



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
129. Kongress

24. – 27. April 2012 ICC-Berlin



**Chirurgie
in Partnerschaft**

Präsident 2011/12:
Prof. Dr. Markus W. Büchler

Vorab-Pressekonferenz anlässlich des 129. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Montag, 23. April 2012, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Grand Hyatt Berlin, Salon Richard Rogers, Marlene-Dietrich-Platz 2, 10785 Berlin

„Chirurgie in Partnerschaft“ Highlights des 129. Chirurgenkongresses in Berlin

Themen und Referenten:

Operieren statt fasten und Insulin spritzen? Chancen und Grenzen der Diabetes- und Adipositaschirurgie

Professor Dr. med. Markus W. Büchler

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH);

Ärztlicher Direktor der Abteilung für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie der
Universitätsklinik Heidelberg

Fortschritt mit Risiken?

Notwendiger Regulierungsbedarf für sichere Medizinprodukte und innovative Techniken

Professor Dr. med. Hartwig Bauer

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

Live-Operationen auf dem Chirurgenkongress:

Laproskopische Eingriffe an Galle, Blinddarm, Magen

Professor Dr. med. Ferdinand Köckerling, Chefarzt der Klinik für Chirurgie-, Visceral- und
Gefäßchirurgie am Vivantes Klinikum Spandau

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Anne-Katrin Döbler, Christine Schoner, Christina Seddig

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-573

Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: schoner@medizinkommunikation.org;

www.chirurgie2012.de, www.dgch.de

Pressekontakt in Berlin:

Pressebüro Raum 50, ICC Berlin

Tel.: 030 /3038 - 7550

Fax: 030/3038 -81013





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
129. Kongress

24. – 27. April 2012 ICC-Berlin



**Chirurgie
in Partnerschaft**

Präsident 2011/12:
Prof. Dr. Markus W. Büchler

Vorab-Pressekonferenz anlässlich des 129. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Montag, 23. April 2012, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Grand Hyatt Berlin, Salon Richard Rogers, Marlene-Dietrich-Platz 2, 10785 Berlin

**„Chirurgie in Partnerschaft“
Highlights des 129. Chirurgenkongresses in Berlin**

Inhalt:

- Pressemeldungen:**
- Chirurgen tagen in Berlin: Forschung und Schnittstellen zu benachbarten Fächern im Fokus**
 - Diabetes: Operation statt Insulin auch bei Normalgewichtigen? Magenbypass kann Typ-2-Diabetes kurieren**
 - Nachholbedarf bei Medizinprodukten: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie fordert Melderegister und kontrollierte Zulassung**
 - Grand Slam: Chirurgen stellen sich kontroversen Themen Bandscheibenvorfälle, Eingriffe am Herzen, Privatisierung von Universitätsklinika**

Redemanuskripte der Referenten

Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Curriculum Vitae der Referenten

Übersicht Pressekonferenzen des 129. Chirurgenkongresses in Berlin

Bestellformular für Fotos

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

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Anne-Katrin Döbler, Christine Schoner, Christina Seddig
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-573
Telefax: 0711 8931-167
E-Mail: schoner@medizinkommunikation.org;
www.chirurgie2012.de, www.dgch.de

Pressekontakt in Berlin:

Pressebüro Raum 50, ICC Berlin
Tel.: 030 /3038 - 7550
Fax: 030/3038 -81013





PRESSEMITTEILUNG

129. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Präsident 2011/12:

Prof. Dr. Markus W. Büchler

Chirurgen tagen in Berlin: Forschung und Schnittstellen zu benachbarten Fächern im Fokus

Berlin, 23. April 2012 – Krankhaftes Übergewicht, Bandscheibenvorfälle oder Gefäßverengungen lassen sich operieren – sie lassen sich aber auch konservativ durch Diäten, durch Physiotherapie oder mit Medikamenten behandeln. Ob operativ oder konservativ entscheiden idealerweise fachübergreifende Teams gemeinsam mit dem Patienten. Der 129. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) vom 24. bis 27. April 2012 beleuchtet deshalb unter dem Motto „Chirurgie in Partnerschaft“ Schnittstellen zu anderen medizinischen Fächern und zur Pflege. Rund 6000 Kongressbesucher werden in Berlin neueste chirurgische Erkenntnisse diskutieren. Die Tagung widmet sich außerdem der evidenzbasierten Medizin und klinischen Studien in der Chirurgie. Wie modernes Krankenhausmanagement einen reibungslosen Ablauf rund um die Operation ermöglicht und die Patientensicherheit erhöht, ist ein weiteres zentrales Thema des Chirurgenkongresses 2012.

