PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

ÜBER 100 JAHRE D-ARZT – SCHNELLZUG DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG

im Fokus

D-ARZT-SYSTEM

09 | III | 2023

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

BDC Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

IMPRESSUM

CHIRURGIE

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

DGCH
Präsident: Prof. Dr. med. Andreas Seekamp
Vizepräsident:innen: Prof. Dr. med. Hauke Lang,
Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns,
Prof. Dr. med. Udo Rolle
Generalsekretär: Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen (V.i.S.d.P.)
Schatzmeister: Prof. Dr. med. Jens Werner

BDC
Präsident: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer V.i.S.d.P.
Vizepräsidenten: Dr. med. Peter Kalbe,
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Geschäftsführerin: Dr. med. Friederike Burgdorf
Justitiar: Dr. jur. Jörg Heberer, Berlin/München

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

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

DESIGN
Nina Maria Küchler, Berlin

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

ABBILDUNGSHINWEISE
Teaserfotos von iStock oder von den Autoren.
Cover © iStock/MicroStockHub

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.
Auflösung Bilderrätsel aus 06/QII/2023: Hodenhochstand

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

EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:
© BDC-Service GmbH | Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin

ISSN 2194-5586

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

INHALT

2 EDITORIAL

2 Tätigkeit als Durchgangsarzt – Ritterschlag für den Unfallchirurgen oder lästiges Übel?
Peter Kalbe

6 KURZNACHRICHTEN

8 CHIRURGIE

8 TRAUMATOLOGIE IM KINDESALTER: OP-INDIKATION BEI HÄUFIGEN FRAKTUREN
Boy Bohn

14 DALE-UV – EINBAHNSTRASSE DER DIGITALEN KOMMUNIKATION
Peter Kalbe

16 OSTEOSYNTHESEN IN DER CHIRURGISCHEN PRAXIS
Christoph W. Jaschke

22 CHIRURGIE+

22 Webinare der BDC|eAkademie

23 **Versicherung:** Angemessene Summen in der Haftpflichtversicherung *Nadja Bürger*

25 **Patientensicherheit:** Gesundheitsstadt Berlin und Ecclesia Gruppe rufen HRO-Award ins Leben *Ecclesia med*

28 **Hygiene-Tipp:** Welche Kontrollen einer Sterilgutverpackung (Sterilbarrieresystem) sind vor der Operation notwendig? *Lutz Jatzwauk, Klaus Wiese, Walter Popp, Wolfgang Kohnen*

29 **Artzpraxis Tipp:** F+A: Die vorzunehmende Gebührenordnung ist bei BG-Patient:innen für alle Leistungen die UV-GOÄ *Peter Kalbe*

31 **Rezension:** Referenz Orthopädie und Unfallchirurgie: Becken und Hüfte *Tim Pohlemann*

32 Personalia

33 **RECHT**

33 **F+A:** Werbung mit Focus-Ärzte-Siegel *Jörg Heberer*

34 GESUNDHEITSPOLITIK

34 **BDC-Praxistest:** Wo sind unsere Ärzte und Pflegekräfte hin? *Karl Blum*

40 Reform der D-Arzt-Bedingungen zum 1. Januar 2024 *Peter Kalbe*

43 Weiterentwicklung der UV-GOÄ *Barbara Berner*

46 INTERN

46 **DGCH**

46 Kommentar des Generalsekretärs *Thomas Schmitz-Rixen*

49 Sehr persönlich nachgefragt bei Katja Schlosser

51 In eigener Sache: Impact-Faktoren für Innovative Surgical Sciences *Joachim Jähne*

53 Reisebericht „Hospital for Sick Children“ in Toronto *Carmen Kabs*

58 Reisebericht „Department of Plastic Surgery" in Pittsburgh *Cornelius D. Schubert*

61 Bedeutende, aber (fast) vergessene Chirurgen *Michael Sachs*

64 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland *Solveig Tenckhoff*

67 Spendenaufruf und neue Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

68 **BDC**

68 BDC|News

70 BDC|Schnittstelle – im Fokus: Dr. Ralf Schmitz *Olivia Päßler*

73 Termine BDC|Akademie

76 PANORAMA

76 Über 100 Jahre D-Arzt – der Schnellzug in der medizinischen Versorgung *Melanie Wendling*

Kommentar des Generalsekretärs

AUS DER DGCH

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

Während das Bundesgesundheitsministerium die Parlamentssommerpause und auch den Urlaub ihres Ministers nutzt, um das von der Bund-Länder-Konferenz abgesegnete Eckpunkte-Papier zur Krankenhausfinanzierungsreform in ein Gesetz zu gießen, sorgt der gemeinsame Bundesausschuss für Aufregung mit einer Verordnung zu den Notfallaufnahmen. Doch dazu später.

Ob die Ministerialen sich jetzt mit dem Gesetzestext einfacher tun, da die vom Gesundheitsminister Professor Karl Lauterbach angekündigte Revolution, wie die FAZ titelte, ja jetzt abgesagt ist, bleibt Spekulation. Jedenfalls vernimmt man zurzeit keinen Ton aus dem Ministerium. Eigentlich war alles gut ausgedacht: Eine Krankenhausreform, die von einer hochkarätigen wissenschaftsorientierten Kommission vorgeschlagen und nicht von Interessensvertretern oder Beamten beeinflusst wurde. Eine Krankenhausreform, die sich am Patientenwohl orientieren sollte und deutliche Qualitätsmaßstäbe setzt, und die nicht wieder wie der kleinste gemeinsame Nenner aussieht – wie in den vergangenen 30 Jahren praktiziert.

Wie wir alle wissen, kam es anders. Die Eckpunkte, auf die sich Bund und Länder dann kurz vor der Sommerpause verständigt haben, bleiben hinter den Ansprüchen zurück. Die Idee, die Kliniken in Level zu unterteilen und damit dem Patienten auch eine Qualitätsrichtschnur zu geben, ist gründlich zerredet worden. Lauterbach hat die Revolution geplant und die Länder haben sie abgesagt. Zwar haben die Länder, Bayern an der Spitze, zu Beginn mit Recht auf mögliche Probleme hingewiesen, doch anstatt Probleme zu lösen, haben sie sich auf das Verhindern beschränkt. Vor allen Dingen wollen die Länder verhindern – und man verzeihe mir, wenn ich jetzt alle über einen Kamm schere, was sicherlich nicht den Tatsachen entspricht –, dass Transparenz für den Patienten entsteht. Jeder Patient hätte sehen sollen, welches Haus welchen Eingriff oder welche Behandlung besonders gut kann. Die Länder haben erstmal unterbunden, Bürgern diese Informationen zugänglich zu machen. Dahinter steckt wohl die Sorge, dass diese Angaben für einige Häuser rufschädigend sein könnten. Damit waren die ursprünglich vorgesehenen Level abgeschafft. Auch scheint das System durch Einrichtung von Vorhaltepauschalen nicht grundlegend reformiert. Marketing und Imagekampagnen gehen offensichtlich über die Ergebnisqualität von Gesundheitsbehandlungen. Der Minister möchte jetzt trotzdem ein Transparenzregister einführen, um den Bürgern und den zuweisenden Hausärzten die notwendige Transparenz für die Entscheidungsfindung zur Krankenhauswahl zu bieten. Übrigens auch ein wichtiger Aspekt für die Arbeit der Rettungsdienste.

Erfreulich an dem Reformprozess ist, dass Minister Lauterbach neben der Expertenkommission, in der leider kein Chirurg beziehungsweise keine Chirurgin vertreten ist, auch die medizinischen Fachgesellschaften an dem Beratungsprozess beteiligt. Hierzu ist bei der AWMF eine ad hoc-Kommission gegründet worden, in der wir auch als Chirurgen unseren Sachverstand einbringen können. Auch das wird nicht immer gehört, sodass sich die AWMF jetzt mit einem Kritikschreiben am letzten Eckpunktepapier gemeldet hat. Grundsätzlich haben wir (ich vertrete als Generalsekretär die DGCH) begrüßt, dass Bund und Länder sich auf ein gemeinsames Vorgehen für die Krankenhausreform geeinigt haben. Allerdings haben sich mit der Entscheidung der Bund-Länder-Beratungen, die NRW-Matrix als Grundlage der Reform zu nehmen, Fehlentwicklungen mit möglichen Qualitätseinbußen in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung eingeschlichen. Kern

der Kritik ist, dass relevante Leistungsbereiche und Leistungsgruppen nicht berücksichtigt sind. Die jetzt zugrunde gelegte NRW-Matrix ist als Planungsinstrument entwickelt worden und nicht als Instrument zur Vergütung. Diese auch kleinere Matrix bildet die stationäre Krankenversorgung nicht in ihrer ganzen Breite ab und innerhalb der einzelnen Leistungsgruppen fehlt bei vielen von ihnen noch eine deutlich qualitative Differenzierung. So werden fehlende Leistungsbereiche für die interventionelle Radiologie, die Nuklearmedizin und die Strahlentherapie, für die internistischen Schwerpunkte etwa die Angiologie sowie die Beteiligung an onkologischen Zentren durch Fächer wie Innere Medizin und Chirurgie und weiterer Fächer wie etwa Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Dermatologie, die Schmerzmedizin, Ernährungsmedizin und die Schlafmedizin später Kalkulationsschwierigkeiten bieten. Für die Chirurgie ist die fehlende Differenzierung innerhalb der Leistungsgruppen sehr problematisch.

