



Gegründet 1872
Sitz Berlin

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) anlässlich der 18. Jahrestagung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Qualität und Sicherheit (CAQS) der DGCH

Termin: Donnerstag, 28. Januar 2010, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Asklepios Klinik Altona, Paul-Ehrlich-Straße 1, Seminarraum, 2. Etage, 22763 Hamburg

Themen und Referenten

„Wir informieren Sie umgehend“ – beruhigt Twittern aus dem Operationsaal Angehörige von Patienten wirklich?

Professor Dr. med. Hartwig Bauer
Generalsekretär der DGCH, Berlin

Falsche Seite operiert – was leisten Checklisten in der Chirurgie wirklich?

Professor Dr. med. Claus-Dieter Heidecke
Vorsitzender der CAQS, Chefarzt Abteilung für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Thorax-
und Gefäßchirurgie Universität Greifswald

Nine to five für jeden Chirurgen – Erhöhen geregelte Arbeitszeiten in der Chirurgie die Patientensicherheit?

Dr. med. Frank Ulrich Montgomery
Präsident der Landesärztekammer Hamburg und Vizepräsident der Bundesärztekammer

Operationskontrollen und „Schnellspur-Chirurgie“: Verbessern sie die Qualität oder sind sie für den Patienten nur der schnellste Weg nach Hause?

Professor Dr. med. Wolfgang Schwenk
Tagungsleiter der 18. Jahrestagung der CAQS, Chefarzt Abteilung für Allgemein- und
Viszeralchirurgie, Asklepios Klinik Altona, Hamburg

Kontakt für Journalisten:

DGCH Pressestelle
Anna Julia Voormann
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-552
Fax: 0711 8931-984
E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org
Internet: www.dgch.de

Berliner Büro:
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 59, 10117 Berlin



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Gegründet 1872
Sitz Berlin

Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) anlässlich der 18. Jahrestagung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Qualität und Sicherheit (CAQS) der DGCH

Termin: Donnerstag, 28. Januar 2010, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Asklepios Klinik Altona, Paul-Ehrlich-Straße 1, Seminarraum, 2. Etage, 22763 Hamburg

Inhalt

Pressemitteilungen:

**DGCH lädt ein zum „Forum Patientensicherheit“
Experten der Chirurgie stehen Rede und Antwort**

**Twittern im OP gefährdet Sicherheit von Patienten
DGCH beobachtet US-Trend mit Unbehagen**

**Wo „Zentrum“ drauf steht, sollte auch Zentrum drin sein:
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
für verständliche Informationen durch Kliniken**

**Falsche Seite operiert –
Neue Checkliste stärkt Vertrauen zwischen Arzt und Patient**

**„Nine to five“ für jeden Chirurgen?
Hoher Arbeitsdruck beeinflusst Patientensicherheit**

Redemanuskripte:

Professor Dr. med. Hartwig Bauer

Professor Dr. med. Claus-Dieter Heidecke

Dr. med. Frank Ulrich Montgomery

Professor Dr. med. Wolfgang Schwenk

Curriculum Vitae der Referenten

Bestellformular für Fotos

*Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dies gerne zur Verfügung.
Bitte kontaktieren Sie uns per E-Mail unter: giesselmann@medizinkommunikation.org.*

Kontakt für Journalisten:

DGCH Pressestelle

Anna Julia Voormann

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-552

Fax: 0711 8931-984

E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org

Internet: www.dgch.de

Berliner Büro:

Langenbeck-Virchow-Haus

Luisenstraße 59, 10117 Berlin



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Gegründet 1872
Sitz Berlin

18. Jahrestagung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für
Qualität und Sicherheit (CAQS) der DGCH
29. bis 30. Januar 2010, Asklepios Klinik Altona, Hamburg

DGCH lädt ein zum „Forum Patientensicherheit“ Experten der Chirurgie stehen Rede und Antwort

Hamburg/Berlin, 28. Januar 2010 – Anlässlich ihrer 18. Jahrestagung richtet die Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Qualität und Sicherheit (CAQS) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) in diesem Jahr ein „Forum Patientensicherheit“ aus: Heute ab 14.00 Uhr können sich Interessierte in der Asklepios Klinik Altona in Hamburg kostenlos darüber informieren, wie Chirurgen beständig daran arbeiten, die Sicherheit für Patienten noch weiter zu verbessern.

Bei der 18. Jahrestagung der CAQS vom 29. bis 30. Januar 2010 in Hamburg kommen Chirurgen aus ganz Deutschland zusammen und diskutieren, wie sich Chirurgie noch sicherer machen lässt. „Um Patienten dies nahe zu bringen und auch ihre Fragen und Anregungen in unsere Diskussionen einbinden zu können, stellen wir der Fachtagung dieses Mal eine öffentliche Veranstaltung für alle Interessierten voran“, sagt Tagungsleiter Professor Wolfgang Schwenk von der Asklepios Klinik Hamburg Altona. Im Vorfeld des Kongresses beantworten darin Experten von 14.00 bis 16.00 Uhr im Carl-Bruck-Hörsaal der Asklepios Klinik Altona Fragen von Patienten und Angehörigen rund um die Sicherheit von Operationen.

Patientensicherheit und Qualitätssicherung bestimmen die Vorträge und Workshops der diesjährigen Tagung der CAQS. Unter diesen Aspekten erörtern die Teilnehmer unter anderem das Verhalten bei Zwischenfällen während Operationen, Themen wie „Qualitätssteigerung durch zentrale Notaufnahmen“ oder die Einführung neuartiger Operationsverfahren: Hierbei geht es um die Sicherheit neuer Endoprothesen wie zum Beispiel künstlichen Hüftgelenken, bei unfallchirurgisch-orthopädischen Operationen und um den Einsatz von Operationsrobotern. Ebenfalls diskutiert wird die Rolle von Qualitätssiegeln für Kliniken. Der Eintritt zum Patientenforum ist frei, eine Anmeldung ist nicht erforderlich.



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Gegründet 1872
Sitz Berlin

Terminhinweis:

**Forum Patientensicherheit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
anlässlich der 18. Jahrestagung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Qualität
und Sicherheit (CAQS) der DGCH**

Termin: Donnerstag, 28. Januar 2010, 14.00 bis 16.00 Uhr

Ort: Asklepios Klinik Altona, Carl-Bruck-Hörsaal, Paul-Ehrlich-Straße 1, 22763 Hamburg

Weiterführende Informationen:

Asklepios Klinik Altona

Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Sekretariat, Frau Hinrichs

Tel.: 040 181 881 1601

E-Mail: e.hinrichs@asklepios.com



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Gegründet 1872
Sitz Berlin

18. Jahrestagung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für
Qualität und Sicherheit (CAQS) der DGCH
29. bis 30. Januar 2010, Asklepios Klinik Altona, Hamburg

Twittern im OP gefährdet Sicherheit von Patienten DGCH beobachtet US-Trend mit Unbehagen

Hamburg/Berlin, 28. Januar 2010 – Während einer Operation warten Angehörige oft voller Sorge auf Nachricht über den Zustand des Patienten. In den USA informieren Krankenhäuser die Wartenden jetzt mit Kurztönen via ‚Twitter‘ aus dem Operationssaal über den Verlauf des Eingriffs. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) warnt vor dieser Entwicklung. Die zeitnahe Information der Angehörigen sei zwar wichtig, so die DGCH. Doch während des Eingriffs könne die Übertragung den reibungslosen Ablauf im OP stören. Oberstes Gebot, so die Fachgesellschaft, bleibe die Sicherheit des Patienten.

Ende August dieses Jahres entfernten Chirurgen des St. Luke’s Hospital in Cedar Rapids im US-Bundesstaat Iowa einer 70 Jahre alten Frau die Gebärmutter. Direkt aus dem Operationssaal dokumentierte eine Mitarbeiterin der Klinik den dreistündigen Eingriff über den Netzdienst ‚Twitter‘ mit rund 300 Kurznachrichten, wie etwa „Lokale Betäubung an der Einstichstelle, jetzt wird der erste Stich angesetzt“.

