage von Bitkom e. V. unter 1.005 Personen ab 16 Jahren in Deutschland lehnen 56 Prozent der Befragten einen generellen gesetzlichen Rechtsanspruch auf ein Homeoffice ab. Bei der Frage zu einer bestimmten Anzahl von Tagen im Jahr mit Wahl des Arbeitsortes wurde dies in

der Altersgruppe bis 30 Jahren mit 51 Prozent begrüßt, die Älteren lehnten in 58 Prozent ein solches Vorgehen ab. Knapp die Hälfte der Befragten empfinden das Recht auf ein Homeoffice gegenüber Kollegen, die diese Möglichkeit nicht wahrnehmen können, als ungerecht. 40 Prozent befürchten weniger Austausch unter den Mitarbeitern. Fast jeder Dritte ist der Meinung, dass im Homeoffice weniger gearbeitet wird, unter den Gegnern sind es sogar 45 Prozent. Schließlich zeigen sich 17 Prozent um die Datensicherheit besorgt. Aufgrund dieser Umfrageergebnisse empfiehlt Bitkom, dass eher Anreize für zeit- und ortsflexibles Arbeiten durch den Staat statt übermäßiger Regulierung aufgezeigt werden sollten, so steuerliche Gleichsetzung mit Berufspendlern oder steuerliche Erleichterungen durch Anerkennung von Werbungskosten. Obwohl Arbeiten in häuslicher Umgebung in der jetzigen Sondersituation sicherlich sinnvoll erscheint und durchaus positive Erfahrungen vorliegen, sieht die Mehrheit der Befragten einen gesetzlichen Anspruch auf ein Homeoffice jedoch eher kritisch. In einer Zeit, in der zwangsläufig der Arbeitsalltag durch zahlreiche Videokonferenzen, Hybrid-Kongresse und auch Heimarbeit bestimmt wird, sollte man sich vielleicht auch einmal an den Ausspruch des nicht ganz unumstrittenen russischen Schriftstellers Maxim Gorki erinnern: „Liebt das Buch. Es wird euch freundschaftlich helfen, sich im stürmischen Wirrwarr der Gedanken, Gefühle und Ereignisse zurechtzufinden.“

Abschließend zwei Anmerkungen aus dem Geschäftsbereich der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Erstmals in der Geschichte unserer Gesellschaft ist die Vorstands- und Präsidiumssitzung sowie Mitgliederversammlung unter dem Präsidenten Professor M. Ehrenfeld und dank der Aktivitäten des ersten Vizepräsidenten, Professor T. Schmitz-Rixen, per Videokonferenz am 16./17. Oktober 2020 erfolgreich durchgeführt worden. Der DCK 2021 wird derzeit als Hybrid-Kongress mit einer wohl eintägigen Präsenzveranstaltung geplant, natürlich abhängig von der weiteren Entwicklung der Pandemiesituation.

Erneut kann ich Ihnen allen nur wünschen: Bleiben sie weiterhin gesund!

Mitgliederversammlung DGCH 2020



Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld
Präsident
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)



Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)



Prof. Dr. med. Jens Werner
Schatzmeister
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

TOP 1: ERÖFFNUNG DURCH DEN PRÄSIDENTEN

Der **Präsident** eröffnet die Mitgliederversammlung per **ZOOM-Online-Meeting am 17.10.2020 um 11.30 Uhr** und weist auf Folgendes hin: Es wurde satzungsgemäß rechtzeitig unter Angabe der Tagesordnung durch mehrmalige Veröffentlichungen in der Mitgliederzeitschrift „Passion Chirurgie“, auf der DGCH-Homepage und per Mail eingeladen. Änderungsanträge sind nicht eingegangen. Lt. Satzung besteht bei jeder ordnungsgemäß einberufenen Mitgliederversammlung ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienenen Mitglieder Beschlussfähigkeit.

Auf die Abstimmung der Tagesordnung entfielen von 25 abgegebenen gültigen Stimmen 25 Ja-Stimmen (100,0 %), sodass der vorgelegten bzw. präsentierten Tagesordnung zugestimmt wurde.

TOP 2: WAHLEN

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

Auf Herrn **Prof. Dr. Hartwig Bauer**, Wahlleiter, entfielen von 25 abgegebenen gültigen Stimmen 25 Ja-Stimmen (100,0 %), sodass die Wahl bestätigt wurde.

Der **1. Vizepräsident** teilt mit: An den Eingängen zum virtuellen Saal wurde die Legitimation der Teilnehmer der Mitgliederversammlung überprüft. Der **Generalsekretär** stellt die Kandidaten vor, wie sie bereits

veröffentlicht worden waren. Weitere Vorschläge sind nicht eingegangen:

1. **3. Vizepräsident 2020/21 und Präsident 2022/23:**
Herr Prof. Dr. Andreas Seekamp, Kiel
2. **Leitender Universitätschirurg:**
Herr Prof. Dr. Stefan Fichtner-Feigl, Freiburg
3. **Leitender Krankenhauschirurg:**
Herr Prof. Dr. Carsten J. Krones, Aachen
4. **Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung:**
Herr Dr. Dr. Markus Mille, Erfurt

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

Nach abgeschlossener Auszählung dankt der Präsident dem Wahlleiter und gibt das Wahlergebnis bekannt:

1. **Bestätigung durch die Mitgliederversammlung:**
Auf Herrn **Prof. Dr. Andreas Seekamp**, 3. Vizepräsident 2020/21 und Präsident 2022/23, entfielen von 25 abgegebenen gültigen Stimmen 24 Ja-Stimmen (96,0 %) bei 1 Enthaltung.
2. **Wahl durch die Mitgliederversammlung:**
 - Auf Herrn **Prof. Dr. Stefan Fichtner-Feigl**, Leitender Universitätschirurg, entfielen von 25 abgegebenen gültigen Stimmen 23 Ja-Stimmen (92,0 %) und 2 Enthaltungen.
 - Auf Herrn **Prof. Dr. Carsten J. Krones**, Leitender Krankenhauschirurg, entfielen von 25 abgegebenen gültigen Stimmen 25 Ja-Stimmen (100 %).
 - Auf Herrn **Dr. Dr. Markus Mille**, Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausab-

teilung, entfielen von 24 abgegebenen gültigen Stimmen 23 Ja-Stimmen (96,0 %) bei 1 Enthaltung.

Der **Präsident** fragt die anwesenden Prof. Dr. Seekamp, Prof. Dr. Fichtner-Feigl und Dr. Dr. Markus Mille, ob sie die Wahl annehmen. Dies ist der Fall und sie bedanken sich für das Vertrauen. Der abwesende Kandidat (Prof. Dr. Carsten J. Krones) hat vorab dem **Generalsekretär** mitgeteilt, dass er die Wahl annehmen werde, falls diese für ihn positiv ausfallen sollte. Der **Präsident** stellt damit den erfolgreichen Abschluss des Wahlvorgangs fest und dankt allen anwesenden Mitgliedern für die Teilnahme an der Wahl und ihr Vertrauen.

TOP 3: BERICHT DES PRÄSIDENTEN

Mittels einer Präsentation geht der **Präsident** auf wichtige Punkte seit der Absage des DCK 2020 ein. Der zentrale Bestandteil seines Berichtes liegt auf der pandemiebedingten Absage des DCK 2020 und der Umsetzung des DCK2021 als geplanten Hybridkongress.

Des Weiteren informiert der **Präsident** die Mitglieder darüber, dass eine zukünftige Zusammenarbeit mit der MCN AG als Kongressorganisator nicht mehr realisierbar ist. Dabei geht er auf zwei Punkte näher ein:

Es wird über ein gemeinsames Treffen der DGCH mit der MCN AG Ende Juli in Nürnberg berichtet, bei dem eine vorläufige interne Kongressabrechnung präsentiert wurde. Laut der MCN AG sei durch ihre „erbrachten“ Leistungen eine Unterdeckung in Höhe von insgesamt ca. 344.000,00 € entstanden. In diesem Zusammenhang stellt der **Präsident** klar, dass diese vorläufige Abrechnung eine Mischung aus realen Kosten und entgangenen bzw. fiktiven Einnahmen (von MCN) darstelle. Folglich teilte die MCN AG der DGCH mit, dass sie sich zukünftig nicht in der Lage sieht, den bis 2021 geltenden Rahmenvertrag weiter aufrecht zu erhalten, da sie ein finanzielles Risiko nicht weiterhin tragen könne. Deshalb hat MCN dem Vorstand der DGCH zwei neue Vertragsentwürfe vorgelegt, in denen das wirtschaftliche Risiko ausschließlich und vollständig bei der DGCH liegen sollte. Da die Verträge in der

dargelegten Form nicht von der DGCH akzeptiert werden konnten, wurden die weiteren Verhandlungen unter juristischer Beratung (Kanzlei Dr. Heberer, München) durchgeführt, wobei am ehesten ein Auflösungsvertrag mit der MCN AG angestrebt wird. Ferner wird ein alternativer Kongressorganisator gesucht. Zudem gibt der **Präsident** eine Umfrage zur favorisierten Kongressform des DCK 2021 zur Kenntnis. Aufgrund der aktuellen Pandemielage und den COVID-19 Einschränkungen, die sich nach heutigem Stand bis Mitte des nächsten Jahres ziehen könnten, muss das Gesamtkongressszenario neu strukturiert werden. Mehrheitlich wird folgende Kongressgestaltung favorisiert:

„Durchführung eines reduzierten Präsenzkongresses an einem anderen Ort als München, wobei Berlin, insbesondere das Langenbeck-Virchow-Haus präferiert wird. Zusätzlich soll ein umfangreiches Onlineangebot unter Einbeziehung aller chirurgischen Fachgesellschaften angeboten werden.“

Es gibt keine Fragen oder Anmerkungen zu diesem Bericht.

TOP 4: BERICHT DES GENERALSEKRETÄRS

Der **Generalsekretär** stellt die Aktivitäten des geschäftsführenden Vorstands und einiger Arbeitsgemeinschaften sowie des Studienzentrums unter Pandemiebedingungen dar. Keine weitere Diskussion.

Der **Präsident** dankt im Anschluss dem Generalsekretär für seine Ausführungen und seine engagierte Arbeit.

TOP 5: BERICHT DES SCHATZMEISTERS

Der **Schatzmeister** bedankt sich bei allen, die ihn stets in seiner Tätigkeit unterstützen, und erläutert die Entwicklung der Mitgliederzahlen.

Er legt Rechenschaft über Einnahmen und Ausgaben für das Geschäftsjahr 2019 ab und stellt den Haushaltsplan für das Kalenderjahr 2020 vor, welcher durch die Mitglieder zur Kenntnis genommen wird.

Der **Präsident** unterrichtet die Anwesenden, dass die Kassenprüfer, Herr Prof. Dr. Germer und Herr Prof. Dr. Köckerling, ihren Bericht schriftlich eingereicht haben. In dem Jahresabschluss wurden keine Unstimmigkeiten gefunden, sodass eine einwandfreie Beleg- und Kassenführung festgestellt werden konnte.

Herr **Dr. Kalbe** stellt als Mitglied der DGCH den Antrag auf Entlastung des Vorstands für das Geschäftsjahr 2019. Der **Präsident** bittet um entsprechende Abstimmung. Das geschieht bei Enthaltung des geschäftsführenden Vorstands. Der Antrag wurde mit überwiegender Mehrheit von den anwesenden Mitgliedern angenommen. Damit ist der Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2019 genehmigt und der Vorstand für das Geschäftsjahr 2019 entlastet.

Der **Präsident** dankt dem Schatzmeister für seine geleistete Arbeit.

TOP 7: VERSCHIEDENES

Der **Präsident** bedankt sich bei Herrn Prof. Dr. Schmitz-Rixen für seinen außerordentlich hohen Arbeitseinsatz im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Abschließend spricht der **Präsident** dem Vorstand, den Damen der Geschäftsstelle, dem Generalsekretär sowie allen Mitgliedern seinen Dank für ihr Engagement in der Gesellschaft aus und schließt die Sitzung um 13.00 Uhr.



Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, zu Live-Übertragungen von Operationen und Interventionen in Deutschland

Live-Übertragungen von Operation und Interventionen haben auf Grund der technischen Möglichkeiten inzwischen eine lange Tradition und werden auf Fachkongressen zum Zwecke der Fort- und Weiterbildung genutzt. Durch moderne Informationstechnologien können Operationen inzwischen weltweit ohne jegliche zeitliche Verzögerungen übertragen werden. Live-Operationen werden auch an medizinischen Fakultäten

inklusive der akademischen Lehrkrankenhäuser zur Ausbildung eingesetzt, um Studierenden authentisch die Atmosphäre von Operationssälen zeigen zu können, häufig mit der Möglichkeit für die Studierenden, Fragen zu stellen und offene Punkte zu klären.