Fachliche Inhomogenitäten in der bestehenden NRW-Matrix müssen korrigiert werden, weil sie nicht mehr dem heutigen Stand der Wissenschaft entsprechen. Dies gilt unter anderem für zelluläre und hochkomplexe Therapien, Leukämie und Lymphome und solide Tumore, dann für komplexe periphere Gefäße, Ösophagus-Magen-Eingriffe, komplexe kolorektale Eingriffe und gynäkologische Tumore.

Die Definition von Qualitätskriterien für Leistungsgruppen muss sich an der Komplexität der erforderlichen Diagnostik und Therapie orientieren. Es ist selbsterklärend, dass für eine Leistungsgruppe, die sowohl in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung, der Schwerpunktversorgung und der Maximalversorgung einschließlich Universitätskliniken erbracht wird, differenzierte und gestufte Qualitätsanforderungen zu stellen sind. Diese Qualitätsanforderungen benötigen eine zugrundeliegende einheitliche und nachvollziehbare Logik und müssen genau definiert werden, wie es die wissenschaftlichen Fachgesellschaften der AWMF bereits im Frühjahr formuliert haben.

Die vielfach von den Ländern eingeforderten Ausnahmetatbestände von der Erfüllung von Qualitätskriterien müssen zeitlich eng begrenzt werden, da sonst die Reform ins Leere läuft. Bei Zulassung zur Krankenversorgung bei Unterschreiten der Qualitätskriterien muss eine Zukunftsstrategie bestehen, die das Erreichen der Qualitätskriterien zeitnah erlaubt. Bei den Qualitätskriterien sollte das Institut für Qualität und Transparenz in der Medizin zur Formulierung von Qualitätsindikatoren herangezogen werden.

Die Definition von Qualitätskriterien für Fachkliniken muss bei Bedarf aufgrund des besonderen Spektrums an Diagnosen und Interventionen angepasst werden.

Schon seit Anfang der Diskussion haben wir Weiterbildungsprobleme immer wieder angesprochen. Eine Weiterbildungsberechtigung für eine Leistungsgruppe ist in jedem Fall einzufordern, sonst werden in der Leistungsgruppe nur Fachärzte arbeiten. Das System der leitenden Ärzte von Abteilungen und Sektionen (Leistungsgruppen), denen man jeweils eine Weiterbildungsberechtigung zuordnen kann, wird ja nicht abgeschafft. In vielen Fällen wird man die Weiterbildungsordnung anpassen müssen. Da die Leistungsgruppen den Hauptteil der klinischen Medizin abdecken, ist die Zuordnung einer Weiterbildungsberechtigung eine unverzichtbare Aufgabe beziehungsweise Forderung. Auch die Weiterbildungsprobleme in der ambulanten Chirurgie müssen gelöst werden. In der Weiterbildungsfrage müssen wir zeitnahe Reaktionen der Bundes- und Landesärztekammern einfordern. Die ad hoc-Kommission der AWMF erwartet nicht umsonst einen arbeitsreichen Herbst und Winter.

MEDIZINISCHER NOTFALL ODER NICHT? – G-BA DEFINIERT VORGABEN FÜR DIE ERSTEINSCHÄTZUNG IN NOTAUFNAHMEN

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat jetzt Vorgaben für ein Ersteinschätzungsverfahren in Notaufnahmen von Krankenhäusern definiert. Er beschloss unter anderem Mindestanforderungen an das Verfahren, das das digitale Assistenzsystem und die Qualifikation des beteiligten medizinischen Personals regelt. Nur wenn ein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wird, soll die Patientin oder der Patient ambulant im Krankenhaus behandelt oder gegebenenfalls auch stationär aufgenommen werden. In allen anderen Fällen soll die Behandlung grundsätzlich in der vertragsärztlichen Versorgung erfolgen. Der Beschluss des G-BA sieht für die Krankenhäuser verschiedene Übergangsfristen vor, um etwa das benötigte Personal weiterzubilden und ein digitales Assistenzsystem zu implementieren. Die generellen Anforderungen an Notfallstrukturen in Krankenhäusern, die unter anderem eine zentrale Notaufnahme vorsehen, greifen bereits seit 2018.

KERNPUNKT DES BESCHLUSSES IST DIE WEITERLEITUNG IN DIE VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG

Bereits jetzt wird in Notaufnahmen die Dringlichkeit einer ärztlichen, unmittelbar notwendigen Behandlung mit Hilfe von sogenannten Triage-Systemen festgestellt: So werden Hilfesuchende mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung oder Verletzung schnellstmöglich identifiziert und behandelt.

Bei Hilfesuchenden, bei denen kein sofortiger Behandlungsbedarf besteht, schließt sich zukünftig ein erweitertes Ersteinschätzungsverfahren an, das aufbauend auf dem Ergebnis der Triage das Zeitfenster bis zur Behandlung und die Versorgungsebene vorgibt. Je nachdem, ob eine ärztliche Behandlung innerhalb von 24 Stunden beginnen sollte oder nicht, werden zwei sogenannte Dringlichkeitsgruppen unterschieden.

Bei **Dringlichkeitsgruppe 1** sollte die Behandlung innerhalb von 24 Stunden beginnen: Entweder ambulant im Krankenhaus oder in einer im oder am Krankenhaus gelegenen Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) beziehungsweise einem entsprechenden medizinischen Versorgungszentrum des Krankenhauses.

Bei **Dringlichkeitsgruppe 2** ist keine Behandlung innerhalb von 24 Stunden erforderlich. Die Versicherten erhalten einen Vermittlungscode, mit dem sie über die Terminservicestelle der KV einen Termin buchen können.

Dieser G-BA Beschluss hat heftige Reaktionen von Fachgesellschaften und Verbänden hervorgerufen: Die DIVI kritisiert eine

Patientensteuerung in ebenfalls überlastete Sektoren und dass die erste Einschätzung nur noch durch Pflegepersonal mit Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ oder „Notfallsanitäter“ möglich ist, auch weil Pflegepersonal mit der Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ für die Versorgung benötigt wird und nicht für das Triagieren. Auch wird ein zusätzlicher Bedarf an Fachärzten mit Zusatzqualifikation „Klinische Akut- und Notfall Medizin“ für die Patientenweiterleitung befürchtet. Zudem wirkt der Fokus ausschließlich auf GKV-Patienten befremdlich.

Für die Gesellschaft für Notfall- und Akutmedizin (DGINA) lässt der vorliegende Beschluss viele Fragen offen und es bleibt in einigen gravierenden Punkten fraglich, ob die Richtlinie nach Inkrafttreten von den Notfallkliniken objektiv überhaupt erfüllbar ist. Obwohl der Beschluss auch positive Aspekte beinhaltet, die die DGINA ausdrücklich unterstützt, schlussfolgert die DGINA, dass die Einschätzungsrichtlinie keine mögliche Verbesserung erkennen lässt und deshalb die Aussetzung der Richtlinie und grundlegende Überarbeitung durch GBA und BMG fordert.