Hunderte Empfänger verfolgten das Geschehen am Computer oder per Mobiltelefon. Dazu zählten nicht nur Freunde und Verwandte der Patientin, sondern auch gänzlich Unbeteiligte. Das Twitter-Projekt solle die Angehörigen informieren und gleichzeitig zur allgemeinen medizinischen Aufklärung beitragen, erläuterte das Krankenhaus. Auch andere US-Kliniken übertragen seit Januar Operationen live per Twitter. Voraussetzung ist jeweils, dass sowohl die Patienten als auch die Chirurgen dem Projekt zustimmen.



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Gegründet 1872
Sitz Berlin

In Deutschland hat dieses Beispiel noch nicht Schule gemacht. Dennoch beobachtet die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie die Entwicklung nicht nur unter Aspekten des Datenschutzes mit Sorge. Sie befürwortet zwar die zeitnahe Information auch unter Nutzung neuer Medien. „Es gehört längst zum Standard, dass die Angehörigen unmittelbar nach dem Eingriff vom Arzt informiert werden“, sagt DGCH-Generalsekretär Professor Dr. med. Hartwig Bauer, „doch während der Operation muss sich das Personal ausschließlich auf den Patienten konzentrieren.“ Zudem sollen die Beteiligten während eines Eingriffs möglichst wenig reden. Einerseits um sich nicht gegenseitig abzulenken aber auch, um das Infektionsrisiko für den Patienten zu minimieren. „Die Sicherheit des Patienten hat oberste Priorität“, betont Professor Bauer. Für das Twittern aus dem OP müsste der Chirurg fortwährend Kurzkommentare über den Verlauf abgeben, die dann weitergeleitet werden.

Darüber hinaus verweist er auf ein weiteres grundsätzliches Problem der Nachrichten-Übertragungen aus dem OP: Sollten bei einem Eingriff plötzlich Komplikationen auftreten, würde sowohl eine entsprechende Mitteilung als auch ein plötzlicher Stopp des Informationsflusses die Angehörigen eher beunruhigen und möglicherweise unnötig aufregen anstatt das Gegenteil zu bewirken, gibt Professor Bauer zu bedenken. Ob Angehörige tatsächlich über jedes Detail einer Operation unterrichtet werden wollen, hält der Experte für fraglich: Ich bezweifle, dass Kommentare wie „Der Tumor sitzt auf dem Harnleiter auf“ oder „Die Milz muss wegen einer schwer zu stillenden Blutung mit entfernt werden“ für Außenstehende hilfreich sind. Die Sicherheit chirurgischer Patienten ist auch ein Thema der heutigen Pressekonferenz der DGCH in Hamburg.



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Gegründet 1872
Sitz Berlin

18. Jahrestagung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für
Qualität und Sicherheit (CAQS) der DGCH
29. bis 30. Januar 2010, Asklepios Klinik Altona, Hamburg

Wo „Zentrum“ drauf steht, sollte auch Zentrum drin sein:

DGCH für verständliche Informationen durch Kliniken

Hamburg/Berlin, 28. Januar 2010 – Mehr als 90 Prozent der Patienten wünschen sich von ihrem Arzt umfassende und verständliche Informationen. Dem kommen jedoch nur etwa ein Drittel der Ärzte ausreichend nach. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) setzt sich dafür ein, dass Ärzte und Kliniken laienverständliche Informationen anbieten und Leistungen transparent machen. In wieweit Information auch Teil der Patientensicherheit ist, diskutieren Experten der DGCH im Rahmen der 18. Jahrestagung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Qualität und Sicherheit (CAQS), die vom 29. bis 30. Januar 2010 in Hamburg stattfindet.

Studien belegen, dass Patienten sich vor allem dann gut behandelt fühlen, wenn der Arzt mit ihnen spricht und verständlich informiert, ihnen zuhört und Interesse für sie zeigt. Fast alle wünschen sich, dass im Rahmen der Behandlung das Arzt-Patientengespräch stärker in den Vordergrund rückt. „Wir unterstützen nachdrücklich alle Bemühungen um mehr patientenverständliche Informationsangebote und Transparenz der Versorgungsleistungen“, sagt Professor Dr. med. Hartwig Bauer, Generalsekretär der DGCH.

Zwar sind Krankenhäuser mittlerweile verpflichtet, Qualitätsberichte zu veröffentlichen. Auch entstehen immer mehr Klinik- und Arztportale. Und auch die Zertifizierung von spezialisierten Zentren soll dem Patienten als Wegweiser dienen. „Doch leider weisen diese Angebote sowohl für Patienten als auch für Zertifizierer noch erhebliche Schwächen auf“, bedauert Professor Bauer. Dies gelte einerseits für den Gehalt an Information und für die Verständlichkeit. Andererseits seien Mindeststandards erforderlich, wenn eine Klinik ihre eigenen Leistungen für externe Bewertungen präsentiert. „Stattdessen enthalten viele Berichte ein Datenkauerwelsch, das kaum einer versteht oder eine Qualitätslyrik, die niemandem nützt“, so der Generalsekretär der DGCH. Patienten müssten sich auf das Qualitätssiegel „Zertifiziertes Zentrum“ verlassen können. „Wo Zentrum drauf steht, sollte auch Zentrum drin sein“, sagt Bauer.



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Gegründet 1872
Sitz Berlin

Kliniken stehen heute in einem verschärften Wettbewerb. Entsprechend entwickelt sich auch das Marketing der Krankenhäuser. Die Sicherstellung seriöser Information bedeute laut DGCH auch ein Stück Patientensicherheit. Deshalb befasst sich die DGCH mit ihrer Arbeitsgemeinschaft auch nachdrücklich mit diesem Thema. Im Rahmen der heutigen Pressekonferenz der DGCH greift Professor Bauer das Thema Information von Patienten auf. Darin geht er unter anderem auf den Einsatz neuer Medien in diesem Zusammenhang ein, den er ausdrücklich befürwortet. Die 18. Jahrestagung der CAQS thematisiert zudem die Kontroverse der Bildung zertifizierter Zentren.

Terminhinweis:

Kontroverse zur Bildung zertifizierter Zentren

Termin: Freitag, 29. Januar 2010, 13.30 Uhr

Ort: Asklepios Klinik Altona, Paul-Ehrlich-Straße 1, 22763 Hamburg



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Gegründet 1872
Sitz Berlin

18. Jahrestagung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für
Qualität und Sicherheit (CAQS) der DGCH
29. bis 30. Januar 2010, Asklepios Klinik Altona, Hamburg

Falsche Seite operiert – Neue Checkliste für Chirurgen stärkt Vertrauen zwischen Arzt und Patient

Hamburg/Berlin, 28. Januar 2010 – Seitenverwechslungen treten bei Operationen sehr selten auf. Dazu tragen auch die von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) empfohlenen Sicherheits-Checklisten bei. Chirurgen des Universitätsklinikums Greifswald haben die auch in Deutschland eingesetzte Operations-Checkliste der Welt-Gesundheitsorganisation (WHO) jetzt um eine Rubrik ergänzt und getestet: Zusätzliche Sicherheitsschritte vor Operationen verbessern vor allem die Kommunikation und das Vertrauen zwischen Chirurg und Patient. In wieweit die erweiterte Checkliste Fehlern im chirurgischen Alltag noch besser vorbeugt, erörtert die DGCH heute auf einer Pressekonferenz im Rahmen der 18. Jahrestagung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Qualität und Sicherheit (CAQS) in Hamburg.