Der edukative Wert von Live-Übertragungen wird seit langem kontrovers diskutiert,



Prof. Dr. med. Jan Gummert
Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie
Herz- und Diabeteszentrum NRW
Uniklinik der Ruhrniv. Bochum
Thorax- u. Kardiovaskularchirurgie



PD Dr. med. Wolfgang Harringer
Leiter Fach-Referat Herzchirurgie
im BDC
2. Vize-Präsident der Deutschen
Gesellschaft für Thorax-, Herz- und
Gefäßchirurgie
Chefarzt der Klinik für Herz-, Thorax-
und Gefäßchirurgie
Klinikum Braunschweig

Gummert J, Harringer W, Meyer HJ, Ehrenfeld M:
Positionspapier der Deutschen Gesellschaft
für Chirurgie, zu Live-Übertragungen von
Operationen und Interventionen in Deutschland.
Passion Chirurgie. 2020 Dezember; 10(12):
Artikel 06_04.



Diesen Artikel finden Sie auf
BDC|Online unter der
Rubrik Wissen | Recht & Versicherung.

ebenso die damit einhergehende potentielle Patienten-Gefährdung.

Daher wurden bereits in den Jahren 2007 und 2008 Positionspapiere von wissenschaftlichen Fachgesellschaften in den USA und in Japan zu diesem Thema publiziert, um durch verbindliche Regeln den Patientenbedürfnissen umfänglich Rechnung zu tragen. Dabei wurden die Aspekte der Patientensicherheit, die Anforderungen an das Format sowie Regeln für das Management von unvorhergesehenen Ereignissen und ethische Aspekte berücksichtigt.

Seit geraumer Zeit haben einige Medien wiederholt Initiativen gestartet, auch im deutschsprachigen Raum Live-Übertragungen von Operation und Interventionen im frei zugänglichen Fernsehen anzubieten.

Aus diesem Anlass ergibt sich für die wissenschaftlichen Fachgesellschaften die Notwendigkeit, auch für Deutschland ein Konsensuspapier zu erstellen, um verbindliche Regeln im Umgang mit Live-Operationen zu etablieren.

Die beteiligten Fachgesellschaften möchten ihren Mitgliedern mit diesem Konsensuspapier eindeutige und verbindliche Regeln zur Verfügung stellen, auf die man sich berufen kann.

NUTZEN UND RISIKEN VON LIVE- ÜBERTRAGUNGEN VON OPERATIONEN

Grundsätzlich wird anerkannt, dass durch Live-Übertragungen invasiver Eingriffe die Besonderheiten einer Methode bzw. Verfahrens realitätsnah dargestellt werden können. Allerdings muss gleichzeitig bedacht werden, dass bei Live-Übertragung häufig die Bedingungen, unter denen der Eingriff durchgeführt wird, von der alltäglichen Routine abweichen und der betroffene Patient damit potenziell einem höheren Risiko ausgesetzt sein kann.

Nach Ansicht der Fachgesellschaften ist es nicht auszuschließen, dass die Tatsache der Live-Übertragung Einfluss auf die Qualität der Leistung aller an der OP beteiligten Personen hat. Sei es, weil man besonders motiviert

ist, eine gute Leistung zu zeigen und damit die Bereitschaft zum Risiko steigt, sei es, weil die ohnehin bestehende Anspannung vor Operationen mit einem hohen Schwierigkeitsgrad durch die Tatsache der Live-Übertragung noch zunimmt.

Live-Übertragungen sollten, damit sie ihren Nutzen zur Fort-, Weiter- und Ausbildung erfüllen können, so gut strukturiert sein, dass der Zuschauer die Entscheidungsprozesse während des Eingriffs nachvollziehen kann. Die notwendigen Instrumente, die einzelnen Schritte der Prozedur sowie die notwendigen begleitenden medizinischen Maßnahmen (z. B. Anästhesie, Kardiotechnik) auf hohem technischem Niveau müssen daher erläutert werden, ohne die Behandlung des Patienten zu verzögern oder gar zu unterbrechen und ihn/sie damit zu gefährden. Die Tatsache, dass man während der Operation sich nicht nur auf die reine medizinische Durchführung konzentrieren kann, sondern parallel dazu auch noch Wissen vermittelt, führt zu einer möglichen Doppelbelastung, die in sich automatisch die Möglichkeit der Gefährdung des Patienten trägt.

Folgende Punkte sind bei der Überlegung, bei einer Veranstaltung Live-Übertragungen von Operationen und Interventionen anzubieten, zwingend zu beachten:

- 1) Live-Übertragungen von Operationen und Interventionen sind ausschließlich im Rahmen von Veranstaltungen mit geeigneter Infrastruktur für medizinisches Fachpersonal und Studierende der Medizin vertretbar.
- 2) Live-Übertragungen dürfen nicht als Marketing-Maßnahme für einzelne Institutionen oder Fachabteilungen dienen. Das vorgenannte (abstrakte) Gefährdungspotential der Live-Übertragung darf nur dann in Kauf genommen werden, wenn daraus ein konkreter edukativer Nutzen für andere Mediziner/Operateure zu ziehen ist.
- 3) Gänzlich abzulehnen sind Live-Übertragungen daher für ein Laienpublikum, da keine Bedeutung für eine sinnvolle Aufklärung gegeben ist und daher Aspekte, die den Bereich des Voyeurismus berühren, in den Vordergrund des Interesses gerückt werden könnten.

FORDERUNGEN DER FACHGESELLSCHAFTEN AN LIVE-ÜBERTRAGUNGEN

Die Live-Übertragung dient der Aus-, Fort- und Weiterbildung, ist aber gleichzeitig auch ein wesentlicher Teil der Behandlung eines individuellen Patienten mit einer möglicherweise lebensbedrohlichen Erkrankung, bei der es zu gravierenden Komplikationen kommen kann. Aus Sicht der Fachgesellschaften ist es aus den vorgenannten Überlegungen heraus mehr als fraglich, ob der Patient bei einer Live-Übertragung ein vergleichbares Risiko wie bei einer unter alltäglichen Bedingungen durchgeführten Operation und Intervention hat.

Für den einzelnen Patienten besteht kein individueller Nutzen, allerdings kann die Live-Übertragung einer OP dazu beitragen, dass Patienten zukünftig von vielfältig fortgebildeten Operateuren/Interventionalisten profitieren.

Folgende Punkte werden obligat gefordert:

- 1) Nur Patienten mit einem niedrigen Risikoprofil dürfen für Live-Übertragungen ausgewählt werden.
- 2) Die Patientensicherheit hat oberste Priorität. Bedürfnisse von Zuschauern sind zu keiner Zeit zu berücksichtigen.
- 3) Die Privatsphäre des Patienten muss bei der Übertragung zu jeder Zeit geschützt und sichergestellt werden. Sensible Patientendaten dürfen nur den jeweiligen Operateuren/Operateurinnen und den direkt an der Behandlung beteiligten Personen (z. B. Anästhesisten) bekanntgemacht werden.
- 4) Regelungen der ärztlichen Schweigepflicht, des Datenschutzes sowie die Persönlichkeitsrechte der Patienten/Patientinnen sind stets zu berücksichtigen.
- 5) Jeder Patient muss schriftlich umfassend über die Rahmenbedingungen der Übertragung informiert und aufgeklärt werden. Hierbei muss ihm insbesondere klar dargelegt werden, dass für ihn selber kein unmittelbarer Nutzen be-

steht. Auch wenn dies (derzeit) noch keinen expliziten Niederschlag in der Rechtsprechung gefunden hat, sehen die Fachgesellschaften die Notwendigkeit, den Patienten insbesondere deutlich darüber aufzuklären, dass mit der Live-Übertragung ein Abweichen von der Routine verbunden ist und im Detail zu schildern, wie eine solche Operation abläuft. Dazu besteht jenseits rechtlicher Notwendigkeiten eine ethische Pflicht.

- 6) Der verantwortliche Operateur/Interventionalist muss den Patienten persönlich aufklären, da nur er – unter Berücksichtigung der Ausführungen unter Ziffer 4 – einschätzen kann, was die Live-Übertragung für ihn bedeutet. Der Patient kann in besonders gelagerten Fällen auch von einem Arzt aufgeklärt werden, der die Aufklärung mit dem Operateur abspricht und der abschätzen kann, welches zusätzliche Gefährdungspotenzial für den Patienten durch die Live-Operation möglicherweise besteht.
- 7) Im Vorfeld müssen verbindlich Prozeduren und besondere Maßnahmen für unvorhersehbare Ereignisse besprochen werden, um die Patientengefährdung zu minimieren. Dazu gehört zum Beispiel die obligate Vereinbarung, dass bei Eintreten ungeplanter Ereignisse die Live-Übertragung sofort zu stoppen ist.
- 8) Sollten Live-Operationen durch Gastoperateure/Gastoperateurinnen durchgeführt werden muss im Vorfeld eine Vorstellung und Untersuchung der Patientin/des Patienten bei diesen Personen ermöglicht werden und der Patient muss über die damit verbundenen Besonderheiten aufgeklärt werden und ihnen zustimmen. Bei Einsatz eines Gastoperateurs muss ein Facharzt aus der Institution bei der Operation zugegen sein, an welcher die Patientin/der Patient operiert wird, und der die Operation gegebenenfalls übernehmen kann.
- 9) Der deutsche Facharztstandard muss jederzeit eingehalten werden.
- 10) Die Operationen sollen (digital) aufgezeichnet werden.



Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer

Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
(DGCH)



Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld

Präsident
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
(DGCH)

Das Konsensuspapier wurde federführend durch J. Gummert, W. Harringer, H.-J. Meyer und M. Ehrenfeld unter Mitwirkung der in der DGCH assoziierten Fachgesellschaften erstellt

Dieser Artikel erscheint auch in der „Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie“ im Dezember 2020, Ausgabe 6.

LIVE-ÜBERTRAGUNG FÜR LAIENPUBLIKUM, INSBESONDERE IM FERNSEHEN

Aus Sicht der Fachgesellschaften sind Live-Übertragungen im öffentlich zugänglichen Fernsehen inklusive Pay-TV abzulehnen. Dies deshalb, weil hier ein edukativer Nutzen nicht ersichtlich ist und man unterstellen muss, dass Marketingaspekte im Vordergrund stehen, die es nicht rechtfertigen, Patienten zusätzlich zu gefährden.

Zudem ist auch die berufsrechtliche und wettbewerbsrechtliche Tragweite derartiger Berichterstattungen zu berücksichtigen. Live-Übertragungen im öffentlich zugänglichen

Fernsehen inklusive Pay-TV werden sich daher am Berufsrecht und Wettbewerbsrecht (insbesondere am Heilmittelwerbe-gesetz und dem Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb) messen lassen müssen, wofür dann auch der Operateur (mit-)verantwortlich ist. Dabei gilt es zu bedenken, dass die Einflussnahme auf die Berichterstattung jenseits der Operation (also Interviews etc.) nur bedingt durch den Arzt beeinflussbar sind.

Auch diese, rein dem Eigenschutz des Operateurs dienenden Überlegungen, sind bei der Beurteilung der Live-Übertragung für Laienpublikum anzustellen, wenngleich das Patientenwohl allein schon ausreichen sollte, derartigen Übertragungen eine Absage zu erteilen.

LITERATUR

- [1] Guidelines on Live Surgery by ASCVTS Aug. 2007, Japanese Society for Cardiovascular Surgery, Japanese Association for Thoracic Surgery, Japanese Society for Vascular Surgery
- [2] Broadcast of Surgical Procedures as a Teaching Instrument in Cardiothoracic Surgery, Robert M. Sade, MD, for the American Association for Thoracic Surgery Ethics Committee and The Society of Thoracic Surgeons Standards and Ethics Committee, The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery c Volume 136, Number 2

15 Jahre Aktionsbündnis Patientensicherheit aus Sicht der DGCH

HEDWIG FRANÇOIS-KETTNER, DER LANGJÄHRIGEN VORSITZENDEN DES APS ZUM 70. GEBURTSTAG

Aus Anlass des 15-jährigen Bestehens des APS und des Ausscheidens nach vielen Jahren Mitarbeit in dessen Beirat seien im Folgenden aus subjektiver chirurgischer Sicht bzw. der Begleitung des APS durch die DGCH über diese 15 Jahre einige Gedanken zusammengefasst zur heutigen Entwicklung einer Sicherheitskultur, d. h. weg von einer rückwärts gewandten Schuldkultur hin zu einer vorwärts orientierten Fehler-Lern-Kultur. Die Entwicklung des APS mit seinen eindrücklichen Aktivitäten, getragen von überzeugten und begeisterten Protagonisten, macht deutlich, dass Versorgungsqualität und Patientensicherheit nicht per se im Versorgungssystem gewährleistet, sondern das Ergebnis permanenter Anstrengung sind.