Der G-BA Beschluss hat ja zum Ziel, die Notfallaufnahmen zu entlasten. Alternative Ideen zur Entlastung der Notfallaufnahme treiben momentan auch mehrfach Blüten, bei denen der Patient, der ohne Bedarf die Notfallaufnahme besucht, zur Kasse gebeten werden soll. So der Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugend-Ärzte, der eine Gebühr für Eltern vorgeschlagen hat, die ihr Kind bei Bagatellerkrankung ins Krankenhaus bringen. Auch die Unionsfraktion im Bundestag machte den Vorschlag, dass Patienten 20 € zahlen sollen, wenn sie ohne vorherige medizinische erste Einschätzung in die Notaufnahme kämen. Auch der Vorstandsvorsitzende der kassenärztliche Bundesvereinigung hat eine ähnliche Idee ins Spiel gebracht. Diese Vorschläge sind schlichtweg inakzeptabel, denn gesundheitliche Notfallversorgung darf nie eine Frage des Geldes sein, auch dann nicht, wenn sich der vermeintliche Notfall, den der Patient oft gar nicht einschätzen kann, als nicht so dringliche Angelegenheit herausstellt. Der Bundesgesundheitsminister spricht sogar von unethischen Vorschlägen. Es sind aber nicht nur Fragen der sozialen Gerechtigkeit, die eine Rolle spielen. Die Vorschläge dürften auch praktisch scheitern, denn der Vorgang müsste auch in jedem Fall rechtsicher dokumentiert werden und diese Dokumentation würde die angespannte Situation in den Notfallaufnahmen weiter belasten. Fehlendes Fachwissen und Ängste der Patienten sowie Engpässe in den Arztpraxen sind die Ursache für die Überlastung der Notfallaufnahmen. In der Debatte geht es aber auch um die Frage, wie Patienten im Gesundheitswesen intelligent gesteuert werden können. Bei diesen Strukturproblemen könnte KI helfen. In den Notfallaufnahmen prallen die Sektorengrenzen der ambulanten und stationären Versorgung nicht nur in der Strukturdiskussion aufeinander. Die Sektorengrenzen sind politisch gewollt und müssen demnach auch politisch gelöst werden. Vielleicht benötigen wir zentrale Einrichtungen, die Patienten beraten und in die entsprechende Versorgung schicken.

DGCH-intern gibt es zu berichten, dass sich der geschäftsführende Vorstand zu einer Satzungsänderung und zu den Ausschreibungsbedingungen der vielfältigen Preise der DGCH im Retreat beraten hat. Hierbei wurden Ziele und Eckpunkte einer Satzungsänderung diskutiert. Eine neue Satzung sollte folgendes bieten:

- Bedürfnisse einer Mitgliedsgesellschaft als Dachgesellschaft
- Verschlankung der Entscheidungsgremien
- Stärkung der Rolle der Fachgesellschaften in kooperativer Partizipation
- Stärkung der DGCH als wissenschaftliche Fachgesellschaft und als weltweit bekannte Marke
- Verbreiterung des Profils der DGCH durch Einführung von Chaptern
- Digitale Wahlmöglichkeiten
- Anpassung an die Moderne
- Beschränkung auf das Notwendige

Ich denke, wir haben eine vernünftige Strukturänderung gefunden, die dem Präsidium im Herbst vorgestellt werden kann. Der weitere Zeitplan sieht nach juristischer Prüfung die Information der Mitglieder und dann die Beschlussfassung in der Mitgliederversammlung während des DCK 2024 vor. Die Einreichungsfrist für die regelmäßig vergebenen Preise der DGCH wird ab diesem Jahr auf den 31. Dezember gelegt, so eine weitere Beschlussfassung. Dies reicht aus, um bis zum DCK die Entscheidungen über die Preisvergabe zu treffen.

Schon jetzt freue ich mich auf den DCK 2024 in Leipzig, einer Stadt von der Goethe sagte: „Mein Leipzig lob ich mir! Es ist ein klein Paris und bildet seine Leute.“ In dem Sinne darf ich auch im Namen unserer Präsidentin Frau Professor Christiane Bruns auf die Abstract-Deadline am 1. Oktober 2023 hinweisen und um rege Beteiligung bitten.

Prof. Dr. Th. Schmitz-Rixen
Generalsekretär der DGCH

SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI KATJA SCHLOSSER

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?
Die Sinnhaftigkeit der Arbeit an sich, das Arbeiten im Team und der Patient:innenkontakt

Welche Forschungsrichtung inspiriert Sie?
Derzeit: KI und Chirurgie

Welche Publikation der letzten vier Jahre halten Sie für einen Game Changer in Ihrem Fach?
Aspirin or Low-Molecular-Weight Heparin for Thromboprophylaxis after a Fracture
Major Extremity Trauma Research Consortium (METRC), N Engl J Med 388:203, January 19, 2023

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?
Der eigene Wille und die Unterstützung durch fördernde Kolleg:innen

In der Krankenhauspolitik gibt es viele Baustellen. Was sollte als Erstes angepackt werden?
Digitalisierung und eine Krankenhausreform

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

Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?
Medizin muss trotz aller Wirtschaftlichkeit menschlich bleiben und den Nachwuchs für die Chirurgie begeistern

Wann sind Sie glücklich?
Wenn ich ein Ziel erreicht habe oder an einem Fehler gewachsen bin

Wann platzt Ihnen der Kragen?
Wenn sich jemand nicht kümmert, unkollegial oder faul ist

Welche Hoffnung haben Sie aufgegeben?
Keine

Was frustriert Sie?
Ignoranz, überbordende Bürokratie und Datenschutz, fehlende Empathie

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?
Change it, accept it or forget it

Was ist Ihre größte Inspiration?
Die Frauen in unserem Netzwerk „Die Chirurginnen e.V."

Ihr wichtigstes Hobby?
Die Chirurginnen e.V.

Wo werden Sie schwach?
Bei Lakritz

Was bringt Sie zum Lachen?
Der Platz hier reicht nicht zur Aufzählung

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?
Der gemeinsame Kaffee mit meinem Mann morgens, zufriedene, gesundende Patienten, ein funktionierendes Team und spannende Operationen sowie sinnhafte Meetings mit Outcome im Arbeitsalltag, nach dem Nachhausekommen eine Runde in der Lahn schwimmen und den Abend mit meiner Familie ausklingen lassen

Wie gehen Sie mit fehlender Teamfähigkeit bei einer/m Mitarbeiter:in um?
Durch Kommunikation und Spiegelung des Verhaltens

Wie fördern Sie die persönliche und fachliche Entwicklung in Ihrem Team?
In dem ich Stärken stärke

Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?
Auf jeden Fall

Prof. Dr. med. Katja Schlosser
Präsidentin des Vereins Die Chirurginnen e.V.
CÄ der Klinik für Allgemeine, Viszeral-, Endokrine & Gefäßchirurgie,
Ärztl. Direktorin Agaplesion Ev. KH Gießen
FÄ für Chirurgie, Viszeralchirurgie & Spezielle Viszeralchirurgie & Gefäßchirurgie, EBSQ Endocrine Surgery
Verheiratet, 2 Kinder, imkert & hat Hühner
Liebt sämtliche endokrinen Operationen, Carotiden & kniffelige Bäuche

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

DCK 2024

Gemeinsam lernen und heilen

141. Deutscher Chirurgie Kongress
16. – 18. April 2024, DCK.digital
24. – 26. April 2024, Congress Center Leipzig

MUT ZUR VERÄNDERUNG – ZUKUNFT MITGESTALTEN

www.dck2024.de

In eigener Sache: Impact-Faktoren für Innovative Surgical Sciences

Prof. Dr. med. Joachim Jähne, FACS, MBA
Senator der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Diakovere Friederikenstift und Henriettenstift
Marienstrasse 72-90
30171 Hannover
joachim.jaehne@diakovere.de

Sehr geehrte Mitglieder der Deutsche Gesellschaft für Chirurgie,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

wie Sie sich vielleicht erinnern werden, hat die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) im Jahr 2016 das Gold Open Access Journal „Innovativ Surgical Sciences" inauguriert (**Innovative Surgical Sciences (degruyter.com)**).

Nach nunmehr siebenjähriger Publikationstätigkeit hat dieses Journal von Clarivate Analytics erstmals einen Impact-Faktor von 1,3 zugewiesen bekommen. Für ein so junges Journal ist dies ein sehr gutes Ergebnis. Es unterstreicht, dass Open Access die Zukunft des wissenschaftlichen Publizierens darstellt. Zugleich ist es eine Herausforderung und wesentliche Motivation für die Zukunft, die Zeitschrift weitergehend im Feld der chirurgischen Zeitschriften

Jähne J: In eigener Sache: Impact-Faktoren für Innovative Surgical Sciences. Passion Chirurgie. 2023 September; 14(09): Artikel 06_02.

Page Export to Excel Save to source list

View metrics for year: 2022

	Source title	CiteScore	Highest percentile	Citations 2019-22	Documents 2019-22	% Cited
1	Innovative Surgical Sciences *Open Access*	4.5	80% 96/495 Surgery	614	137	72

Abb. 1: Innovativ Surgical Sciences auf Scopus (Quelle: Scopus preview – Scopus – Sources, abgerufen am 29.06.2023)

international zu platzieren und den Impact-Faktor schrittweise zu erhöhen.