Im Operationssaal sieht der Chirurg seinen Patienten meist zum ersten Mal. Denn oft stellt das Team der Klinik die Diagnose und bereitet die Operation vor. „Um Verwechslungen auszuschließen, ist es jedoch sehr wichtig, dass der Operateur seinen Patienten bereits vor dem Eingriff untersucht und die Indikation überprüft“, erklärt Professor Dr. med. Claus-Dieter Heidecke, Vorsitzender der CAQS.

Im Juni 2008 hatte die WHO erstmals eine 19 Punkte umfassende Sicherheits-Checkliste vorgestellt: Ähnlich wie vor dem Start eines Flugzeugs wird in drei Abschnitten – vor Einleitung der Narkose, vor dem ersten Schnitt und bevor der Patient den Operationssaal verlässt – stichpunktartig alles überprüft, was zu einer Gefährdung des Patienten führen könnte. Laut einer Studie im New England Journal of Medicine im Januar 2009 senkte die Checkliste bei Tests in weltweit acht Ländern Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen um ein Drittel..

Die Greifswalder Ärzte haben diese OP-Checkliste der WHO jetzt um die Spalte „präoperativ“ ergänzt. Darin bestätigt der Chirurg vor der Operation unter anderem, dass er



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Gegründet 1872
Sitz Berlin

den Patienten gesehen und über den Eingriff aufgeklärt hat. Bei dieser Gelegenheit zeichnet der Arzt auch die korrekten Schnittlinien auf den Körper. „Dadurch vermeiden wir Seitenverwechslungen und, geben dem Patienten die Möglichkeit, dazu nochmals Fragen zu stellen“, so der Chefarzt der Abteilung für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie der Universität Greifswald. Diese stärke zudem das Vertrauen des Patienten.

Zu den vorbereitenden Schritten gehört auch, dass der Operateur Angehörigen vor dem Eingriff aktiv anbietet, sie danach persönlich anzurufen, um sie über Befund und Verlauf der Operation zu informieren. „Das Angebot findet großen Anklang und fördert entscheidend die Zufriedenheit der Patienten“, berichtet Heidecke. Am Universitätsklinikum Greifswald testen Ärzte die erweiterte Checkliste seit Februar 2009. Bis heute haben die Experten mehr als 900 Checklisten systematisch ausgewertet. Grobe Verletzungen oder gar Verwechslungen kamen in diesen Fällen nicht vor. Die DGCH rät dazu, die neuen Checklisten in Kliniken einzusetzen. Denn die verbesserte Kommunikation zwischen Operateur, Team und Patient könne die Sicherheit erhöhen und eventuell bestehende hierarchisch bedingte Hindernisse überwinden. Gleichzeitig stärke das neue Vorgehen die Zusammenarbeit im Team.

Wie Checklisten dazu beitragen, die Sicherheit von Patienten zu erhöhen und welche Rolle dabei ein offener Umgang mit Fehlern in der Medizin spielt, diskutieren Experten auf der 18. Jahrestagung der CAQS in Hamburg. Im Rahmen der Pressekonferenz der DGCH am 28. Januar 2010 in der Asklepios Klinik Altona stellt Professor Heidecke erste Erfahrungen mit der erweiterten Checkliste vor.



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Gegründet 1872
Sitz Berlin

18. Jahrestagung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für
Qualität und Sicherheit (CAQS) der DGCH
29. bis 30. Januar 2010, Asklepios Klinik Altona, Hamburg

„Nine to five“ für jeden Chirurgen?

Hoher Arbeitsdruck beeinflusst Patientensicherheit

Hamburg/Berlin, 28. Januar 2010 – Mit dem Arbeitsdruck auf Operateure steigt auch das Risiko chirurgischer Eingriffe für den Patienten. Darauf deuten einzelne Studien hin. Ob geregelte Arbeitszeiten die Sicherheit von Patienten verbessern, diskutieren Ärzte im Rahmen der 18. Jahrestagung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Qualität und Sicherheit (CAQS) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) vom 29. bis 30. Januar 2010 in Hamburg.

Der Klinikalltag hat sich in den letzten Jahren verändert. Weniger Krankenhäusern und weniger Betten steht eine Zunahme an Fällen gegenüber. „Insgesamt führt dies zu einer erheblichen Arbeitsverdichtung“, sagt Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, Vizepräsident der Bundesärztekammer und Präsident der Ärztekammer Hamburg. Verändert hätten sich gesamtgesellschaftlich auch die Arbeitszeiten. So sanken die abgeleiteten Arbeitsstunden von fast 2 000 pro Jahr 1970 auf knapp 1 400 im Jahr 2000. „Auch viele junge Ärzte wollen heute nicht mehr arbeiten, als ihre Umgebung. Wer ihnen geregelte Arbeitszeiten ermöglicht, schafft Berufszufriedenheit“, sagt Montgomery. Diese erhöhe wiederum die Qualität der Arbeit und schütze auf diese Weise die Patienten.

Das Risiko einer erneuten Operation steigt um die Hälfte, wenn der Chirurg beim ersten Eingriff bereits 24 Stunden im Krankenhaus Dienst hatte. Eine aktuelle internationale Querschnittsstudie zeigt zudem, dass Medikationsfehler auf Intensivstationen mit wachsendem Stress zunehmen. „Wer Arzt wird weiß zwar, dass er mehr als 40 Stunden arbeiten wird, Überstunden und Nachtdienste in Kauf nimmt“, sagt Dr. Montgomery. Dennoch habe er ein Recht auf den allgemein gültigen Arbeitsschutz. Kein vernünftiger Arzt verlange daher Dienst von neun bis fünf. Ziel müsse es jedoch sein „Arbeitsschutz, Patientenbedürfnis und Patientensicherheit in Einklang zu bringen“, betont er.



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Gegründet 1872
Sitz Berlin

Dafür sei es notwendig Krankenhäuser mit ausreichend ärztlichem Personal auszustatten. Diese Ärzte müssten in angemessen bezahlten, familienfreundlichen Dienstverhältnissen arbeiten können. Andernfalls würden sie andere Berufe oder gar Länder wählen: Geht ein junger Arzt ins Ausland, nimmt er etwa 300 000 Euro Ausbildungskosten mit. Bleibt er dort, entgehen dem deutschen Staat mehr als eine Million Euro an Ausbildungskosten und nicht gezahlten Steuern. „In diesem Sinne verstehe ich die gemeinsamen Bemühungen der Bundesärztekammer, des Marburger Bundes und der chirurgischen Fachgesellschaften um ein vernünftiges deutsches Arbeitszeitrecht und gute Tarifverträge auch als einen konstruktiven Beitrag zum Patientenschutz“, ergänzt Montgomery. Im Rahmen der heutigen Pressekonferenz auf der Tagung der CAQS diskutiert er das Thema Patientensicherheit im Zusammenhang mit ärztlichem Arbeitsdruck mit weiteren Experten.

„Wir informieren Sie umgehend“ – beruhigt Twittern aus dem Operationssaal Angehörige von Patienten wirklich?

Professor Dr. med. Hartwig Bauer, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) beobachtet den US-Trend mit Unbehagen, setzt sich aber nachhaltig für verbesserte Information und Transparenz ein.

Während einer Operation warten Angehörige oft voller Sorge auf Nachricht über den Zustand des Patienten. In den USA informieren Krankenhäuser die Wartenden jetzt mit Kurztönen via ‚Twitter‘ aus dem Operationssaal über den Verlauf des Eingriffs. Die DGCH beobachtet diese Entwicklung kritisch. Die zeitnahe Information der Angehörigen sei zwar wichtig. Doch während des Eingriffs könne die Übertragung den reibungslosen Ablauf im OP stören. Oberstes Gebot bleibt die Sicherheit des Patienten.