VOM TRADITIERTEN FEHLERVERSTÄNDNIS ZUR SYSTEMATISIERTEN FEHLERPRÄVENTION

Ärzte haben sich dem Leitbild des Patientenwohls schon seit der Antike verpflichtet gefühlt und ein hochstehendes Standesethos entwickelt. Patienten im Rahmen von Diagnostik und Therapie nicht zu schaden im Sinne des „primum nil nocere“ des Hippokrates zählte schon immer zu den Grundwerten ärztlicher Ethik. Fehler passieren; wie wir damit umgehen, bestimmt ganz wesentlich unsere Medizin.

Schon vor rund 150 Jahren kämpfte Theodor Billroth (1829-1884), der zu Recht als der Vater der akademischen Chirurgie gilt und 1872 einer der Gründerväter der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie war, für einen offenen Umgang mit Fehlern:

„Nur armselige, eitle Toren und Schwächlinge scheuen sich, begangene Fehler einzugestehen. Wer die Kraft in sich fühlt, es besser zu machen, wird von dem Bekenntnis eines Irrtums nicht zurückschrecken“ (Theodor Billroth, *Aphorismen zum Lehren und Lernen der medizinischen Wissenschaften 1886*). Er sah darin eine entscheidende Voraussetzung, um es künftig besser machen zu können. Ein schönes Beispiel für eine diesbezügliche Wertevermittlung an den Nachwuchs von zeitnaher Gültigkeit ist der Brief, den Erwin Payr (1836-1907), ebenfalls einer der großen Pioniere der Chirurgie, jedem in seiner Klinik eintretenden Arzt persönlich in die Hand gab: **„Lieber Herr Kollege! Die nachfolgenden Zeilen sollen Sie über die wichtigsten Grundsätze und Richtlinien Ihrer künftigen Tätigkeit in unserer Klinik unterrichten. [...] Jeder muss lernen, jeder macht Fehler. Einen begangenen Fehler verschleiern, halte ich für das Ergebnis eines Charakterfehlers. Gerade deshalb ist das Gelöbnis unbedingter Wahrheit die Vorbedingung meines Vertrauens. [...] [1].“**

Der Bostoner Chirurg Ernest Amory Codman (1869-1940) war einer der engagiertesten Vorkämpfer für bessere Standards in der Chirurgie. Auf ihn gehen u. a. die sog. Morbidity- und



Prof. Dr. Hartwig Bauer
 ehem. Generalsekretär
 Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
 Fischervorstadt 61
 84524 Neuötting
 prof.bauer@t-online.de

Mortality- Konferenzen zurück, klinikinterne Diskussionsrunden, auf denen Ärzte über ihre Fehler diskutierten. Er erfasste, analysierte und verglich die Ergebnisse einer medizinischen Behandlung und versuchte, darauf aufbauend Schwachstellen zu identifizieren und zu beheben. Als Eiferer gefürchtet, stellte er Kollegen von anderen Krankenhäusern bloß, indem er sie öffentlich nach ihren Fehlerraten fragte. Antworteten diese, so wie es heute noch üblich ist, diese Daten dürften sie auf Anraten der Anwälte nicht preisgeben, konterte Codman schroff: "Humbug, man soll sich nicht unter den Röcken der Anwälte verstecken". Natürlich stieß er mit dieser provozierenden Art bei seinen Kollegen zunehmend auf Widerstand. Als Mitbegründer des American College of Surgeons musste er 1915 dessen Vorsitz abgeben und ging so als „Märtyrer der Patientensicherheit“ in die Geschichte der Chirurgie ein [2].

Dominierend blieb die Haltung, dass das Auftauchen von Fehlern reflexhaft mit der Suche nach dem Schuldigen mit konsekutiver Bestrafung beantwortet, die Fehleranalyse selbst aber verschleppt wurde. Trat man auch dafür ein, Fehler offenzulegen, so stand doch die Frage nach der Schuld und nicht nach der der Ursache und deren künftiger Vermeidung im Vordergrund. Es war noch ein langer Weg, bis sich verantwortungsethische Gesichtspunkte und ein Teamverständnis in einem multiprofessionellen Ansatz im Gesamtkontext eines effektiven Fehler- und Risikomanagements durchzusetzen begannen.

Nicht als Märtyrer der Patientensicherheit, aber dennoch als ein auch aus den eigenen Reihen viel gescholtener Protagonist kann Prof. Matthias Rothmund, Marburg, gelten, der als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) den 122. Deutschen Chirurgenkongresses in München (5.–8. April 2005) unter das Leitthema PATIENTENSICHERHEIT – PRIMUM NIL NOCERE stellte (Abb. 1).

Unter Bezug auf alarmierende Zahlen der im Jahr 2000 vom Institute of Medicine in den USA veröffentlichten Studie „To err is human“ [3] hat er auch bei uns dringenden Handlungsbedarf angemahnt und vor allem einen offenen Umgang mit Fehlern als Voraussetzung

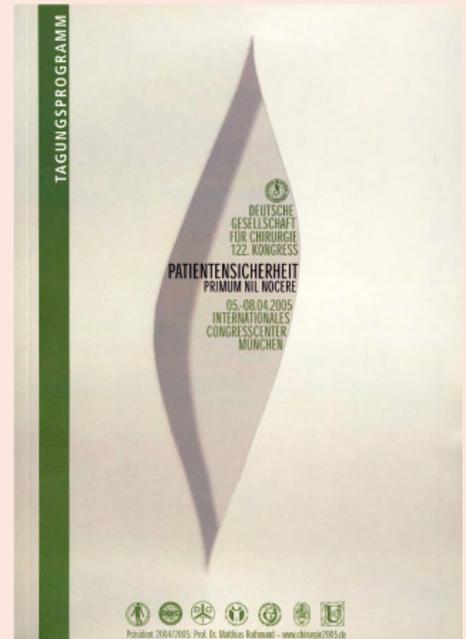


Abb. 1: Cover des Programms mit dem Leitthema des 122. Deutschen Chirurgenkongresses

für eine neue Sicherheitskultur nicht nur in der Chirurgie gefordert [4]. Seine diesbezüglich wichtigsten Aussagen waren:

- Es muss über Fehler gesprochen werden. Die Null-Fehler-Attitüde darf nicht mehr die Regel sein. Wir müssen Fehleranalyse als Chance sehen, Verbesserungen zu erreichen.
- Zu einer Fehlerkultur gehört auch, dass die Medien differenziert berichten. Wie wir als Reaktion der Medien auf diesen Kongress heute gesehen haben, gelingt das nur wenigen. Fehlerkultur hat mit Begriffen wie Kunstfehler und Ärztepfusch nichts zu tun.
- Wir brauchen in den Krankenhäusern und auch für den Praxisbereich anonyme, nicht- strafende Meldesysteme, in denen man nach dem Schlagwort „no shame, no blame, no name“ Fehler mitteilen kann. Noch wichtiger ist es, Fehler, die fast geschehen wären, zu melden, um ihr Auftreten zu vermeiden.
- Wir brauchen in unseren Kliniken Mortalitäts- und Morbiditäts-Konferenzen, wo offen und ohne persönliche Beschuldigungen über alle unerwünschten Ereignisse gesprochen wird.

Die Reaktion in den Medien schon nach der Eröffnungspressekonferenz war gewaltig.

Bauer H: 15 Jahre Aktionsbündnis Patientensicherheit aus Sicht der DGCH. Passion Chirurgie. 2020 Dezember; 10(12): Artikel 06_05.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Wissen | Qualität & Patientensicherheit.

mit seinen Arbeits- und Expertengruppen gewissermaßen einen Markenkern des APS dar (Tab. 1, 2).

Des Weiteren hat das APS über die Jahre eine Vielzahl von Stellungnahmen und Positionspapieren zu aktuellen Gesetzentwürfen und Reformvorhaben verfasst, die, in den entsprechenden Gremien überzeugend vertreten durch ihre jeweiligen Vorsitzenden bzw. Geschäftsführer/Generalsekretär, zunehmend in der öffentlichen Diskussion Beachtung fanden (<https://www.aps-ev.de/stellungnahme/>).

Unter dem Schlagwort *Safe Surgery Saves Lives* wurde im Juni 2008 in Washington eine weltweite WHO-Initiative gestartet. Aus Kontinentaleuropa war neben der DGCH mit Prof. Rothmund, der auch im Vorstand des APS war, nur noch die spanische Chirurgengesellschaft durch ihren Präsidenten vertreten. Kern der Initiative war die Verbreitung einer weltweit erarbeiteten Checkliste, die nach entsprechender Studienlage geeignet erschien, die Zahl der unerwünschten perioperativen Ereignisse auf die Hälfte zu reduzieren. Mit Übertragung der Checkliste ins Deutsche hat sich die DGCH frühzeitig für deren Einführung und routinemäßige Anwendung in deutschen Krankenhäusern eingesetzt [10] (Abb. 3). Es galt vor allem zu vermitteln, dass es beim Einsatz von Checklisten im klinischen Alltag nach den Erfahrungen aus der Luftfahrt um die Etablierung eines Systems sowie einer grundsätzlichen Haltung und nicht nur um die Durchführung von Einzelmaßnahmen der Fehlerprävention geht (nach dem Motto „Checkliste abgehakt – alles gut“) [11] (Tab. 3).

Neben dem Schwerpunktthema „Patient Safety Checklist“ der WHO wurde in den Mitteilungen der DGCH über weitere Beratungsthemen des im 2- Jahresturnus tagenden International Forum on Quality and Safety in Health Care vom Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft Qualität und Sicherheit (CAQS), Prof. C-D. Heidecke, in den Mitteilungen der DGCH berichtet [12 a-c]

Die 2008 gestartete *Aktion Saubere Hände*, eine nationale Kampagne zur Verbesserung der Compliance der Händedesinfektion in

Tab. 1: Publierte Handlungsempfehlungen des APS (<https://www.aps-ev.de/handlungsempfehlungen/>)

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN
• Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie
• Jeder Tupfer zählt – Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet
• Einsatz von Hochrisikoarzneimitteln – Oral appliziertes Methotrexat
• Checkliste für Klinikmitarbeiter – „Prävention von Stürzen“
• Vermeidung von Stürzen älterer Patienten im Krankenhaus – Fakten und Erläuterungen
• Wege zur Patientensicherheit – Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit
• Patientensicherheit durch Prävention medizinproduktassoziierter Risiken
• Arzneimitteltherapiesicherheit im Krankenhaus
• Tipps für eine sichere Arzneimitteltherapie des BMG (Hrsg. BMG)
• Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus
• Intravenöse Applikation von Vincristin sicherstellen
• Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS)
• Hilfestellung zur Umstellung von Luer-Verbindern auf neue verwechslungssichere Verbinder
• Sicher im Krankenhaus – Ein Ratgeber für Patienten
• Umsetzung der Einweisungsverpflichtung für Medizinprodukte
• Patientensicherheit bei der Anwendung von Medizinprodukten fördern: Eindeutige Identifikation und jederzeit verfügbare Begleitinformationen gewährleisten
• Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen.
• Digitalisierung und Patientensicherheit – Risikomanagement in der Patientenversorgung
• Patientensicherheit – Ein entscheidendes Kriterium bei der Beschaffung von Medizinprodukten
• Empfehlung zur Implementierung und Durchführung von Fallanalysen
• Gute Verordnungspraxis in der Arzneimitteltherapie
• Sepsis geht alle an! Handlungsempfehlung für Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe
• LEITFADEN FÜR APS-ARBEITSGRUPPEN ZUR ERSTELLUNG UND VERBREITUNG VON HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN – Ein Prozess in sechs Phasen

Tab. 2: Publierte Patienteninformationen des APS (<https://www.aps-ev.de/patienteninformation/>)

PATIENTENINFORMATIONEN
• Sicher im Krankenhaus – Empfehlungen für Patientinnen, Patienten und ihre Angehörigen
• Tipps des APS zum häuslichen Umgang mit Arzneimitteln
• Sicher in der Arztpraxis – Empfehlungen für Patientinnen, Patienten und ihre Angehörigen
• Prävention von Krankenhausinfektionen und Infektionen durch multiresistente Erreger
• Vermeidung von Stürzen im Krankenhaus
• Nach Operation oder Verletzung: Thrombose in den Beinen vorbeugen
• Reden ist der beste Weg – Ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen nach einem Zwischenfall oder Behandlungsfehler
• Digitalisierung und Patientensicherheit – Checkliste für die Nutzung von Gesundheits-Apps
• Sepsis geht alle an! Was Sie darüber wissen sollten

Informationen

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie – Mitteilungen 4/08

Safe Surgery Saves Lives 2008

M. Rothmund



Im Juni wurde in Washington eine weltweite WHO-Initiative mit dem oben genannten Namen gestartet. Die Aktion wird von mehr als 400 Fachgesellschaften und Organisationen weltweit, vor allem aus der angelsächsischen und Spanisch sprechenden Welt, unterstützt. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie war durch den Unterzeichner vertreten, der neben etwa 40 anderen anwesenden Repräsentanten den vom Generalsekretär unterzeichneten Unterstützungsbrief an Sir Liam Donaldson, dem Vorsitzenden der World Alliance for Patient Safety, übergab.