In den letzten Jahren hat das Journal, dessen Rechte komplett bei der DGCH liegen, einige Veränderungen durchlaufen. So wurde das Layout an die neue Farbgebung der DGCH und des deutschen Chirurgiekongresses (DCK) angepasst. Darüber hinaus werden die Abstracts des DCK als Sonderheft der Zeitschrift ebenfalls Open Access publiziert und sind somit einem großen Leserkreis zugänglich. Darüber hinaus wurde in diesem Jahr ein National Editorial Board etabliert, in dem von den Fachgesellschaften benannte Repräsentant:innen tätig sind. Es liegt im Interesse der DGCH, die in ihr vertretenen Fachgesellschaften umfassend, transparent und in gegenseitiger Wertschätzung umfänglich in die Belange und zukünftigen Aufgaben zur weiteren Entwicklung des Journals einzubinden.

Innovativ Surgical Sciences ist seit der Gründung im Jahr 2016 in allen großen Datenbanken und Repositorien hinterlegt. Seit mehreren Jahren ist die Zeitschrift zudem bei PubMed gelistet und weithin sichtbar. Dies ist mit großer Wahrscheinlichkeit auch der Grund für den jetzt zugewiesenen Impact-Faktor. Darüber hinaus ist die Zeitschrift natürlich auch bei Scopus gelistet. In **Abbildung 1** zeigen sich aktuell ebenfalls sehr vielversprechende Ergebnisse.

Neben Leitthemen publiziert die Zeitschrift eine Fülle von frei eingereichten, mehrheitlich internationalen Originalbeiträgen, wobei die sog. Rejection-Rate in den Jahren 2021 und 2022 bei 52 % lag. Dies ist auf einen stringenten Double-Blind-Peer-Review-Prozess zurückzuführen, und die DGCH ist allen Gutachter:innen für ihre Tätigkeit sehr dankbar. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, dass alle Reviews als Supplement zu den publizierten Beiträgen ebenfalls veröffentlicht werden. Dies ist bei den meisten Zeitschriften in dieser Form nicht der Fall, für Innovative Surgical Sciences allerdings Teil der Philosophie des Journals, die eine größtmögliche Transparenz im Hinblick auf die Publikationen gewährleisten möchte.

Im Namen der DGCH möchte ich alle Mitglieder der DGCH und der assoziierten Fachgesellschaften herzlich einladen, für Publikationen Innovative Surgical Sciences zu erwägen. Als Gold Open Access Journal sind die Inhalte im Internet für jeden zu jedem Zeitpunkt und kostenfrei abrufbar, so dass eine maximale Sichtbarkeit der jeweiligen Beiträge gegeben ist. Unverändert übernimmt die DGCH die so genannten Article Processing Charges, so dass für die Autor:innen keine zusätzlichen Kosten entstehen. Im Interesse unseres Fachgebietes würde ich mich daher sehr freuen, möglichst zahlreiche Beiträge in der Zukunft zu erhalten.

Mit den besten kollegialen Grüßen
Joachim Jähne (Editor-in-Chief)

© iStock/IVEPhoto

Reisebericht „Hospital for Sick Children“ in Toronto

Das „Hospital for Sick Children“ in Toronto, das sich selbst „Sickkids“ nennt, widmet sich als Universitätskrankenhaus ausschließlich der Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

Mit derzeit 453 Betten, ein Erweiterungsanbau ist bereits geplant, und einem überregionalen Patienteneinzug ist es das landesweit größte Krankenhaus dieser Art und zählt zu den besten Kinderkrankenhäusern weltweit. Es verfügt über jede denkbare spezifische Fachabteilung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. So auch über eine eigenständige Kinderurologie, die seit langem in der Behandlung von Kindern mit urogenitalen Fehlbildungen über die landesweiten Grenzen hinaus renommiert ist.

Ich hatte die Möglichkeit, im Rahmen eines Lernprogramms über einen Zeitraum von vier Wochen in der Abteilung für Kinderurologie zu hospitieren und Routinen und Abläufe zu beobachten sowie OP-Techniken zu erlernen.

Im Vorfeld hatte ich die organisatorischen Prozesse mit Einweisung in den Verhaltenscodex des Krankenhauses und Einführung

Dr. med. Carmen Kabs
Oberärztin Kinderchirurgie
Schwerpunkt urogenitale und
anorektale Fehlbildungen
Klinik für Kinderchirurgie
München Klinik Schwabing
Kölner Platz 1
80804 München
carmen.kabs@muenchen-klinik.de

Abb. 1: Alter Zugang und Ansicht über University Avenue

Abb. 2: Neuer Haupteingang über Elizabeth Street

in die Corporate Identity zu durchlaufen. Da viele der Programmpunkte auf einer passwortgeschützten Plattform zur Verfügung gestellt wurden, konnte ich mir einen großen Teil im Vorfeld und innerhalb der ersten Tage erarbeiten. Die organisatorische Betreuung meiner Hospitation erfolgte über das International Education Team des Learning Institute und ich wurde bei meiner Ankunft im Krankenhaus von meiner Kontaktperson in ihrem Office begrüßt. Nach einer Tour durch das „Sickkids“ mit Erläuterungen aller Do’s and Dont’s erreichte ich das Department for Pediatric Urology.

Der wöchentliche Ablauf ist sehr strukturiert, was aufgrund der überwiegend elektiven Patientenklientel gut möglich ist. Die Abteilung besteht aus fünf „Staff Members“, die voll ausgebildete und selbstverantwortlich tätige Kinderurolog:innen sind. Jedes Staff Member verfügt über eine Spezialisierung innerhalb der kinderurologischen Bandbreite und ist neben der klinischen Tätigkeit auch in Forschung und Lehre an der University of Toronto mit einer beeindruckenden Anzahl an Veröffentlichungen tätig. Ihnen vorstehend ist Prof. Armando Lorenzo als Head of the Department. Da er

Kabs C: Reisebericht „Hospital for Sick Children“ in Toronto. Passion Chirurgie. 2023 September; 13(09): Artikel 06_04.

Abb. 3: Atrium des Hospital for Sick Children mit Food Corner im Ground Floor

es gewohnt ist, Gäste in seiner Abteilung zu empfangen und sich diesen sehr verantwortlich fühlt, erhielt ich ein 1:1-Mentoring von ihm.

Die Ausbildung in der Klinik und im Operationssaal fokussiert sich hauptsächlich auf die sogenannten Fellows. Dies sind ausgebildete Urolog:innen oder Kinderchirurg:innen, die ein zweijähriges Ausbildungsmodul zum Kinderurologen durchlaufen. Die Ausbildungsplätze sind international sehr begehrt und unterliegen einem komplexen Auswahlverfahren. Entsprechend ist eine hohe Vielfalt an Nationalitäten im gesamten „Sickkids" vorzufinden.

Einen großen Teil der Sprechstundenarbeit bewältigen sogenannte „Nurse Practitioners". Dies sind Krankenschwestern mit einem dreijährigen Studium nach erfolgter Ausbildung und weitreichenden Aufgaben und Kompetenzen. Man kann sie als Bindeglied zwischen Arzt und Pflegekraft verstehen. Die Durchführung von Blasendruckmessungen, urotherapeutischer Beratung und Indikationsstellung zu weiterführenden chirurgischen Maßnahmen fallen in den Aufgabenbereich der Nurse Practitioners. Die Sprechstunden sind jeweiligen Tagen

Abb. 4, 5: Mit Prof. Armando Lorenzo und Teilen des Teams in der Sprechstunde

und Staff Members mit ihren Schwerpunkten zugeordnet. Die hohen Fallzahlen erlauben eine Bündelung der Patient:innen in Sprechstunden für Hydronephrose, Urethralklappen, Blasenentleerungsstörung, Hypospadie, komplexe Fehlbildung/Syndrom, Steinleiden oder pränatale Beratung.

Strukturierte Behandlungspfade mit komplexen Aufzweigungen, sogenannte Clinical Pathways, wurden gemeinsam von Nurse Practitioners und Staff Members für Leitsymptome und typische Krankheitsbilder ausgearbeitet und dienen den Mitarbeitern als rasche Entscheidungshilfe während der Sprechstunden. So können auch komplexe Patient:innen mit einer gleichbleibend hohen Versorgungsqualität betreut werden.

