Ausgabe 2

KONGRESSZEITUNG

136. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Ausgabe 2 München, 28. März 2019

Aktuelles Interview mit Prof. Dr. med. Dr. h.c. H.-J. Meyer, BDC-Präsident und Generalsekretär der DGCH

»Minister Spahns Politikstil ist gewöhnungsbedürftig«

Foto: Ch. Molter, Kongresszeitung

Kongresszeitung: Gesundheitsminister Jens Spahn ist seit etwas mehr als einem Jahr im Amt und hat die Gesundheitspolitik in dieser Zeit dauerhaft in die Schlagzeilen gebracht. Fast täglich lesen wir auch in der Laienpresse, worum der Gesundheitsminister sich kümmern will – ob es nun um die Verordnung von Hilfsmitteln, die schnellere Zulassung neuer Behandlungsmethoden, die Förderung der Organtransplantation, die Einführung der digitalen Gesundheitskarte, das Verbot von Therapien gegen Homosexualität oder die Lenkungsfunktion des Hausarztes geht. Der „Hauruck-Minister", wie das Nachrichtenmagazin *Spiegel* ihn kürzlich nannte, positioniert sich sehr deutlich zu den unterschiedlichsten Themen. Wie beurteilen Sie diese Vorgehensweise?

Prof. Meyer: Der seit etwa einem Jahr vorherrschende, sehr persönliche Politikstil des Ministers Spahn im Umgang mit den Akteuren im Gesundheitswesen ist schon etwas gewöhnungsbedürftig. Wenn auch sein Vorgänger im Amt, Hermann Gröhe, mit 25 Gesetzesvorlagen außerordentlich produktiv war, zeigte er sich jedoch stets bemüht, die Veränderungen möglichst im Konsens mit den Beteiligten umzusetzen. Jens Spahn hingegen agiert nach dem Motto: „Ich bin gewählt worden, um zu entscheiden!" Seit 2002 in den Bundestag gewählt und als langjähriger gesundheitspolitischer Sprecher seiner Fraktion kennt er dabei alle Facetten des Gesundheitssystems in unserem Land sehr genau. Nach kurzem Abstecher in die Finanzpolitik sagte er dann als Minister, dass man nach Rückkehr in die Gesundheitspolitik feststellen kann, in der Diskussion gar nicht so viel verpasst zu haben. Nach seinem Credo, was er auch bei der Bewerbung um den Parteivorsitz der CDU vortrug, braucht die Zukunft Ungeduld und Tatendrang! Dies bekam man bei der Präsentation seiner Vorstellungen – wobei er keiner Konfrontation aus dem Wege geht – mehr als deutlich zu spüren. Nach einem geschickten Umbau seines Ministeriums mit einem kompetenten, auch gesundheitspolitisch erfahrenen Team, also nach der „Inhouse-Politik", wurde man fast trommelfeuerartig mit neuen Gesetzesvorlagen konfrontiert, die teilweise genauso schnell revidiert oder in andere Gesetze verschoben wurden.

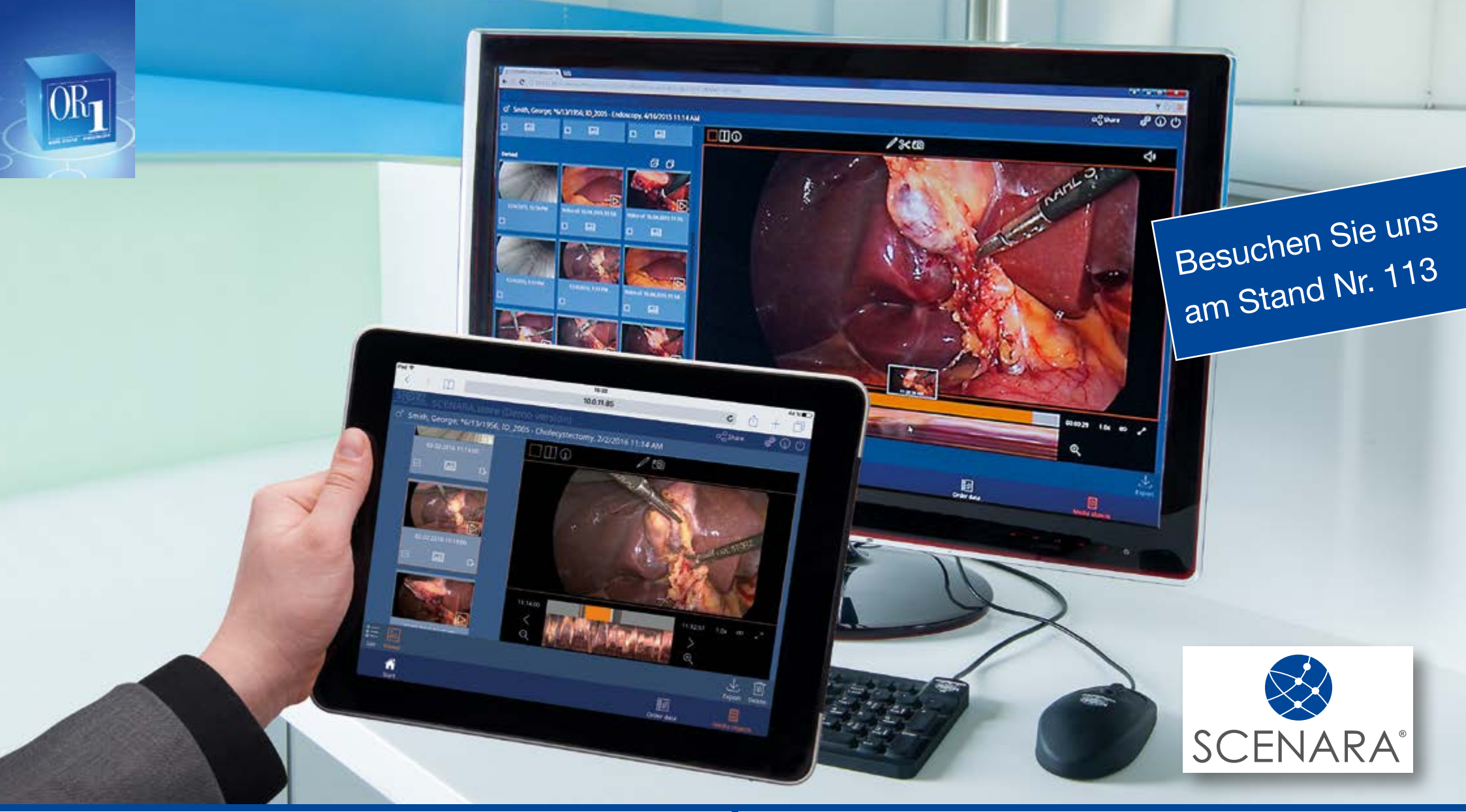
Dabei gelang es Jens Spahn, sein Ministerium und sich selbst ins Rampenlicht mit entsprechend medialer Beachtung zu setzen, unterstützt durch zahlreiche Äußerungen auf allen Kanälen der sozialen Medien. Unter den nachfolgenden zahlreichen Gesetzesvorlagen seien nur das Versichertenentlastungs-, Pflegepersonalstärkungs- oder das Terminservice-Versorgungsgesetz genannt. Nach Meinung von Karl Lauterbach würden gerade letztere beiden das deutsche Gesundheitssystem entscheidend verändern. Dies trifft allerdings nur mit erheblichen Einschränkungen zu. Die Aufstockung des Pflegepersonals um 13 000 Vollkräfte wurde anfänglich zwar begrüßt – wobei sich die positive Resonanz schnell relativierte, als es um die Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen in vier pflegeintensiven Bereichen ging. Als die Selbstverwaltungsorgane, vertreten durch die deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-SV), keine Einigung in diesem Punkt erzielen konnten, zeigte der Minister seine Qualitäten als Entscheider, indem die Personaluntergrenzen durch sein Ministerium festgelegt wurden; dies auch im Bewusstsein, dass die Vorgaben nicht allerorts zu realisieren sind.

Sämtliche Diskussionen um das Terminservice- und Versorgungsgesetz gehören jetzt der Vergangenheit an, denn am 14. März 2019 ist der mittlerweile auf mehr als 200 Seiten angewachsene Gesetzesentwurf vom Bundestag mit den Stimmen der Regierungskoalition verabschiedet worden und kann zum 1. Mai 2019 in Kraft treten. Nach Meinung von Minister Spahn wird dieses Mammutwerk die Versorgung schneller, besser und digitaler machen. Es finden sich auch finanzielle Anreize für die Ärzte, allerdings wird von der Ärzteschaft dieses nicht als Mehrvergütung angesehen, sondern lediglich als Ausgleich für tatsächlich erbrachte Leistungen. Mit Blick auf die elektronische Gesundheitskarte bestätigte der Minister zwar eine Entmachtung der Selbstverwaltung, aber nur deshalb, weil sie nicht in der Lage war, notwendige Entwicklungen voranzutreiben. Vom Koalitionspartner SPD wird das verabschiedete Gesetz als Abschaffung der Zweiklassenmedizin und als wichtiger Schritt in Richtung Bürgerversicherung begrüßt, denn nach Karl Lauterbach werde dieses Ziel immer noch langfristig weiter verfolgt. Nach Einschätzung des Gesundheitsministers werden die durch das Gesetz verursachten Mehrkosten knapp zwei Milliarden Euro im Jahr ausmachen, um den Versorgungsalltag der Bevölkerung zu verbessern.

Kongresszeitung: Mit einer nahezu unüberschaubaren Flut von Gesetzen, Änderungsanträgen und Ideen hat Minister Spahn zahlreiche Akteure des Gesundheitswesens gegen sich aufgebracht: Ob es nun um die Einführung der Liposuktion beim Lipödem als Kassenleistung oder die Übernahme der Mehrheitsanteile der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte – Gematik – geht, die Reaktionen des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Bundesärztekammer oder der Krankenkassenvertreter reichten von frostig bis hochgradig verärgert. Wie ist die Stimmung bei der DGCH und beim BDC?

Massive Eingriffe von Seiten der Politik in die freiberufliche ärztliche Tätigkeit und die Selbstverwaltung des Gesundheitssystems

Prof. Meyer: Unabhängig vom neuen Gesundheitsminister ist die Stimmung bei der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) intern erfreulicherweise derzeit sehr gut, bedingt durch die wenig konfrontative Zusammenarbeit zwischen der wissenschaftlichen Fachgesellschaft und dem Berufsverband. Was die Stimmung allerdings vor allem bei den niedergelassenen Vertragsärzten erheblich gestört hat, waren die im geplanten Terminservice- und Versorgungsgesetz aufgeführten Vorgaben der Sprechzeiten mit einer Erhöhung auf 25 Stunden wöchentlich sowie die Bereitstellung von fünf freien Sprechstunden. Die teilweise weiterhin bestehenden Proteste der Ärzteschaft konnten auch nicht dadurch abgemildert werden, dass der Minister erklärte, diese Gesetzesvorlage sei als Kompromiss zum Erhalt der privaten Krankenversicherungen – also zur Vermeidung der von anderen Parteien geforderten Bürgerversicherung – zu sehen. Die von Sachverstand unterstützte vorgetragene Realität zur Tätigkeit der niedergelassenen Kollegen wurde weitgehend ignoriert und von Seiten der großen Koalition wurde ein Festhalten an der 25-Stundenregelung bestätigt, auch wenn eine solch geplante Gesetzgebung als



SCENARA® .store

SPEICHERUNG UND VERWALTUNG VON BILD- UND VIDEODATEN

Medizinische Daten betrachten, bearbeiten, teilen und exportieren.

SCENARA® .connect

ZENTRALE KOMMUNIKATIONSSCHNITTSTELLE

Verbindet KARL STORZ Dokumentations-lösungen mit vorhandenen Informations- und Archivsystemen.

Innovatives Management von Bild- und Videodaten

STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE
THE DIAMOND STANDARD

KARL STORZ SE & Co. KG, Dr.-Karl-Storz-Straße 34, 78532 Tuttlingen/Germany, **www.karlstorz.com**

OR1 59 3.0 06/2018/A-D

massiver Eingriff in die Freiberuflichkeit der Ärzte wie auch der Aufgaben der Selbstverwaltung zu bezeichnen ist. Jens Spahn stellte sich dann sogar einer Diskussionsrunde mit den Vertragsärzten und zeigte sich über die Reaktion dieser erstaunt, wenn doch die Sprechstundenzeiten sowieso erreicht würden und stellte gleichzeitig eine verbesserte Vergütung in Aussicht. Völlig absurd muss in diesem Zusammenhang aber die Forderung der Deutschen Stiftung Patientenschutz angesehen werden, wenn eine genaue Kontrolle der Praxissprechzeiten zu erfolgen hat. Ähnliche Ansichten werden auch vom GKV-SV geteilt, die eine Erweiterung der Sprechstunden am Wochenende einfordern. Nicht nur nach meiner Meinung werden durch solche Äußerungen eindeutig die roten Linien überschritten!

Kongresszeitung: Die Liposuktion beim Lipödem betrifft ja direkt ein chirurgisches Fachgebiet. Plastische Chirurgen beklagen bereits seit längerem die restriktive Kostenübernahme durch die GKV für ein ihrer Erfahrung nach hocheffektives Verfahren, das den betroffenen Patientinnen im Gegensatz zur konservativen Therapie dauerhaft helfen kann. Von Seiten der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen wurde der Vorstoß des Gesundheitsministers dann auch begrüßt. Wie ist die Position der DGCH hierzu – sollte der Gesundheitsminister in bestimmten Fällen das Bewertungsverfahren des G-BA umgehen und qua Verordnung Therapien in den Leistungskatalog aufnehmen können?