.....

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie unterstützt nicht nur die WHO-Initiative, sondern rät auch all ihren Mitgliedern, die Checkliste in ihren Krankenhäusern einzuführen und täglich anzuwenden. Zur Erinnerung ist sie nochmals – diesmal auf Deutsch – abgedruckt (S. 364).



Gegründet 1872
Sitz Berlin



Sicherheits-Checkliste-Chirurgie
„Safe surgery saves lives“
Globale Initiative für Patientensicherheit der WHO

1. Initialer-Check (vor Markoseinleitung)

Patient bestätigt: seine Identität (Personalien), Eingriffsort, Art des Eingriffs und Zustimmung zum Eingriff

Eingriffsort markiert/richtig anzeigbar

Anästhesie – Sicherheitscheck abgeschlossen

Pulskymeter ist am Patienten angebracht und funktioniert

Hat der Patient:

Allergie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Intubationschwierigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (notwendige Instrumente und Personal sind vorhanden)
Aspirationrisiko	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Risiko von Blutverlust > 500 ml (> 7 ml/kg bei Kindern)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

2. Vor Hautschnitt (team time out)

alle Mitglieder des Teams haben sich mit Namen und Funktion vorgestellt

Operateur, Anästhesist und Pflegepersonen bestätigen Identität des Patienten, von Eingriffsort und -art sowie korrekte Lagerung

Vorhersehbare kritische Ereignisse

Operateur fasst entscheidende und mögliche kritische Schritte der Operation zusammen und nennt zu erwartenden OP-Zeit und Blutverlust

Anästhesieteam definiert evtl. notwendigen Reanimationsplan und patientenspezifische Probleme

Pflege nennt Ergebnisse der Sterilisations-Indikatoren und Funktionsweise spezieller Geräte

Wurde Antibiotika-Prophylaxe während der letzten Stunde gegeben?

ja nicht sinnvoll

Wurden alle nötigen Bilder (Röntgen, MR usw.) sichtbar präsentiert?

ja nicht sinnvoll

andere Punkte

3. Finaler Check (bevor Patient OP Raum verlässt)

Pflege bestätigt mündlich:

Art des Eingriffs

vollständige Zahl von Instrumenten, Tupfern, Blauküchen etc.

Korrekte Beschriftung der Gefäße für Pathologie (entnommenes Gewebe) evtl. Fahlfunktion von Geräten

Operateur, Anästhesist und Pflege definieren:

wichtigste Gesichtspunkte für Aufwachphase und postoperative Versorgung

(Unterschrift) (Datum)

Für das Team

Abb. 3: Beitrag zur Implementierung der Sicherheits-Checkliste der WHO (deutsche Version) in den Mitteilungen der DGCH [10]

Tab. 3: Checklisten zur Fehlerprävention

Checklisten sind ein bewährtes Kontroll-Instrument, um die Sicherheit durch Vermeidung unerwünschter Ereignisse zu erhöhen:
<ul style="list-style-type: none"> • Sie stellen ein Arbeitswerkzeug dar, das eingesetzt wird als Erinnerungshilfe, um Prozesse gleichbleibend zu strukturieren und um Zuständigkeiten zu regeln.
<ul style="list-style-type: none"> • Ihr Einsatz ist vor allem in den Bereichen sinnvoll, in denen verschiedene Akteure unterschiedlicher Berufsgruppen zusammenarbeiten, in denen es auf gleichzeitigen Einsatz und Monitoring vieler medizinischer Geräte ankommt und in denen kritische Situationen vermehrt auftreten können (Beispiel OP).
<ul style="list-style-type: none"> • Insbesondere in Stress- und Ausnahmesituationen können Checklisten helfen, Gedächtnisfehler zu vermeiden und Entscheidungskorridore aufzeigen, welche die Sachlage überschaubar halten und damit handhabbar machen.

deutschen Gesundheitseinrichtungen, basierend auf der WHO Kampagne „Clean Care is Safer Care“, entstand unter Mitwirkung des APS in gemeinsamer Trägerschaft mit dem Nationalen Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ). Diese Kampagne, seit 2014 gestützt von einem Förderkreis aus einer Vielzahl unterschiedlichster Organisationen, zählt heute zu einer der teilnehmerstärksten Aktionen zur Patientensicherheit weltweit.

2009 hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) die Eröffnung des ersten

Instituts für Patientensicherheit (IfPS) an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn gefeiert. Vier Jahre nach seiner Gründung hatte das APS damit ein wichtiges Ziel erreicht: eine Grundlage für die wissenschaftliche Betrachtung des Themas zu schaffen. Aufgabe des Instituts sollte es sein, die Ursachen von Behandlungsfehlern zu untersuchen sowie Präventionsstrategien zu erarbeiten. In weiteren Projekten sollten die Einführung von Handlungsempfehlungen in den klinischen Alltag evaluiert und in einer groß angelegten Befragung der Stand des klinischen

Risikomanagements ermittelt werden. Darüber hinaus galt es, sog. Patientensicherheitsindikatoren (PSI) zu entwickeln, die dazu dienen, für eine medizinische Einrichtung das Risiko eines unerwünschten Vorfalles während einer Behandlung abzuschätzen. Das IfPS ist das erste universitäre Institut in Deutschland, das sich explizit dem Thema Patientensicherheit in Forschung und Lehre widmet. Es wurde bis 2017 durch eine Stiftungsprofessur des APS unterstützt; die DGCH war bei diesem Projekt als Förderer beteiligt [13].

2010 brachte das APS die viel beachtete Broschüre „Aus Fehlern lernen“ heraus, in der 17 „Profis aus Medizin und Pflege“ über ihre persönlichen Irrtümer und Versagen sprechen und dafür in aller Öffentlichkeit Verantwortung übernehmen. In sehr persönlicher Weise berichteten sie über Episoden, in denen ihnen Fehler unterlaufen sind, und schildern, was sie selbst daraus gelernt haben und was andere daraus lernen können. „**Erschreckende Selbstdiagnose**“, „**Schlampen mit Kranken**“, „**Irren ist ärztlich**“ – so lauteten einige der Schlagzeilen nach der Präsentation der Broschüre. Der Bekennermut und die Enttabuisierung, die Möglichkeit, offen über Fehler zu sprechen, wurde jedoch überwiegend positiv aufgenommen und die öffentliche Diskussion damit intensiv und vor allem nachhaltig beeinflusst und mittlerweile auch weitgehend versachlicht (Abb. 4).

Neben Repräsentativbefragungen deutscher Krankenhäuser zur Umsetzung eines klinischen Risikomanagements im Krankenhaus durch APS und IfPS hat sich die DGCH gemeinsam mit dem APS auch speziellen Evaluationen zur Existenz, Sinnhaftigkeit und Einschätzung der Wirksamkeit von Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheit an chirurgischen Kliniken Deutschlands gewidmet (Abb. 5) und die Evidenzbasierung von Instrumenten zur Verbesserung der Patientensicherheit in der Chirurgie analysiert [14, 15].

Da Berichts- und Lernsysteme im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung gewinnen, beteiligen sich daran immer mehr Krankenhäuser, Fachgesellschaften, Berufsverbände, Ärztekammern, Kassenärztliche

Vereinigungen und andere medizinische Institutionen und Einrichtungen oder implementieren interne Systeme. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), das APS, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Deutsche Pflegerat haben als Projektträger mit dem Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland (<http://www.kh-cirs.de/>) eine Plattform geschaffen, auf der über-regional bedeutsame CIRS-Fälle analysiert, kommentiert und von allen Nutzern gelesen werden können. Die Darstellung von Risikobereichen und der Austausch von Problemlösungen sollen gemeinsames Lernen aller Berufsgruppen im Krankenhaus fördern und Hinweise für das klinische Risikomanagement geben. Notwendig sind vor allem eine gerechte Betriebskultur und eine Atmosphäre des Vertrauens, in der die Mitarbeiter nicht nur ermutigt, sondern sogar belohnt werden für die Weitergabe sicherheitsrelevanter Informationen. Es muss ihnen klar sein, wo die Grenze zwischen einem akzeptablen und einem nicht akzeptablen Verhalten liegt. Erst wenn gut durchdachte Regelsysteme gekoppelt sind mit verantwortungsvollem Handeln, können diese ihre beabsichtigte Wirkung entfalten [11]. Die DGCH hat als Fachgesellschaft zusammen mit den Schweizer Protagonisten um D. Scheidegger [16] ein für Ihre Mitglieder offenes CIRS aufgebaut als Angebot für alle Interessierten, die keine klinikinternen Meldesysteme nutzen konnten. Eingehende Meldungen wurden zeitnah kommentiert (Abb. 6) [17].



Abb. 4: Broschüre „Aus Fehlern lernen“ mit überwiegend positiver medialer Reaktion

Es ist sowohl Ziel als auch Verdienst des APS, fächerübergreifend Disziplinen zusammenzubringen, die traditionell nur wenige Berührungspunkte miteinander haben. Diese Multidisziplinarität sowie das daraus resultierende breite Themen- und Methodenspektrum führen dazu, dass eine Vielzahl von Fragestellungen zur Patientensicherheit aufgegriffen und in ihrer Komplexität bearbeitet werden kann. Ein verbessertes Bewusstsein für Fehler und unerwünschte Ereignisse bei allen an der Versorgung Beteiligten sowie ein kontinuierliches Erfassen und Verbessern werden letztlich einen entscheidenden Anteil an Akzeptanz und langfristigem Erfolg von Patientensicherheitsinitiativen haben.