Ein großes Highlight stellte für mich als Chirurgin der Operationsbereich im „Sickkids“ dar. Zwei der Operationssäle entfallen hierbei auf die Kinderurologie. Das operative Spektrum deckt die gesamte Kinderurologie einschließlich der Steinbehandlung ab. Auch Nierentransplantationen werden in Kanada, anders als in Deutschland, von Kinderurolog:innen durchgeführt. Operative Schwerpunkte im „Sickkids“ liegen unter anderem in der Korrektur angeborener Fehlbildungen der Harnwege und der Tumorchirurgie. Je nach Eingriff werden hierfür offene wie auch minimalinvasive Techniken angewendet. Die hohe Verbundenheit der Chirurgen zur klinischen Chirurgie zeigt sich in ausgelasteten Operationssälen bis in die Abendstunden und an den Wochenenden.

Die Staff Members sind hierbei maßgeblich für die operative Entwicklung der Fellows verantwortlich. Beeindruckend waren die operativen Fertigkeiten der Chirurgen, die durch ihre exzellente Ausbildung auf höchstem chirurgischem Niveau arbeiten.

Ausreichende und im jeweiligen Fachgebiet gut ausgebildete OP-Pflegekräfte ermöglichen flexibles Arbeiten und rasches Vorhalten des entsprechenden Instrumentariums auch bei kurzfristigen Planänderungen. Aufgefallen ist mir eine hohe Kollaborationsbereitschaft zwischen den Abteilungen. So erfolgen ausgedehnte Nierentumorresektionen in Zusammenarbeit mit Kinder- oder Leberchirurg:innen,

Abb. 6: Gute Stimmung im kinderurologischen OP mit Scrub Nurse Michael

Abb. 7: Eishockey ist der absolute Lieblingssport der Kanadier

Abb. 8: Die nahegelegenen Niagarafalls laden zum Ausflug am Wochenende ein

um maximale Expertise zu gewährleisten. Komplexe Fehlbildungen, die den Urogenital- und auch Anorektaltrakt betreffen, wie beispielsweise Kloakenekstrophien, werden in langer und akribischer Feinarbeit gemeinsam mit Kinderchirurg:innen rekonstruiert. Die Eingriffe werden mittels OP-Kamera auf fünf Monitore übertragen und damit können die einzelnen Operationsschritte aus jeder Perspektive genau beobachtet werden.

Insgesamt war es mir möglich, während meines vierwöchigen Aufenthalts das gesamte kinderurologische Spektrum auf höchstem Niveau zu sehen. Da sich das „Sickkids" als internationales Ausbildungskrankenhaus betrachtet und die Kanadier sehr freundlich und offen sind, war meine Hospitation ausgesprochen lehrreich.

Beobachtete Operationstechniken, nützliche Hilfsmittel, interessante Behandlungsmethoden und erlernte Behandlungspfade können zukünftig in mein Arbeitsumfeld eingebaut und damit die Versorgung der uns anvertrauten Patient:innen verbessert werden.

Die Hospitation im „Sickkids" und die damit verbundene Erweiterung meines Horizonts wird für mich unvergesslich bleiben. Mein ganz besonderer Dank gilt dem Vorstand der Klaus-Junghanns-Stiftung und dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie für die Gewährung des Reisestipendiums und der damit verbundenen finanziellen Unterstützung meiner Hospitation. Ebenfalls danke ich Prof. Stuart Hosie, der mich zu dieser Erfahrung motiviert hat, und meinen Oberarztkollegen, die meine Arbeit während meiner Abwesenheit kompensiert haben.

© iStock/HaizhanZheng

Reisebericht „Department of Plastic Surgery" in Pittsburgh

In unserer Gesellschaft stellt die Adipositas permagna ein zunehmend verbreitetes Krankheitsbild dar. Mittels unterschiedlichster Ansätze streben Patientinnen und Patienten hierbei mehr oder weniger erfolgreich eine deutliche Gewichtsreduktion an. Bei besonders ausgeprägten Fällen können bariatrische Operationen z. B. in Form einer Sleeve-Gastrektomie helfen, das Körpergewicht möglichst dauerhaft und drastisch zu reduzieren. Mit der steigenden Anzahl adipöser Patientinnen und Patienten kommt es entsprechend zu einer stetigen Zunahme an bariatrischen Operationen. Als Folge des massiven Gewichtsverlusts kommt es bei den Patientinnen und Patienten zumeist zu mechanisch und dermatologisch störenden, aber auch ästhetisch stigmatisierenden Haut-Weichteil-Überschüssen am gesamten Körper. Im Rahmen postbariatrischer plastischer Straffungsoperationen kann ein individuelles Body Contouring erfolgen, um diese ungewünschten Nebeneffekte der Gewichtsreduktion gezielt zu therapieren. Hierdurch kann sowohl die mechanische als auch die dermatologische Symptomatik massiv gelindert wie auch der Schritt in ein neues Lebensgefühl deutlich erleichtert werden. Dieses wachsende Feld der postbariatrischen Chirurgie mit all seinen Straffungsoperationen betrachte ich als eine überaus spannende Sub-Spezialität meines Fachgebietes der Plastischen und Ästhetischen Chirurgie. Konsequenterweise konnten wir in den vergangenen zwei Jahren unsere Klinik zu einem der führenden postbariatrischen Zentren im Großraum Hamburg ausbauen und somit den steigenden Bedarf in dieser Patientengruppe adressieren.

Dr. med. Cornelius D. Schubert
Oberarzt
Fellow of EBOPRAS
Klinik für Plastisch-Ästhetische, Rekonstruktive und Handchirurgie
Zentrum für Muskuloskelettale und Plastische Chirurgie
Asklepios Klinikum Harburg
Asklepios Klinik St. Georg
Asklepios Klinik Barmbek

Abb. 1: Shadyside Hospital, University of Pittsburgh Medical School, USA

In meiner täglichen Arbeit ist es mir ein besonderes Anliegen, meine klinischen Fähigkeiten sowie mein theoretisches Fachwissen kritisch zu hinterfragen und gezielt zu optimieren. Um diese Einstellung konsequent zu verfolgen und um den Fokus noch gezielter auf die postbariatrische Chirurgie zu legen, hatte ich die Möglichkeit, im November 2022 für eine einwöchige Hospitation zu Professor Peter Rubin, dem damaligen Präsidenten der American Society of Plastic Surgeons (ASPS) und zugleich Direktor des Department of Plastic Surgery am University of Pittsburgh Medical Center, zu reisen. Weltweit gibt es nur wenige Zentren, die sich sowohl klinisch als auch wissenschaftlich in solch fundiertem Ausmaß mit der Thematik der postbariatrischen Chirurgie befassen. Das Department von Professor Rubin gehört mit seinem UPMC Life After Weight Loss Program und dem Adipocyte Biology Laboratory zu den weltweit führenden Einrichtungen seiner Art (**Abb. 1**). Die Chance, solch ein internationales Zentrum besuchen zu dürfen und zu lernen, wie postbariatrische Patienten auf wissenschaftlichem und klinischem Spitzen-Niveau therapiert werden, stellte für unser Team und mich daher eine einmalige professionelle Gelegenheit dar, dieses Wissen auch in Deutschland für unsere Patienten zu etablieren und weiter auszubauen.

Ziel meiner Reise war es also, zu verstehen, wo wir mit unserem aktuellen postbariatrischen Behandlungskonzept im internationalen Vergleich stehen. Was machen wir bereits richtig? Wo können wir uns verbessern? Was machen wir evtl. sogar schon besser? Welche Details werden in den USA anders gelöst? Und am wichtigsten: Wie können unsere Patienten davon profitieren?

DAS DEPARTMENT OF PLASTIC SURGERY AN DER UNIVERSITY OF PITTSBURGH MEDICAL CENTER

Das Life After Weight Loss Program sowie das renommierte Body Contouring Fellowship werden von Professor Rubin und Professor Gusenoff geleitet. Innerhalb der Hospitationswoche konnte ich beiden Kollegen sowohl in der ambulanten Sprechstunde und auf Station als auch im OP-Saal folgen. Professor Rubin und Professor Gusenoff stellten sich hierbei als absolut sympathische, hochprofessionelle Kollegen und überaus fähige Operateure dar. Das gesamte Team, von der OP-Pflege über die Anästhesie bis hin zu sämtlichen chirurgischen Kollegen, war unfassbar freundlich, hilfsbereit und offen, sodass man sich ab dem ersten Tag weniger als Hospitant, sondern vielmehr als Team-Mitglied gefühlt hat. Selbst zum monatlichen Dinner-Meeting der

Schubert CD: Reisebericht „Department of Plastic Surgery" in Pittsburgh. Passion Chirurgie. 2023 September; 13(09): Artikel 06_05.