Chirurgie ist Teamwork pur – sei es mit Pflege, Anästhesie oder benachbarten Fächern in der inneren Medizin. „Wir behandeln unsere Patienten in Partnerschaft – die zunehmenden inhaltlichen Vernetzungen, etwa in der Therapie Adipöser, sind deshalb Teil des Kongresses“, erläutert Kongresspräsident Professor Dr. med. Markus W. Büchler. Dazu gehöre es auch, kritische „Umarmungen“ durch andere Fächer transparent zu machen. „Besonders in der Gefäß-, Herz- oder Viszeralmedizin darf die Chirurgie ihr klares Gesicht nicht verlieren“, fügt Professor Büchler hinzu, der die Abteilung für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie der Universitätsklinik Heidelberg leitet. In täglichen „Grand Slam“-Sitzungen diskutieren Referenten kontrovers über diese Fragen: Was spricht für oder gegen eine Operation bei Übergewicht oder einem Bandscheibenvorfall? Implantiert der Kardiologe oder der Herzchirurg eine neue Herzklappe und was ist bei einem verengten Hirngefäß die geeignetere Behandlung? Welcher Kontrahent die schlagkräftigeren Argumente hat, entscheidet anschließend das Publikum.





PRESSEMITTEILUNG

129. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Präsident 2011/12:

Prof. Dr. Markus W. Büchler

Diabetes: Operation statt Insulin auch bei Normalgewichtigen?

Magenbypass kann Typ-2-Diabetes kurieren

Berlin, 23. April 2012 – Ein Magenbypass, der bei extremer Fettleibigkeit einen Gewichtsverlust erzwingt, kann Menschen mit Typ-2-Diabetes mellitus in drei Viertel der Fälle von ihrer Stoffwechselstörung befreien. Dieser Effekt hält einer aktuellen Studie zufolge auch zwei Jahre nach dem Eingriff an. Ob eine Operation auch weniger übergewichtigen Diabetikern hilft, auf Insulingaben zu verzichten, untersuchen derzeit Mediziner am Universitätsklinikum Heidelberg in einer klinischen Studie. Die Forscher interessiert dabei auch, ob die Operation außerdem die schädlichen Folgen des erhöhten Blutzuckers an Gefäßen oder Nerven verhindern kann. Über erste Ergebnisse und die Risiken und Chancen der Diabeteschirurgie berichtet Kongresspräsident Professor Markus W. Büchler auf dem 129. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH).

Bei einem Magenbypass wird die Nahrung anders als beim Magenband aus einem verkleinerten Magen direkt in den Dünndarm geleitet. Die Nahrung umgeht damit dauerhaft den Zwölffingerdarm. Die Vereinigung mit den Verdauungssäften der Bauchspeicheldrüse und den Gallensäuren, welche die Nährstoffe aus der Nahrung aufschließen, erfolgt erst im unteren Teil des Dünndarms. Die Operation ist heute als Schlüsselloch-Operation möglich. Das Risiko, an der Operation zu versterben, liegt trotz der Hochrisikopatienten bei geringen 0,35 Prozent. Die Patienten können nach wenigen Tagen die Klinik verlassen.

„Die Magenverkleinerung zwingt zu kleineren Mahlzeiten. Zudem ist durch die funktionelle Verkürzung des Dünndarms die Verdauung energiereicher Fette und Kohlenhydrate deutlich vermindert“, erklärt Professor Dr. med. Markus W. Büchler, Ärztlicher Direktor der Abteilung für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie der Universitätsklinik Heidelberg. Bei extremer Fettleibigkeit habe sich die Magenbypass-Operation bewährt. Sie werde in Deutschland für Menschen mit einem Body-Mass-Index (BMI) über 35 angeboten. Neu ist der Einsatz bei Menschen mit Typ-2-Diabetes mellitus, die in der Regel übergewichtig mit einem BMI ab 25, aber nicht unbedingt extrem fettleibig sind.