Ende August 2009 dieses Jahres entfernten Chirurgen des St. Luke’s Hospital in Cedar Rapids im US-Bundesstaat Iowa einer 70 Jahre alten Frau die Gebärmutter. Direkt aus dem Operationssaal dokumentierte eine Mitarbeiterin der Klinik den dreistündigen Eingriff über den Netzdienst ‚Twitter‘ mit rund 300 Kurznachrichten, wie etwa „Lokale Betäubung an der Einstichstelle, jetzt wird der erste Stich angesetzt“.

Hunderte Empfänger verfolgten das Geschehen am Computer oder per Mobiltelefon. Dazu zählten nicht nur Freunde und Verwandte der Patientin, sondern auch gänzlich Unbeteiligte. Das Twitter-Projekt solle die Angehörigen informieren und gleichzeitig zur allgemeinen medizinischen Aufklärung beitragen, erläuterte das Krankenhaus. Auch andere US-Kliniken übertragen seitdem Operationen live per Twitter. Voraussetzung ist jeweils, dass sowohl die Patienten als auch die Chirurgen dem Projekt zustimmen.

In Deutschland hat dieses Beispiel noch nicht Schule gemacht. Dennoch beobachtet die DGCH die Entwicklung nicht nur unter Aspekten des Datenschutzes mit Sorge. Sie befürwortet zwar die zeitnahe Information auch unter Nutzung neuer Medien. Denn es gehört längst zum Standard, dass die Angehörigen unmittelbar nach dem Eingriff vom Arzt informiert werden. Doch während der Operation muss sich das Personal ausschließlich auf den Patienten konzentrieren. Zudem sollen die Beteiligten während eines Eingriffs möglichst wenig reden. Einerseits, um sich nicht gegenseitig abzulenken, aber auch, um das Infektionsrisiko für den Patienten zu minimieren. Die Sicherheit des Patienten hat oberste Priorität. Für das Twittern aus dem OP müsste der Chirurg fortwährend Kurzkommunikate über den Verlauf abgeben, die dann weitergeleitet werden.

Darüber hinaus verweist die DGCH auf ein weiteres grundsätzliches Problem der Nachrichten-Übertragungen aus dem OP: Sollten bei einem Eingriff plötzlich Komplikationen auftreten, würde

sowohl eine entsprechende Mitteilung als auch ein plötzlicher Stopp des Informationsflusses die Angehörigen eher beunruhigen und möglicherweise unnötig aufregen, anstatt das Gegenteil zu bewirken. Ob Angehörige tatsächlich über jedes Detail einer Operation unterrichtet werden wollen, hält die DGCH für fraglich: Ich bezweifle, dass Kommentare wie „Der Tumor sitzt auf dem Harnleiter auf“ oder „Die Milz muss wegen einer schwer zu stillenden Blutung mit entfernt werden“ für Außenstehende hilfreich sind.

Mit derartigen Twitter-Angeboten als besonders patientenfreundlichem Informationstool zu werben, hält die DGCH deshalb nicht für gerechtfertigt. Sie unterstützt allerdings nachdrücklich alle Bemühungen zu mehr patientenverständlichen Informationsangeboten und Transparenz der Versorgungsleistungen, auch und gerade unter Nutzung neuer Medien. Die derzeit pflichtgemäß zu veröffentlichenden Qualitätsberichte der Krankenhäuser, die immer zahlreicher werdenden Klinik- und Arztportale sowie die Zertifizierung von spezialisierten Zentren weisen hier noch erhebliche Schwächen auf. Dies gilt für den Informationsgehalt und die notwendige Laienverständlichkeit wie auch für Mindeststandards, die verbindlich bei Präsentation der eigenen Leistungen als verlässliche Grundlage für externe Bewertungen erforderlich sind. Die Berichte enthalten immer noch ein Datenkauderwelsch, das kaum einer versteht oder eine Qualitätslyrik, die niemand nützt und wo Zentrum drauf steht sollte auch Zentrum drin sein.

Kliniken stehen heute in einem verschärften Wettbewerb. Entsprechend entwickeln sich auch die Marketingstrategien der Krankenhäuser. Die Sicherstellung seriöser Information bedeutet auch ein Stück Patientensicherheit, weshalb sich die DGCH mit ihrer Arbeitsgemeinschaft auch nachdrücklich mit diesem Thema befasst.

Terminhinweis:

Kontroverse zur Bildung zertifizierter Zentren

Termin: Freitag, 29. Januar 2010, 13.30 Uhr

Ort: Asklepios Klinik Altona, Paul-Ehrlich-Straße 1, 22763 Hamburg

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Hamburg, Januar 2010

Falsche Seite operiert – was leisten Checklisten in der Chirurgie wirklich?

Professor Dr. med. Claus-Dieter Heidecke, Vorsitzender der CAQS, Chefarzt Abteilung für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universität Greifswald

Die WHO hat es sich zur Aufgabe gemacht, sowohl die breite Öffentlichkeit als auch die medizinischen Professionen auf die hohe Rate vermeidbarer Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen aufmerksam zu machen und Mechanismen zur Senkung der Komplikationsrate sowie insbesondere der peri- und postoperativen Mortalität zu etablieren. In diesem Zusammenhang wurde eine maßgebliche Studie initiiert, die belegen konnte, dass durch die Einführung der WHO- Checkliste in acht Kliniken weltweit die Mortalitätsrate, die Infektionsrate und die Anzahl der Re-Operationen signifikant reduziert werden konnte (1). Die Autoren empfehlen eine Anpassung dieser Checkliste an die örtlichen Gegebenheiten. Sie wurde entsprechend der Kriterien für Pilotenchecklisten entwickelt. Ein Hauptkriterium ist hierbei, dass sie maximal zwei Minuten Bearbeitungszeit in Anspruch nehmen sollte, in dem sie sich auf ‚common killer‘ beschränkt, um sich als praktikabel in der klinischen Routine durchzusetzen.

Betont wird der Faktor Kommunikation, zum Beispiel durch das Teambriefing beziehungsweise Teamdebriefing. Die verbale Darstellung der durchzuführenden Operation einschließlich Risiken und erwarteter Schwierigkeiten während eines ‚Time out‘ vor dem Hautschnitt sowie die explizite Vorstellung aller Teammitglieder, vom verantwortlichen Operateur bis zum Studenten, schafft immenses Vertrauen und kann die emotionale Barriere starrer hierarchischer Strukturen durchbrechen. Nur wer sich persönlich wahrgenommen und akzeptiert fühlt, wird mögliche Fehler auch verbalisieren. Nach der Operation wird nochmals die Art und Weise der durchgeführten Operation, zu erwartende postoperative Schwierigkeiten und das postoperative Prozedere durch den Operateur vor allen Teammitgliedern dargestellt.

Insgesamt ist diese Checkliste ein einfaches, ökonomisches und sinnvolles Instrument zur Sicherstellung und Dokumentation der ärztlichen Sorgfalt und damit zur verbesserten chirurgischen Versorgung unserer Patienten, sodass es unser Ziel war, die WHO-Checkliste möglichst zeitnah an den Chirurgischen Kliniken zu etablieren und weiterzuentwickeln.

Entwicklung der chirurgischen Checkliste in Greifswald:

Den Grundbaustein unserer Checkliste lieferte die original WHO-Checkliste. Aufgrund der noch weiter reichenden Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. wurde sie um die Spalte ‚präoperativ‘ erweitert. Dadurch wird unter anderem sichergestellt, dass der Operateur, beziehungsweise der verantwortliche Chirurg den Patienten persönlich gesehen und die Indikation überprüft hat. Insbesondere durch die zunehmende prästationäre Patientenvorbereitung ist es kaum noch möglich, dass der spätere Operateur den Patienten ambulant in der Poliklinik gesehen hat. Im Klinikalltag erfolgt die Indikationsstellung und OP-Vorbereitung oft durch das Poliklinikteam. Aus unserer Sicht ist es aber essenziell, dass der verantwortliche Operateur den Patienten präoperativ

nochmals selbst sieht und die OP-Indikation überprüft, zumal er die Verantwortung für den Eingriff, beziehungsweise mögliche Folgeprobleme trägt.