Das Thema Patientensicherheit ist auf Seiten der Politik auch international hochrangig gewichtet. Mittlerweile finden jährlich globale Ministertreffen zum Thema Patientensicherheit statt. Das APS begeht seit 2015 jeweils am 17. September den Welttag der Patientensicherheit. Die Entscheidung der Vollversammlung der WHO vom 25. Mai 2019, diesen Tag lt. der Vorsitzenden des APS, Frau Dr. Hecker „mit höchsten Würden zu versehen“ und Patientensicherheit mit Blick auf die weltweite Gesundheitsversorgung zu einem Thema höchster Priorität zu erheben, ist für das APS eine schöne Bestätigung. Für den Welttag für Patientensicherheit am 17.09.2020 hat die WHO unter dem Eindruck

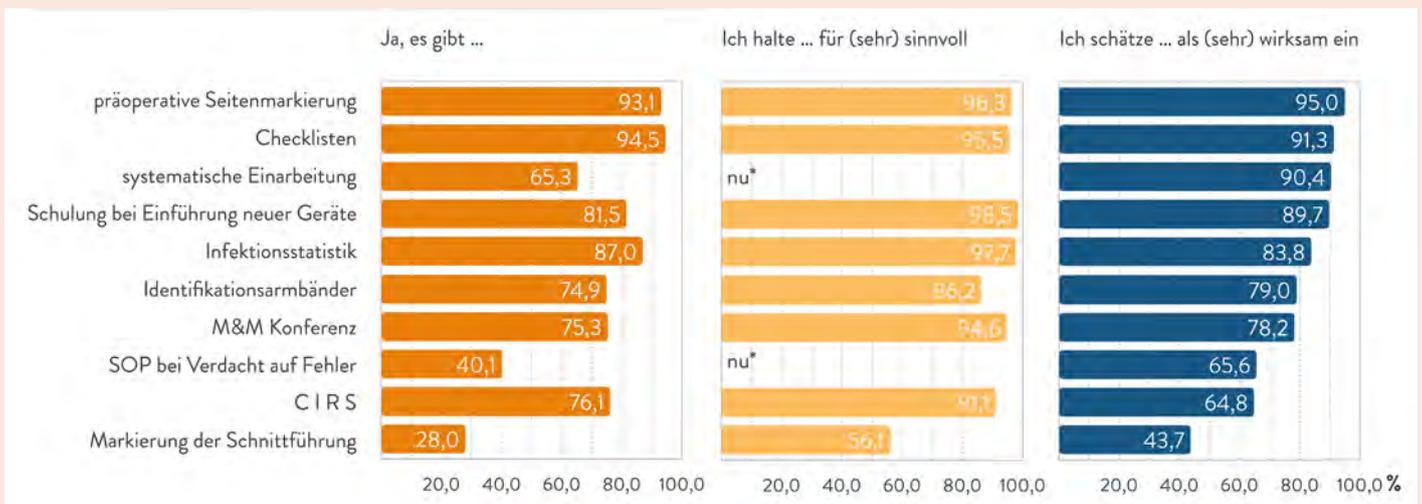


Abb. 5: Existenz, Sinnhaftigkeit und Einschätzung der Wirksamkeit von Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheit an chirurgischen Kliniken Deutschlands [14]

Informationen



Gegründet 1872
Sitz Berlin

CIRS jetzt auf www.dgch.de allgemein geöffnet

Patientensicherheit ist ein wesentliches Qualitätsmerkmal des Behandlungsprozesses. Ein kritisches Element zur Erhöhung der Sicherheit ist die Schaffung einer Sicherheitskultur mit dem Effekt, dass Fehler identifiziert, Ursachen abgeklärt und darauf basierend Maßnahmen zur künftigen Verhinderung dieser Fehler ergriffen werden. Das systematische Erfassen von kritischen Ereignissen (Critical Incident Reporting) steht im Zentrum einer solchen Sicherheits- und Lernkultur. Anonyme, *freiwillige* Meldesysteme haben im Gegensatz zu *obligatorischen* das Potenzial, auf einer breiten Basis Systemschwächen und Fehler aufzuzeigen bevor daraus gravierende Komplikationen entstehen.

Die DGCH hat das in der Schweiz entwickelte System CIRS nach Adaptation an die speziellen Belange der Chirurgie seit Oktober 2006 für alle Mitglieder der Gesellschaft im geschützten Bereich eingerichtet. Um eine breitere Nutzung des Systems zu ermöglichen und so CIRS in der Chirurgie als wichtiges Instrument der Fehlererkennung und Fehlerprävention besser zu implementieren, wurde CIRS jetzt im offenen Bereich der Homepage freigege-

ben, wie das auch bei Fehlermeldesystem anderer Institutionen, etwa der KBV, der Fall ist. Die Anonymität der Eingaben ist unverändert gewährleistet. CIRS ist somit für alle Chirurgen aller Fachrichtungen nutzbar, eine wichtige Voraussetzung, um zu einer breiteren Akzeptanz und damit wiederum zu einer höheren Effizienz des Systems mit dem Ziel einer verbesserten Patientensicherheit zu kommen. So haben insbesondere auch kleinere Einheiten die Chance, sich einfach und anonym mit Fachkollegen über Zwischenfälle und Vermeidungsstrategien auszutauschen.

Es soll so ein weiterer Schritt dazu getan werden, dass wir für die Chirurgie ein lebendiges Berichtssystem mit repräsentativen Berichtszahlen, fachspezifischen systemorientierten Analysen und vor allem mit plausiblen Verbesserungsstrategien erhalte. CIRS ist ein wichtiger Teil einer gelebten Sicherheitskultur mit dem Ziel, die Patientensicherheit kontinuierlich sicherzustellen und zu erhöhen.

H. Bauer

Abb. 6: Ankündigung der Freischaltung des CIRS der DGCH in den Mitteilungen der Gesellschaft im April 2008 [17]

der Coronapandemie als Themenschwerpunkt SAFE HEALTH WORKERS, SAFE PATIENTS gewählt aus der Überzeugung, dass kein Land und keine Klinik seine Patienten gesund erhalten kann, wenn es das Gesundheitspersonal nicht gesund hält. Das APS hat dazu einen eindrucksvollen Livestream zur Veranstaltung „Patientensicherheit in der Corona-Krise“ angeboten, in dem diskutiert wurde, welche Lehren zur Patientensicherheit sich aus der Corona-Krise ziehen lassen und neue Untersuchungen, Probleme und Lösungsansätze im Bereich der Patienten- und Mitarbeitersicherheit präsentiert wurden.

Seit 2014 vergibt das APS in Kooperation mit starken Partnern jährlich den Deutschen Preis für Patientensicherheit, um die Sicherheitskultur im Gesundheitswesen nachhaltig zu fördern. Ausgezeichnet werden Best-Practice-Beispiele und wissenschaftliche Arbeiten, die die Sicherheitskultur der Patientenversorgung verbessern.

Das 2018 erschienene gewichtige **APS-Weißbuch Patientensicherheit: Wegweiser für zentrale Verbesserungen der Patientenversorgung** [18] hat eine zentrale Botschaft seines Verfassers, Prof. M. Schrappe: „Mehr Patientensicherheit ist machbar, wenn man die richtigen Methoden zur Verbesserung in

Anwendung bringt“. Sicherheitskultur findet in erster Linie im Kopf statt. „Nur wer die innere Bereitschaft hat und wer innerlich von der Notwendigkeit überzeugt ist, wird Sicherheitssysteme auch tatsächlich verwenden“ (Abb. 7). *Die Treppe wird von oben gekehrt*. Nach dieser alten Volksweisheit liegen die Voraussetzungen für einen erfolgreichen Kulturwandel im Verständnis dafür bei den Führungskräften. Notwendige Reformen, Veränderungen und entsprechende Maßnahmen in der Betriebskultur müssen auf der Führungsebene beginnen. Das Vorbild des Chefs ist entscheidend. Oder, wie es die langjährige Vorsitzende des APS, Hedwig Franco-pis-Kettner 2018 ausdrückte: „Es muss allen klarwerden, dass Patientensicherheit Führungsverantwortung ist“.

AUSBLICK

Die moderne Hightech-Medizin bringt auch wachsende Risiken mit sich. Viele unterschiedliche Berufsgruppen arbeiten in immer mehr Schnittstellen zusammen, immer mehr Medikamente und technische Geräte werden eingesetzt, selbst bei Hochrisiko-Patienten werden komplizierte Eingriffe durchgeführt. Dazu kommen Zeitdruck und hohe Arbeitsbelastung. So gehört heute zu den sehr ernst zu nehmenden fehlerproduzierenden

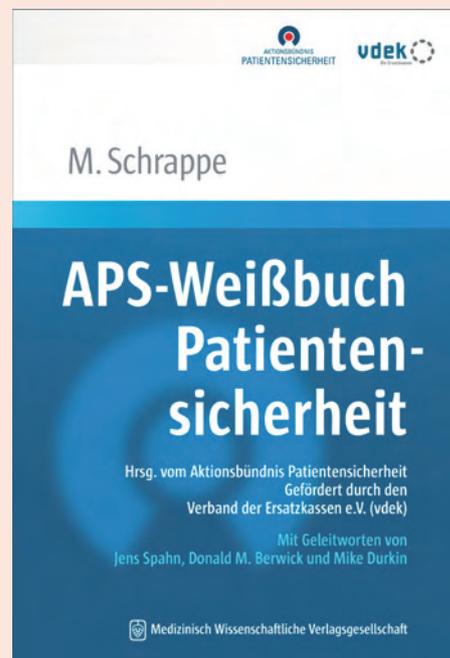


Abb. 7: Zukunftsweisende „Bibel“ des APS: APS-Weißbuch Patientensicherheit: Wegweiser für zentrale Verbesserungen der Patientenversorgung [18]

Bedingungen vor allem auch das unter erheblichem ökonomischem Druck stehende Arbeitsumfeld.

Dass die Chirurgen in Deutschland eine Schlüsselrolle bei der Einführung einer Sicherheitskultur übernommen haben, lag nicht daran, dass sie besonders viele Fehler machten (was die Häufigkeitsangaben nachgewiesener Behandlungsfehler in den jährlich veröffentlichten Statistiken suggerieren könnte), sondern dass chirurgische Fehler besser zu sehen sind als solche in konservativen Fächern. Bei einer Operation gibt es immer einen Täter, eine Tatzeit und einen Tatort. In der konservativen Medizin ist es schwerer, einen Zusammenhang zwischen einer ärztlichen Maßnahme und einem unerwünschten Ereignis herzustellen. Seit in der Inneren Medizin mehr und mehr invasive diagnostische und therapeutische Methoden oder aggressive Chemotherapien angewandt werden, ist die Situation des offensichtlichen Zusammenhangs auch dort häufiger anzutreffen [19, 20].

Das APS hat in den 15 Jahren seines Bestehens einen enormen Beitrag zur Verbesserung der Sicherheit der medizinischen Versorgung in unserem Land geleistet. Es ist längst tief

im Gesundheitswesen verwurzelt und wirkt gerade bei der längst nicht vollzogenen Aufhebung der Sektorengrenzen und bei den unterschiedlichen Interessenlagen der verschiedenen Partner wie eine einigende Klammer im gemeinsamen Ziel, Patientensicherheit kontinuierlich zu verbessern. Chirurgie ist mehr als Operieren und „Patientensicherheit ist mehr als die Vermeidung bestimmter Komplikationen. Sie muss auch als Eigenschaft von Teams, Organisationen und sogar des gesamten Gesundheitswesens verstanden werden. Ihre Innovationskraft ist in den Dienst der Verwirklichung dieses Ziels zu stellen“, so M. Schrappe im APS-Weißbuch Patientensicherheit. Die zentralen Forderungen sind ein erweitertes Verständnis von Patientensicherheit, eine Patientensicherheitskultur in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie eine aktive Einbindung der Patienten in den Behandlungsprozess. Damit wurde nicht nur eine grundlegende Situationsanalyse vorgenommen, sondern zukunftsweisend ein Wegweiser zur sicheren Patientenversorgung mit dem Anspruch „neu denken – gezielt verbessern“ vorgelegt. Dazu gehört vor dem Hintergrund der aktuellen Pandemie auch „die radikale Umorganisation von Versorgungsketten und der aufgesprengte Damm, der bisher die Digitalisierung aufgehalten und nahezu alle bisherigen Versorgungsprozesse „rapide“ verändert hat – so die APS-Vorsitzende R. Hecker aktuell anlässlich einer Sonderveranstaltung des APS am 10.9.2020 in Essen.

Das APS ist und wird auch in Zukunft die Plattform und der Transmitter sein, um diesem gesellschaftlichen Anliegen gerecht zu werden. Die aktuellen Mitgliederinfos des Vorstands und der Geschäftsführung um die Vorsitzende Frau Dr. Hecker belegen eindrucksvoll die vielfältigen Aktivitäten des APS, getragen von einer großen Zahl von hoch kompetenten und engagierten Mitstreiterinnen und Mitstreitern aus unterschiedlichen Professionen. Mit Prof. Dr. C-D. Heidecke, Greifswald, und Prof. Dr. A. Stier, Erfurt, ist die DGCH als Beisitzer im Vorstand bzw. im Beirat des APS weiterhin aktiv vertreten. Über die bisher von der Gründungsphase an in diesen 15 Jahren geleistete immense ehrenamtliche Arbeit hinaus bedarf das APS bei den ständig

wachsenden und auch immer komplexeren Aufgaben allerdings auch einer breiten nachhaltigen Förderung durch eine dauerhaft gesicherte Finanzierung.