Prof. Meyer: Die Entscheidungen der Selbstverwaltungsorgane, so auch die des G-BA, können sich in der Tat über mehrere Jahre hinziehen. Diese scheinbaren Verzögerungen sind in aller Regel durch aufwendige Recherchen und Analysen im Sinne einer evidenzbasierten Medizin bedingt, stören aber den ungeduldigen Gesundheitsminister doch erheblich. Wie bei der Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen trifft dies auch für die Liposuktion beim Lipödem zu, mit der nicht nur nach Meinung einzelner medizinischen Fachgesellschaften, sondern auch der des Ministers einer großen Zahl, meist weiblicher Patienten geholfen werden könne. Da vom G-BA keine eindeutig positive Ergebnisanalyse zu dieser Therapieoption vorgelegt wurde, soll dem Gesundheitsministerium nun durch Veränderung des Methodenbewertungssystems ermöglicht werden, per Verordnungsgesetz diagnostische und therapeutische Verfahren festzulegen, die dann in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen aufgenommen werden sollen. Als Vorsitzender des G-BA sprach Josef Hecken von einem deutlichen Systembruch. Lediglich die DKG sah in diesem Vorgehen eine Innovationsstärkung des Gesundheitswesens, vor allem in der Onkologie; alle anderen wissenschaftlichen Fachgesellschaften oder Institutionen sprachen von einer Missachtung der evidenzbasierten Medizin oder einem Vorgehen nach Gutsherrenart auf dem Weg in die Beliebigkeit und Staatsmedizin. Zukünftig soll nun dem G-BA zur Entscheidungsfindung bei der Methodenbewertung ein Zeitraum von zwei Jahren zugestanden werden; danach könnte das Gesundheitsministerium per Verordnungsgesetz ein Urteil fällen. Von der Bundesärztekammer wird dies als staatlicher Dirigismus in Reinkultur bezeichnet.

Unklar bleibt, in welche Richtung sich das deutsche Gesundheitssystem durch die Hyperaktivitäten des Ministers beeinflusst, eigentlich bewegen soll.

Kongresszeitung: Als der öffentliche Gegenwind gegenüber diesen Plänen zu stark wurde, verschwand die entsprechende Regelung aus dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), wo die Änderung ursprünglich angesiedelt werden sollte – um schließlich als Anhang im Implantateregistergesetz erneut aufzutauchen. Schließlich lenkte der G-BA ein und schlug eine Übergangsregelung vor. Offenbar hat der „Aufmischer der Gesundheitspolitik“ (Deutsches Ärzteblatt) also zumindest teilweise Erfolg mit seiner Konfrontationsstrategie. Wie bewerten Sie diese Vorgehensweise auch im Hinblick auf die zukünftige Zusammenarbeit im Gesundheitswesen?

Prof. Meyer: Der Gesetzesentwurf zum Terminservice- und Versorgungsgesetz ist immer umfangreicher geworden und entwickelte sich fast zu einem Flickenteppich, dessen Inhalt kaum noch zu überblicken war (s.o.). Die Veränderung des Methodenbewertungssystems wurde bei entsprechenden Gegenreaktionen kurzerhand aus diesem Gesetz herausgekegelt und soll nun durch die Hintertür wieder zurück in die Gesetzgebung kommen. Geplant ist dabei die Anheftung einer Formulierungshilfe an das Gesetz zum deutschen Implantateregister. Von verschiedenen Seiten wird ein solches Manöver im Sinne eines Verschiebebahnhofs als „Gesetzgebung auf dem Flur“ oder sogar als Dehnung des Rechtsstaates angesehen. Insgesamt beklagt nicht nur die Ärzteschaft die massiven Eingriffe von Seiten der Politik in die Freiberuflichkeit ihrer Tätigkeit, auch die Vertreter des GKV-SV müssen Eingriffe des Ministers in die Selbstverwaltung der Sozialversicherungen ertragen, so dass sogar ein Machtwort der Bundeskanzlerin gefordert wird. Es geht dabei zum einen um die Forderung von Jens Spahn nach 51 Prozent Gesellschafteranteile für den Bund bei der Gematik, also bei der Entwicklung der elektronischen Gesundheitskarte. Zum anderen werden aber auch die Veränderungen der Methodenbewertung, Vergütungsvorgaben bei Vorständen der Versicherungen und Selbstverwaltungsorgane sowie Kundeninformationen über günstigere Beitragssätze bei konkurrierenden Krankenkassen angeführt. Alle diese Entwicklungen machen die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen nicht einfacher – umso weniger, da der Minister sich auch über für ihn fachfremde Gebiete äußert, indem er durch Änderungen der EU-Regularien eine Abwanderung deutsche Ärzte ins Ausland verhindern will. Er äußerte sich sogar zur Therapie maligner Tumoren, wenn er entgegen besseren Wissens in zehn Jahren den Krebs besiegen will. Bei der jetzigen Polypragmasie kann man vielleicht von einer Bewegung in der Gesundheitspolitik sprechen, unklar bleibt allerdings, in welche Richtung sich das deutsche Gesundheitssystem durch die Hyperaktivitäten des Ministers beeinflusst eigentlich bewegen soll.

Kongresszeitung: Der Gesundheitsminister hat auch in diesem Jahr die Einladung zum Chirurgenkongress – und die Teilnahme am Organspendelauf – ausgeschlagen. Wie interpretieren Sie das?

Prof. Meyer: Im Gegensatz zu seinem Vorgänger im Amt, Hermann Gröhe und anderen ehemaligen Gesundheitsministern, hat Jens Spahn nun zum zweiten Mal einen Besuch der Eröffnungsveranstaltung der DGCH abgesagt und lässt sich erneut durch seine Staatssekretärin Sabine Weiss vertreten. Leider kann er auch nicht den Startschuss beim Organspendelauf geben, womit er sicherlich durch die als positiv anzusehenden Veränderungen des Transplantationsgesetzes hinsichtlich der Organspende ein entsprechendes Zeichen hätte setzen können. Es wird aber wieder einmal deutlich, wie wenig Akzeptanz und Einflussnahme große medizinische Fachgesellschaften, wie es die DGCH mit ihren assoziierten Fachgesellschaften zweifelsfrei darstellt, in unserem Gesundheitssystem besitzen. Dieses gilt in ähnlicher Weise auch bei den verschiedenen Selbstverwaltungsorganen. Weiterhin müssen wir allerdings bemüht sein, in der Ärzteschaft und besonders in der Chirurgie mit einer Sprache zu sprechen, um somit in den verschiedenen dominierenden Gremien unseres Gesundheitssystems überhaupt Gehör finden zu können. Dies gilt auch für die jetzige Gesundheitspolitik. Auch wenn dem Minister von den Medien vorgehalten wird, er überziehe mit seinem Aktionismus in manchen Fällen und er mache von allem zu viel als vermeintlich wichtigster und stärkster Mann im Gesundheitswesen im Vergleich zu den Selbstverwaltungsorganen, müssen wir auch als Chirurgen bemüht sein, uns verstärkt an den vom Minister immer wieder geforderten Debatten aktiv zu beteiligen, um unsere eigenen Interessen deutlich aufzuzeigen und manchmal auch dem Ärger über manche politische Entscheidungen einfach freien Lauf zu lassen. Man kann dem Minister zwar zustimmen, dass für zukünftige Entwicklungen alte Strukturen aufgebrochen werden müssen, allerdings sollte auf jeden Fall verhindert werden, dass das Bundesgesundheitsministerium den Weg von einer Rechts- zur Fachaufsicht weiterverfolgt und sich die Gesundheitspolitik zu einem gefährlichen Mixtum aus dirigistischer Staatsmedizin und ausschließlicher Patientenorientierung entwickelt. Die Politik sollte auch die Sicht der Agierenden im Gesundheitswesen nicht völlig ignorieren und aus den Augen verlieren. Dies gilt auch für einen Minister Spahn, dem aktuell von der Opposition vorgeworfen wird, dass er als „Kaiser Spahn“ entscheidet, was passiert bzw. dass er populistische Politik mache und sich als Minister inszeniert, der Dinge durchsetzt, also als „Macher“ zum Nutzen der eigenen politischen Karriere erscheinen will.

Das Gespräch führte Carola Marx.

Inhalt

Interview mit Professor H.-J. Meyer »Minister Spahns Politikstil ist gewöhnungsbedürftig« 1

Zwischen Utopie und Realität – was würde ich am Medizinstudium ändern, wenn ich könnte? 4

Operative Besonderheiten bei Hüft- und Knieendoprothesen im Alter. 5

ERAGON – die Baukasten-Lösung für die Laparoskopie. 6

Strategien zur Implementierung der minimalinvasiven Techniken in der hepatopankreatobiliären Chirurgie . . . 7

Scenara®: Innovatives Management von Bild- und Videodaten. 8

Tumorchirurgie im hohen Alter – wie weit können wir gehen? 9

Aesculap® EinsteinVision® 3D Full HD 10

Zusätzliche Optionen erweitern die klinischen Möglichkeiten 10

Als Assistenzarzt im Mastertrainer-Programm 11

Ärzte wenden 60 Arbeitstage im Jahr für Verwaltungstätigkeiten auf 12

Telemedizin wird in Europa alle 30 Minuten in Anspruch genommen. . 12

Qualitätssicherung durch innovative Trainingskonzepte 13

Fetale Chirurgie bei Spina bifida: Deckung des Rückens beim Ungeborenen 15

KONGRESSZEITUNG

eine Publikation des Kaden Verlags

KADEN

Zwischen Utopie und Realität – was würde ich am Medizinstudium ändern, wenn ich könnte?

Alina Reeg

zur Sitzung

Donnerstag, 28.3.2019
10.30–12.00 Uhr, Saal 1

Das Medizinstudium in Deutschland

©Robert Kneschke – stock.adobe.com

93 000 junge Medizinstudierende zählte man im Wintersemester 2017/18 an den Universitäten in Deutschland (Quelle: Destatis). All diese studieren mit ganz unterschiedlichen Zielen – die einen wollen bereits seit früher Kindheit Allgemeinmediziner oder Chirurgen werden, andere sind sich noch gar nicht sicher bei der Wahl ihrer Fachrichtung oder entscheiden sich während des Studiums um. Was jedoch alle Studierenden vereint ist der Wunsch, gute Ärzte zu werden. Aber wie wird man ein guter Arzt?

Kerncurricula sollten die Grundlagen aller Fachbereiche abdecken und gleichzeitig den Spielraum bieten, persönliche Interessensgebiete weiter zu vertiefen

Natürlich ist es im Studium zunächst einmal wichtig Faktenwissen anzuhäufen. Aktuell immer wieder heiß geführt ist die Diskussion um sogenannte Kerncurricula. Bestehende Curricula sind teils stark überladen mit facharztspezifischem Wissen. Hierbei geht oftmals vor dem Hintergrund der nächsten Klausur, die es zu bestehen gilt, das eigentliche Ziel verloren – nämlich Inhalte zu verstehen und auch zu behalten. Studierenden sollte außerdem die Möglichkeit gegeben werden, mehr individuelle Schwerpunkte zu setzen, beispielsweise durch wissenschaftliche Arbeiten oder vertiefende Unterrichtseinheiten. Abgerundet werden könnten solche Kerncurricula durch ein breites Spektrum strukturiert organisierter klinischer Wahlfächer. So könnten Curricula entstehen, die einerseits die Grundlagen aller Fachbereiche abdecken und gleichzeitig den Spielraum bieten, persönliche Interessensgebiete weiter zu vertiefen.

In Zukunft wird darüber hinaus die ambulante Versorgung der Patienten, auch in der Chirurgie, immer weiter in den Vordergrund rücken und sollte daher auch adäquat in den Curricula repräsentiert werden. Leider findet die überwiegende Mehrheit der Lehre in den Uniklinika statt und Lehrbesuche in Praxen bleiben eine Rarität. Es ist sicherlich eine Herausforderung, den ambulanten Sektor kontinuierlich in das Studium einzubinden und gleichzeitig die Qualität der Lehre in den entsprechenden ambulanten Lehrpraxen zu gewährleisten. Die Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg übernimmt hier seit Jahren eine Vorreiterrolle. Das Praktische Jahr (PJ) ist hier schon seit vielen Jahren quartalisiert, wie es auch im Rahmen der Masterplans Medizinstudium 2020 nun für alle deutschen Fakultäten vorgesehen ist. Im ambulanten Quartal des PJ können die Studierenden dabei ein weiteres Quartal in einem persönlichen Interessensgebiet wählen, wodurch die individuelle Schwerpunktsetzung weiter gefördert wird. So kann im besten Fall ein Wahlfach sowohl im Wahlquartal in der Klinik als auch im Ambulanzquartal in Praxen bzw. Hochschulambulanzen absolviert werden. In den Evaluationen zeigt sich entsprechend, dass das ambulante Quartal von den Studierenden ähnlich positiv wie ein Wahlquartal wahrgenommen wird (Abb. 1).

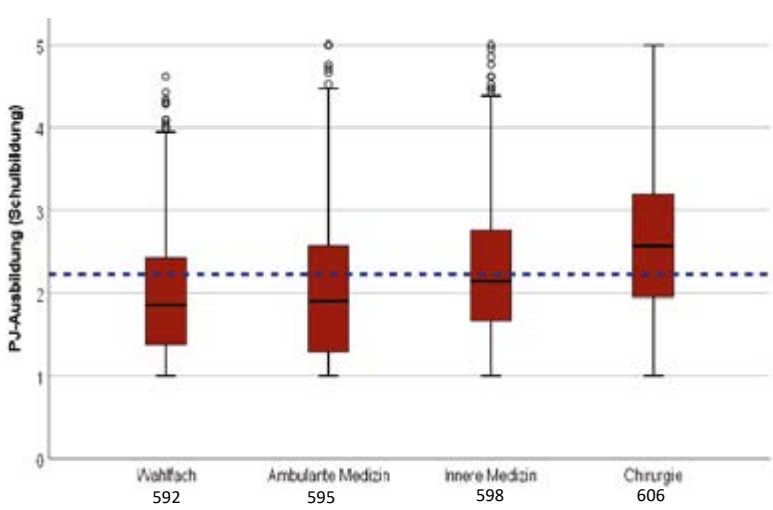


Abb.1 Einschätzung der Qualitätskriterien „gute PJ-Ausbildung" nach Fach, Bewertung in Schulnoten (1=sehr gut, 5=mangelhaft), Anzahl der abgefragten Quartale pro Fach, Stand 2019.

Quelle: Dr. K. Schüttpelz-Brauns, Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg.