PRESSEMITTEILUNG

129. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Präsident 2011/12:

Prof. Dr. Markus W. Büchler

Nachholbedarf bei Medizinprodukten: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie fordert Melderegister und kontrollierte Zulassung

Berlin, 23. April 2012 – Künstliche Gelenke, Herzschrittmacher, Gefäßstützen: Die Liste sinnvoller und bewährter Medizinprodukte ist lang und eine fortschrittliche Chirurgie ohne sie nicht denkbar. Dennoch haben Skandale um auslaufende Brustimplantate und fehlerhafte Gelenkprothesen gezeigt, dass es Sicherheitslücken gibt. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) fordert daher neben einer stärkeren Kontrolle der Zulassungsstellen ein zentrales europäisches Melderegister für Warnhinweise, Produktrückrufe und schädliche Langzeiteffekte von Medizinprodukten. „Dies würde es Ärzten erlauben, früher zu reagieren und auf diese Weise mögliche Schäden zu vermeiden“, so Professor Dr. med. Hartwig Bauer, Generalsekretär der DGCH. Eine weitere Schwachstelle sei die derzeitige Regelung der Zulassung. Welche Anforderungen Medizinprodukte aus Sicht der operierenden Ärzte haben müssen, erläutert Professor Bauer auf der heutigen Pressekonferenz anlässlich des 129. Chirurgenkongresses in Berlin.

Für neue Medizinprodukte mit einer hohen Risikoklasse – beispielsweise Implantate, die im Körper verbleiben und in Körperfunktionen eingreifen – gelten strenge Anforderungen an die Hersteller. „Im Gegensatz zu Arzneimitteln müssen sie jedoch nicht nachweisen, worin der Mehrnutzen für den Patienten liegt“, so Professor Bauer. Denn in den Prüfvorschriften steht die Untersuchung der Sicherheit und der Eignung für den Funktionszweck im Vordergrund. Darüber hinaus sei es jedoch für Chirurgen wichtig, ob sich das Medizinprodukt in der Praxis auch bewährt und für welche Patienten es geeignet ist. Professor Bauer: „Es kommt vor, dass zunächst als innovativ geltende Implantate teils schwere Komplikationen hervorrufen, frühzeitig versagen oder für ursprünglich vorgesehene Indikationen nicht geeignet sind“. Die DGCH setzt sich daher für eine zentrale Datenbank für Medizinprodukte ein, die zugänglich und transparent Informationen über Zulassungszertifikate und Daten aus der klinischen Anwendung erfasst. „Ein erster und wichtiger Schritt wäre der Aufbau eines zentralen Melderegisters“, sagt Professor Bauer. „Es könne dazu beitragen, Problempotenziale frühzeitig zu erkennen.“



Zulassung und Finanzierung neuer Produkte und Verfahren in der Chirurgie bedürfen einer verbesserten standardisierten Prüfung nicht nur auf ihre produkttypische Wirksamkeit und Sicherheit, sondern auch bezüglich ihres Nutzens bei der klinischen Anwendung an Patienten. Um diesen medizinische Innovationen schneller zugänglich zu machen, trat vor über 15 Jahren das Medizinproduktegesetz in Kraft. Rund 80 „Benannte Stellen“ oder „Notified Bodies“ in ganz Europa prüfen in einem verkürzten Verfahren die Medizinprodukte lediglich auf ihre Sicherheit und medizinisch-technische Leistungsfähigkeit. Anschließend verleihen diese kommerziell selbstständigen Zulassungsstellen das CE-Zeichen, mit dem das Produkt europaweit am Menschen angewendet werden darf. Sie sollten laut Professor Bauer einer stärkeren, übergeordneten europäischen Aufsicht unterstellt werden und anspruchsvollere, klarer definierte Qualifikationskriterien bekommen. Weiterhin wären konkrete Überwachungsaufgaben der Prüfstellen nach der Zulassung festzulegen. Professor Bauer: „Als Chirurgen sollten wir nicht nur Sorge dafür tragen, dass Patienten von nutzbringenden Verfahren nicht erst verzögert profitieren, sondern auch alles tun, das Risiko einer möglicherweise Schaden bringenden verfrühten Anwendung infolge unzureichender vorklinischer und klinischer Prüfung zu minimieren.“

Um die Brücke zur Praxis zu schlagen, müssten noch stärker als bisher wissenschaftliche Fachgesellschaften systematisch eingebunden werden. Frühzeitige vergleichende klinische Studien könnten Nutzen und Schadenspotenzial von neuen Medizinprodukten aufzeigen. Im Rahmen der Regelungen des neuen Versorgungsstrukturgesetzes sollte für diese klinischen Prüfungen eine standortübergreifende Zusammenarbeit in Innovationszentren gesucht werden. Mit einem eigenen Studienzentrum und einem chirurgischen Studiennetzwerk hat die DGCH die Voraussetzungen für derartige Versorgungsstudien geschaffen.