Außerdem bieten wir jedem Patienten an, dass wir die Angehörigen postoperativ telefonisch über den Befund und das intraoperative Vorgehen informieren. Gerade dieser Punkt findet bei den Patienten und Angehörigen immensen Anklang und fördert in sehr hohem Maß die Patientenzufriedenheit. Seither werden wir immer wieder darauf angesprochen, wie positiv diese eigentlich sehr kleine und wirklich nicht zeitintensive Geste aufgenommen wird!

Um Unklarheiten bei der Schnittführung zu vermeiden, wird in der Chirurgischen Klinik mittlerweile nicht nur die jeweilige Seite angekreuzt – sofern erforderlich (zum Beispiel Operationen an Extremitäten, Leistenhernie) – sondern es wird in jedem Fall auch die geplante Schnittführung markiert, um dem Patienten bereits präoperativ zu zeigen, wo und wie groß die Inzision sein wird (Abbildung 1 Markierung Schnittführung). Der Patient hat damit die Möglichkeit, den Eingriff noch mal zu reflektieren.



Abbildung 1

Die Verwendung der Checkliste ist für alle elektiven Operationen Pflicht. Ist bei der Übergabe des Patienten an der Schleuse die erste Spalte („präoperativ“) nicht ausgefüllt und unterschrieben, wird der Operateur verständigt und der Patient wird erst umgelagert, wenn die präoperative Spalte der Checkliste vollständig bearbeitet wurde.

Die oben genannte Checkliste wurde im Februar 2009 in den chirurgischen Alltag implementiert. Nach einer entsprechenden Eingewöhnungszeit und einigen kleinen Adaptationen wurde die Anwendung der Checkliste von Mai bis Ende Oktober 2009 systematisch ausgewertet (> 900 Checklisten). Ab September wurden die „Stopps“ scharfgeschaltet, das heißt Patienten wurden bei nicht unterschriebener Spalte nicht weiter prozessiert (kein Abfahren von der Station zum OP, Zurückweisen des Patienten an der Schleuse, keine Verlassen des OP ohne OP-Kurz-Protokoll).

Zusammenfassung:

Die adaptierte WHO-Checkliste hat sich an der Chirurgischen Universitätsklinik als einfach durchzuführendes Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit durchgesetzt. Es besteht eine breite Akzeptanz bei Ärzten, Pflegepersonal und beim OP-Personal. Die gefühlten Vorteile der Checkliste sind die gesteigerte Auseinandersetzung des verantwortlichen Chirurgen mit dem jeweiligen Patienten, das erhöhte Vertrauensverhältnis zwischen Chirurg und Patient (Chirurg zeichnet dem Patienten die Schnittführung auf die Haut und erläutert dabei unweigerlich erneut die wesentlichen Schritte der OP, sowie gesteigerter Kontakt mit den Angehörigen, die zeitnah in die Informationskette aufgenommen werden), der Abbau starrer Hierarchien bei gleichzeitiger Verstärkung der Teambildung und die qualitative Verbesserung der Nachbehandlung durch das Sign-out und den OP-Kurzbericht mit Festlegung des Nachbehandlungsschemas. Aufgrund unserer Erfahrungen wäre daher von den Verantwortlichen zu überlegen, ob die Checkliste in allen chirurgisch-tätigen Abteilungen des Klinikums eingesetzt werden sollte.

Literatur:

1) Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, Herbosa T, Joseph S, Kibatala PL, Lapitan MC, Merry AF, Moorthy K, Reznick RK, Taylor B, Gawande AA; For the Safe Surgery Saves Lives Study Group. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. NEJM 2009 Jan 14;360:491-9

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Hamburg, Januar 2010

Surgical Safety Checklist / Patientensicherheit (Greifswalder Modifikation)

Präoperativ

- Patientenverfügung vorhanden?
- Ja, Spezifikation in Aufklärung erforderlich
 - Nein
- OP- Aufklärung?
- Ja
 - Nein
- Operateur/Verantwortlicher hat den Patienten gesehen?
- Ja
 - Nein
- Seite/Schnittführung markiert
- Information nächster Angehöriger erwünscht?
- Nein
 - Ja, wer:
- Möglicher Blutverlust > 500 ml?
- Ja, Maßnahmen getroffen
 - Nein

Unterschrift



OP-Schleuse

- Bestätigung durch Patient:
- Identität
 - Seite
 - Operation
-
- Einverständnis
-
- Seite markiert/nicht möglich
-
- Allergie bekannt?
- Ja
 - Nein
- Intubationsschwierigkeiten zu erwarten?
- Ja, Maßnahmen getroffen
 - Nein
- Ausreichend EK's vorhanden?
- Ja
 - Nein, nicht benötigt.
 - Nein, obwohl benötigt.

Unterschrift



Team-Time-out

- Antibiotikaphylaxe erhalten?
- Ja
 - Nein
- Bilder einsehbar?
- Ja
 - Nein
- Vorstellung der Teammitglieder
-
- Chirurg, Anästhesist und OP Schwester bestätigen
- Patient
 - Seite
 - Operation
-
- Chirurg benennt OP, geplantes Vorgehen, ggf. Schwierigkeiten
- Anästhesist benennt erwartete Schwierigkeiten
- OP- Schwester: alle erforderlichen Instrumente steril vorhanden?

Unterschrift



OP-Ende

- Zählkontrolle vollständig?
- Ja
 - Nein
- Technische Probleme die zu lösen sind?
- Ja
 - Nein
-
- Chirurg benennt Operation, ggf. zu erwartende post OP Schwierigkeiten, Nachbehandlung
- Kurz-OP-Bericht am Patienten?
- Histoschein adäquat ausgefüllt
-
- Angehörige informiert?
- Ja
 - Nein
 - Nicht erreicht

Unterschrift

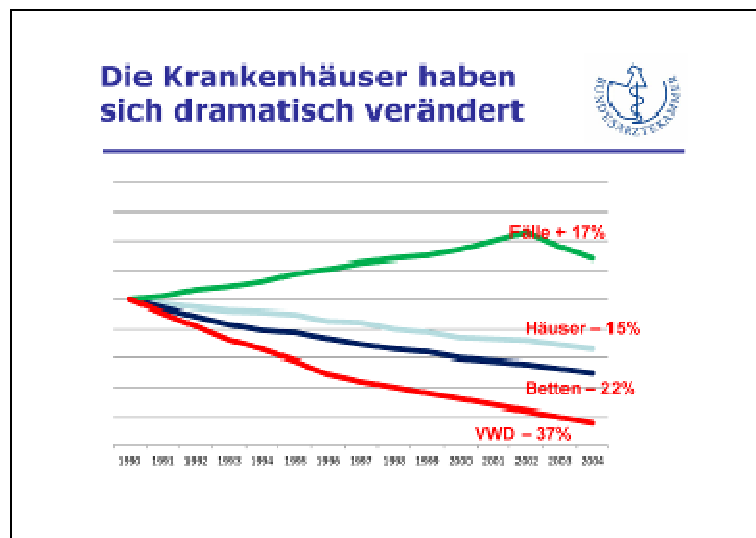
Nine to five für jeden Chirurgen – Erhöhen geregelte Arbeitszeiten in der Chirurgie die Patientensicherheit?

Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Landesärztekammer Hamburg und Vizepräsident der Bundesärztekammer

Kaum ein Thema ist in den letzten Jahren unter Ärzten so kontrovers diskutiert worden, wie die Änderungen der Arbeitszeiten, die auf der Basis europarechtlicher Vorschriften durchgesetzt werden mussten und konnten.