LITERATUR

- [1] Bauer H: Verantwortlichkeit und Werte. In: Euteneier H (Hrsg.) Handbuch Klinisches Risikomanagement. Springer-Verlag Berlin-Heidelberg 2015, S. 67-73
- [2] Albrecht H (2009) Ernest Amory Codman: Ein Märtyrer der Patientensicherheit. <https://www.zeit.de/online/2009/24/chirurgen-fehler>
- [3] Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press; 2000
- [4] Rothmund M Eröffnungsrede des Präsidenten zum 122. Kongress der DGCH. Mitteilungen der DGCH 2005;34:207-210
- [5] Bauer H. Kommentar: Aus Fehlern lernen – Verzerrtes Bild in der Öffentlichkeit. Dtsch Ärztebl 2008;105:664
- [6] Bauer H Aus der Summe der Fehler entsteht ein Schaden. Patientensicherheit: Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern in der Chirurgie. Krankenhaus-umschau. ku Sonderheft Risk Management 8/2005: 10-14
- [7] Flöhl R. Patientensicherheit. Noch mehr Fehlerkultur im Operationssaal. FAZ 2.5.2010 <https://www.faz.net/aktuell/wissen/medizinernaehrung/patientensicherheit-noch-mehrfehlerkultur-im-operationssaal-1970907.html>
- [8] Beschlussprotokoll des 108. Deutschen Ärztetages vom 03.-06. Mai 2005 in Berlin. www.bundesaerztekammer.de/downloads/Beschluesse108.pdf TOP VII ÄRZTLICHES FEHLERMANAGEMENT/PATIENTENSICHERHEIT S. 24-38
- [9] Bauer H. Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. Handlungsempfehlungen zur Eingriffsverwechslung in der Chirurgie. Mitteilungen der DGCH 2006;35:27-39
- [10] Rothmund M Safe Surgery Saves Lives 2008. Mitteilungen der DGCH 2008;37:363-364
- [11] Bauer H: Fehlerkultur: Sicherheitskultur – Critical Incident Reporting System (CIRS) – Checklisten zur Fehlerprävention – Fehler- und Risikoprävention: Was sieht die Weiterbildung vor? In: Berg D, Bauer H, Broglie

- M, Ulsenheimer K, Zwißler B (Hrsg.) Medizin.Recht. Verlag S. Kramarz, Berlin 2013: S. 421-433
- [12] Heidecke CD. Bericht zum International Forum on Quality and Safety in Health Care, a) Berlin 17-20. März 2009 Mitteilungen der DGCH 3/2009, S. 218-220 https://www.dgch.de/uploads/tx_news/2009-03_DGCH-Mitteilungen.pdf.
 - b) Amsterdam 5-8. April 2011 Mitteilungen der DGCH 3/2011, S. 258-259 https://www.dgch.de/uploads/tx_news/2011-03_DGCH-Mitteilungen.pdf
 - c) London 16.-19. April 2013 Mitteilungen der DGCH 4/2013, S. 217-219 https://www.dgch.de/uploads/tx_news/2013-04_Chirurgie_Mitteilungen_der_DGCH_01.pdf
 - [13] Bauer H: Institut für Patientensicherheit (IfPS) in Bonn eröffnet. Mitteilungen der DGCH 3/2009, S. 246 https://www.dgch.de/uploads/tx_news/2009-03_DGCH-Mitteilungen.pdf
 - [14] Rothmund M, Kohlmann Th, Heidecke H-D, Siebert H, Ansorg J Patientensicherheit: Kontinuierliche Verbesserung. Ergebnisse einer online-Umfrage unter Chirurgen zu Instrumenten der Patientensicherheit (DGCH, BDC, APS) Dtsch Ärztebl 2015;112: 1032-1035
 - [15] Beyer K, Heidecke C-D Evidenzbasierung von Instrumenten zur Verbesserung der Patientensicherheit in der Chirurgie. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFG) (2015) 109, 230–234
 - [16] Kaufmann M, Staender S, von Below G, Brunner HH, Portenier D, Scheidegger D. Computerbasiertes anonymes Critical Incident Reporting: ein Beitrag zur Patientensicherheit Schweizerische Ärztezeitung 2002;83: 2554-2558
 - [17] Bauer H CIRS jetzt auf www.dgch.de allgemein geöffnet. Mitteilungen der DGCH 2008;37:138
 - [18] Schrappe M (2018) APS-Weißbuch Patientensicherheit: Wegweiser für zentrale Verbesserungen der Patientenversorgung MWV Medizinische Verlagsgesellschaft Berlin
 - [19] Kaulen H (2015) Patientensicherheit im OP? Täter, Tat und Tatort. FAZ 10.5.2015
 - [20] Rothmund M Editorial Patientensicherheit Der Internist 2020; 61:440-443

ERNENNUNGEN & AUSZEICHNUNGEN

Neue Ärztliche Direktorin an der BG Klinik Tübingen Deutschlands erste Lehrstuhlinhaberin für Unfallchirurgie tritt ihren Dienst an



Prof. Dr. med. Tina Histing ist seit September 2020 neue Ärztliche Direktorin und Direktorin der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie an der BG Klinik Tübingen. Zugleich übernimmt Histing den Lehrstuhl für Unfallchirurgie an der Medizinischen Fakultät der Eberhard Karls Universität Tübingen.

Mit ihr an der Spitze der leitenden Ärzte will die BG Klinik die optimale Versorgung von Schwerstverletzten und Traumapatienten regional und überregional weiter ausbauen. Prof. Histing ist damit die erste Ärztliche Direktorin der Unternehmensgruppe BG Kliniken und Deutschlands erste Lehrstuhlinhaberin für Unfallchirurgie.

Wegen einer zunehmend älteren Bevölkerung in Deutschland sieht Prof. Histing besonders die Alterstraumatologie als zentrales Thema für die Unfallchirurgie der kommenden Jahre. Seit 2016 hat sich im klinikeigenen Zentrum für Alterstraumatologie bereits ein interdisziplinäres Team auf die Versorgung von älteren Patienten spezialisiert. Gemeinsam mit Prof. Histing will die BG Klinik Tübingen nun an bestehende Strukturen anknüpfen und sich auch überregional noch stärker als Zentrum der Spitzenversorgung von Becken- und Acetabulumfrakturen etablieren. Marcus Herbst, Geschäftsführer der BG Klinik Tübingen, freut sich auf die kommende Zusammenarbeit: „Durch ihre ausgesprochene klinische Expertise und ihre Managementenerfahrungen als geschäftsführende Oberärztin und Lehrbeauftragte des Universitätsklinikums des Saarlandes bringt Prof. Histing exzellente Voraussetzungen für Ihre neuen Aufgaben mit“.

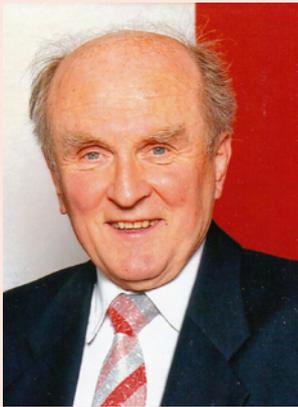
Zusätzlich zu ihrer Position als Ärztliche Direktorin und Direktorin der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie übernimmt die 42-Jährige den Lehrstuhl für Unfallchirurgie an der Medizinischen Fakultät der Eberhard Karls Universität Tübingen. Der wissenschaftliche Schwerpunkt der gebürtigen Saarländerin liegt auf der Erforschung der gestörten Frakturheilung, insbesondere bei Stoffwechselerkrankungen und im höheren Alter. Zudem arbeitet Prof. Histing an klinischen Studien zur Beckenchirurgie und Alterstraumatologie. Damit passen ihre universitären Forschungsschwerpunkte ideal zum klinischen Profil der BG Klinik in Tübingen: „Mein Ziel ist es, eine möglichst effiziente Symbiose von innovativer Patientenversorgung für Unfallverletzte, klinischer Forschung und Grundlagenforschung zu schaffen“, erklärt die neue Ärztliche Direktorin ihre Pläne für Tübingen.

Prof. Dr. Michael Bamberg, Leitender Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Tübingen (UKT), möchte in enger Abstimmung mit der neuen Ärztlichen Direktorin die Zusammenarbeit zwischen beiden Kliniken weiter ausbauen. Gemeinsam will man die Strukturen für ein Zentrum für muskuloskeletale Chirurgie schaffen, um dieses auch über den Medizinstandort Tübingen hinaus national und international bekannt zu machen. Sowohl Bamberg als auch Histing schätzen die Voraussetzung hierfür ideal ein.

Prof. Dr. Bernd Pichler, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen, sieht in der neuen Ärztlichen Direktorin der BG Klinik ebenfalls eine große Bereicherung für die unfallchirurgische Lehre in Tübingen: „Prof. Histing hat als Lehrbeauftragte am Universitätsklinikum des Saarlandes zahlreiche innovative Impulse eingebracht. Wir sind davon überzeugt, dass ihre langjährigen Erfahrungen dazu beitragen werden, den Studierenden in Tübingen eine hervorragende und praxisrelevante unfallchirurgische Lehre anbieten zu können.“

Seit Jahren engagiert sich Prof. Histing auch in verschiedenen Gremien und Fachgesellschaften. Unter anderem ist sie Mitglied im Präsidium des Beirates der AOTrauma Deutschland sowie im nicht-ständigen Beirat der DGU (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie). Zudem hat sie bisher die universitären Oberärztinnen und Oberärzte im Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) vertreten.

Nachruf zum Tod von Prof. Dr. med. Martin Bartel



in memoriam
Prof. Dr. med.
Martin Bartel
(*15.07.1934 † 02.09.2020)

Am 2. September 2020 verstarb unerwartet der langjährige Chef der Thorax- und Gefäßchirurgie der Chirurgischen Universitätsklinik Jena, Medizinalrat Prof. Dr. med. habil. Martin Bartel.

Nachruf aus der Sicht eines Freundes und Kollegen.

Martin Bartel wurde am 15. Juli 1934 geboren. Damit gehört er einer Altersgruppe von Chirurgen an, die den Vorzug hatte, von einer Lehrergeneration geprägt worden zu sein, die zu den Pionieren nach dem II. Weltkrieg zählte und die Notwendigkeit einer Spezialisierung frühzeitig erkannte. Wir haben damit den Aufschwung unserer Spezialfächer, nämlich der Thorax-, Gefäß- und Herzchirurgie hautnahe miterlebt und später den Aufbau und den langdauernden Kampf um ihre Daseinsberechtigung an unseren universitären Wirkungsstätten in der frühen DDR mitgestalten können.

Natürlich waren wir „von der Pieke des Fußvolkes“ an jahrelang Allgemeinchirurgen bis

zum Facharzt. Wir mussten alle Stationen einer großen chirurgischen Klinik absolvieren, ehe wir uns in unseren Spezialgebieten festsetzten. Wir haben diese heute leider nicht mehr übliche breite Ausbildung nie bereut.

So hat auch Martin Bartel diesen Weg in einigen Krankenhäusern Thüringens, u. a. Chirurgische Klinik der Medizinischen Akademie Erfurt und in der Chirurgischen Universitätsklinik Jena unter Prof. Theo Becker beschritten. Der junge Facharzt interessierte sich aber bereits Ende der 60er Jahre zunehmend für die Thorax- und Gefäßchirurgie. Von dieser Tätigkeit zeugt neben einer Vielzahl von Publikationen und Vorträgen die Herausgabe des Buches „Einführung in die Mediastinoskopie“ (1967, 1972). Es kam zu einer Zeit heraus, als dieses – heute als Routinemethode in der Thoraxdiagnostik anerkannte Verfahren – noch Neuwertigkeit hatte.

Die Entwicklung der Thoraxchirurgie verlief in unseren Universitätskliniken in Jena und Halle etwa gleichsinnig, d. h. die operative Behandlung der Brustkorberkrankungen wurde von Anfang an von uns Chirurgen ausgeübt. Die Querelen, welche in den Lungenkliniken bis zum Ritterschlag und zur Anerkennung der „operierenden Internisten“ abliefen, blieben uns damit erspart.

Wir hatten beide außer der Thoraxchirurgie ein zweites, damals besonders aktuelles, spezielles Betätigungsfeld gewählt, nämlich Martin Bartel die Gefäßchirurgie und ich die Herzchirurgie. In Jena entwickelte sich diese Kombination frühzeitig unter Bartels Leitung seit den 70er Jahren zur allseits bekannten und geschätzten Abteilung für Thorax- und Gefäßchirurgie. In Halle brauchte es bis 1987, ehe aus der Abteilung für Thorax- und Herzchirurgie heraus die Brustkorbchirurgie verselbständigt wurde.