Plastischen Chirurgen aus dem Großraum Pittsburgh wurde ich als externer Gast eingeladen. Eine solche Wertschätzung und Offenheit hat mich unglaublich beeindruckt.

Sowohl während der Sprechstunde als auch während des OPs war es ständig möglich, Fragen zu stellen. Stets wurden mir diese konstruktiv und wissenschaftlich fundiert beantwortet und anhand neuester Forschungsergebnisse begründet.

Der Ablauf der ambulanten Sprechstunde war im Großen und Ganzen vergleichbar mit den Abläufen in Deutschland mit Anamnesegespräch, Fotodokumentation, klinischer Untersuchung und Aufklärung. Interessante Unterschiede, Tipps und Tricks sowie innovative Detaillösungen zeigten sich insbesondere i. R. der operativen Eingriffe selbst, aber auch i. R. des perioperativen Patientenmanagements.

Während der eigentlichen Operation wurden einzelne Schritte detailliert erklärt, zentrale anatomische Strukturen hervorgehoben und das intraoperative Vorgehen ausführlich begründet. Bei postbariatrischen Operationen besteht oftmals ein erhöhtes Risiko für Wundheilungsstörungen. Ein besonderer Fokus wurde daher darauf gelegt, das Risiko für potenzielle Wundheilungsstörungen zu minimieren. Hierzu zählten z. B. entsprechend schonende Schnittführungen, eine penible Blutstillung, zusätzliche Zugentlastungen durch Pexienähte an Faszienstrukturen, Minimierung von Nahtmaterial mit einem Fokus im Bereich mechanisch beanspruchter Bereiche, aber auch die konsequente prä- und postoperative Kontrolle von Albumin- und Präalbuminwerten.

Auch die postoperative Schmerzprophylaxe wurde z. B. bei Abdominoplastiken konsequent mittels TAP-Blockade adressiert. Die Liste an hilfreichen und spannenden Details lässt sich hier noch deutlich weiter ausführen, soll sich aber bewusst nur auf einzelne exemplarische Details beschränken.

Erfreulicherweise konnten wir bereits viele dieser Detail-Lösungen erfolgreich in unser Therapiekonzept für postbariatrische Patienten integrieren, sodass das im Ausland erlernte Wissen direkt in eine weiter optimierte Patientenversorgung an unserer Hamburger Klinik mündete.

FAZIT

Es macht einfach Spaß, von erfahrenen, hochprofessionellen und schlichtweg sympathischen Kollegen lernen zu dürfen. Zu sehen, wo man als Chirurg im internationalen Vergleich steht und spannende Detail-Lösungen kennenzulernen, war eine unglaublich bereichernde Erfahrung. Viele Details konnten wir inzwischen auch erfolgreich in unserer Therapie von postbariatrischen Patienten implementieren, sodass wir durch die Erfahrungen aus dieser Reise direkt die Versorgungsqualität unserer Patienten in Deutschland weiter verbessern konnten. Ganz herzlich möchte ich daher Professor Rubin und Professor Gusenoff sowie dem gesamten Team des Department of Plastic Surgery am University of Pittsburgh Medical Center für diese herausragende professionelle Erfahrung danken. Herzlichen Dank auch an mein Team der Klinik für Plastisch-Ästhetische, Rekonstruktive und Handchirurgie der Hamburger Asklepios Kliniken St. Georg, Barmbek und Harburg um Chefarzt Dr. Elsner. Zuletzt und ganz ausdrücklich möchte ich mich auch bei der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und all ihren Mitgliedern für die überaus großzügige finanzielle Unterstützung i. R. des DGCH-Stipendiums als Fortbildungshilfe bedanken. Ein tolles und wichtiges Programm, das gerade uns jungen Chirurginnen und Chirurgen bei spannenden Erfahrungen wie dieser sehr unterstützt – besten Dank.

Abb. 2: Übergabe der Stipendium Urkunde

© iStock/digicomphoto

Bedeutende, aber (fast) vergessene Chirurgen

Im Vordergrund der populären Darstellungen der Chirurgiegeschichte stand die Darstellung der Persönlichkeit von „berühmten" Chirurgen und des technisch-apparativen Fortschritts. Die deutschsprachige Chirurgie-Geschichtsschreibung war dementsprechend eine Art Heldenepos, in dem niemals die Namen Langenbeck-Billroth-Mikulicz-Sauerbruch fehlen durften. „*Hinter uns steht nur der Herrgott*" war passend dazu auch der Titel der Lebenserinnerungen des Chirurgen Hans Killian. Killians Erinnerungen erlebten in den sechziger Jahren zahlreiche Auflagen. 1960/61 war er übrigens der erste Vorsitzender des neugegründeten BDC.

Matthias Lorenz (1953-2003), langjähriger chirurgischer Oberarzt des Verfassers dieser Zeilen an der Universitätsklinik zu Frankfurt am Main, pflegte seine Kollegen in „*Arbeitspferde*" und „*Zirkuspferde*" einzuteilen. Wir wollen uns in dieser Artikelserie vor allem den „Arbeitspferden" zuwenden, die durch ihre klinisch-operative Arbeit Großes geleistet haben und wichtige Beiträge zur Entwicklung der modernen Chirurgie geliefert haben. Sie sind heute (fast) vergessen, da sie zur ihren Lebzeiten nicht im Zentrum der Öffentlichkeit standen oder stehen wollten.

DR. MED. MAX TIEGEL (1877–1952) UND SEIN ÜBERDRUCK-NARKOSEAPPARAT

Max Tiegel entwickelte 1907 als chirurgischer Assistent an der Chirurgischen Universitätsklinik Breslau (Direktor: Johann von Mikulicz-Radecki) die seinerzeit weitverbreitete, sog. „*Tiegel-Kanüle*" (Ventilkanüle) zur Therapie des Spannungspneumothorax). Als Ventil diente eine bewegliche Gummimembran, die zwischen einer gelochten Metallplatte (siehe **Abb. 1** „P") und einem Metallring (siehe **Abb. 1** „R") beweglich fixiert wurde.

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

Außerdem konstruierte Tiegel bereits 1908 gemeinsam mit seinem Chef Adolf Henle (1864-1936) in der Chirurgischen Klinik des Luisenhospitals in Dortmund einen Maskenüberdruckapparat für Narkosen bei thoraxchirurgischen Eingriffen, bei dem die Druckluft bei der Beatmung mit Hilfe einer Mund und Nase luftdicht abschließenden Maske in die Luftwege eingeblasen wurde (siehe **Abb. 2 und 3a-b**). Das Tiegelsche Verfahren war demnach das Gegenteil zu dem von Johann v. Mikulicz-Radecki (1850-1905) und von Ferdinand Sauerbruch (1875-1951) inaugurierten Unterdruckverfahren in einer Unterdruckkammer. Trotzdem hat Sauerbruch diesen Tiegel-Henleschen Maskenapparat in seinem Standardwerk „*Die Chirurgie der Brustorgane*“ [Bd. 1 (1920), p. 389f.] ausführlich gewürdigt. Der Überdruck wurde in diesem Apparat nicht schon primär durch die zugeführte Luft erzeugt, sondern kam erst dadurch zustande, dass die ausströmende Luft einen Widerstand durch Verdrängung einer Wassersäule ausgesetzt wurde. Die Gesichtsmaske (**Abb. 3b**) musste dabei natürlich dicht dem Gesicht ansitzen. Über zwei kleine Glaskammern (Narkosemischgefäße; „M“ in **Abb. 3a**) konnte das Narkotikum (meist Äther) abgestuft in das System eingetropft werden. Mit der Konstruktion dieses Narkoseapparats wurde Tiegel zu einem der fast vergessenen Pioniere der modernen Anästhesie.

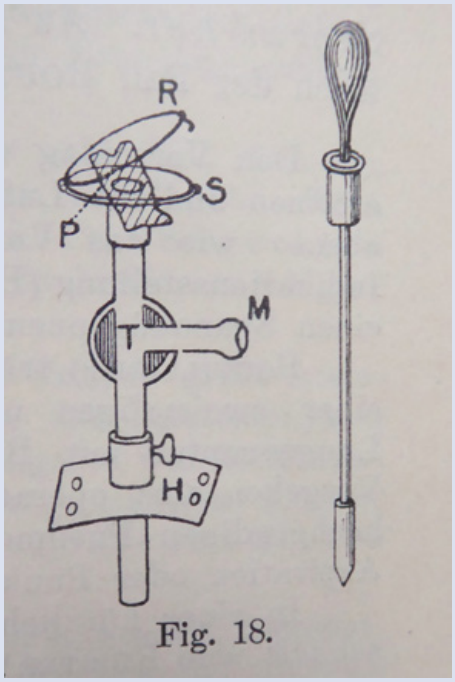


Abb. 1: Die von Tiegel 1907 publizierte „*Tiegel-Kanüle*“ (Ventilkanüle) zur Therapie des Spannungs-Pneumothorax [aus: Tiegel 1907].