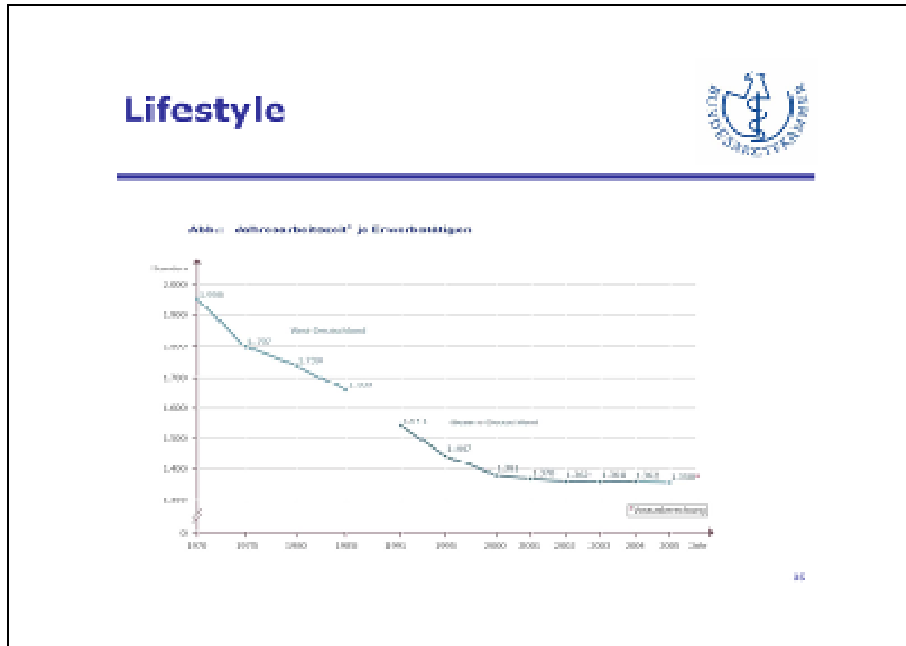
Dabei ging es aber nicht primär um Fragen der Patientensicherheit. Im Vordergrund stand der Schutz der Arbeitnehmer, also der Ärzte. Vor allem der jungen Ärzte.

- Der Krankenhausalltag hat sich massiv verändert. Krankenhausschließungen, Bettenstreichungen und Verweildauerverkürzungen auf der einen Seite standen Fallzunahmen auf der anderen Seite gegenüber. Insgesamt hat das zu einer erheblichen Arbeitsverdichtung geführt. Der Arbeitsalltag eines jungen Arztes von heute ist mit dem der Vergangenheit nicht mehr vergleichbar. Die Arbeitsintensität hat dramatisch zugenommen (Folie 1).



Folie 1

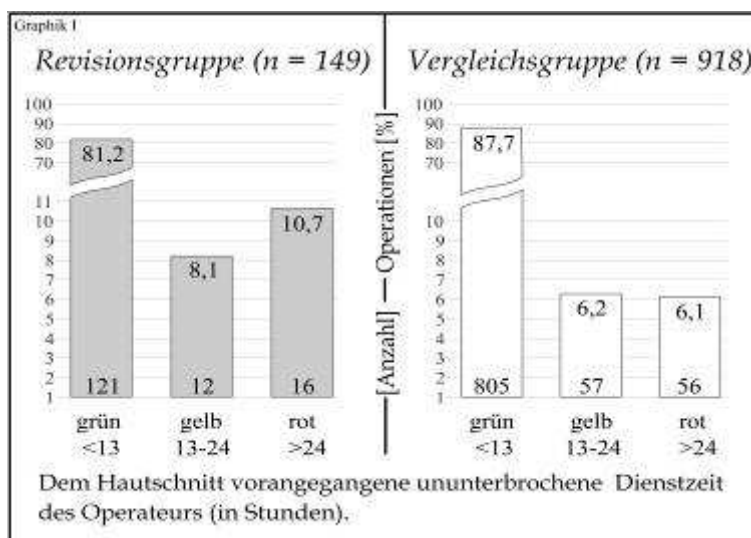
- Heutige Generationen wollen nicht mehr so viel arbeiten wie früher. Das ist übrigens ein gesamtgesellschaftlicher Trend. Die Arbeitszeiten in allen Bereichen der Gesellschaft haben sich von fast 2 000 Jahresarbeitsstunden 1970 auf knapp 1 400 im Jahr 2000 um etwa ein Drittel vermindert (Folie 2). Davon bleibt auch die Medizin nicht verschont. Junge Ärzte wollen auch nicht mehr arbeiten, als ihre Umgebung. Wer ihnen also geregelte, reduziere Arbeitszeiten ermöglicht, erhöht oder schafft überhaupt erst ihre Berufszufriedenheit. Dies wird übrigens übereinstimmend belegt durch eine Vielzahl von Umfragen aus den letzten Jahren – durchgeführt von den Berufsverbänden der Chirurgen oder Internisten oder dem Marburger Bund.



Folie 2

Und Arbeitszufriedenheit, das wissen wir aus vielen Untersuchungen, erhöht die Qualität der Arbeit und so müsste, übertragen auf den Arztberuf, auch die Sicherheit der Patienten steigen.

Es gibt aber in der Tat kaum Untersuchungen, die belegen, dass Übermüdung und reduzierte Patientensicherheit korreliert sind. Eine davon stammt aus Österreich aus dem Jahr 2004 (Adamer et al.) und sie zeigt, dass das Risiko einer Re-Operation um 50 Prozent erhöht ist, wenn der Operateur bei der ersten Operation bereits 24 Stunden im Krankenhaus war (Folie 3). Herr Adamer hat hierüber übrigens ein lesenswertes Buch beschrieben: „Der Blinde Fleck“.



Folie 3

Nun wissen wir alle aber auch, dass die Arbeitsroutine in Krankenhäusern nicht mit dem typischen Büroalltag vergleichbar ist. Insofern betrachte ich den Titel meiner kurzen Darstellung „nine to five für jeden Chirurgen – Erhöhen geregelte Arbeitszeiten in der Chirurgie die Patientensicherheit?“ durchaus als konstruktive Provokation.

Wer Arzt wird, weiß, dass er mehr als 40 Stunden arbeiten wird. Er weiß auch, dass Erfordernisse der Patientenversorgung ihm manche Überstunde, manchen Nachtdienst und manche Mehrarbeit abverlangen werden. Er hat aber dennoch genauso das Recht auf den allgemein gültigen Arbeitsschutz. Er fordert daher zu Recht ein, dass wenigstens versucht wird, sein Arbeitsschutzbedürfnis und sein Wunsch nach Privatleben – als Reziprok zum Arbeitsleben – mit der Patientenversorgung in Einklang zu bringen. Kein vernünftiger Arzt verlangt daher „nine to five“, aber die überwiegende Zahl der Ärzte verlangt heute zunehmende Anstrengungen der Krankenhausträger und der Leitenden Ärzte, um Arbeitsschutz, Patientenbedürfnis und Patientensicherheit in Einklang zu bringen.

Daraus leitet sich dann die Forderung nach ausreichend Ärzten im Krankenhaus ab. Diese wiederum wird es nur geben, wenn sie auch anständig bezahlt werden. Und auch nur dann, wenn man ihnen Arbeitszeit- und Dienstmodelle vorschlägt, die ihnen passen. Andernfalls werden sie dem Krankenhaus die Rote Karte zeigen und lieber woanders arbeiten. Sei es im Ausland – wo übrigens auch nicht alles nur Gold ist, aber wenigstens die Trias von Einkommen, Arbeitszeit und Anerkennung besser im Sinne der Ärzte geregelt ist. Oder sie verweigern sich ganz der kurativen Medizin und machen etwas ganz anderes, wobei ihnen ihr Medizinstudium nützlich ist, ohne dass es sich um die kurative Anwendung von Heilkunde am Menschen handelt.