Die Lehre sollte als gleichwertiges Element ärztlicher Kompetenzen neben Patientenversorgung und wissenschaftlicher Forschung angesehen werden

Um Lehre sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich noch erfolgreicher zu gestalten, ist es notwendig, dass der Unterricht durch motivierte und vorbereitete Lehrende praxisorientiert gestaltet wird. Lehre sollte als gleichwertiges Element der ärztlichen Kompetenzen neben der Patientenversorgung und der wissenschaftlichen Forschung angesehen werden. Jeder Arzt, gleichgültig ob an Universitätsklinika oder Krankenhäusern der Regelversorgung tätig, wird ein Leben lang Lehrer sein – sei es gegenüber dem Studierenden während seiner ersten Famulatur, gegenüber dem PJler kurz vor seiner Approbation oder gegenüber anderen approbierten Ärzten. Das Lehren sollte daher auch als Chance verstanden werden, gesammeltes Wissen weiterzugeben. Dies gilt insbesondere für sehr praktisch orientierte Fächer wie die Chirurgie. Nicht zu vernachlässigen sind jedoch der Zeitdruck und die enormen Anforderungen sowie der hohe Patientendurchsatz, der den Ärzten Tag für Tag in der Klinik begegnet. Gerade deshalb ist es wichtig als Lehrender einige Techniken parat zu haben, um schnell und einfach Wissen zu vermitteln. Ein Beispiel hierfür ist der „One Minute Preceptor", der genau dies anhand eines strukturierten Schemas ermöglicht [1]. Im ersten Schritt soll sich der Studierende auf eine konkrete Diagnose festlegen, die er dann gegenüber dem Lehrenden begründen soll. Im zweiten Schritt wird der Lehrende aktiv und erklärt generelle Prinzipien, die bei Behandlung der vorliegenden Diagnose wichtig sind. Abschließend werden dem Studierenden positives Feedback für richtige Antworten gegeben und etwaige Fehler korrigiert.

Es müssen immer wieder Maßnahmen ergriffen werden, die uns helfen „noch besser" zu werden

Das Medizinstudium der Zukunft bietet viele Perspektiven und nahezu unendlich viele Möglichkeiten, die sicher nicht alle auf einem Kongress oder gar nur in einem Vortrag zu diskutieren sind. In Deutschland haben wir bereits das Glück, im Medizinstudium eine hochqualitative Ausbildung zu erhalten. Um diesen Standard auch zukünftig sicherzustellen, müssen immer wieder Maßnahmen ergriffen werden, die uns helfen „noch besser" zu werden. Wesentliche Punkte bei der Verbesserung des Studiums sind daher die Herausarbeitung eines bundesweiten Kerncurriculums, der stärkere Einbezug ambulanter Medizin sowie die weiterhin kontinuierliche Verbesserung der Lehrqualität. Für mich bedeutet das Medizinstudium der Zukunft, bereits heute damit zu beginnen, die Lehre zu verbessern und geeignete Maßnahmen zu implementieren, um Studierende zu guten Ärzten auszubilden.

1. Neher JO, Stevens, NG (2003) The one-minute preceptor: shaping the teaching conversation. Fam Med 35: 391–393

Alina Reeg
Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg
Alina.reeg@googlemail.com

Operative Besonderheiten bei Hüft- und Knieendoprothesen im Alter

Hendrik Kohlhof

© Andrey Bandurenko

Die Bevölkerungsstruktur in Deutschland ist einem tiefgreifenden Wandel unterworfen. Dieser beeinflusst das Gesundheits- und Sozialgefüge bereits heute nachhaltig. Die Alterung der Bevölkerung, insbesondere die erhebliche Zunahme der Zahl Hochbetagter (80 Jahre und älter) führt zu einem deutlichen Anstieg der Zahl multimorbider älterer Menschen. Immer mehr Patienten im Krankenhaus sind über 70 Jahre alt und haben mehrfache Erkrankungen – die Zahl dieser geriatrischen Patienten stieg von 2006 bis 2015 um rund 80 Prozent von 1,1 auf 2,0 Mio. an. Das berichtet die Barmer Krankenkasse bereits 2017 in ihrem jährlich erscheinenden Krankenhausreport.

Der Fachbereich Orthopädie und Unfallchirurgie sieht sich daher bereits aktuell und in naher Zukunft mit der Herausforderung konfrontiert, zunehmend ältere und geriatrische Patienten behandeln zu dürfen und zu müssen. Dabei bleibt dieses Behandlungsfeld nicht nur auf die bis dato gut untersuchten unfallchirurgischen Patientenkollektive beschränkt, sondern zeigt sich auch im Bereich der Orthopädie deutlich zunehmend. Eigene Untersuchungen haben gezeigt, dass 2015 der Anteil an >75-jährigen Patienten fast 30 Prozent aller in der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie der Universitätsklinik Bonn behandelten Patienten ausgemacht hat.

2014 wurden insgesamt rund 6,8 Mio. Operationen bei Personen ab 65 Jahren durchgeführt, 27 Prozent dieser Eingriffe betrafen den Bewegungsapparat

Aufgrund der zunehmenden Gesundheitsprobleme im Alter bedeutet dies, dass ältere Menschen häufiger in Krankenhäusern stationär behandelt werden als jüngere. Im Jahr 2014 wurden in Deutschland rund 19,6 Millionen Menschen aus der stationären Gesamtbehandlung entlassen. 43 Prozent aller Patienten waren 65 Jahre und älter. Bei Menschen ab 65 Jahren waren Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems der Hauptgrund für einen Krankenhausaufenthalt im Jahr 2014. Der zweithäufigste Grund für Krankenhausaufenthalte waren Verletzungen und Vergiftungen, gefolgt von Erkrankungen des Bewegungsapparates, wie Arthrose. 2014 wurden insgesamt rund 6,8 Mio. Operationen mit Personen ab 65 Jahren durchgeführt. 27 Prozent dieser Operationen betrafen den Bewegungsapparat. Zu den häufigsten Eingriffen gehörten der Gelenkersatz, insbesondere der Hüftgelenkersatz, die Behandlung von Knochenbrüchen sowie Haut- und Wirbelsäulenoperationen. Neben den orthopädischen Indexoperationen existieren zusätzliche herausfordernde Probleme bei der Behandlung älterer Menschen, da nahezu jedes Organsystem potentiell von morphologischen Veränderungen betroffen ist. Dadurch können sich physiologische Modifikationen ergeben und Auswirkungen auf jede Behandlung (konservative sowie operative Behandlungen) haben. Problemfelder insbesondere des geriatrischen Patientengutes sind zum einen die Polypharmazie (in 60 % d. Fälle), das postoperative Delir-Risiko (bis zu 70 %), die Inzidenz einer präoperativen Anämie (bis zu 50 %) und das signifikant erhöhte Pneumonierisiko postoperativ.

In Anbetracht all dieser Aspekte ist es wichtig, spezifische Konzepte zu entwickeln, um die besonderen Bedürfnisse und Fähigkeiten geriatrischer Personen zu berücksichtigen. Initiativen wie das AltersTraumaZentrum DGU® der AG Alterstraumatologie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) zeigen in der Behandlung dieses hochkomplexen geriatrischen Behandlungsgutes bei traumatisch bedingten Erkrankungen signifikante Erfolge.

aus der Sitzung

Mittwoch, 27. März 2019

Operative Gelenkbehandlung beim geriatrischen Menschen

„Älter werden ist keine Erkrankung, die es zu behandeln gilt, sondern eine gesellschaftliche Herausforderung, der die moderne Medizin in Deutschland durch neue, seniorenspezifische Versorgungsformen entgegnen kann und muss."

Franz Müntefering,
Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO),
ehemaliger Bundesarbeitsminister

Integriert geriatrisch-orthopädische Behandlungs-Modelle zur Prävention altersbedingter Komplikationen und zur Behandlung von Risikofaktoren prä-, peri- und postoperativ

Studien haben ergeben, dass Patienten, die in unfallchirurgisch-geriatrisch Kooperationsmodellen behandelt wurden, signifikant eine Verkürzung des Krankenhausaufenthalts, eine Verringerung der Wiederaufnahmerate, eine Reduktion von Komplikationen und eine Senkung der perioperativen Mortalität erzielt werden konnte, als bei denjenigen geriatrischen Patienten, die in herkömmlichen Modellen behandelt wurden. Bezogen auf orthopädisch-geriatrische Patientenkol-

SenhanceSurgery

Digital Laparoscopic System by TransEnterix®
Bringing Precision, Comfort and Control to Laparoscopy with Haptics & Responsible Economics

Wir laden Sie herzlich zum TransEnterix Lunch-Symposium ein:
Donnerstag, 28. März, 12:15 bis 13:15 Uhr
Saal 3

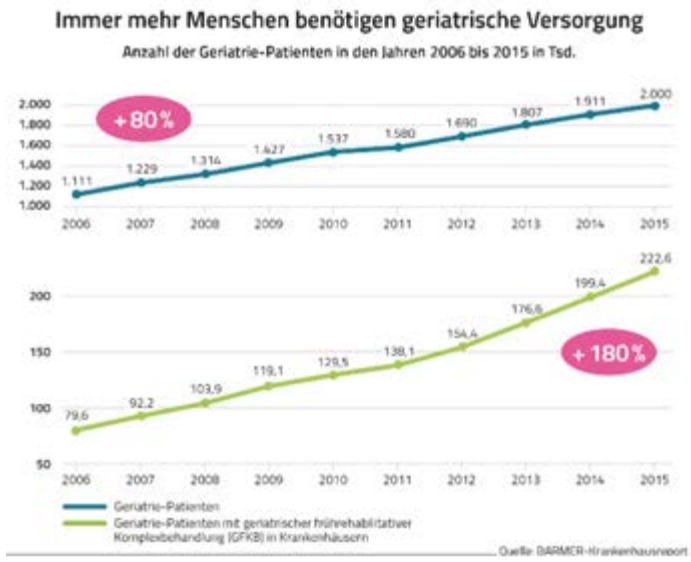
"The Senhance Journey into Digital Laparoscopy"
Prof. Dr. Med. Dietmar Stephan – St. Marienkrankenhaus, Siegen

"Early experiences with the Senhance System at Máxima Medisch Center"
Dr. Arijan Luijten – Máxima Medisch Center, Veldhoven

Besuchen Sie uns am **Stand #116**
136. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

For more information please visit www.transenterix.com

TransEnterix



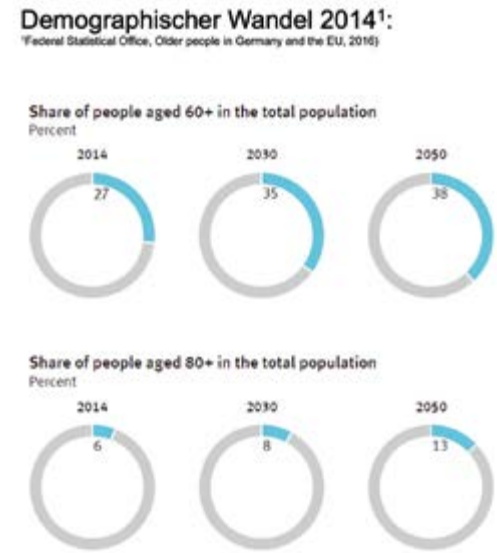


Tabelle 3.3: Top-10-Hauptdiagnosen bei Geriatriepatienten mit GFKB 2015

Rang	ICD-3	Bezeichnung	Anzahl	Prozent
1	S72	Fraktur des Femurs	32.605	14,6
2	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	15.876	7,1
3	I63	Hirninfarkt	13.217	5,9
4	I50	Herzinsuffizienz	12.253	5,5
5	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	11.434	5,1
6	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	6.215	2,8
7	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	5.419	2,4
8	E86	Volumenmangel	5.226	2,3
9	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	4.082	1,8
10	R29	Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	3.625	1,6

Anmerkung: um 80 Prozent der Patienten mit GFKB abzubilden etwa 50 ICD-3-Kodes notwendig; standardisiert auf die Bevölkerung nach Alter und Geschlecht in Deutschland 2015
Quelle: RWI, BARMER 2017

lektive fehlen aktuell solche Studien, erste Arbeiten hierzu implizieren jedoch ähnliche Resultate.

Im Hinblick auf spezifische orthopädische Operationen wie beispielsweise Primärimplantationen von Hüft- und Knieprothesen oder insbesondere auch bei Revisionsoperationen, benötigen ältere Patienten mit geriatrischer Komorbiditäten eine andere Versorgung als jüngere Patienten während der stationären, rehabilitativen und poststationären Phase. Aus diesem Grunde ist eine enge Abstimmung des multidisziplinären Behandlungsteams (Orthopäden, Geriater, Physiotherapeuten etc.) und Pflegedienste vor, während und nach einer erforderlichen Operationen entscheidend, um die Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken zu minimieren und das postoperative Ergebnis zu verbessern. Die Ziele dieser Versorgungsmodelle umfassen die Prävention altersbedingter Komplikationen – die sogenannten „geriatrischen Syndrome" – und die Behandlung von Risikofaktoren prä-, peri- und postoperativ. Im Gegensatz zu den alterstraumatologischen Patienten besteht bei den orthopädischen Patienten die Möglichkeit, das Outcome durch eine dezidierte präoperative Vorbereitung (Patient-Blood-Management, Optimierung Medikation, Screening Risikofaktoren) zu verbessern. Zusätzlich zu diesen Zielen, die sich auf die Dauer des Krankenhausaufenthalts beziehen, ist die Aufnahme des Patienten in ein geeignetes Rehabilitationsprogramm von herausragender Bedeutung, um die funktionelle Erholung sowie die Wiedereingliederung in das reguläre soziale Umfeld zu erleichtern.

In der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie der Universitätsklinik Bonn wurde vor zwei Jahren eine integrierte geriatrische orthopädische Einheit geschaffen, die sich der postoperativen Versorgung älterer Patienten mit elektiven und nichtselektiven orthopädischen Eingriffen widmet (Integrated Geriatric-Orthopaedic Concept; InGerO). Erste Ergebnisse dieses Behandlungskonzeptes zeigen eine signifikant bessere Versorgung der Patienten mit geriatrischen Ko-Morbiditäten und altersbezogenen relevanten Nebendiagnosen.

Dr. med. Hendrik Kohlhof
Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Universitätsklinikum Bonn
Sigmund-Freud-Straße 25, 53127 Bonn
Hendrik.Kohlhof@ukbonn.de

ERAGON – die Baukasten-Lösung für die Laparoskopie

Die laparoskopische Instrumenten-Generation ERAGON bietet dem Operateur durch den modularen Aufbau alle Möglichkeiten, sich individuelle Instrumentensets zusammenzustellen. Mehrere Griff-Varianten, alle anwendungsrelevanten Durchmesser, sinnvolle Nutzlängen und eine Vielfalt an Maulteilen sind frei und einfach miteinander kombinierbar. Darüber hinaus sorgen durchdachte ergonomische Lösungen der Handgriffe für eine entspannte Handhaltung und optimalen Operationskomfort.