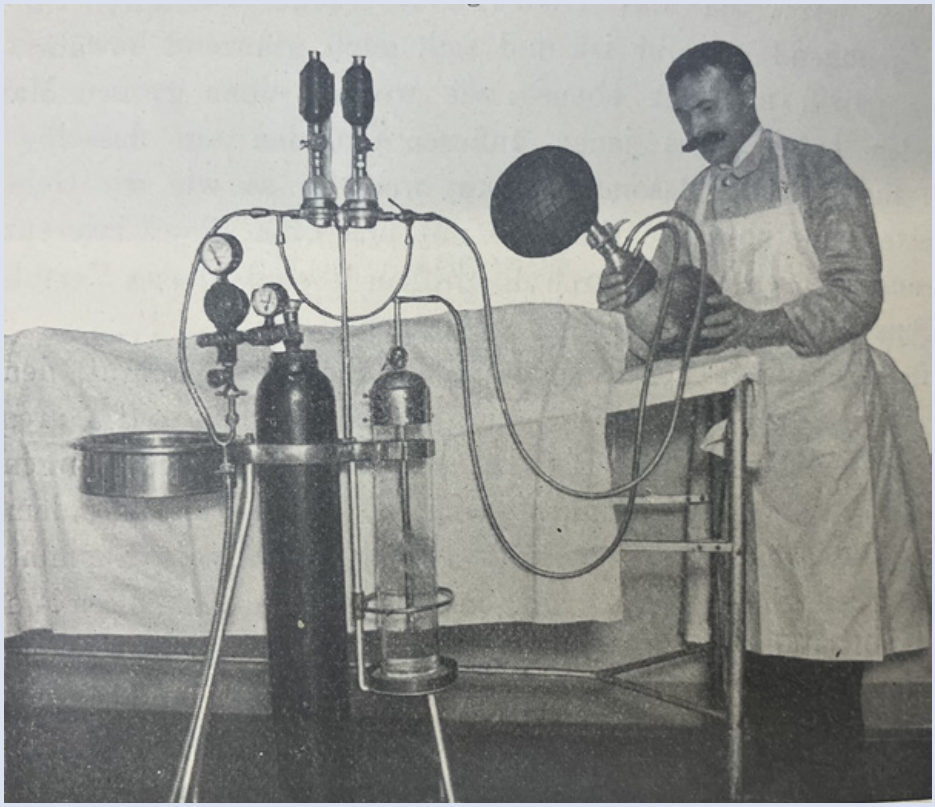
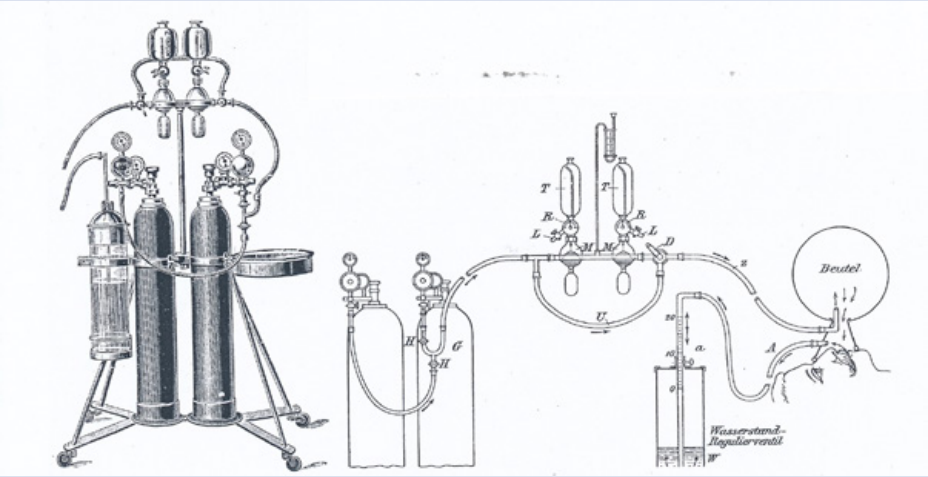


Abb. 2: Max Tiegel (1877-1952) arbeitet mit seinem Überdruck-Narkoseapparat um 1909 am Patienten [aus: Tiegel 1909].

Sachs M: Bedeutende, aber (fast) vergessene Chirurgen. Passion Chirurgie.
2023 September; 13(09): Artikel 06_06.



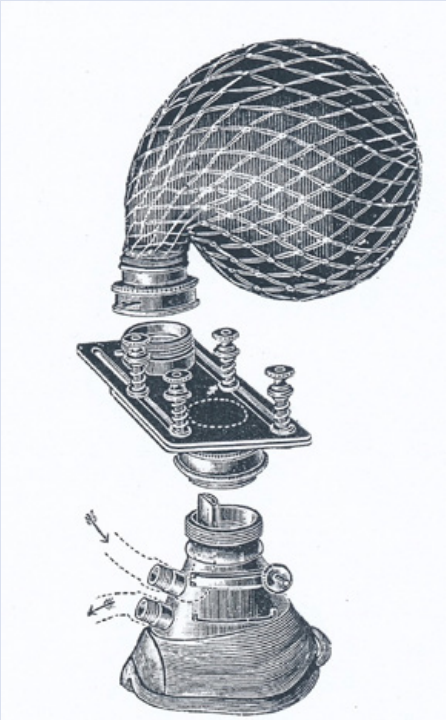


Abb. 3a-b: Der „*Tiegel-Henleschen Maskenapparat*“ [aus: Sauerbruch 1920, I p. 386].

Tiegel wurde 1877 in dem Dorf Wansen (im Kreis Ohlau, in der damaligen preußischen Provinz Schlesien) als Sohn eines praktischen Arztes geboren. Nach dem Studium der Medizin an den Universitäten Kiel und Breslau arbeitete er dann 1901–1902 als Assistent am Pathologisch-Anatomischen Institut der Dr. Senckenbergischen Stiftung in Frankfurt am Main (Dir.: Carl Weigert), die dortige Universität war damals noch nicht gegründet.

Tiegel war danach 1902–1905 als Assistent an der Chirurgischen Universitätsklinik Breslau beschäftigt und 1906–1907 bei Johannes Pfannenstiel (1862–1909) an der gynäkologischen Universitätsklinik in Gießen. Seit 1907 war er Assistenzarzt an der Chirurgischen Klinik des Luisenhospitals in Dortmund unter Henle, seinem ehemaligen Oberarzt in Breslau. Tiegel war schließlich 1919–1937 Chefarzt des Marienkrankenhauses in Trier und Oberarzt der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Trier. Er verstarb 1952 im Ruhestand.

LITERATUR

[1] Sauerbruch, F.: Die Chirurgie der Brustorgane. Bd. I. Die Erkrankungen der Lunge. Berlin: J. Springer 1920, p. 389f. (Abb. 336, 337):

[2] Tiegel, M.: Experimentelle Studien über Lungen- und Pleurachirurgie. Kausch; Walter [Red.], Gedenkband für J. von Mikulicz, herausgegeben von seinen Schülern. Jena: G. Fischer 1907, p. 789-862 (mit 18 Textabb.). (Mitt. Grenzgeb. Med. Chir., Suppl. 3).

[3] Tiegel, M.: Ueberdrucknarkose. Beiträge zur klinischen Chirurgie 64 (1909), 356-386.