Wir trugen beide an unseren langjährigen Wirkungsstätten über Jahrzehnte die Last der oft

langdauernden und schwierigen Operationen und ihrer nicht selten komplizierten Verläufe, dazu die notwendige Forschung und studentische Lehre. Wenn ich von Last spreche, weiß ich, wovon ich spreche. Kaum jemand wird im Zeitalter des Arbeitszeitgesetzes ermessen können, wie damals die sog. Routinearbeit auf Station ohne abendliche Begrenzung, die stundenlangen Eingriffe im Operationssaal, die Neueinführung neuer Techniken mit ihren anfänglichen Komplikationen und ihrer „Lernkurve“ und die zahlreichen Dienste bewältigt werden konnten. Dazu kamen abends und oft an Wochenenden die Experimente im Tieroperationssaal, die Vorbereitung der Vorlesungen mit damals noch üblichen zahlreichen Patientenvorstellungen und das Schreiben von Manuskripten für wissenschaftliche Publikationen und Vorträge.

Martin Bartels berufliche Entwicklung gleicht also fast der meinigen, wir wurden nicht nur Kollegen mit etwa gleichlaufenden Interessen und Zielen, sondern auch zu Freunden mit häufigem Austausch. In diesen sehr aktiven 60er bis 80er Jahren habilitierten wir uns, wurden zu Hochschuldozenten ernannt und schließlich zu Professoren der Chirurgie berufen, Martin immer etwas früher. Er erhielt 1993 die Berufung auf die neugeschaffene ordentliche Professur für Thorax- und Gefäßchirurgie verbunden mit dem Direktorat der Klinik.

In der Sektion Thoraxchirurgie der Gesellschaft für Chirurgie der DDR gaben wir als Vertreter der universitären Thoraxchirurgie langjährig mit dem Ton an. Martin Bartel war von 1980 bis 1982 Vorsitzender der Sektion und viele Jahre im Vorstand erfolgreich verankert. 1982 organisierte er die 8. Arbeitstagung in Jena. Diese ist mir nicht nur wegen ihres anspruchsvollen wissenschaftlichen Gehaltes, sondern wegen des tollen Rahmenprogramms in guter Erinnerung. Der Festabend fand auf dem Fuchsturm statt und war

bei Bratwurstzeremonie und ausgelassenem Tanzvergnügen ein unvergessliches Erlebnis. Dazu hatte Martin alle Register seines Organisationstalents und seines Charmes gezogen. Auf dieser Tagung wurde auch der Freundschaftsvertrag mit den ungarischen Thoraxchirurgen (Kulka, Keßler, Pinter) feierlich verlängert, wie überhaupt die Pflege der wissenschaftlichen und freundschaftlichen Kontakte mit den osteuropäischen Thoraxchirurgen – es herrschten die Zeiten des Eisernen Vorhangs – zu unseren Herzens-Anliegen gehörte. Viele gemeinsame Tagungen mit diesen Kollegen hatten ein heute bei wissenschaftlichen Kongressen kaum noch anzutreffendes Flair, nämlich eine freundschaftliche, fast familiäre Atmosphäre, die wohl auch der gemeinsam erlebten politischen Situation zuzuschreiben war.

Nun war es uns in der DDR gelungen, die Thoraxchirurgie als selbständige Abteilungen mit Professuren an unseren Universitätskliniken zu etablieren und dieser fortschrittlichen Organisationsstruktur Anerkennung zu verschaffen. Die Wende brachte Veränderungen. Wissenschaftlich waren wir mit Recht bestrebt, unser Licht nicht unter den Scheffel zu stellen, und taten das auch. Martin Bartel, Fredi Baudrexl aus Coswig und ich organisierten deshalb unter teilweise improvisierten Bedingungen bereits 1992 das 7. Trilaterale Symposium Deutschland-Ungarn-CSSR in Bad Schandau, es kamen diesmal nicht nur die ungarischen, tschechischen und polnischen Kollegen, sondern in großer Zahl auch die Thoraxchirurgen aus den alten

Bundesländern, es war eine der Keimzellen für die gesamtdeutsche Thoraxchirurgie. Das Treffen war die erste internationale Veranstaltung nach der Wende und eine bedeutende Drehscheibe zwischen Ost und West.

Martin Bartel gehörte zu den Gründungsmitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie. Die Jahrestagung 1996 wurde von ihm mit großem Erfolg in Jena ausgerichtet und war ebenfalls ein Meilenstein im Zusammenwachsen der deutschen Thoraxchirurgen. Auch hier hatte das Rahmenprogramm wieder ein abendliches Highlight, nämlich eine Exkursion auf die „Schlachtfelder“ aus den Napoleonkriegen bei Jena.

Bei solchem außerordentlichen Fleiß und Engagement blieben natürlich Ehrungen nicht aus. 1996-2000 war er Vorsitzender der Thüringischen Gesellschaft für Chirurgie und dann deren Ehrenmitglied und auch Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie. Und hervorzuheben ist natürlich auch, dass sich viele seiner Schüler habilitierten und bedeutende Chefstellen im ganzen Lande besetzten.

Mit der Selbständigkeit und Erhaltung der von uns geschaffenen selbständigen universitären Spezialabteilungen lief es dagegen nicht so gut. Nach Bartels Emeritierung und vorher schon nach meinem Ausscheiden in Halle wurden die fachlichen Strukturen der alten Bundesländer übernommen und Kliniken für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie in

Jena bzw. für Herz- und Thoraxchirurgie in Halle installiert. Die Folgen für Jena und Halle sind bekannt. Es hat sich inzwischen erwiesen, dass diese Entscheidungen nicht richtig waren und als Anachronismus aufgefasst werden müssen. Aber wir hielten uns an die Feststellung von Horaz „Beatus ille qui procul negotiis“. Bartel behielt seine optimistische, ausgleichende und humorvolle Natur bis ins hohe Alter. Noch an seinem 80. Geburtstag äußerte er: „80 zu werden ist ein glanzvolles Geschenk und keineswegs ein Drama!“

Es ist schwer, ein langes Arbeitsleben mit allen Facetten, die Erwähnung finden müssten, zu beschreiben. Mag es zu Beginn unserer Laufbahn persönlicher Ehrgeiz und Wissensdrang sein, der uns vorwärtstreibt, so mündet er schließlich in eine Bahn, die Verantwortung heißt, und die man weder anlegen und ablegen, sondern nur verspüren kann und wahrnehmen muss. Wir können beide sehr dankbar sein, dass wir chirurgische Ärzte sein durften und nicht Manager sein mussten, Ärzte, die als Leitlinie nur das Gewissen hatten, das zugleich den Qualitätsstandard bestimmte.

Halt und Ausgleich fand Martin Bartel in seiner intakten Familie und mit seiner Frau Rita, denen unser Mitgefühl gehört.

Wir trauern um einen gestandenen Chirurgen, vorbildlichen Kollegen und Freund.

Prof. Dr. med. Heinz Neef, Bockau

Nachruf zum Tod von Prof. Dr. med. Dr. h.c. Paul Hermanek



in memoriam
Prof. Dr. med. Dr. h.c.
Paul Hermanek
(*08.03.1924 † 17.09.2020)

Am 17. September 2020 starb in Erlangen im Alter von 96 Jahren Prof. Dr. med. Dr. h.c. Paul Hermanek, Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Es wird kaum Abdominalchirurgen geben, die in ihrer täglichen Arbeit nicht von den Erkenntnissen der Forschungsarbeiten des Pathologen Paul Hermanek beeinflusst werden. So nachhaltig ist sein Werk, dass viele Kollegen dachten, er sei Chirurg.

Paul Hermanek wurde am 8. März 1924 in Wien geboren. Nach dem Kriegsdienst als Sanitäter absolvierte er sein Medizinstudium in Wien und legte 1950 das Staatsexamen ab. Nach der Facharztausbildung wurde er 1957 Oberarzt am Pathologischen Institut der Allgemeinen Poliklinik Wien und habilitierte sich 1966 in der Pathologie der Universität Wien.

Seine große Zeit kam mit der Berufung nach Erlangen. In der Chirurgischen Klinik hatte der damalige Ordinarius Gerd Hegemann

beschlossen, die Pathologieversorgung neu zu gestalten und eine „Abteilung für klinische Pathologie mit Schwerpunkt Tumorpathologie“, die einzige ihrer Art an deutschen chirurgischen Universitätskliniken, zu etablieren, angeregt durch das amerikanische Vorbild der Surgical Pathology. Es war der Startpunkt für eine einmalige und sehr produktive Zeit: Der richtige Mann (mit neuen Ideen, Konzepten und Begeisterungsfähigkeit) zur richtigen Zeit (Phase eines Umbruchs in der Pathologie) in der richtigen Umgebung (kooperationsbegeisterte Kollegen in der Klinik), die nach seinen neuen Impulsen gierten. Paul Hermanek führte neue Methoden und Konzepte in die Chirurgie ein, unter dem Motto „Histologie- und Stadiengerechte Chirurgie“. Durch Einführung vieler Neuerungen u. a. mit einer direkten Anbindung des Pathologie-Labors an den Operationsaal wurde die Zeit für Schnellschnittuntersuchungen (schnell und sicher) auf unter 5 Minuten verkürzt. Damit schuf er Voraussetzungen, um während der Operation den Chirurgen durch feingewebliche Untersuchungen am Resektionsrand, den regionalen Lymphknoten und benachbarten Organstrukturen wichtige Entscheidungshilfen für die Auswahl der Operationsmethode zu liefern. Die weitgehend standardisierte Untersuchung der gewonnenen Operationspräparate lieferte Daten, die für die Weiterentwicklung der onkologischen Chirurgie bahnbrechend waren.

Er war sich darüber klar, dass die schönsten Befunde und Ergebnisse in der Chirurgie und Pathologie nicht von Wert sind, wenn sie nicht sehr gut dokumentiert sind und so vergleichbare Daten für größere Datenbanken liefern. Aus dieser Erkenntnis entstanden nicht nur das Klinische Krebsregister der chirurgischen Universitätsklinik Erlangen, sondern auch Anleitungsbücher für die Dokumentationen von verschiedenartigsten Daten von Krebspatienten und damit wesentliche Grundlagen

für die Dokumentationsarbeit von Tumorzentren. Sie waren längerfristig konzeptuelle Grundlage für zahlreiche Anforderungen von klinischer und pathologischer Seite, die in die S3-Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft eingegangen und als wesentlicher Baustein einer Qualitätssicherung zu sehen sind. Paul Hermanek konnte über die Jahre eine große Zahl von KollegInnen in der Chirurgie, Urologie und inneren Medizin (Gastroenterologie) für eine Mitarbeit an seinen Konzepten begeistern, die gemeinsam und systematisch weiterentwickelt wurden.

Mit der Breite dieses Ansatzes wurden in Erlangen Grundlagen einer „neuen“ onkologischen Behandlung gelegt. Sie fanden bald Verbreitung in deutschen und europäischen Kliniken und letztlich in der Welt. Die Außenwirkung wurde unterstützt durch die Teilnahme von Paul Hermanek und anderen Erlanger Kollegen an zahlreichen große klinischen Studien, z. B. der Deutschen Magenkarzinomstudie. Paul Hermanek war auf Kongressen ein begeisterter und begeisternder Diskutant, der mit kritischen Fragen besonders junge Wissenschaftler ansprechen konnte. Dabei ging es immer um die Sache und nie darum, jemand persönlich zu belehren. Wenn er kritisiert hat, sagte mir mal ein junger Teilnehmer, dann wusste man, dass die kritisierte Arbeit nicht so gut war, aber man hat sich als Person gefördert gefühlt.

Fragt man nach den Ursachen des Erfolges, stechen sein Arbeitseifer und seine Begeisterungsfähigkeit für die neue klinische Tumorpathologie heraus, gepaart mit Mut, Selbstvertrauen und Können. Diese Eigenschaften wurden auf alle Mitarbeitenden übertragen. Die Konzepte dieser Arbeit wurden von Paul Hermanek in Vorträgen und Arbeiten von hervorragender Didaktik und eindrucksvoller Aussagekraft immer wieder dargestellt. Die Ergebnisse wurden vielfältig

in nationalen und internationalen Zeitschriften veröffentlicht (knapp 1000 Publikation als Erst- und Koautor).