ERAGON macht den Einsatz von optimierten, einheitlich aufgebauten Laparoskopie-Sieben in mehreren laparoskopisch arbeitenden Abteilungen möglich. Workflows im OP können effizienter gestaltet werden. Abteilungsübergreifend eingesetztes OP-Personal arbeitet immer mit dem gleichen Instrumentarium und somit unter perfekten Bedingungen. Bei entsprechender Sieb-Ausstattung kann der Operateur flexibel auf seine Patienten eingehen und unmittelbar vor dem Eingriff den passenden Instrumenten-Durchmesser wählen. Auch ein intraoperativer Wechsel von einem Instrumenten-Durchmesser auf einen anderen ist – je nach OP-Verlauf – möglich.

Über den Operationssaal hinaus profitiert auch die Zentralsterilisation von diesem Konzept. Durch die gleich aufgebauten Siebe ist ein schneller und sicherer Durchlauf möglich. Weiterhin können nahezu alle Bestandteile des Siebes von Richard Wolf bezogen werden – dies bedeutet: Ein Ansprechpartner für alle Laparoskopie-Siebe, bei optimalen ergonomischen Eigenschaften, erstklassiger Materialqualität und einem Plus an Effizienz.

Richard Wolf GmbH, Philip Teufel
Pforzheimer Straße 32, 75438 Knittlingen
Tel. 07043/35-0
eragon@richard-wolf.com
www.richard-wolf.com
ⓘ Halle B0, Stand Nr. 215

Satellitensymposien

Donnerstag, 28.3.2019

7.30 – 8.30 Uhr, Saal — Brainlab Sales GmbH
Zukunftsvision zur Digitalisierung der Chirurgie

10.30 – 12.00 Uhr, Saal 2 — Intuitive Surgical Deutschland GmbH
da Vinci in der Kolorektalchirurgie – mehr als nur Rektum!

12.15 – 13.15 Uhr, Saal 3 — TransEnterix Europe S.a.r.l.
The Senhance Journey into Digital Laparoscopy

12.15 – 13.15 Uhr, Saal 4 — Bard BD Interventional
„Tailored approach" bei der Versorgung ventraler Hernien

12.15 – 13.15 Uhr, Saal 5 — Deutsches Schilddrüsenzentrum GmbH
Quo vadis Schilddrüsenchirurgie?

12.15 – 13.15 Uhr, Saal 11 — EndoStim BV
EndoStim bei Reflux – und wo noch?

12.15 – 13.15 Uhr, Saal 12 — Bayer Vital GmbH
Neue Optionen in der Therapie der pAVK

12.15 – 13.15 Uhr, Saal 14c — Shire Deutschland GmbH
Kurzdarmsyndrom und chronisches Darmversagen – Chirurgische Herausforderungen 2019

14.00 – 15.30 Uhr, Saal 13b — Johnson & Johnson Medical GmbH
Chirurgische Innovationen – Qualitätssicherung durch innovative Trainingskonzepte

Strategien zur Implementierung der minimalinvasiven Techniken in der hepatopankreatobiliären Chirurgie

Warum verschlafen wir weltweite Trends?

Jürgen Weitz, Carina Riediger

In den letzten 20 Jahren werden weltweit zunehmend minimalinvasive und Roboter- unterstützte Operationstechniken auch bei großen viszeralchirurgischen Operationen im hepatopankreatobiliären Bereich eingesetzt. Eine nationale Datenbankanalyse der Jahre 2002–2012 aus den USA ergab, dass von insgesamt 47 685 Operationen an Leber (44,6 %) und Pankreas (55,4 %) im Durchschnitt 2674 (5,6 %) Eingriffe minimalinvasiv erfolgten. Hierbei zeichnete sich jedoch eine Zunahme der minimalinvasiven Eingriffe vom Jahr 2002 mit 2,6 Prozent bis zum Jahr 2012 mit 9,6 Prozent ab. Die robotischen Eingriffe weisen zwischenzeitlich auch einen deutlichen Anstieg der Eingriffszahlen auf: Von insgesamt 716 993 Patienten, die von 2010–2014 thorax- oder viszeralchirurgisch operiert wurden (davon 7 % Pankreasoperationen, 5 % Leberoperationen und 75 % kolorektale Operationen) erfolgten 71 Prozent aller Operationen offen, 26 Prozent laparoskopisch und drei Prozent robotisch, was einer Zahl von 22 459 robotischen Operationen entspricht. Über den Beobachtungszeitraum von fünf Jahren stieg die Zahl robotischer Operationen von 1,1 Prozent im Jahr 2010 auf 7,7 Prozent im Jahr 2014.

Minimalinvasive Leberresektionen und Pankreasoperationen sind mittlerweile sicher durchführbar

Die ersten Berichte über laparoskopische Leberresektionen wurden bereits Anfang der 90er Jahre von Reich und Gagner publiziert. Dennoch setzte sich die laparoskopische Leberchirurgie weltweit nur langsam durch, so dass die erste Internationale Konsensuskonferenz zur laparoskopischen Leberchirurgie erst 2008 (ICCLLR in Louisville, USA) stattfand. Eine US-Datenbankanalyse (NIS) zur laparoskopischen Leberchirurgie zeigte auch entsprechend einen Anstieg der jährlichen Eingriffszahlen von 63 im Zeitraum 2000–2008 auf 168 für 2009–2012. Einige Studien konnten seither nicht nur die sichere Durchführbarkeit, sondern auch Vorteile der laparoskopischen Leberchirurgie hinsichtlich Blutverlust und Krankenhausaufenthalt zeigen.

Im Rahmen der zweiten ICCLLR 2015 in Morioka, Japan, erfolgte eine Datenerhebung von 27 teilnehmenden Zentren aus Amerika, Asien/Pazifik und Europa hinsichtlich der Entwicklung der laparoskopischen Leberchirurgie. Zwischen 2008 und 2013 wurden an diesen Zentren 11 712 Leberresektionen durchgeführt, davon 32,1 Prozent laparoskopisch und 67,9 Prozent offen. Im Vergleich erfolgten in Europa mit 35,6 Prozent der Leberoperationen zwar die meisten laparoskopisch (Asien/Pacific 34,6 Prozent und in Amerika 27,4 Prozent), die teilnehmenden europäischen Zentren waren drei aus Frankreich, zwei jeweils aus Italien Belgien, Norwegen und UK. Deutsche Zentren waren hier nicht vertreten.

Obwohl sich die laparoskopische Leberchirurgie an hochspezialisierten Zentren weltweit zunehmend als Standard für viele Eingriffe etabliert, ist die laparoskopische Leberchirurgie auch in großen, universitären Zentren in Deutschland noch kein festgelegter Standard (Abb. 1).

Die Standardisierung dieser komplexen minimalinvasiven Eingriffe (laparoskopisch wie robotisch) mit großen Fallzahlen geschieht überwiegend an hochspezialisierten, häufig organspezifischen Zentren in den USA und Asien, aber auch in anderen europäischen Ländern wie beispielsweise Frankreich. Auf nationalen sowie internationalen Konsensuskonferenzen wurden durch diese Zentren Standards definiert und auch Strategien zur systematischen Ausbildung implementiert.

Analog zur Leberchirurgie konnten Studien zeigen, dass minimalinvasive Pankreasoperationen sicher durchführbar sind (Abb. 2). Auf der letzten internationalen Konsensuskonferenz zu laparoskopischen Pankreasresektionen (ISLPR) im Oktober 2016 in Coimbatore, Indien wurden ebenfalls Indikationen und Standards der MIPR festgelegt.

Die fehlende Zentralisierung führt zu sehr kleinen, häufig einstelligen Fallzahlen dieser komplexen Eingriffe mit signifikant schlechterer Qualität

In Deutschland gehören komplexe minimalinvasive Eingriffe im Bereich der hepatopankreatobiliären Chirurgie noch nicht zum chirurgischen Standard. Insbesondere die robotische Chirurgie an sich zeigt erst in den letzten Jahren langsam steigende Fallzahlen. An 23 Kliniken stieg die Gesamtzahl der DaVinci-assistierten Operationen von initial vier Eingriffen im Jahr 2010 auf 819 Eingriffe im Jahr 2015. Die Ursachen für die nur langsame Einführung der minimal-invasiven Pankreas- und Leberchirurgie sind multifaktoriell. In Deutschland besteht ein hoher Anspruch an die onkologische Radikaliät und Qualität. Um diese zu erreichen, ist sowohl in der hepatobiliären als auch in der pankreatischen Chirurgie eine große Expertise durch hohe Fallzahlen in der offenen Chirurgie erforderlich. Zur minimalinvasiven Umsetzung dieser Operationen als laparoskopische oder Roboter-assistierte Eingriffe ist zusätzlich eine große Expertise in der minimalinvasiven Chirurgie an sich erforderlich. Dies erfordert eine große Zahl an Eingriffen, insbesondere wenn man sich die anfänglich sehr flachen Lernkurven bei Roboter-assistierten Eingriffen ansieht. Diese liegt laut Studienlage für einen bereits erfahrenen pankreato-hepatobiliären Chirurgen für robotische Pankreaseingriffe zwischen 30 und 60, für niedrig-komplexe Lebereingriffe bei 30.

In Deutschland sind durch die fehlende Bündelung hepatobiliärer sowie pankreatischer Operationen an Zentren die adäquaten Fallzahlen zu gering, um beide Methoden auf hohem Niveau anzubieten können und zudem eine entsprechende Ausbildung zu gewährleisten. Die fehlende Zentralisierung führt hingegen zu sehr kleinen, häufig einstelligen Fallzahlen dieser komplexen Eingriffe mit signifikant schlechterer Qualität. →

zur Sitzung

Donnerstag, 28.3.2019
16.00–17.30 Uhr, Saal 14c

Entwicklung der hepatopankreatobiliären Chirurgie in Deutschland – zurück zur internationalen Führungsrolle?

CONDOR® MedTec
EXPAND YOUR POSSIBILITIES

CONDOR® LAPAROSKOPISCHER LEBERRETRAKTOR Ideale Sicht im OP-Feld

Highlights:
- Schneller Auf- und Abbau
- Uneingeschränkte Sicht dank mattierter Oberfläche
- Ruhiges OP-Feld → effizientes Arbeiten
- Kontinuierliche Retraktion
- CONDOR® GoldLine Baukasten-Prinzip
- 3D-Kugel-Aufnahme für individuelle Einstellungen

Besuchen Sie uns im Foyer EG, Stand Nr. 130

Condor® MedTec GmbH · Dr.-Krismann-Straße 15 · D-33154 Salzkotten · Tel.: +49 5258 9916-0 · Fax: -16 · www.condor-medtec.de · info@condor-medtec.de

CHIRURGISCHE ALLGEMEINE APP

CHIRURGISCHE ALLGEMEINE jetzt digital!

Gönnen Sie sich jetzt die komplette CHAZ für Ihr Smartphone, Ihr Tablet oder Ihren Computer!

Alle Infos unter:
www.kaden-verlag.de
chazapp@kaden-verlag.de

CHIRURGISCHE ALLGEMEINE APP

Laden im App Store

JETZT BEI Google Play

Erhältlich bei amazon

Die Lösungsansätze zur Implementierung der minimalinvasiven komplexen Viszeralchirurgie in Deutschland liegen auf der Hand

Ein weiterer Punkt ist die fehlende oder schlechte Abbildung laparoskopischer und insbesondere robotischer Operationen im Abrechnungskatalog. Deutlich verlängerte Operationszeiten, die zumindest in der Anfangszeit durch die minimalinvasive Technik entstehen, und die fehlende bessere Vergütung dieser Eingriffe führen in den Kliniken zu wirtschaftlichen Einbußen. Hinzu kommen deutlich gesteigerte Materialkosten, sofern robotisch operiert wird. Die Lösungsansätze zur Implementierung der minimalinvasiven komplexen Viszeralchirurgie in Deutschland liegen somit auf der Hand:

Der erste Schritt ist die Bündelung komplexer hepatopankreatobiliärer Operationen an Zentren mit einer ausreichenden Minimalfallzahl, um die Qualität insgesamt, aber auch die Ausbildung spezialisierter Chirurgen im offenen wie minimalinvasiven Ansatz zu unterstützen.

Der zweite Schritt ist die strukturierte Ausbildung junger Chirurgen, die eine frühe Einführung in die minimalinvasive chirurgische Technik beinhalten muss. Diese sollten nicht erst nach Abschluss des Common Trunk beginnen, sondern mit dem ersten Tag der chirurgischen Tätigkeit. Für die spezielle Weiterbildung empfiehlt sich die Teilnahme an internationalen Hospitationsprogrammen, wie sie derzeit in der laparoskopischen Leberchirurgie bereits in der klinischen Praxis durchgeführt werden.

Abb. 1 Intrahepatisches Anzügeln der rechten Lebervene bei der laparoskopischen Hemihepatektomie rechts.

Abb. 2 Robotische Pankreaticojejunostomie.

Der dritte Schritt sind Weiterentwicklung und Einsatz von Navigationssystemen in der minimalinvasiven Chirurgie, um eine höhere Präzision und Vereinfachung der Eingriffe zu erreichen.

Der vierte Schritt muss eine entsprechende Abbildung im Leistungskatalog mit einer höheren Vergütung minimalinvasiver oder Roboter-assistierter Eingriffe sein.

Priv.-Doz. Dr. med. Carina Riediger
Prof. Dr. med. Jürgen Weitz, MSc
Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- u. Gefäßchirurgie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Technische Universität Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
carina.riediger@uniklinikum-dresden.de

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

Donnerstag, 28. März 2019 12.30–14.00, Saal 1 **Mitgliederversammlung**

Scenara®: Innovatives Management von Bild- und Videodaten

Mobiler Zugriff auf alle Bild- und Videodaten

Mit Scenara® bietet Karl Storz eine plattformunabhängige und modulare Softwarelösung, die aktuell aus zwei Modulen besteht: Scenara® store steht für eine Lösung zur Speicherung und Verwaltung von endoskopischen Bild- und Videodaten. Eine Web-Schnittstelle ermöglicht einen mobilen Zugriff auf die Daten. Diese können betrachtet, miteinander verglichen, bearbeitet oder geteilt werden. Darüber hinaus kann das Bild- und Videomaterial für weitere Verwendungszwecke exportiert werden. Unter dem Stichwort „Virtuelle Untersuchung" bietet das System intelligente Preview- und Navigationsmöglichkeiten, die eine schnelle und gezielte Orientierung durch unterschiedlich lange Videoaufnahmen ermöglicht. Zusätzlich kann die langfristige Archivierung dank wissenschaftlicher Erkenntnisse effizient gestaltet werden. Das heißt, die gespeicherten Daten können nach einer definierten Zeit komprimiert werden, ohne den medizinischen Aussagegehalt zu beeinträchtigen. Um weiteren Speicherplatz einzusparen, können die Daten, ebenfalls nach einer definierten Zeit, automatisch gelöscht werden.