Auf dem Kongress der DGCH vom 24. bis 27. April 2012 in Berlin diskutieren Experten unter anderem über notwendige Meldeverfahren und die Sicherheit von Implantaten.

Terminhinweis:

Kongresssitzung

Sicherheit von Medizinprodukten

Freitag, 27. April 2012, 10.30 bis 12.00 Uhr, Seminarraum 44, ICC Berlin





PRESSEMITTEILUNG

129. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Präsident 2011/12:
Prof. Dr. Markus W. Büchler

Grand Slam: Chirurgen stellen sich kontroversen Themen

Bandscheibenvorfälle, Eingriffe am Herzen, Privatisierung von Universitätsklinika

Berlin, 23. April 2012 – Operationen an der Wirbelsäule nehmen zu: Eingriffe an versteiften Wirbeln vervierfachen sich innerhalb von fünf Jahren, Bandscheibenoperationen nahmen um 42 Prozent zu. Ob diese Zahlen gerechtfertigt sind, diskutiert die Fachwelt kontrovers. Auch auf einer der vier „Grand Slam“-Sitzungen im Rahmen des 129. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) stehen sich zwei Experten zu diesem Thema gegenüber. Vom 24. bis 27. April 2012 greift das neuartige Vortragskonzept täglich aktuelle und kontroverse Themen auf: Sollen Universitätsklinika privatisiert werden? Wer implantiert eine neue Herzklappe – Kardiologe oder Herzchirurg? Adipöse Patienten – sollen sie fasten oder operiert werden? Die Kontrahenten haben 15 Minuten Zeit, mit Argumenten und rhetorischer Raffinesse zu überzeugen. Dann entscheidet das Publikum per Applausometer. Die DGCH ruft vor allem junge Chirurgen auf, die aktuellen Themen zu bewerten.

Laut einer aktuellen Forsa-Umfrage im Auftrag der Techniker Krankenkasse empfehlen Ärzte jedem zehnten Patienten mit Rückenschmerzen eine Operation. Alternativ könnten Rückenschmerzen mit zahlreichen nicht operativen Verfahren behandelt werden. Wann ein chirurgischer Eingriff etwa bei einem Bandscheibenvorfall notwendig ist, müssen Ärzte individuell entscheiden. Auch die Entscheidung für oder gegen eine Operation bei stark übergewichtigen Menschen gilt es abzuwägen. Anhänger dieser Adipositaschirurgie berufen sich auf überzeugend wirkende Ergebnisse. Gegner kritisieren, dass die Befürworter das Risiko des Eingriffs unterschätzen.

Unterschiedliche Ansichten bestehen auch hinsichtlich der Frage nach der Zuständigkeit für Eingriffe am Herzen.

Auf täglichen „Grand Slam“-Sitzungen während des Chirurgenkongresses stellen sich Experten diesen kontroversen Themen. In einer „rhetorischen Schlacht“ vermitteln die Vortragenden komplexe Sachverhalte verständlich und auf originelle Weise. Neben



medizinischen stellt die DGCH auch gesundheits- und forschungspolitische Themen in den Fokus. Die Grand-Slam-Kontrahenten argumentieren für und wider die Privatisierung von Universitätskliniken und eine betriebswirtschaftliche Zusatzausbildung für Ärzte.

Präsident 2011/12:
Prof. Dr. Markus W. Bächler

Mit dem neuen Vortragskonzept des Grand Slams will die DGCH den Nachwuchs mit aktuellen Themen begeistern. „Wie bei einem Poetry Slam werden die Experten ihre Meinung in kurzer Zeit unterhaltsam auf den Punkt bringen“, sagt Kongresspräsident Professor Dr. med. Markus W. Bächler. Welcher Kontrahent die schlagkräftigeren Argumente hat, entscheidet anschließend das Publikum. Täglich ehrt die DGCH den besten Vortrag der vier Experten mit einem iPad 3. Aber auch die Zuschauer gehen nicht leer aus. Der Veranstalter verlost pro Sitzung einen Buchgutschein im Wert von 200 Euro. Für Medizinstudenten ist die Teilnahme am Chirurgenkongress kostenlos. Das Kongressprogramm und weitere Informationen finden Interessierte unter www.chirurgie2012.de.