Medizinstudenten bilden wir in Deutschland im Übrigen genug aus. Was uns zu schaffen macht, ist die Tatsache, dass diese dann nicht als Ärzte im Krankenhaus arbeiten wollen. Wer aber zum Beispiel ins Ausland geht, nimmt etwa 300 000 Euro Ausbildungskosten mit; bleibt er im Ausland – hat man mal errechnet – so gehen dem deutschen Staat an Ausbildungskosten und nicht gezahlten Steuern über eine Million Euro verloren. Man löst das Problem also nicht, indem man immer mehr Geld in neue Studienplätze schüttet, die dann anderen Staaten zugutekommen, sondern nur indem man die Arbeit in Deutschland wieder attraktiv macht.

In diesem Sinne verstehe ich die gemeinsamen Bemühungen der Bundesärztekammer, des Marburger Bundes und der chirurgischen Fachgesellschaften um ein vernünftiges deutsches Arbeitszeitrecht und um gute Tarifverträge auch als einen konstruktiven Beitrag zum Patientenschutz. Machen wir uns nichts vor: Wir werden keine jungen Menschen mehr für unseren Beruf interessieren, wenn wir ihnen andauernd das Bild übermüdeten, ausgepowerten Heroen liefern, deren Privatleben auf den

Krankenhausfluren stattfindet und die Netto-Stundenlöhne von etwas mehr als 8 Euro dafür erhalten. So hat es das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) noch 2005 errechnet (Folie 4).

Inflationierung von Arbeit




Tabelle 4

Einkommen von Ärzten¹ im öffentlichen Dienst in Deutschland im Jahre 2003 nach der wöchentlichen Arbeitszeit

	Monatliches Nettoeinkommen ²		Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit	Durchschnittlicher impliziter Stundenlohn ³
	Mittelwert	Standardabweichung	Stunden	Euro
	Euro		Stunden	Euro
Ärzte unter 35 Jahren				
Insgesamt	1 998	827	45,8	10,91
Arbeitszeit von über 50 Stunden pro Woche	2 364	849	66,0	8,98
Arbeitszeit von über 60 Stunden pro Woche	2 460	772	76,6	8,03
Alle Ärzte				
Insgesamt	3 128	2 303	46,1	16,96
Arbeitszeit von über 50 Stunden pro Woche	3 546	2 397	66,0	13,43
Arbeitszeit von über 60 Stunden pro Woche	3 880	3 110	75,2	12,90

¹ Im Alter von unter 35 Jahren; vollzeitbeschäftigt. ³ Berechnet als „monatliches Nettoeinkommen/„wöchentliche Arbeitszeit/4“.

² Im Befragungsmonat April, in aktuellen Preisen. **DIW** Berlin 2005

Quellen: Mikrozensus 2003; Berechnungen des DIW Berlin.

Folie 4

Kämpfen wir also gemeinsam für bessere Arbeitsbedingungen, bessere Arbeitszeiten und bessere Gehälter vor allem für junge Ärzte. Damit tun wir indirekt mehr für Patientenschutz und Patientensicherheit, als mancher heute wahrhaben will.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
 Hamburg, Januar 2010

Operationskontrollen und „Schnellspur-Chirurgie“: Verbessern sie die Qualität oder sind sie für den Patienten nur der schnellste Weg nach Hause?

Professor Dr. med. Wolfgang Schwenk, Tagungsleiter der 18. Jahrestagung der CAQS, Chefarzt Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Asklepios Klinik Altona, Hamburg

Bei allen Bemühungen zur Erhöhung der Patientensicherheit in der Chirurgie (zum Beispiel WHO-Checkliste oder Ähnliches) ist bislang der entscheidende intraoperativ-technische Aspekt völlig unberücksichtigt geblieben. Diese Lücke wird durch das im AK Altona eingeführte Konzept des „intraoperative Controlling“ (IOC) geschlossen. Im Rahmen des IOC demonstriert der verantwortliche Operateur zu vorgegebenen Zeitpunkten oder bei kritischen Entscheidungen den intraoperativen Befund einem anderen Facharzt für Viszeralchirurgie, der bislang an der zu kontrollierenden Operation nicht beteiligt war. Damit wird das aus der Luftfahrt bekannte „4-Augen-Prinzip“ auf die Chirurgie übertragen. Mögliche Unklarheiten werden besprochen und das operative Konzept nach den Ergebnissen dieser Diskussion zwischen Operateur und Controller modifiziert. Durch diese einfache Maßnahme wird die Sicherheit des Patienten deutlich erhöht.

Neben der Operationstechnik hat die Behandlung vor und nach der Operation einen entscheidenden Einfluss auf die Komplikationsquote und den Verlauf der Genesung. Leider ist die perioperative Behandlung in den meisten Kliniken Deutschlands und der Welt an Traditionen und Gebräuchen orientiert und nicht an den Ergebnissen wissenschaftlicher Studien. So treten zum Beispiel bei geplanten Dickdarmoperationen unter dieser „traditionellen“ perioperativen Behandlung bei 25 bis 35 Prozent aller Patienten Komplikationen des Herz-Kreislauf-Systems, der Lunge, der Niere oder anderer Organe auf. Die Genesung verläuft unter „traditionellen“ Bedingungen so verzögert, dass die Patienten erst nach fünf Tagen essen können und Stuhlgang haben und erst nach 10 bis 14 Tagen entlassen werden können.

Die sogenannte „Fast-track“-Rehabilitation oder „Schnellspur-Chirurgie“ kombiniert alle wissenschaftlichen Erkenntnisse zur perioperativen Behandlung zu einem klinischen Behandlungskonzept. Unter „Fast-track“-Bedingungen sind die Schmerzen der Patienten bei unveränderter Operationstechnik erheblich reduziert, die Nahrungsaufnahme ist bereits am Tag der Operation wieder möglich, der Stuhlgang tritt am zweiten bis dritten Tag auf und die Entlassung der Patienten ist bei Wohlbefinden ab dem fünften Tag nach der Operation möglich. Die oben genannten Komplikationen werden nur bei weniger als zehn Prozent der Patienten beobachtet. Bei geschätzten 70 000 Kolonresektionen pro Jahr in Deutschland könnten durch die flächendeckende Einführung der „Fast-track“-Rehabilitation also pro Jahr 10 000 bis 15 000 Komplikationen vermieden werden und pro Jahr zwischen 350 000 und 500 000 stationäre Behandlungstage eingespart werden. Intraoperatives Controlling und „Schnellspur-Chirurgie“ sind nicht nur der schnellste, sondern auch der sicherste Weg für den Patienten vom Operationstisch nach Hause!

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Hartwig Bauer
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

* 1942



Beruflicher Werdegang

- Studium der Medizin in München mit Staatsexamen und Promotion 1967
- Medizinalassistent 1967–1969 am Kreiskrankenhaus Kipfenberg
- 1969–1980 klinische Weiterbildung und wissenschaftliche Tätigkeit an der Chirurgischen Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München (Professor Dr. F. Holle)
- 1971/72 Wehrdienst als Stabsarzt an der Sanitätsakademie der Bundeswehr in München
- Facharztanerkennungen durch die Bayerische Landesärztekammer:
1975: Chirurgie, 1979: Teilgebiet Unfallchirurgie, 1993: Schwerpunkt Viszeralchirurgie
- 1977: Habilitation an der Ludwig-Maximilians-Universität München
- 1980: Ernennung zum Professor an der Ludwig-Maximilians-Universität München
- Von 1981 bis 2002 Chefarzt der Chirurgischen Abteilung und Ärztlicher Direktor der Kreisklinik Altötting, Krankenhaus der III. Versorgungsstufe, Akademisches Lehrkrankenhaus der Technischen Universität München
- Schwerpunkt der wissenschaftlichen Tätigkeit vorwiegend auf dem Gebiet der gastroenterologischen Chirurgie, der Unfallchirurgie und Notfallmedizin
Weitere Arbeitsgebiete: Krankenhausökonomie, Klinikmanagement und Qualitätssicherung
- Vorstands- beziehungsweise Präsidiumsmitglied verschiedener chirurgisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften und berufsständischer Vereinigungen
- 1989 Vorsitzender der Vereinigung Bayerischer Chirurgen, seit 1994 Schriftführer
- 1996/1997 Präsident und seit 2003 Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Claus-Dieter Heidecke
Vorsitzender der CAQS, Chefarzt Abteilung für Allgemeine Chirurgie,
Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universität Greifswald