Scenara® connect bietet eine optimale Interoperabilität durch eine zentralisierte Kommunikationsschnittstelle zwischen verschiedenen Modalitäten, in diesem Fall Dokumentationslösungen von Karl Storz, wie beispielsweise Tele Pack X oder Aida®, und vorhandenen Informations- und Archivsystemen.

Karl Storz SE & Co. KG
Dr.-Karl-Storz-Straße 34, 78532 Tuttlingen
Tel. 07461/708-0, Fax 07461/708-105
info@karlstorz.com, www.karlstorz.com

Foyer EG, Stand Nr. 113

Tumorchirurgie im hohen Alter – wie weit können wir gehen?

Robert Grützmann, Susanne Merkel, Axel Denz, Stephan Kersting

Die Bevölkerung in den Industrieländern wird immer älter. So wird prognostiziert, dass sich bis zum Jahr 2050 der Anteil der über 80-Jährigen in Deutschland vervierfachen wird [1]. Der Begriff des Alters ist nicht exakt definiert, sondern in den meisten Auswertungen willkürlich festgelegt. Viele Analysen betrachten die über 80-Jährigen als alt. Zu beachten ist allerdings, dass nicht nur das kalendarische Alter, sondern vor allem das biologische Alter berücksichtigt werden sollte. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko an Krebs zu erkranken für die meisten malignen Erkrankungen. Dies gilt auch für die hier vordergründig beleuchteten malignen Erkrankungen des Kolorektums und der Bauchspeicheldrüse. Der Altersgipfel beim Auftreten eines bösartigen Tumors liegt zwischen 70 und 80 Jahren [2]. Dabei nimmt mit zunehmendem Alter nicht nur das Risiko zu, an Krebs zu erkranken. Parallel dazu nehmen auch Häufigkeit und Schwere altersassoziierter Erkrankungen zu, wie kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus und pulmonale Erkrankungen.

Nicht das Alter, sondern der klinische/biologische Zustand des Patienten ist der entscheidende Faktor

Bei der Einschätzung des Operationsrisikos älterer Patienten sind nicht nur chirurgische Komplikationen, wie Anastomoseninsuffizienzen, Blutungen und Wundheilungsstörungen zu betrachten. Eine besondere Rolle kommt der Fähigkeit zu, bei aufgetretener Komplikation die Mortalität zu verhindern, dem sogenannten *failure to rescue*. Bei häufigerer Frequenz von Pankreasresektionen im jeweiligen Krankenhaus ist nicht nur allgemein die Mortalität niedriger, sondern auch die Mortalität nach aufgetretener Komplikation geringer [3]. Die Strukturqualität des behandelnden Krankenhauses spielt hier eine entscheidende Rolle. So sollten zum Beispiel für Pankreasoperationen nicht nur erfahrene Chirurgen, sondern auch eine Expertise in interventioneller Blutstillung (interventionelle Radiologie) und Intensivmedizin gefordert werden [4].

Ein Ausschlusskriterium für eine größere onkologische Operation ist das hohe kalendarische Alter allein nicht, sondern der klinische/biologische Zustand des Patienten ist der entscheidende Faktor. Neben präoperativer apparativer Diagnostik, wie Herzechokardiographie und Lungenfunktionsprüfung können auch einfache klinische Tests, wie der Treppentest helfen, das Risiko besser einzuschätzen. Natürlich spielt auch der Patientenwunsch eine herausragende Rolle. Dieser ist aber in Notfallsituationen, auch bei Vorliegen einer Patientenverfügung, nicht immer einfach zu eruieren.

Die ältesten Alten verstarben letztendlich häufig nicht an ihrer Krebserkrankung, sondern aus anderen Gründen

Dass die Prognose des zugrundeliegenden Tumors eine wichtige Rolle spielt, möchten wir am Beispiel von kolorektalem Karzinom und Pankreaskarzinom beleuchten. Kolorektale Karzinome sind häufig Tumoren des höheren Alters. Im nichtfernmetastasierten Stadium können durch Chirurgie allein oder eingebettet in multimodale Konzepte exzellente Ergebnisse erzielt werden. In einer Analyse der Erlanger Daten war die postoperative Morbidität und die Mortalität in der Gruppe der ältesten Alten (>85 Jahre) höher als die der 75- bis 84-Jährigen [5]. Das beobachtete Überleben war nach R0-Resektion und Ausschluss der postoperativ Verstorbenen im Vergleich zum weniger alten Kollektiv kürzer (2-Jahres-Rate 67,4%, 5-Jahres-Rate 32,3%), wohingegen das krebsbezogene Überleben gleich war (2-Jahres-Rate 93,4%, 5-Jahres-Rate 87,1%). Dies zeigt, dass die ältesten Alten letztendlich häufig nicht an ihrer Krebserkrankung, sondern aus an-

aus der Sitzung

1 Mittwoch, 27. März 2019

80 ist das neue 60 – Möglichkeiten und Grenzen der Alterschirurgie

Der laparoskopische Baukasten

RICHARD WOLF
spirit of excellence

Richard Wolf beim DGCH 2019
Halle BO, Stand 215

Die Baukasten-Lösung für die Laparoskopie

- **Effizienz durch Einheit.** Gleich aufgebaute Siebe bringen klare Strukturen und Prozesssicherheit.
- **Große Auswahl und Individualität.** Das modulare Konzept passt sich dank großer Vielfalt jeglichen Bedürfnissen an.
- **Einfach intuitiv.** Effizientes Arbeiten durch einen reibungslosen Ablauf ohne Zeitverlust.

Erfahren Sie mehr:
eragon.richard-wolf.com

ERAGON modular
Laparoskopisches Instrumentensystem zum individuellen, interdisziplinären Einsatz

find us on Social Media
richard-wolf.com

2., überarbeitete Auflage, 17 × 24 cm,
Broschur, 288 Seiten, 142 Abbildungen
ISBN 978-3-942825-75-7, EUR 29,90

Das Werk befasst sich mit Behandlungsverfahren, wie sie noch bis in die zweite Hälfte des vorigen Jahrhunderts hinein beim Schenkelhals- und Oberschenkelbruch, bei Kiefer-, Wirbelsäulen- und Beckenfrakturen zur Anwendung kamen. Um eine knöcherne Heilung zu erzielen, musste der Verletzte mit einem Schenkelhalsbruch über Wochen oder Monate hinweg auf dem Rücken in einem Streckverband im Krankenhaus liegen.
Die qualvolle Behandlung war oft mit schweren, gar tödlichen Komplikationen verbunden. Eine knöcherne Bruchheilung war unter diesen Bedingungen nicht sicher. Heute kann man sich solche Verfahren kaum mehr vorstellen. Neu entwickelte Methoden stießen immer wieder auf Ablehnung. Elementare Voraussetzungen für eine solide operative Behandlung fehlten vollständig, es gab keine fundierten Kenntnisse über die Heilungsvorgänge und viele Versuche endeten daher nicht selten in einem Desaster. Im Laufe von Jahrzehnten sollte es aber trotz autoritärer Widerstände gelingen, einen Paradigmenwechsel herbeizuführen. Es gehört zur ärztlichen Verantwortung, eine Therapie, welche mit so schwerwiegenden Komplikationen belastet ist, auf den Prüfstand zu stellen. Gerade dies ist ureigenste ärztliche und ethische Aufgabe. Aufgrund eigener noch selbst erlebter derartiger Behandlungen hat der Autor die Literatur unter diesem Aspekt studiert und wollte erfahren, welche Wege von den Pionieren hier beschritten wurden, um diesen nur schwer erträglichen Behandlungsverfahren ein Ende zu bereiten. Über die historische Aufarbeitung hinausgehend ist die Kenntnis der vielen Fehlschläge von bleibender Bedeutung auch für künftige Entwicklungen.

Sie finden die **CHAZ** und den **Kaden Verlag** im **Foyer OG am Stand 328**

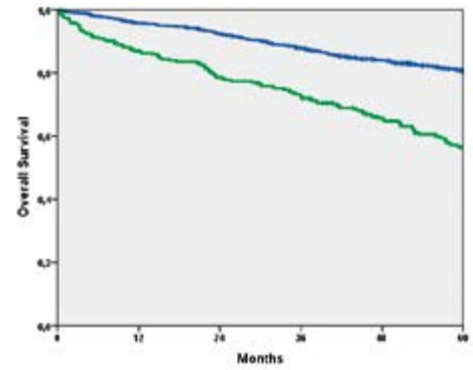
Zu bestellen bei jeder Buchhandlung
oder unter info@kaden-verlag.de direkt bei:

KADEN
Kaden Verlag GmbH & Co. KG
Maaßstraße 32/1, 69123 Heidelberg
Telefon (06221) 1377600
info@kaden-verlag.de
www.kaden-verlag.de

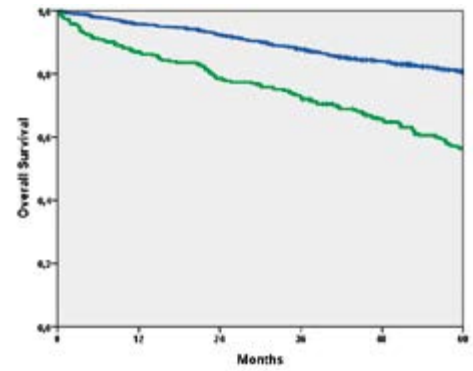
deren Gründen verstarben. Beim Vergleich zu den weniger alten Patienten (75–84-Jährige) war in unserem Kollektiv die postoperative Mortalität um das Dreifache erhöht. Die ältesten alten Patienten präsentierten sich mehr als doppelt so häufig als Notfälle (22 %) als die weniger alten (10 %) oder jüngeren Patienten. Beim Rektumkarzinom spielt das Alter eine wichtige Rolle bei der Indikationsstellung zur Rektumexstirpation. Hier gilt es zu berücksichtigen, ob Patienten mit verminderter Sphinkterfunktion auch bei technisch möglichem Sphinktererhalt von einer Exstirpation hinsichtlich ihrer Lebensqualität profitieren.

Pankreaskarzinom: Deutliche Korrelation von zunehmendem Alter und erhöhter Komplikations- und Mortalitätsrate

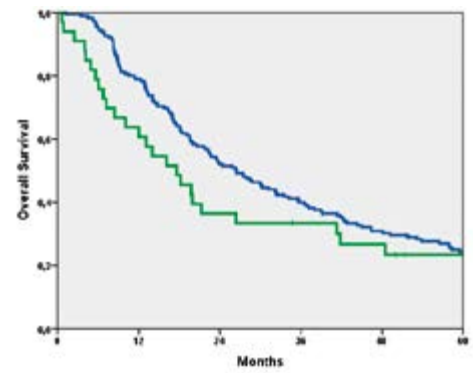
Beim Pankreaskarzinom ist die Prognose deutlich schlechter als beim kolorektalen Karzinom. Dies spielt vor allem bei fortgeschrittenen Tumoren, die gegebenenfalls eine Gefäßresektion (vor allem arteriell) erfordern, eine Rolle. Die Routinedaten aus Deutschland zeigen eine deutliche Korrelation von zunehmendem Alter und erhöhter Komplikations- und Mortalitätsrate, wobei auch hier der Effekt des *rescue to failure* besonders ausgeprägt ist [3]. Die Indikation zu ausgedehnten Resektionen ist deshalb in höherem Alter sehr sorgfältig zu prüfen und gemeinsam mit dem Patienten abzuwägen. Auch hier sollte das rein kalendarische Alter kein alleiniges Ausschlusskriterium sein. Eine entsprechende hochqualifizierte Durchführung der Operation durch einen besonders erfahrenen Chirurgen sollte gegeben sein, um das bestmögliche Ergebnis zu erzielen.



Kolonkarzinom
M0, R0,1 Resektionen 1995–2014. p = 0,0
blau: <75 Jahre, n=1061; grün: ≥ 75 Jahre, n=416



Rektumkarzinom
M0, R0,1 Resektionen 1995–2014. p = 0,0
blau: < 75 Jahre, n=1233; grün: ≥ 75 Jahre, n=260



Pankreaskarzinom
M0, R0,1 Resektionen 1995–2014. p = 0,115
blau: < 75 Jahre, n=33; grün: ≥ 75 Jahre, n=175

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass die onkologische Chirurgie aufgrund der Demografie und des erhöhten Krankheitsrisikos für maligne Erkrankungen zunehmend ältere Patienten betrifft. Das Risiko von Operationen – und vor allem das Risiko Komplikationen nach onkologischen Eingriffen nicht unbeschadet zu überstehen (failure to rescue) steigt mit hohem Alter deutlich an. Dem Chirurgen obliegt es, bei der Indikationsstellung Risiko und Nutzen sorgfältig gegeneinander abzuwägen. Bei guter Indikation, aber riskanter Patientenkonstellation sollte die Behandlung in einem Zentrum erwogen werden, um bei Komplikationen die höchstmögliche Chance eines folgenlosen Ausganges zu bieten.

1. Eisenmenger M, et al (2006) Bevölkerung Deutschlands bis 2050 – 11. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
2. http://seer.cancer.gov/
3. Krautz C, Nimptsch U, Weber GF, et al (2018) Effect of hospital volume on in-hospital morbidity and mortality following pancreatic surgery in Germany. Ann Surg 267: 411–417
4. Wellner UF, Grützmann R, Keck T, et al; DGAV-Qualitätskommission (2018) Qualitätsindikatoren für die Pankreaschirurgie. Wissenschaftliche Herleitung und klinische Relevanz. Chirurg 89: 32–39
5. Denz A, Kohl V, Weber K, et al (2018) Behandlung und Prognose der ältesten Alten mit kolorektalem Karzinom. Zentralbl Chir 143: 162–170

Prof. Dr. med. Robert Grützmann
Chirurgische Klinik, Universitätsklinikum Erlangen
Krankenhausstraße 12, 91054 Erlangen
Robert.Gruetzmann@uk-erlangen.de

Aesculap® EinsteinVision® 3D Full HD

Zusätzliche Optionen erweitern die klinischen Möglichkeiten

Neben den schon mit der dritten Generation des EinsteinVision® eingeführten zusätzlichen Funktionen:

- aktive Spitzenheizung
- 2D/3D Dokumentationssystem
- Löschassistent & Timeshift
- W-LAN, DICOM und HL7
- 50 Liter-Insufflator mit Rauchgasabsaugung
- Anschluss von 2D- und 3D-Kameraköpfen
- Verbesserter Sterilüberzug

sind nun auch ein **3D-4K-Monitor integrierbar** sowie eine **Funkübertragung des Bildes (2D/3D)** an einen zusätzlichen Monitor auf Stativwagen, Deckenampel oder Wandmodul möglich.
Gern können Sie sich bei einer Teststellung in Ihrem Hause von der Qualität und den Möglichkeiten überzeugen.