Terminhinweise:

Grand Slam – Forschung und Studien

Dienstag, 24. April 2012, 13.00 bis 14.30 Uhr, Saal 3, ICC Berlin

Grand Slam – Eingriffe am Herzen und Gefäßsystem

Mittwoch, 25. April 2012, 13.00 bis 14.30 Uhr, Saal 3, ICC Berlin

Grand Slam – Übergewicht und Rückenschmerz

Donnerstag, 26. April 2012, 14.00 bis 15.30 Uhr, Saal 3, ICC Berlin

Grand Slam – Management

Freitag, 27. April 2012, 15.00 bis 16.30 Uhr, Saal 3, ICC Berlin

Fortschritt mit Risiken? Notwendiger Regulierungsbedarf für sichere Medizinprodukte und innovative Techniken

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

Künstliche Gelenke, Herzschrittmacher, Gefäßprothesen: Die Liste sinnvoller und bewährter Medizinprodukte ist lang und eine fortschrittliche Chirurgie ohne sie nicht denkbar. Patienten profitieren von neuen Operationstechniken mit weiterer Verringerung des Zugangstraumas, zielgenaueren und gewebeschonenderen Eingriffen durch den Einsatz von Navigationssystemen und OP-Robotern sowie vom Ersatz großer Schnittoperationen durch katheteregestützte interventionelle Techniken wie zum Beispiel beim Herzklappenersatz. Charakteristisch für Innovationen in der Chirurgie ist der Einsatz innovativer Produkte und damit verbunden die Anwendung neuer oder zumindest modifizierter operativer Techniken.

Die Medizintechnik ist eine hochinnovative Branche. Das zeigt die Spitzenposition bei der Zahl der Anmeldungen beim Europäischen Patentamt und die Tatsache, dass rund ein Drittel ihrer Produkte nicht älter als drei Jahre ist. Innovation bedeutet dabei für sich genommen aber noch keinen Fortschritt. Dazu muss eine Innovation besser sein als das Alte. Sie muss im Vergleich zu dem, was es schon gibt, einen höheren Nutzen aufweisen. Dazu zählen etwa eine erhöhte Diagnose-Wahrscheinlichkeit, eine verbesserte Therapie, ein für die Patienten sicherere und einfachere Anwendung neuer Produkte oder Verfahren oder auch die Anwendbarkeit bekannter Technologien bei neuen Indikationen. Zum Nachweis, dass eine Innovation auch einen Fortschritt bedeutet, gehören demnach immer ein Vergleich und der Nachweis des Mehrnutzens unter patientenrelevanten Aspekten wie geringerer Mortalität, geringerer Morbidität und/oder verbesserter Lebensqualität.

Bei jeder Technologiebewertung geht es zunächst um den Nachweis der Wirksamkeit unter Idealbedingungen (Efficacy). Dieser Nachweis ist über randomisierte klinische Studien zu erbringen, in der Regel an kleinen, stark selektionierten Patientengruppen, durchgeführt von Ärzten, die eine besondere Expertise aufweisen. Die Effektivität (Effectiveness) dagegen beschreibt den Vorteil der Methode unter Normalbedingungen: Wirkt sie in der Praxis, und können alle sie anwenden? Dies ist Gegenstand der Versorgungsforschung. Dabei ist es in der Chirurgie insgesamt meist leichter zu zeigen, dass eine neue Technologie die von ihr unmittelbar angestrebten Ziele erreicht, als zu beweisen, dass ihre Anwendung den Patienten Vorteile bringt. Bekannte Beispiele sind Gelenkspiegelungen und Knorpelglättungen bei der Kniegelenksarthrose, die Anwendung von Robotern zum passgenauen Fräsen des Knochens beim Einsetzen einer Prothese, die Aufrichtung eingebrochener osteoporotischer Wirbel mit Knochenzement oder die Lösung von Verwachsungen über eine Bauchspiegelung bei chronischen Bauchschmerzen nach Voroperationen.