Für seine Verdienste um die Krebsbehandlung erhielt Paul Hermanek 1988 (zusammen mit F. P. Gall) den deutschen Krebspreis und 1996 die K. H. Bauer-Gedächtnis-Medaille. Darüber hinaus wurde er für seine Verdienst mehrfach ausgezeichnet, u. a. 1987 mit dem Johann-Georg-Zimmermann Wissenschaftspreis der Medizinischen Hochschule Hannover, 1991 mit der Ehrenmitgliedschaft der Österreichischen Gesellschaft für Pathologie in Wien, 1993 mit der Max-Lebsche-Medaille der Vereinigung der Bayrischen Chirurgen, 1994 mit der European Award der Europäischen

Society of Surgical Oncology, 1994 mit dem Dr. med. h. c. der Universität Münster, 1997 mit dem Wilhelm-Warner-Krebspreis, 1999 mit der Ehrenmitgliedschaft der Chilenischen Chirurgen-Gesellschaft, 2001 mit der Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, sowie mit zahlreichen weiteren Board-Mitgliedschaften und Ehrenvorlesungen. Er war Herausgeber der 4. Auflage der TNM-Klassifikation maligner Tumoren 1987 und 1992, des TNM-Atlas und des ersten Bandes des TNM-Supplement.

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie verliert mit ihm, der bis ins hohe Alter wissenschaftlich aktiv war, einen Pionier der Chirurgischen Onkologie, einen engen und

kreativen Partner, ein Verfechter der sorgfältigen Dokumentationen und nicht zuletzt einen musischen Opern-begeisterten Menschen, der selber übrigens sehr bescheiden auftrat.

Wir trauern mit seinen 2 Kindern, Enkeln und Urenkel um einen außergewöhnlichen Menschen.

Prof. Dr. med. Christian Wittekind

Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Ordinarius Emeritus

Institut für Pathologie

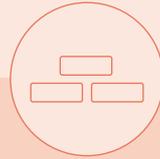
Universitätsklinikum Leipzig

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr Prof. Dr. med. Karl-Dieter Höhle, Mainz	*30.03.1938 †10.04.2020
Herr Dr. med. Amr El-Gibaly El-Gingehy, Stralsund	*25.06.1963 †09.05.2020
Herr Dr. med. Bernhard Rauchenberger, Hannover	*21.08.1941 †21.05.2020
Herr Prof. Dr. med. Rudolf Schwarzer, Zwickau	*30.08.1933 †24.07.2020
Herr PD Dr. med. Klaus Jürgen Husfeldt, Karlsruhe	*30.10.1939 †10.08.2020
Herr Dr. med. Diethard Pfeiffer, Reimlingen	*09.02.1938 †02.09.2020
Frau Prof. Dr. med. Dorothea Liebermann-Meffert, Freiburg	*06.05.1030 †03.09.2020
Herr Prof. Dr. med. Helmut Schmelzeisen, Lahr	*11.06.1040 †11.09.2020
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Paul Hermanek, Erlangen Ehrenmitglied	*08.03.1924 †17.09.2020
Herr Dr. med. Hans-Jürgen Haß, Magdeburg	*10.05.1958 †23.09.2020
Herr Prof. Dr. med. Ernst Rainer de Vivie, Wenningstedt/Sylt	*05.10.1938 †28.09.2020
Herr Dr. med. Gerhard Sell, Traunstein	*14.07.1933 †31.10.2020

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

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

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

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



Prof. Dr. med. Dr. med. dent. M. Ehrenfeld
Präsident

Prof. Dr. med. Dr. h.c. H.-J. Meyer
Generalsekretär

Prof. Dr. med. J. Werner
Schatzmeister

Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

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

BAUSTEIN IN GOLD

Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen

Herr Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Peiper, Göttingen

in memoriam Prof. Dr. med. Herbert Peiper, Berlin und Mainz

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karl-Walter Jauch, München

in memoriam Prof. Dr. med. Georg Heberer, München

Herr Prof. Dr. med. Reiner Gradinger, München

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.

in memoriam Prof. Dr. med. Jens Witte

AO Deutschland, Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen,
Berlin

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Axel Haverich, Hannover

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Markus Büchler, Heidelberg

DGTHG – 1971 mit Dank an die Gründungsmitglieder

Herr Prof. Dr. med. Joachim Jähne, Hannover

in memoriam Manfred und Helmi Jähne, Essen

Herr Prof. Dr. med. Uwe Klinge, Aachen

Herr Prof. Dr. med. Erhard Kiffner, Karlsruhe

in memoriam Prof. Dr. med. W. Brendel, Prof. Dr. med. R. Zenker,

Dr. med. R. Kiffner

AIOD Deutschland e. V., Düsseldorf

Familie und Freunde Dr. Schreiter, Hamburg

in memoriam Dr. med. Friedemann Schreiter

Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau, Bochum

Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und
Ästhetischen Chirurgen e.V.

Herr Dr. med. Ernst Derra und Frau Dr. med. Hildegard

Derra-Henneke, Düsseldorf und München

in memoriam Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Ernst Derra, Düsseldorf

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Roland Hetzer, Berlin

Herr Prof. Dr. med. Roderich Schwarz, Bristol, Indiana, USA

in memoriam Prof. Dr. med. Wilhelm Müller, Rostock und

Prof. Dr. med. Egbert Schwarz, Erfurt

Herr Prof. Dr. med. Jürgen Ennker und

Frau PD Dr. med. Ina Carolin Ennker, Berlin

Herr Prof. Dr. med. Henning Putzki, Hannover

in memoriam

Prof. Dr. Peter-Christian Alnor, Braunschweig

Prof. Dr. Horst Heymann, Hannover

BAUSTEIN IN SILBER

Herr Prof. Dr. med. Leonhard Schweiberer, München
 Herr Prof. Dr. med. Klaus Junghanns, Ludwigsburg
 Herr Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, Neuötting
 Herr Prof. Dr. med. Hendrik Dienemann, Thoraxklinik Heidelberg
 Herr Prof. Dr. med. habil. Dr.-Ing. Dr. med. h.c. Michael Ungethüm,
 Tuttlingen
 Herr Prof. Dr. med. Hartmut Siebert, Schwäbisch-Hall
 Herr Prof. Dr. med. Karl Herbert Welsch, München
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Wysocki, Heidelberg
 Herr Dr. med. Jürgen Meier zu Eissen, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Post, Mannheim
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Mutschler, München
 Frau Prof. Dr. med. Ursula Schmidt-Tintemann, Vaterstetten
 Herr Prof. Dr. med. Matthias Rothmund, Marburg
 Herr Prof. Dr. med. Christian H. Siebert, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Volker Bühren, Murnau
 Herr Dr. med. Abdullah 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 Schwemmler, Linden
 Herr Dr. med. Frank U. Zittel, Frankenthal
 in memoriam Prof. Dr. med. Richard Xaver Zittel
 Herr Prof. Dr. med. Wulf Brands, Karlsruhe
 in memoriam Dr. med. Hartmut Wirth, Mannheim
 Herr Prof. Dr. med. habil. Dieter Bokelmann, Essen
 in memoriam Dr. med. Ottmar Kohler, Idar-Oberstein
 Herr Prof. Dr. med. Hermann Bünthe, Münster
 Frau Dr. Eva Appel, Frankfurt/Main
 in memoriam Prof. Dr. med. Alexander Appel
 Herr Prof. Dr. med. Gerhard Schönbach, Freiburg
 Frau Prof. Dr. med. Dorothea Liebermann-Meffert, Freiburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Basel
 Herr Dr. med. Andreas Dörmer, Frankfurt/Main
 Herr PD Dr. med. habil. Klaus H. Fey, Berlin
 in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Linder, Heidelberg,
 Prof. William P. Longmire Jr., Los Angeles
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Köle, Graz
 in memoriam Prof. Dr. med. Adolf Winkelbauer und
 Prof. Dr. med. Franz Spath
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Helmut Wolff, Berlin
 Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Rehbein
 Herr Prof. Dr. med. E. Ulrich Voss, Karlsruhe
 in memoriam Herr Prof. Dr. med. Jörg F. Vollmar
 Herr Dr. med. Christoph Bubb, Landshut

Herr Dr. med. Bernhard Arlt, Herne
 Herr Prof. Dr. Axel Laczkovics, Bochum
 in memoriam Prof. Waldemar Kozuschek, Bochum
 Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau, Bochum
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans Hellmuth Hirsch
 Herr Prof. Dr. med. Otto-Andreas Festge, Greifswald, Herr Dr. med.
 Reinhold Festge, Oelde, Frau Dr. med. Brigitte Festge, Greifswald
 in memoriam Dr. med. Otto Festge
 Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
 Herr Prof. Dr. med. Horst Hamelmann, Kiel
 Herr Prof. Dr. med. Paul Hahnloser, Zürich
 in memoriam Prof. Dr. med. Åke Senning
 Herr Dr. med. Christoph Schüürmann, Bad Homburg

Dres. med. Hermann und Beate Sons, Kassel
 in memoriam Dr. med. Paula Rotter-Pool, Berlin
 Herr 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

BAUSTEIN IN BRONZE

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

Herr Dr. med. Radovan Stojanovic, Kassel
 Herr Dr. med. Jörg Kluge, Erfurt
 in memoriam Dr. med. habil Werner Kluge, Dresden
 Herr Dr. med. Roland Kluge, Dresden
 in memoriam Dr. med. habil. Werner Kluge, Dresden
 Frau Dr. med. Ricarda E. Sieben, Braunschweig
 Herr Dr. med. Peter Gilsdorf, Mainz
 Herr PD Dr. med. Friedrich Thielemann, Villingen-Schwenningen
 Herr Dipl.-Ing. H. - F. Bär, Werl
 Herr Dr. med. Albert Schreiber, Neumarkt
 in memoriam Dr. med. Claus Wiedmann
 Frau Dr. med. Waltraud von Kothen, 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

DGCH-PRÄSIDIUM

ab 1. Oktober 2020



KORRESPONDENZADRESSE

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V.
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
Tel.: 030/28876290
info@dgch.de
www.dgch.de

REDAKTION MITTEILUNGEN DER DGCH

Prof.Dr.med.Dr.h.c.H.-J.Meyer (V.i.S.d.P.),
info@dgch.de
Dipl.-Kffr. Canan Kilci,
referentin@dgch.de

VORSTAND

Präsident	M. Ehrenfeld, München
1. Vizepräsident	T. Schmitz-Rixen, Frankfurt
2. Vizepräsident	H. Lang, Mainz
3. Vizepräsident	A. Seekamp, Kiel
Schatzmeister	J. Werner, München
Generalsekretär	H.-J. Meyer, Berlin

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	W. O. Bechstein, Frankfurt am Main
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie/Vertreter Allgemeine Chirurgie	K. Ridwelski, Magdeburg
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin	F. Adili, Darmstadt
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	U. Rolle, Frankfurt
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	J. Hoffmann, Heidelberg
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	R. Goldbrunner, Köln
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	B. Kladny, Herzogenaurach
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen	L. Prantl, Regensburg
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	J. Gummert, Bad Oeynhausen
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	H.-S. Hofmann, Regensburg
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	D. Pennig, Köln
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.	J.-A. Rüggeberg, Bremen
Perspektivforum Junge Chirurgie	T. Fritz, Homburg

WEITERE MITGLIEDER

Leitender Universitätschirurg	S. Fichtner-Feigl, Freiburg
Leitender Krankenhauschirurg	C. Krones, Aachen
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik	N.N.
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung	M. Mille, Erfurt
Niedergelassener Arzt für Chirurgie	R. Lorenz, Berlin
Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland	R. Rosso, Comano/Schweiz
Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung	C. Bruns, Köln

FRÜHERE PRÄSIDENTEN

T. Pohlemann, Homburg	2017
J. Fuchs, Tübingen	2018
M. Anthuber, Augsburg	2019

SPRECHER DER SENATOREN

N. P. Haas, Berlin
J. Jähne, Hannover

SENATOREN

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

MEINE DATEN HABEN SICH GEÄNDERT



Mitgliedsnummer DGCH

Mitgliedsnummer BDC

Titel

Name und Vorname

Klinik/Krankenhaus/Praxis

Abteilung

Klinik-Anschrift

Telefon dienstlich

Privat-Anschrift

Telefon privat

Mobiltelefon

E-Mail-Adresse

Postsendungen bitte an die

Praxis-/Klinikadresse

Privatadresse

Ich lebe im Ruhestand seit _____

Meine Bankverbindung hat sich geändert. Bitte senden Sie mir ein SEPA-Formular zu.

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE e.V., Luisenstr. 58/59, D – 10117 Berlin

Tel.: 030 28 87 62 90 | Fax: 030 28 87 62 99 | E-Mail: info@dgch.de