Aesculap AG, Am Aesculap Platz, 78532 Tuttlingen
Christian Lompat, Marketing Manager
Chirurgische Technologien, christian.lompat@aesculap.de
ⓘ Halle B0, Stand Nr. 210 + 220

»Die reden die ganze Zeit über mich«

Als Assistenzarzt im Mastertrainer-Programm

Die Qualität der Weiterbildung – ein wichtiges und oft besprochenes Thema. Ein Thema, das vor allem von Weiterbildern selbst bearbeitet wird. Daher hat der BDC gemeinsam mit anderen Verbänden das Mastertrainer-Programm für Weiterbilder ins Leben gerufen. Wie wird dieses Programm aber von jungen Chirurginnen und Chirurgen wahrgenommen und eingeschätzt? Dr. med. Christian Bischof ist einer der wenigen Assistenzärzte, die ebenfalls an dem Programm teilnehmen. Studium, Promotion, Forschung, PJ, Weiterbildung und dann Facharzt. Ein Weg, den Christian Bischof eingeschlagen hat. Früher oder später wird er Weiterbilder sein. Im Gespräch mit ihm erzählt er von seinen eigenen Weiterbildungserfahrungen und warum es wichtig ist, auch Assistenzärzte beim Mastertrainer dabeizuhaben.

Kongresszeitung: Herr Dr. Bischof, Nach welchen Kriterien haben Sie sich Ihr Weiterbildungshaus ausgewählt?

Dr. Bischof: Ich habe einen Arbeitgeber gewählt, bei dem ich meine Arbeit mit meinem Familienleben vernünftig kombinieren kann. Beruf und Familie an der Uniklinik unter einen Hut zu bekommen ist definitiv schwieriger – das ist kein Geheimnis und habe ich selber auch erlebt. Es gab einige Gründe für mich, nach Ludwigsburg zu Priv.-Doz. Dr. Johannes Gahlen zu gehen: Er ist eine feste Größe in der „Szene“ und von einer ehemaligen Kollegin wusste ich, dass die Weiterbildung zum Facharzt an seiner Klinik tatsächlich in sechs Jahren zu schaffen ist. Ein wichtiger Punkt war natürlich auch, dass die Klinik nahe meiner alten Heimat und meiner Familie liegt. Wie sagte meine Kollegin doch treffend: „Die Stelle ist die Lösung all deiner Probleme“. Insgesamt war es an dieser Klinik tatsächlich wesentlich einfacher, den Spagat zwischen Familie und Weiterbildung zu schaffen.

Kongresszeitung: Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf war also Ihr Hauptkriterium. Gab es noch andere Gründe, warum Sie andere Kliniken „abgewählt“ haben?

Dr. Bischof: Ich habe mich natürlich an mehreren Kliniken beworben – vor allem in Bayern. Ich habe ganz klar nach einem Arbeitgeber gesucht, der mir wenigstens halbwegs eine Zusage zur Einhaltung der Weiterbildungszeiten geben konnte. Meiner Meinung nach, ist die Einhaltung der Weiterbildungszeit von sechs Jahren nur dann möglich, wenn ein strukturiertes Weiterbildungskonzept verfolgt wird. Leider ist dies an manchen Unikliniken, an denen man erst nach einigen Jahren ein gewisses Standing hat und sich die Weiterbildung erst durch Wissenschaft verdienen musste, nicht immer der Fall. Insofern habe ich einen großen Maximalversorger gesucht, ohne den Druck, Wissenschaft in der Freizeit zu machen.

Für Assistenzärzte sollte immer transparent nachzuvollziehen sein, wer von den Kolleginnen und Kollegen wann welche OPs durchführen kann

Kongresszeitung: Was ist in Ihren Augen das Schlimmste, was in der Weiterbildung schiefgehen kann?

Dr. Bischof: Ungerechtigkeit! Ich finde, es sollte immer gerecht verteilt sein, wer welche Eingriffe bekommt. Für Assistenzärzte sollte immer transparent nachzuvollziehen sein, wer von den Kolleginnen und Kollegen wann welche Operationen durchführen kann. Das habe ich schon oft anders erlebt.

Kongresszeitung: Beim Mastertrainer-Programm werden genau diese angesprochenen Kriterien besprochen und wie sie in der Praxis am besten umgesetzt werden können. Wie haben Sie vom Mastertrainer-Programm erfahren?

Dr. Bischof: Bevor ich in Ludwigsburg angefangen habe zu arbeiten, kannte ich das Mastertrainer-Programm nicht. Mein Chefarzt, Dr. Gahlen, hat selber an dem Programm teilgenommen und möchte, dass immer jeweils ein Glied aus der „Weiterbildungskette“ ebenfalls an dem Kurs teilnimmt. Ich war, glaube ich, einer der ersten Ärzte in Weiterbildung, der beim Mastertrainer dabei war. Zwischen all den Ober- und Chefärzten habe ich mich auch etwas fremd gefühlt – nach dem Motto „Die reden die ganze Zeit über mich“. Ich war bei dem Kurs sozusagen „die Stimme“ der Assistenzärzte und alle waren sehr interessiert an meiner Sichtweise auf die Weiterbildung. Es war also sehr gut, dass mein Chef mich zum Mastertrainer-Programm geschickt hat. Ich finde, dass generell mehr Assistenzärzte an dem Programm teilnehmen sollten, was von den Veranstaltern durchaus erwünscht ist. Denn wir können das Prinzip auf unsere PJler übertragen und so auch gleichzeitig guten Nachwuchs akquirieren, was ja zunehmend schwieriger wird. Meiner Meinung nach sollte das Mastertrainer-Programm sogar Teil der Facharztweiterbildung sein, denn eigentlich sollten Fachärzte schon bevor sie Weiterbilder sind, die Basics gelernt haben. Zudem ist der rechtliche Aspekt nicht zu vernachlässigen. In Zukunft könnten Richter im Schadensfall nach der Art der Weiterbildung und deren Überprüfung fragen: Wurde der Assistenzarzt überhaupt lege artis ausgebildet, oder konnte er bei mangelhafter Weiterbildung den Anforderungen gar nicht gerecht werden.

Kongresszeitung: Was hat sich seit dem Kurs bei der Weiterbildung in Ihrem Haus verändert?

Dr. Bischof: Das Prinzip, das im Mastertrainer-Programm vermittelt wird, beinhaltet, dass nicht nur die Weiterbilder bestimmen, welche Inhalte im jeweiligen Kerncurriculum sein sollen, sondern auch, dass die Ärzte in Weiterbildung die Inhalte mitgestalten und ein Mitspracherecht haben. In unserer Klinik haben wir in mehreren Sitzungen fast ein

DAVINCI by Intuitive™

Satellitensymposium
Intuitive Surgical Deutschland

Da Vinci® in der Kolorektalchirurgie –
mehr als nur Rektum!

Donnerstag, 28.03.2019
10.30 – 12.00 Uhr
EG-Saal 2

Die da Vinci X, da Vinci Xi, und da Vinci Si Chirurgiesysteme sind medizinische Geräte der Klasse IIb. Bitte nehmen Sie die Dokumente in Bezug auf den Haftungsausschluss am Stand zur Kenntnis.

© 2019 Intuitive Surgical, Inc. Alle Rechte vorbehalten.

PN1058637-DE RevA 03/2019

Jahr lang ein Kerncurriculum entwickelt. Dabei haben die Assistenten klar gesagt, was für sie wichtig ist und unter Berücksichtigung der Vorgaben der Ärztekammern haben wir dann ein Konzept entwickelt. Wir sind schon sehr weit gekommen bei uns in der Klinik, aber uns ist auch klar, dass die Weiterbildung nicht statisch ist und immer weiterentwickelt werden wird. Viel wichtiger ist aber noch, dass alle in der Klinik versuchen, damit zu arbeiten, dass unser Curriculum nicht wieder „einschläft". Das merke ich auch an mir selber! Man neigt dazu, in alte Muster zurückzufallen und es ist für alle Beteiligten ein Stück Arbeit, dass das eben nicht passiert.

Kongresszeitung: Wie haben Sie das „Projekt Weiterbildung" genau organisiert und welche Probleme gab es?

Dr. Bischof: Es gab alle Vierteljahre ein Treffen mit möglichst allen Assistenzärzten, Fach- und Oberärzten und dem Chefarzt. Das war wegen der Dienste natürlich relativ schwierig umzusetzen, aber wenn es alle wollen, lässt es sich auch einigermaßen umsetzen. Sodass wir jetzt gemeinsam ein rundes, abgestimmtes Konzept erarbeitet haben. Dabei werden ganz klar die Kernkompetenzen in den Vordergrund gestellt, auch dazugehörige Zeiträume wurden abgesteckt und natürlich auch Lernzielkontrollen eingeführt, ohne die Weiterbildung wenig Sinn ergibt.
Es gab zum Teil auch Reibungsflächen zwischen Weiterbildern und Weiterzubildenden. Das ist im Rahmen eines solchen Prozesses aber auch ganz normal. Aber wir Assistenzärzte haben natürlich versucht, so viele, für uns wichtige Aspekte, wie möglich in die Entwicklung einfließen zu lassen. Streit gab es auf keinen Fall. Es war ein sehr kollegiales, fast freundschaftliches, Diskutieren und Entwickeln. Eher im Gegenteil: Unser Konzept ist so gut angekommen, dass es unter Umständen in anderen Häusern der Holding übernommen werden soll. So waren sogar mehrmals die ärztliche Direktion und die Personalabteilung bei unseren Treffen dabei. Natürlich ist allen klar, dass gute Weiterbildung Zeit und somit auch Geld kostet. Wenn alle Ärzte mit dem Tagesgeschäft ausgelastet sind, bleibt einfach keine Zeit, um sich ausreichend um die Belange der Assistenzärzte zu kümmern. Auch die Krankenhausleitung muss hier ihr Zutun leisten, damit die Weiterbildung funktionieren kann.

Es werden dringend neue Konzepte für Teilzeitarbeitende gebraucht, denn bei der heutigen Weiterbildungsordnung ist das sehr schwierig.

Kongresszeitung: Sie haben das Thema Lernzielkontrollen angesprochen. Wie läuft das bei Ihnen an der Klinik ab?

Dr. Bischof: Wir haben das so festgelegt, dass der Weiterzubildende sich an den Weiterbildenden wendet, wenn er sich bereit für die Lernzielkontrolle fühlt. Es gibt bei uns jedes Jahr eines dieser Testate, wobei wir den Fokus auf den Anfang und das Ende der Facharztausbildung legen. Im ersten Jahr wird vor allem die Dienstfähigkeit geprüft. Einige Schlüsseleingriffe werden im Zuge der ersten Lernzielkontrolle durchgeführt. Man muss die entsprechenden Eingriffe dann „voroperieren". Wenn das gut funktioniert, kann man diese Eingriffe nach dem Testat mehr oder weniger frei operieren – ein Facharzt ist selbstverständlich immer dabei. Aber insgesamt geben einem die Testate eine gewisse Sicherheit für die Dienstfähigkeit. Ganz am Ende steht dann die Facharztreife im Zentrum der Lernzielkontrolle.

Kongresszeitung: Wenn Sie sich mit Bekannten und Freunden, die ebenfalls in der Weiterbildung stecken, austauschen, können Sie dabei einen Trend erkennen, in welche Richtung sich die Weiterbildung in Deutschland entwickelt?

Dr. Bischof: Gerade wenn ich mit Kollegen in Unikliniken spreche, merke ich, dass es dort noch anders läuft. Sukzessive engagieren sich die Klinikleitungen aber auch dort für eine strukturierte Weiterbildung. Da gab es noch vor einigen Jahren deutliche Unterschiede, als man teilweise noch acht bis zehn Jahre für den Facharzt in der Universitätsklinik brauchte. Das ändert sich auf jeden Fall! An Universitätskliniken ist es aber zum Teil immer noch so, dass die Ärzte in Weiterbildung, die forschen, eher „gepusht" werden. Und Forschung läuft nach wie vor in der Freizeit. Also jedenfalls kenne ich niemanden, der nicht in seiner Freizeit forschen muss – und das wird auch so vorausgesetzt. Meiner Meinung nach wäre ein Umdenken mit alternativen Konzepten nötig.

Kongresszeitung: Was würden Sie sich ganz besonders für kommende Ärzte zur Verbesserung ihrer Weiterbildung wünschen?

Dr. Bischof: In den kommenden Jahren werden überdurchschnittlich viele Frauen in diesen Beruf eintreten. Das wird zwangsläufig zu Schwierigkeiten in der Weiterbildung führen, denn es werden mehr und mehr Teilzeitpositionen besetzt werden. Natürlich wollen das auch immer mehr Männer. Es werden dringend neue Konzepte für Teilzeitarbeitende gebraucht, denn bei der heutigen Weiterbildungsordnung ist das sehr schwierig. Laut Ärztekammer bräuchte man mit einer 50-Prozent-Stelle 12 Jahre für den Facharzt und das ist einfach nicht zeitgemäß. Man sollte darüber nachdenken, dass es in diesen Fällen möglich ist, mithilfe eines strengen Curriculums und entsprechenden Lernzielkontrollen, zumindest teilweise die Weiterbildungszeit von den übrigen Anforderungen des Weiterbildungskatalogs zu entkoppeln. So wird es auch in anderen Ländern umgesetzt.

Das Gespräch führte Julia Weilbach,
verantwortlich für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit im BDC.

Ärzte wenden 60 Arbeitstage im Jahr für Verwaltungstätigkeiten auf

Der bürokratische Aufwand der Ärzte nahm im Jahr 2018 erneut zu. Wie der gemeinsame Bürokratieindex der Fachhochschule des Mittelstands und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zeigt, wenden Ärzte und Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung aktuell insgesamt 323 000 Stunden mehr für Verwaltungstätigkeiten auf als im Vorjahr. Dies entspricht einer Steigerung von 0,6 Prozent. Insgesamt fallen über alle Praxen hinweg etwa 54,5 Millionen Nettostunden an Verwaltungstätigkeiten an. Jede Praxis benötigt demnach durchschnittlich etwa 60 Arbeitstage pro Jahr für die Erledigung bürokratischer Aufgaben.