Die Prüfung neuer Arzneimittel erfolgt nach dem Prinzip „Sicherheit vor Wirksamkeit“ nach den im Arzneimittelgesetz (AMG) festgelegten Genehmigungsverfahren (Phase I bis Phase IV), bevor sie für definierte Anwendungen und in bestimmter Verwendungsart zugelassen werden können. Dadurch soll größtmöglicher Nutzen bei gleichzeitiger Schadensminimierung für die Patienten angestrebt werden. Chirurgische Innovationen hingegen unterliegen derzeit keinen vergleichbaren Regulierungen und können somit Einzug in den klinischen Alltag halten, auch wenn nicht ausreichend belegt ist, dass sie anderen Methoden überlegen oder sicherer als diese sind. Im Sinne der Patientensicherheit ist deshalb zu fordern, dass die Zulassung wie auch die Finanzierung neuer Produkte und Verfahren in der Chirurgie heute ebenso einer standardisierten und belastbaren Prüfung auf Wirksamkeit, Risiken und auch Kosteneffizienz unterliegt, wie dies für medikamentöse Behandlungen gilt.

Zwischen dem behandelnden Arzt, der herstellenden Industrie, den Kostenträgern, den zulassenden Behörden und den für die Finanzierung zuständigen Stellen gibt es keine zuverlässige Koordination und Kooperation. Damit besteht das Risiko einer möglicherweise Schaden bringenden verfrühten Anwendung infolge unzureichender präklinischer und klinischer Prüfung der Produkte im Rahmen des Zulassungsverfahrens. Ein weiteres Risiko sind Mängel bei der Erfassung von Schäden oder von potentiellen Gefährdungen von Patienten nach Einführung der Methode bzw. deren weiterer klinischer Anwendung. Allerdings muss auch in Erwägung gezogen werden, dass durch ein aufwändigeres und langwieriges Bewertungsverfahren Patienten von nutzbringenden Verfahren erst verzögert profitieren könnten.

Für neue Medizinprodukte einer hohen Risikoklasse, beispielsweise Implantate, die im Körper verbleiben und in Körperfunktionen eingreifen, gelten zwar strenge Anforderungen an die Hersteller. Anders als bei Medikamenten genügt bei Medizinprodukten dafür jedoch ein sogenanntes CE-Zertifikat für die Marktzulassung, welches europaweit sogenannte „Benannte Stellen“ erteilen. Bei den vorgesehenen Prüfvorschriften steht die Untersuchung der Sicherheit und der Eignung für den speziellen Funktionszweck des neuen Produktes im Vordergrund und nicht eine Nutzen-beziehungsweise Schadensbewertung bei deren Anwendung. Die jüngsten Beispiele mit den Brustimplantaten und Hüftprothesen sowie der Vergleich mit Zulassungsverfahren in anderen Ländern, insbesondere in den USA, zeigen hier einen möglichen Handlungsbedarf auf:

- Das System der „Benannten Stellen“ (in Europa circa 80) sollte verstärkt unter europäische Aufsicht gestellt werden. Es sollte anspruchsvollere, klarer definierte Qualitätskriterien bekommen und damit auch auf höherem Niveau vereinheitlicht werden. Schon bei der Benennung und der Festlegung der konkreten Zulassungsaufgaben der Prüfstellen sind schärfere Kontrollen nötig. Weiterhin sind die Überwachungsaufgaben nach der Zulassung klarer festzulegen, wozu vor allem auch die Prüfung ohne Voranmeldung gilt.