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr Prof. Dr. med. Dieter Waldmann, Müllheim	***16.04.1943**	**†02.05.2023**
Herr Dr. med. Burkhard Oellers, Mannheim	***31.10.1942**	**†13.11.2022**
Herr Dr. med. Dr. med. Johannes Hardt, Poppenbüll	***22.04.1932**	**†30.09.2022**
Herr Prof. Dr. med. Prof. Dr. med. Heinrich Krebs, Karlsruhe	***15.12.1927**	**†11.11.2022**
Herr Dr. med. Moustafa Mahjoub, Berlin	***15.11.1937**	**†31.05.2023**
Herr Dr. med. Paul Büdenbender, Hagen	***28.02.1947**	**†10.07.2023**
Herr Dr. med. Leopold Mihaljevic, Bensheim	***15.11.1939**	**†29.04.2023**
Herr MR Dr. med. Jürgen Bohl, Pritzwalk	***16.05.1940**	**†19.06.2023**
Herr Prof. Dr. med. August Schmitt-Köppler, Offenburg	***03.05.1928**	**†23.07.2023**
Herr Prof. Dr. med. Walter Dürr, Urbar	***27.01.1930**	**†07.07.2023**

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

Ab sofort veröffentlichen wir regelmäßig eine Auflistung „Klinische Studien", die rekrutierende multizentrische chirurgische Studien vorstellt. Details und Hintergrund dazu im Beitrag: Wente MN et al. (2007) Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland. Chirurg 78: 362–366.

Die Tabelle enthält Informationen über laufende Studien, die aktuell rekrutieren und daher zur Teilnahme von interessierten Chirurgen offen sind. Die Liste hat selbstverständlich nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Neuregistrierungen sind über das Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) möglich.

KONTAKT

Dr. Solveig Tenckhoff
Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
T: 06221/56-36839
F: 06221/56-33850
Solveig.Tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
www.sdgc.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel ARMANI$_{1*}$ **Registrierungsnummer: NCT04678583, DRKS00023792**				
Prof. Dr. med. Jürgen Weitz, MSc. Prof. Dr. med. Nuh Rahbari	Exper. Gruppe anatomische Resektion der Lebermetastase(n). Kontrollgruppe nicht-anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	FPI: 12.03.2021 30 von 240 Patienten	DKTK Joint Funding 1530 € / Patient	Ulrike Neckmann, PhD Studienkoordinatorin Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Sachsen Fetscherstraße 74 01307 Dresden T: +49 (0)351 458 18130 F: +49 (0)351 458 7273 E: ulrike.neckmann@uniklinikum-dresden.de
Studientitel: BariSurg$_{2*}$ **Registriernummer: DRKS00004766**				
Prof. Dr. B.P. Müller	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m² Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP Kontrollgruppe: Magenbypass-OP	FPI: 27.11.2013 182 von 248 Patienten	– Kein Fallgeld	Prof. Dr. B. P. Müller Viszeralchirurgie Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel T: +41 61 777 75 75 E: beat.mueller@clarunis.ch

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: DISPACT-2[3]* **Registrierungsnummer: DRKS00014011**				
Dr. med. Rosa Klotz	Patienten mit benignen und malignen Veränderungen des Pankreaskörpers und des -schwanzes mit Indikation zur elektiven distalen Pankretektomie Exper. Gruppe Minimalinvasive distale Pankreatektomie Kontrollgruppe Offene distale Pankreatektomie	13.08.2020 118 von 294 Patienten	DFG 1.250 € / Patient	Dr. med. Rosa Klotz Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie Universitätsklinikum Heidelberg Im Neuenheimer Feld 420 T: 06221/56-6980 F: 06221/56-33850 E: rosa.klotz@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: HULC[4]* **Registrierungsnummer: DRKS00017517**				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen-Netz Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik	08.08.2019 463 von 812 Patienten	DFG 500 € / Patient	Dr. Solveig Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) Marsilius-Arkaden Turm-West Im Neuenheimer Feld 130.3 69120 Heidelberg 06221-56-36839 06221-56-33850 solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: PONIY[5]* **Registrierungsnummer: DRKS00006199**				
Dr. med. Rebekka Schirren	Elektiver offener kolorektaler Eingriff Experimentelle Gruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels postoperativem Wundinzisions-Unterdrucktherapie System (PIUT) für 5–7 Tage postoperativ. Kontrollgruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels sterilem Verbandsmaterial für 5–7 Tage postoperativ.	23.10.2017 342 von 340 Patienten Rekrutierung beendet	KCI USA, Inc. 50 € / Patient	Dr. med. R. Schirren Chirurgische Klinik und Poliklinik Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München T: 089/4140-5138 E: rebekka.schirren@tum.de
Studientitel: SELREC[6]* **Registriernummer: DRKS00030567**				
PD Dr. med. Rosa Klotz	Experimentelle Gruppe: Totale mesorektale Exzision (TME) ohne neoadjuvante (Chemo-)Radiotherapie Kontrollgruppe: Leitlinienkonforme neoadjuvante (Chemo-) Radiotherapie (5x5 Gy oder insgesamt 50,4Gy) und ggf. begleitende 5-FU-basierte Chemotherapie gefolgt von TME innerhalb von 12 Wochen	04.05.2023 3 von 1.074 Patienten	BMBF 1.762,39€/Patient	Dr. S. Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) T: 06221/56-36839 F: 06221/56-33850 E: solveig.tenckhoff@med.uni- heidelberg.de
Studientitel: RECOPS[7]* **Registrierungsnummer: DRKS00024364**				
Prof. Dr. med. Daniel Reim	Experimentelle Gruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresektion, Child-Rekonstruktion und zusätzlicher Braun'scher Fußpunktanastomose zwischen der zu- und abführender Schlinge der Duodenojejunostomie Kontrollgruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresektion und Child-Rekonstruktion	05.05.2022 145 von 606 Patienten	675 €/Patient	Prof. Dr. Daniel Reim Klinikum Rechts der Isar der TU München Klinik und Poliklinik für Chirurgie Ismaninger Str 22 81675 München T: 089 4140 5019 F: 089 4140 2184 E: Daniel.reim@tum.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: MICkey[8]* **Registriernummer: DRKS00027927**				
Prof. Dr. A. L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Totale minimal-invasive Ösophagektomie (MIN-E; entweder über „klassische“ minimal-invasive Laparoskopie + Thorakoskopie; oder über Roboter-assistierte minimal-invasive Ösophagektomie [RAMIE] oder eine Kombination aus beidem) Kontrollgruppe: Hybrid-Ösophagektomie (HYBRID-E; laparoskopische/ robotische Bauchchirurgie und offene Thoraxchirurgie)	14.06.2023 1 von 152 Patienten	BMBF 850 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: +49-(0)7071 29-86619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de
Studientitel: P.E.L.I.O.N[9]* **Registriernummer: DRKS00027921**				
Prof. Dr. André Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der Bauchwand während des Loop-Ileostoma-Verschlusses mit fortlaufendem, langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik, der mit einem retromuskulären, nicht resorbierbaren, makroporigen leichten Monofilament- oder Mixed Structure-Netz verstärkt wird. Kontrollgruppe: Bauchwandverschluss beim Loop-Ileostoma-Verschluss mit fortlaufendem langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik ohne Netzverstärkung.	20.01.2023 2 von 304 Patienten	BMBF 650 €/Patient	Prof. Dr. André Mihaljevic Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie Albert-Einstein-Allee 23 89081 Ulm T: 0731 50053502 F: 0731 50053503 E: andre.mihaljevic@uni-ulm.de

[1] Anatomical Resection of liver MetAstases iN patIents with RAS-mutated colorectal cancer
[2] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial
[3] Distal Pancreatectomy – A randomised controlled trial to compare minimal-invasive distal pancreatectomy to open resection (DISPACT-2 Trial)
[4] Hernia reduction following laparotomy using small stitch abdominal wall closure with and without mesh augmentation – HULC
[5] Postoperative negative pressure incision therapy following open colorectal surgery: a randomized-controlled trial
[6] Selective Neoadjuvant Therapy of Rectal Cancer Patients: SELREC a randomized controlled, open, multicentre non-inferiority trial
[7] The effect of an additional Braun anastomosis in patients after pancreas head resections
[8] Eine multizentrisch randomisierte Studie zum Vergleich der postoperativen Morbidität nach total minimal invasiver Chirurgie mit der Hybrid Chirurgie bei der Ösophagektomie - MICkey Studie
[9] Prophylactic Effect of retromuscular mesh placement during Loop Ileostomy closure On incisional herNia incidence - a multicentre randomized patient- and observer-blind trial (P.E.L.I.O.N Trial)

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

Stand: Juli 2023

SPENDENAUFRUF

Langenbeck-Virchow-Haus

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

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

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

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

Prof. Dr. med. Ch. Bruns
Präsidentin
Prof. Dr. med. Th. Schmitz-Rixen
Generalsekretär
Prof. Dr. med. J. Werner
Schatzmeister

NEUE BAUSTEINE

GOLDENE BAUSTEINE:

Herr Dr. med. Jochen Reichmann, Herford
Herr Prof. Dr. med. Günther Winde, Herford

BRONZENE BAUSTEINE:

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