Ursachen liegen in demografischem Wandel und mehr Beschäftigten

Eine Ursache für den erhöhten Verwaltungsaufwand sehen die Studienautoren in den Folgen des demografischen Wandels. So sei dieser nicht nur für eine steigende Nachfrage nach medizinischen Leistungen verantwortlich, sondern auch mit dem damit verbundenen Mehraufwand an Dokumentationen und Bescheinigungen. „Ältere und mehrfacherkrankte Patienten gehen öfter zum Arzt und benötigen mehr ärztliche Leistungen. Dadurch erhöht sich auch der bürokratische Aufwand", so KBV-Vorstandsmitglied Dr. Thomas Kriedel. Neben der allgemeinen Patientendokumentation führe auch der Datenaustausch mit Kollegen, insbesondere die Verordnung für häusliche Krankenpflege, Heilmittel und Krankenbeförderungen zu einem erhöhten Verwaltungsaufwand. Zudem führe die steigende Anzahl an Beschäftigten in Deutschland zu einer häufigeren Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen – diese gehörten mit einem Aufwand von insgesamt 4,9 Millionen Nettoarbeitsstunden zu den zeitintensivsten Dokumenten.
Der Bürokratieindex wurde in diesem Jahr bereits zum dritten Mal erstellt. Er berücksichtigt nur den Anteil an Verwaltungsaufgaben, der durch Vorgabe der Selbstverwaltung auf Bundesebene verursacht wird. Bürokratische Aufgaben, die durch gesetzliche Regelungen verursacht werden, werden vom Statistischen Bundesamt in einem eigenen Index geführt.

Der ausführliche Index kann auf der Internetseite der KBV nachgelesen werden:
www.kbv.de/media/sp/BIX2018_Projektbericht.pdf

Zava: Telemedizin wird in Europa alle 30 Minuten in Anspruch genommen

Wie die europäische Online-Arztpraxis Zava (bisher DrEd) bekanntgegeben hat, wurde europaweit im Jahr 2018 durchschnittlich alle 30 Minuten eine telemedizinische Sprechstunde abgehalten. So führten die dort tätigen Allgemeinärzte, Internisten, Gynäkologen und Neurologen europaweit etwa eine Million Beratungen und Behandlungen aus der Ferne durch. Die überwiegende Anzahl der Behandlungen fand dabei in schriftlicher Form statt, so dass die Patienten die Behandlungshinweise des Arztes jederzeit nachlesen konnten. Videoübertragungen wurden von den Patienten nicht häufig gewünscht.
Aufgrund der insgesamt starken Nachfrage hat Zava im letzten Jahr die Anzahl der Mitarbeiter von 80 auf 160 Personen erhöht. Der CEO der Online-Arztpraxis, prognostiziert, dass in fünf Jahren etwa ein Drittel aller Behandlungen in Form von Fernbehandlungen durchgeführt werden. „In diesem Jahr werden wir einen Standort in Deutschland eröffnen, um uns noch stärker mit dem deutschen Gesundheitssystem zu vernetzen und unsere langjährige Expertise in der Telemedizin einzubringen." Dabei zeigt er sich zuversichtlich, was die flächendeckende digitale Gesundheitsversorgung angeht: „Wir rechnen damit, dass bis 2020 telemedizinische Leistungen für Patienten als Kassenleistung kostenfrei angeboten werden. Das ist der nächste logische Schritt – auch wenn der Weg vom Papierrezept bis zum vernetzten Gesundheitssystem noch weit ist."

https://www.presseportal.de/pm/103509/4185536?utm_source=digest&utm_medium=email&utm_campaign=push

Chirurgische Innovationen: Qualitätssicherung durch innovative Trainingskonzepte

Alexis Ulrich

Die Chirurgie ist ein Fach im steten Wandel. Immer wieder werden neue perioperative Konzepte oder Operationsmethoden vorgestellt, die einer Evaluation bedürfen. Allerdings dauert es sehr lange, häufig viele Jahre, bis die Datenlage zur endgültigen Beurteilung einer Innovation im Hinblick auf Sicherheit und Nutzen für den Patienten ausreichend belegt ist. In der Zwischenzeit behelfen wir uns mit Registern, die möglichst viele Patienten einschließen sollen, um einen ersten Eindruck der Versorgungswirklichkeit zu erhalten. Da es sich aber meist um ein selektioniertes Patientengut handelt, ist die Aussagekraft der Daten eingeschränkt, so dass die Interpretation mit Umsicht zu erfolgen hat. Es kommt immer wieder vor, dass sich Ergebnisse aus Registerstudien in randomisiert-kontrollierten Studien nicht reproduzieren lassen.

Zur Zeit konkurrieren unterschiedliche Operationstechniken und -verfahren bei der Behandlung einzelner Erkrankungen miteinander.

In anderen Ländern hat im Vorfeld eine Zentralisierung der Versorgung stattgefunden

Lange Zeit war die offene Chirurgie für viele Erkrankungen der Standard, wurde dann aber zunehmend durch minimalinvasive Verfahren in Frage gestellt. Beginnend mit überschaubareren Eingriffen wie der Cholezystektomie und der Herniotomie, hat sich die Laparoskopie in den letzten Jahren immer mehr auf komplexere Operationen ausgeweitet. Im Vergleich mit anderen Ländern hinken wir in Deutschland im Bezug auf den flächenmäßigen Einsatz der minimalinvasiven Chirurgie noch etwas hinterher. Dies gilt insbesondere für die Leberchirurgie: Kleinere atypische Resektionen oder die linkslaterale Resektion der Segmente II und III werden bereits häufiger laparoskopisch durchgeführt. Die komplexen anatomischen Resektionen sind dagegen auf einige wenige Zentren konzentriert, während in einigen Nachbarländern eine breitere Anwendung laparoskopischer Verfahren in der Leberchirurgie Realität ist. Daher stellt sich die Frage, ob wir den Anschluss hier bereits verpasst haben. In anderen Ländern hat allerdings im Vorfeld eine Zentralisierung der Versorgung stattgefunden. Viele kleinere Krankenhäuser wurden geschlossen und als Ersatz dafür zentral ein großes neues Krankenhaus gebaut. So treffen nun eine größere Anzahl an Patienten auf hochspezialisierte Teams, was der Ausbildung der Chirurgen mit Hilfe spezifischer Trainingscurricula sehr entgegen kommt. In Deutschland lassen sich solche Zentralisierungen derzeit politisch nicht durchsetzen. Zudem ist in Deutschland der Kostendruck auf die Abteilungen sehr groß. Die Etablierung neuer Operationsverfahren ist sehr kosten- und zeitintensiv, so dass die Implementierung für Krankenhausgeschäftsführungen weniger erstrebenswert erscheint, zumal aus gleichen Gründen auch die Konkurrenten diese Verfahren bisher noch selten anbieten. Trainingscurricula sind ebenso nicht etabliert. Zur weiteren Verbreitung der minimalinvasiven Leberchirurgie sind aber solche dringend vonnöten.

Weniger Beachtung als im Ausland wird in Deutschland zur Zeit noch dem ERAS-Konzept geschenkt

Mittlerweile gibt es innerhalb der minimal invasiven Chirurgie immer mehr Variationen: Konventionelle Laparoskopie, Single-Incision-Laparoskopie (SILS) und (neuerdings) robotische Chirurgie. Zudem werden gleichzeitig neue Zugangswege wie der transanale

2017, 17 x 24 cm, gebunden, XVI, 280 Seiten
ISBN 978-3-942825-46-7, Euro 59,90

Dieses einzigartige Werk widmet sich den „Vergessenen Helden der Seefahrt- und Medizingeschichte", den Schiffschirurgen. Deren Tätigkeit ist ein bisher weitgehend unbeachtetes Kapitel der Seefahrtsgeschichte. In den meisten Reiseberichten zu den europäischen Entdeckungen werden sie nicht aufgeführt, obwohl sie stets mit an Bord waren und ihre Zahl seit den Reisen des Christoph Kolumbus auf mehr als 300 000 geschätzt wurde. In den gewaltigen Seeschlachten retteten sie unzähligen Seeleuten das Leben, durch ihre Tatkraft ermöglichten sie das Überleben ganzer Expeditionen. Den neuen Krankheiten und Seuchen in den tropischen Regionen standen sie zumeist hilflos gegenüber, hatten sie doch fast alle keine akademische ärztliche Ausbildung, sondern bestenfalls eine Lehre als Bader und Wundärzte absolviert. Zudem wurden die Ursachen dieser Krankheiten erst sehr viel später erkannt und eine effektive Therapie möglich.
Nur wenige Namen und Schicksale sind überliefert. Mit seinem medizinhistorischen, biografischen Lexikon schließt der Autor diese Lücke und würdigt eben diese vergessenen Helden.

„… ein kurzweiliges und aufschlussreiches Lesebuch geworden, das sich auch als Nachschlagewerk hervorragend eignet. Lesen sollten es Medizin- und Schifffahrtshistoriker, vor allem aber entnervte Chirurgen, frustrierte Sanitätsoffiziere und die große Schar der Freizeitsegler." (CHAZ 1/2017)

Flottenarzt d. R. Prof. Dr. Rüdiger Döhler, FCSEd, Plau am See

Sie finden die **CHAZ** und den **Kaden Verlag** im **Foyer OG am Stand 328**

Zu bestellen bei jeder Buchhandlung oder unter info@kaden-verlag.de direkt bei:

KADEN
Kaden Verlag GmbH & Co. KG
Maaßstraße 32/1, 69123 Heidelberg
Telefon (06221) 1377600
info@kaden-verlag.de
www.kaden-verlag.de

Zugang beim Rektumkarzinom stark propagiert. In dem immerwährenden Bestreben auf der Höhe der Zeit zu bleiben, ist es zunehmend schwieriger geworden, den Überblick zu behalten und das geeignete Verfahren für den Patienten zu finden. Die TaTME wurde entwickelt, da sich die laparoskopische Präparation der TME-Schicht im unteren Drittel insbesondere bei übergewichtigen männlichen Patienten bei transabdominellem Zugang als schwierig erwies. Um die Lernkurve von zirka 50 Operationen möglichst schnell zu erreichen, wird die Indikation derzeit aber häufig auch auf andere Patientengruppen ausgeweitet. Die TaTME wurde sehr schnell in die Breite getragen, was zu schwerwiegenden Komplikationen (z.B. Harnröhrenverletzung) führte, die beispielsweise in Norwegen Anlass für ein Moratorium dieses Verfahrens waren. Problem ist, dass die komplexe Anatomie von unten anders zur Darstellung kommt als bei dem herkömmlichen abdominellen Zugang. Dies erschwert selbst erfahrenen „Becken-Operateuren" die Orientierung. Dementsprechend sind abgestufte Ausbildungscurricula unabdingbar. Erste Erfahrungen sollten an anatomischen Präparaten (Körperspender) gesammelt und die ersten Operationen durch erfahrene Tutoren begleitet werden. Ein solches Curriculum ist auch für Deutschland in Planung. Die komplette mesokolische Exzision des Kolons ist ein Verfahren, dass in Deutschland entwickelt und etabliert wurde. Analog zur totalen mesorektalen Exzision werden die zentralen Lymphknoten mit entfernt und die Hüllschichten des Mesokolons geschont. Die laparoskopische CME wird immer häufiger eingesetzt. Voraussetzung ist allerdings eine große Expertise in minimalinvasiven Operationstechniken. Dem entsprechend wird an innovativen Trainingskonzepten gearbeitet. Weniger Beachtung als im Ausland wird in Deutschland zur Zeit noch dem ERAS-Konzept (Enhanced Recovery after Surgery) geschenkt. Hierbei handelt es sich um eine multimodale perioperative Behandlungsstrategie, die eine Verminderung des perioperativen Stresses, eine rasche Mobilisation und einen schnellen Kostaufbau, und damit eine möglichst zügige Rehabilitation zum Ziel hat. In Studien konnte die Wirksamkeit mit signifikant niedrigeren Komplikationsraten (bis zu 30 %) und Krankenhausverweildauern (minus 2,4 Tage) belegt werden. Allerdings ist es mit einem hohen organisatorischen Aufwand verbunden, was seine Verbreitung noch einschränkt. Hilfreich für eine höhere Akzeptanz wäre gegebenenfalls eine Refinanzierung innerhalb des DRG-Systems.

Techniken, deren Evidenz noch nicht zu ermitteln ist, können über ein Delphi-Verfahren bewertet werden

Evidenz sollte unser Handeln bestimmen. Dennoch gibt es nicht für alle drängenden Fragen genügend randomisiert kontrollierte Studien, um diese abschließend beantworten zu können. Hier können Konsensus-/Expertenkonferenzen helfen, um unter Experten zu diskutieren, wie Daten von niedrigerer Evidenz gewertet werden sollen und wie bis zur Erlangung höherer Evidenz weiter verfahren werden soll. Als eine Methode bietet sich hierbei das Delphi-Verfahren an. Im Delphi-Prozess wird ein Konsens unter den Experten angestrebt, der als >80 Prozent Zustimmung definiert ist. Eine Kommission stellt Fragen zu bestimmten Themenkomplexen zusammen, die an vorher bestimmte, eingeladene Experten im Rahmen einer Umfrage weitergegeben werden. Kommt es zu einer Zustimmung von >80 Prozent, werden diese Themenkomplexe als konsentiert gewertet. Alle anderen Fragen (mit niedrigerer Zustimmung) werden in einer zweiten Fragerunde nochmals an die gleichen Experten gegeben, allerdings etwas umformuliert, falls sie sich als nicht eindeutig genug bzw. griffig herausgestellt hatten. Wenn Themenkomplexe weiterhin nicht die erforderliche 80 Prozent Zustimmung erhalten, werden Sie in die dritte Runde aufgenommen. Diese erfolgt im Rahmen eines Meetings (alle beteiligten Experten treffen sich). Bevor die finale Abstimmung via TED erfolgt, wird die aktuelle Datenlage zu den noch nicht konsentierten Themen über Impulsreferate vorgetragen. Anschließend erfolgt eine Diskussion unter allen Teilnehmern. Zum Abschluss werden die Fragen gegebenenfalls etwas modifiziert erneut an die Experten weitergereicht und mittels TED-Abstimmung evaluiert. Damit ist der Delphi-Prozess abgeschlossen. Alle Themenkomplexe, die 80 Prozent Zustimmung erhalten haben, werden als konsentiert aufgenommen und den Fachkollegen über eine Publikation bis zur Gewinnung weiterer Daten vorgeschlagen. Die nicht-konsentierten Themenkomplexe sollten weiterhin mit äußerster Vorsicht behandelt werden. Dieses Verfahren stellt eine Möglichkeit dar, Techniken zu werten, deren Etablierung über die Evidenz noch nicht möglich ist.