* 1954



- | | |
|----------------|---|
| bis 2000 | Facharztausbildung und Oberarzt an der Chirurgischen Klinik der TU München, Klinikum rechts der Isar |
| 2001 bis jetzt | Lehrstuhl für Allgemeine und Viszeralchirurgie und geschäftsführender Direktor der Chirurgischen Klinik |
| 2002 bis jetzt | Studiendekan der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald |
| 2009 bis jetzt | Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Qualität und Sicherheit in der Chirurgie der DGCH |

Auszeichnungen

- | | |
|------|---|
| 1994 | Walter-Brendel-Transplantations-Stipendium 1994 |
| 2001 | Förderpreis Chirurgische Intensivmedizin der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie |

Curriculum Vitae

Dr. med. Frank Ulrich Montgomery
Präsident der Landesärztekammer Hamburg und Vizepräsident der
Bundesärztekammer

* 1952



1972–1979	Medizinstudium in Hamburg und Sydney, Australien
1979	Approbation und Promotion
1986	Facharztanerkennung „Arzt für Radiologie“ Oberarzt Röntgendiagnostik am U.K.E.
seit 1984	Vorsitzender des Marburger Bundes in Hamburg
1989–2007	Vorsitzender des Marburger Bundes, Bundesverband Köln/Berlin
seit 1982	Mitglied der Kammerversammlung der Ärztekammer Hamburg
1987–2002/seit 2006	Mitglied des Vorstandes und der Bundesärztekammer (BÄK)
1994–2002/seit 2006	Präsident der Ärztekammer Hamburg
1997–2002/seit 2007	Menschenrechtsbeauftragter der Bundesärztekammer
seit 1988	Delegierter der Bundesärztekammer beim Ständigen Ausschuss der Ärzte der EU (CPME)
2006 und 2007	Vorsitzender Unterausschuss „Gesundheitspolitik“ des CPME
seit 2008	Vizepräsident des CPME
seit Mai 2007	Vizepräsident der Bundesärztekammer

Arbeitsschwerpunkte

- Krankenhauspolitik/Das Krankenhaus als Arbeitsplatz
- Tarifpolitik im Gesundheitswesen
- Generationengerechte, zukunftssichere Finanzierung des
Gesundheitswesens
- Medizinische Ethik
- Europäische Gesundheitspolitik

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Wolfgang Schwenk
Tagungsleiter der 18. Jahrestagung der CAQS, Chefarzt Abteilung für
Allgemein- und Viszeralchirurgie, Asklepios Klinik Altona, Hamburg

* 1963



Studium

1982–1989 Humanmedizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf,
Chirurgie, Innere Medizin

Praktisches Jahr

1988–1989 Universitätsklinik der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf, Chirurgie, Innere Medizin
Baylor College of Medicine, Houston, Texas, USA
Anästhesiologie

02.06.1989

3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung – sehr gut

25.07.1989

FMGEMS, Educational Commission for Foreign Medical
Graduates, USA

Approbation

13.6.1989

Teilapprobation als Arzt im Praktikum

01.02.1991

Approbation als Arzt

Promotion

03.01.1992

Zur Bedeutung des intraluminalen Shunts und des intra-operativen
Monitorings mittels somatosensibel evozierter Potenziale bei rekon-
struktiven Eingriffen an supraaortalen Gefäßen. Abteilung für Gefäß-
chirurgie und Nierentransplantationen (Direktor: Professor Dr. W.
Sandmann), Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf.

Beruflicher und wissenschaftlicher Werdegang

01.08.1989–31.01.1991

Arzt im Praktikum, Abteilung für Chirurgie, Marien-Hospital
Düsseldorf (Chefarzt: Professor Dr. W. Stock).

01.02.1991–31.07.1994

Assistenzarzt, Abteilung für Chirurgie, Marien-Hospital Düsseldorf
(Chefarzt: Professor Dr. W. Stock).

01.08.1994

Wissenschaftlicher Assistent, Universitätsklinik für Allgemein-,
Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie, Universitätsmedizin Berlin –
Charité Campus Mitte (Direktor: Universitäts-Professor Dr. med. J. M.
Müller).

27.01.1998 Oberarzt der Universitätsklinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie, Universitätsmedizin Berlin – Charité Campus Mitte (Direktor: Univ.-Professor Dr. med. J. M. Müller).

01.09.2002 Stellvertretender Klinikdirektor und geschäftsführender Oberarzt der Universitätsklinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie, Universitätsmedizin Berlin – Charité Campus Mitte (Direktor: Univ.-Professor Dr. med. J. M. Müller).

Facharzt

04.10.1995 Anerkennung als Facharzt für Chirurgie

Schwerpunktanerkennung

18.04.2001 Anerkennung des Schwerpunktes Gefäßchirurgie

02.08.2002 Anerkennung des Schwerpunktes Viszeralchirurgie

Habilitation

11.11.1997 Verleihung der Lehrbefähigung für das Fach Chirurgie durch die Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin, Charité. Habilitationsschrift: Unterschiede im kurzfristigen postoperativen Verlauf nach konventionellen und laparoskopischen Resektionen kolorektaler Karzinome.

27.01.1998 Verleihung der Lehrbefugnis für das Fach Chirurgie und Ernennung zum Privatdozenten durch den Rat der Medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin, Charité.

Professur

25.11.2003 Ernennung zum außerplanmäßigen Professor für Chirurgie an der Universitätsklinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie, Universitätsmedizin Berlin – Charité Campus Mitte (Direktor: Univ.-Professor Dr. med. J. M. Müller).

Leitende Positionen

27.01.1998 Oberarzt der Klinik, Universitätsklinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie, Universitätsmedizin Berlin – Charité Campus Mitte

01.09.2002 Geschäftsführender Oberarzt, Universitätsklinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie, Universitätsmedizin Berlin – Charité Campus Mitte

01.09.2002 Stellvertretender Klinikdirektor Universitätsklinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie, Universitätsmedizin Berlin – Charité Campus Mitte

02.01.2009 Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Asklepios Klinik Altona, Hamburg.

Wissenschaftliche Gesellschaften

- Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Perioperative Medizin (CAPM) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
- Schriftführer der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Gegründet 1872
Sitz Berlin

Bestellformular Fotos:

Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) anlässlich der 18. Jahrestagung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Qualität und Sicherheit (CAQS) der DGCH

Termin: Donnerstag, 28. Januar 2010, 11.00 bis 12.00 Uhr
Ort: Asklepios Klinik Altona, Paul-Ehrlich-Straße 1, 22763 Hamburg

Bitte schicken Sie mir folgende(s) Foto(s) per E-Mail:

- Professor Dr. med. Hartwig Bauer
- Professor Dr. med. Claus-Dieter Heidecke
- Dr. med. Frank Ulrich Montgomery
- Professor Dr. med. Wolfgang Schwenk

Vorname:	Name:
Redaktion:	Ressort:
Anschrift:	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	Unterschrift:

Bitte an 0711 8931-984 zurückfaxen.

Kontakt für Journalisten:

DGCH Pressestelle
Anna Julia Voormann
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-552
Fax: 0711 8931-984
E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org
Internet: www.dgch.de

Berliner Büro:
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 59, 10117 Berlin