Die hier angesprochenen Themen werden in der Sitzung „Chirurgische Innovationen – Qualitätssicherung durch innovative Trainingskonzepte" am Donnerstag von 14.00–15.30 Uhr ausführlich behandelt und diskutiert.

Prof. Dr. med. Alexis Ulrich
Neuss

Mitgliederversammlungen | Donnerstag, 28.3.2019

10.30 – 11.30 Uhr, Raum Kochelsee	Mitgliederversammlung CAEL
12.00 – 12.45 Uhr, Raum B13	Mitgliederversammlung AG MIC der DGKCH
12.00 – 13.00 Uhr, Saal 14a	Mitgliederversammlung CAEK
12.00 – 13.00 Uhr, Raum Schliersee	Mitgliederversammlung AG Allgemein- und Viszeralchirurgische Infektionen
12.00 – 13.00 Uhr, Raum Walchensee	Mitgliederversammlung CALGP
12.30 – 14.00 Uhr, Saal 1	Mitgliederversammlung DGCH
15.30 – 16.00 Uhr, Raum Eibse	Mitgliederversammlung CAQS-V e
17.00 – 17.30 Uhr, Saal 13a	Mitgliederversammlung AG Kinderurologie der DGKCH

BDC-Veranstaltungen

BDC Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.

Donnerstag, 28. März 2019

10:30 – 11:30 Uhr, Raum: Schliersee
Workshop Antikorruptionsgesetz

15:30 – 17:30 Uhr, Raum: Schliersee
Vorbereitung auf die Niederlassung

Impressum

136. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Präsident: Prof. Dr. med. Matthias Anthuber

Herausgeber: Dr. Reinhard Kaden Verlag GmbH & Co. KG
Maaßstraße 32/1, 69123 Heidelberg
info@kaden-verlag.de, www.kaden-verlag.de

Redaktion:
Carola Marx (CM, marx@kaden-verlag.de)
Norbert Krämer (kraemer@kaden-verlag.de)
Britta Rajmann (rajmann@kaden-verlag.de)

Anzeigen: Kyra Schiffke (schiffke@kaden-verlag.de)
Zur Zeit gilt Anzeigenpreisliste 2019.

Produktion: Christian Molter (molter@kaden-verlag.de)

Druck und Verarbeitung:
Peschke Druckerei GmbH, www.peschkedruck.de

Erscheinungsweise: Mittwoch, 27.3.2019;
Donnerstag, 28.3.2019; Freitag, 29.3.2019

Copyright: Mit der Annahme eines Manuskriptes erwirbt der Verlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfrist (§ 64 UrhRG) die Verwertungsrechte im Sinne der §§ 15 ff. des Urheberrechtsgesetzes. Übersetzung, Nachdruck, Vervielfältigung auf fotomechanischem oder ähnlichem Wege, Vortrag, Funk- und Fernsehsendung sowie Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen – auch auszugsweise – sind nur mit schriftlicher Zustimmung von Schriftleitung und Verlag gestattet. Mit Namen oder sonstigen Zeichen gekennzeichnete Beiträge stellen nicht in jedem Fall die Meinung der Redaktion dar.

Fetale Chirurgie bei Spina bifida: Deckung des Rückens beim Ungeborenen

Ueli Möhrlen

Die Myelomeningocele (MMC) ist eine komplexe und schwere neurologische Fehlbildung aus dem Kreis der Spina bifida. Diese Fehlbildungen sind nicht letal, gehen jedoch mit schweren Beeinträchtigungen von verschiedenen Organfunktionen einher. Diese Läsionen befinden sich meist im lumbosakralen Bereich des Myelons. Patienten mit solchen Läsionen zeigen bei postnataler Versorgung meist ein der Läsionshöhe entsprechendes Lähmungsniveau mit entsprechender Paraparese, bzw. Paraplegie, welches später oft eine Rollstuhlpflichtigkeit bewirkt. Praktisch alle Patienten leiden ebenfalls unter einer schweren neuropathischen Blasen- und Darmentleerungsstörung sowie einer Störung der Sexualfunktion. Ebenfalls zeigen diese Kinder eine Chiari-II-Malformation mit Herniation von Hirnstammanteilen, bzw. Kleinhirn durch das Foramen magnum sowie einen oft Shunt-bedürftigen Hydrozephalus.

„Two hit"-Pathogenese": Für die sekundäre Schädigung sind toxische, entzündliche und mechanische Faktoren verantwortlich

Seit dem Beginn der fetalen Operation von Föten mit MMC hat sich die Prognose für diese Kinder deutlich verbessert. Aber auch heute ist eine vollständige Heilung nicht möglich! In den 1990er Jahren wurde die fetale anatomische Konfiguration der MMC zum ersten Mal im Detail beschrieben [1]. In verschiedenen Tierexperimenten konnte die neu entwickelte „two hit"-Pathogenese" bewiesen werden [2]. Folgende Überlegungen liegen dieser Pathogenese zugrunde: Der erste „hit" besteht aus der fehlenden Neurulation. Dies geht jedoch nicht zwingenderweise mit signifikanten neurologischen Defiziten einher. Der zweite „hit" besteht in einer sekundären, d. h. während der Schwangerschaft erworbenen Schädigung des der

aus der Sitzung

Mittwoch, 27.3.2019

Perinatale Chirurgie

Umgebung (Fruchtwasser) ausgesetzten und damit ungeschützten Myelons. Für diese sekundäre Schädigung sind toxische, entzündliche und mechanische Faktoren, die sich vor allem im letzten Drittel der Schwangerschaft manifestieren, verantwortlich.

In fetalchirurgischen Tierexperimenten konnte gezeigt werden, dass durch die intrauterine Deckung von experimentell geschaffenen MMC-Läsionen die sonst auftretenden „klassischen" spinalen Schäden sowie das Auftreten des typischerweise ebenfalls vorhandenen Hydrozephalus wirksam verhindert werden kann [3]. Aufgrund dieser Ergebnisse wurde 1998 in den USA zum ersten Mal erfolgreich die offene fetalchirurgische Versorgung einer menschlichen MMC vorgenommen.

Diese ersten, günstigen Resultate waren die Grundlage für die erste große, multizentrische, prospektiv-randomisierte Studie, der MOMS-Trial (Management of Myelomeningocele Study), die zwischen 2003 und 2010 erfolgreich durchgeführt wurde [4]. Die Studienresultate haben eine klare Evidenz geschaffen, dass unter Berücksichtigung aller relevanten fötalen und maternellen Variablen die pränatale der postnatalen MMC-Versorgung klar überlegen ist. Darum ist heute – sowohl aus medizinischer wie auch aus ethischer Sicht – die offene fetalchirurgische MMC-Versorgung der Behandlungsstandard für entsprechend qualifizierende Föten und werdende Mütter. Es muss jedoch angemerkt werden, dass auch diese neue therapeutische Option keine vollständige Heilung, wohl aber im besten Fall eine signifikant verbesserte Prognose auf verschiedenen, klinisch wesentlichen Ebenen mit sich bringt. Ebenfalls ist die mütterliche Sicherheit bei diesen Eingriffen gewährleistet.

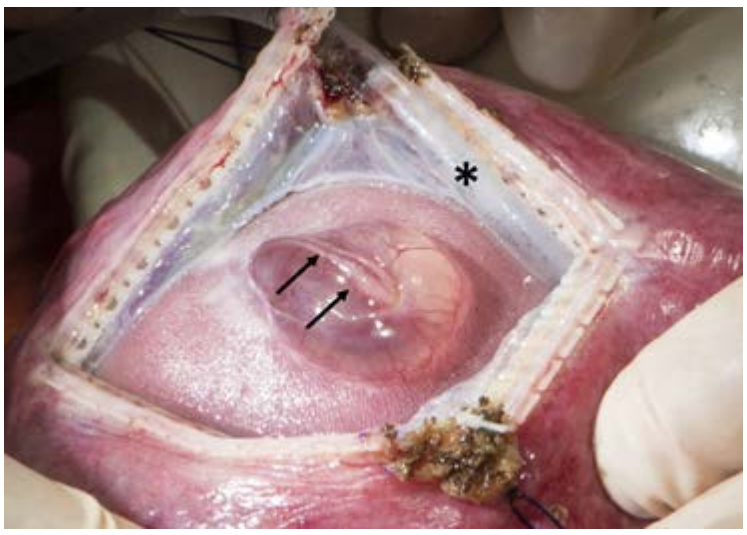


Abb. 1 Fetale MMC: Intraoperative Sicht auf die fetale MMC. Die Pfeile markieren das freiliegende Rückenmark. Ebenfalls ist der Schlauch für den Fruchtwasserersatz gut sichtbar (*).

Heute ist die fetale Chirurgie klar der Behandlungsstandard für Feten mit Spina bifida

In Zentrum für fetale Diagnostik und Therapie in Zürich wurden im Zeitraum 2010 bis 2018 inzwischen 101 fetale Operationen bei Spina bifida durchgeführt [5]. Die fetale Operation wird zwischen der 19+0 und 25+6 Schwangerschaftswoche durchgeführt (Abb. 1). Dabei war die mütterliche Sicherheit immer gewährleistet. Die fetale Sterblichkeit war Null, die Neugeborenen-Sterblichkeit lag bei ein Prozent (n=1/97). Das mediane Gestationsalter bei Geburt lag bei 36+1 (25+2–37+6) SSW. Die mittlere Shunt-Rate liegt bei 32 Prozent. Ebenfalls liegt ein signifikanter neurologischer Level-Gewinn vor (ein Level besser: 22 %, zwei oder mehr Level besser: 35 %). Auch zeigen 40 Prozent der Kinder nach fetaler Operation eine normale Blasenfunktion mit spontaner Miktion.

Heute ist die fetale Chirurgie klar der Behandlungsstandard für Feten mit Spina bifida. Deshalb müssen solche Schwangere frühzeitig über diese Option informiert werden. Die Abklärungen und schlussendlich die fetale Operation müssen zwingend an Zentren mit den entsprechenden medizinischen, personellen und infrastrukturellen Voraussetzungen durchgeführt werden, um den höchstmöglichen Qualitätsstandard in der Behandlung des Ungeborenen zu garantieren [6].

1. Hutchins GM, Meuli M, Meuli-Simmen C, et al (1996) Acquired spinal cord injury in human fetuses with myelomeningocele. Pediatr Pathol Lab Med 16:701–712
2. Meuli M, Meuli-Simmen C, Hutchins GM, et al (1995) In utero surgery rescues neurological function at birth in sheep with spina bifida. Nature Med 1: 342–347
3. Meuli M, Meuli-Simmen C, Yingling CD, et al (1996) In utero repair of experimental myelomeningocele saves neurological function at birth. J Pediatr Surg 31:397–402
4. Adzick NS, Thom EA, Spong CY, et al (2011) A randomized trial of prenatal versus postnatal repair of myelomeningocele. N Engl J Med 364: 993–1004
5. Meuli M, Moehrlen U, Flake A, et al (2013) Fetal surgery in Zurich: key features of our first open in utero repair of myelomeningocele. Eur J Pediatr Surg 23: 494–498
6. Meuli M, Moehrlen U (2013) Fetal surgery for myelomeningocele: a critical appraisal. Eur J Pediatr Surg 23:103–109

Priv.-Doz. Dr. med. Ueli Möhrlen
Zentrum für fetale Diagnostik und Therapie
Chirurgische Klinik, Universitäts-Kinderspital Zürich
CH-8032 Zürich
ueli.moehrlen@kispi.uzh.ch
www.swissfetus.ch

CHIRURGISCHE ALLGEMEINE

Der schnellste Weg zu Ihrem persönlichen CHAZ-Abo

chazabo@kaden-verlag.de

Der Bezugspreis beträgt € 92,– (inkl. 7 % MwSt., zzgl. € 18,– Versandkosten) für 10 Ausgaben. Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein Jahr, wenn die Kündigung nicht bis zum 31.10. schriftlich im Verlag vorliegt. Assistenzärzte in Weiterbildung/Studenten € 46,– (bei Vorlage einer Bescheinigung des Arbeitgebers oder Kopie der Immatrikulationsbescheinigung) pro Jahr.

CHIRURGISCHE ALLGEMEINE

TachoSil® – ruhig Blut!

Durch die Kraft der Natur.

TachoSil®
Versiegelungsmatrix

Auch als
Pre-rolled TachoSil®

TachoSil® Versiegelungsmatrix

Zusammensetzung: 1 cm² enthält: Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,0 I.E. Sonstige Bestandteile: Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E 101), Natriumchlorid, Natriumcitrat, L-Arginin-hydrochlorid. **Anwendungsgebiete:** TachoSil® wird bei Erwachsenen zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebeversiegelung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie angewendet, wenn Standardtechniken insuffizient sind. **Gegenanzeigen:** Intravaskuläre Anwendung, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen kann es zu Hypersensitivität oder allergischen Reaktionen kommen (inklusive Angioödem, Brennen und Stechen an der Applikationsstelle, Bronchospasmus, Schüttelfrost, Flush, generalisierte Urtikaria, Kopfschmerz, Nesselausschlag, Hypotonie, Lethargie, Übelkeit, Ruhelosigkeit, Tachykardie, Engegefühl in der Brust, Kribbeln, Erbrechen, keuchende Atmung), die in Einzelfällen bis zur schweren Anaphylaxie führen. Derartige Reaktionen können insbesondere bei wiederholter Anwendung oder bei Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegenüber einem der Bestandteile des Präparates auftreten. Antikörper gegen Komponenten von Fibrinkleberprodukten können in seltenen Fällen auftreten. Häufig: Fieber; gelegentlich: Überempfindlichkeit; sehr selten: Thromboembolie (bei intravaskulärer Anwendung). **Wechselwirkungen sowie weitere Hinweise:** siehe Fachinformation. **Verschreibungspflichtig. Chargendokumentationspflichtig. EU-Zulassungsinhaber:** Takeda Austria GmbH, A-4020 Linz, Österreich, **Kontaktadresse d. pharm. Unternehmens in Deutschland:** Takeda GmbH, Byk-Gulden-Str. 2, D-78467 Konstanz, Tel.: 0800 8253325, medinfo@takeda.de, Stand: 03/2016