- Zur Unterstützung der Infrastruktur des Regelsystems im sogenannten Pre- und Postmarkt-Bereich fehlt derzeit eine systematische Einbindung wissenschaftlicher Fachgesellschaften. Wünschenswert wäre auch ein Netzwerk von Referenzlabors für diverse Prüfungen von Medizinprodukten.
- Das System sollte vor allem mit Hilfe einer europäischen Datenbank für die Gesundheitsberufe und die Öffentlichkeit deutlich transparenter gestaltet werden. Der Austausch von Informationen über die Zulassungszertifikate mit präklinischen und klinischen Daten, die der Zulassung zugrunde liegen, sowie über Produktrückrufe und Warnhinweise ist zu verbessern. Vor allem geht es auch darum, ein zentrales Meldewesen für Zwischenfälle aufzubauen als ein Frühwarnsystem, das Risikopotentiale in der Anwendung beim Patienten identifizieren lässt und das weitere Schäden vermeiden hilft, die häufig erst nach Produkteinführung erkennbar werden. Ein erfolgversprechender Ansatz in Richtung einer verbesserten Patientensicherheit ist im neuen elektronischen Kennzeichnungssystem UDI (Unique Device Identification) für Medizinprodukte zu sehen. Es soll die Nachverfolgbarkeit von Medizinprodukten und die Marktüberwachung erleichtern, aber auch Fälschungen bekämpfen helfen. Medizinprodukte sollen mit einem weltweit eindeutig maschinenlesbaren Kennzeichen, beispielsweise einem Strichcode, versehen werden, der als Schlüssel zu einer UDI-Datenbank (UDID) dient, die detaillierte Informationen über die Produkte enthalten wird. Die UDI-Regelung wird in den USA in Kürze in Kraft treten. In Europa wird die UDI-Pflicht in der neuen Medizinprodukte-Verordnung verankert, die im Jahr 2013 wirksam werden könnte. Abhängig von der Risikoklasse des Produktes, wird UDI dann vermutlich in einem Zeitraum von einem bis fünf Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes greifen.
- Medizinprodukt-assoziierte Risikofaktoren sind durch Verbesserung von Rahmenbedingungen und Prozessen sowie der Anwendung der Medizinprodukte beeinflussbar. Besonderes Augenmerk ist deshalb über die Bewertung der Medizinprodukte hinaus auf den Betrieb und deren Anwendung zu legen. Es gehört zu den Aufgaben der Fachgesellschaft, Methoden und Konzepte für das Erkennen und den Umgang mit diesen Risiken im chirurgischen Alltag zu analysieren und Handlungsempfehlungen zu entwickeln. Die Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Qualität und Sicherheit der DGCH bemüht sich, Voraussetzungen für ein klinisches Umfeld zu schaffen, in dem es schwerer ist, Fehler zu machen, diese frühzeitig erkennbar sind und die Folgen minimiert werden können

Dem vom Gesetzgeber im neu geschaffenen § 137 e SGBV vorgesehenen Erprobungsverfahren für Innovationen, deren Nutzen nicht hinreichend belegt ist, die aber eine potentiell erfolgreiche Behandlungsalternative bieten, steht die DGCH offen gegenüber; mit ihrem eigenen Studienzentrum und dem angeschlossenen chirurgischen Studiennetzwerk hat sie die dafür erforderlichen Strukturen

geschaffen. Ein vom Ressort Wissenschaft der DGCH entwickeltes eigenes Modell von Innovationszentren in der Chirurgie soll darüber hinaus im Rahmen der vorgegebenen Modalitäten der Prüfung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden die Interessen aller Beteiligten koordinieren und die hierfür notwendigen Kooperationen im Rahmen einer Standort-übergreifenden Zusammenarbeit fördern.

Klinische Studien zum therapeutischen Nutzen von Medizinprodukten werden künftig in weit größerem Umfang erforderlich. Sie sind schwierig durchführbar, bei geeigneten Strukturen aber – eine adäquate Finanzierung vorausgesetzt – machbar. Nach überwiegender Meinung der Verantwortlichen hat sich das Zulassungssystem für Medizinprodukte insgesamt bewährt, und ist ein genereller Systemwechsel vor allem auch in Richtung staatlicher Kontrolle nicht erforderlich. Dennoch ist nicht nur auf Grund der jüngsten Produkt-assozierten Skandale ein deutlicher Handlungsbedarf innerhalb des Systems erkennbar, sondern auch das Fehlen von Rahmenbedingungen, die denen, die letztlich für den Einsatz am Patienten verantwortlich sind, einen qualifizierten Beitrag zu mehr Patientensicherheit erlauben.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, April 2012

Operieren statt fasten und Insulin spritzen? Chancen und Grenzen der Diabetes- und Adipositaschirurgie

Prof. Dr. med. Markus W. Büchler, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH),
Ärztlicher Direktor der Abteilung für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie der
Universitätsklinik Heidelberg

Die Sinnhaftigkeit der Übergewichtschirurgie in Bezug auf dauerhaften Gewichtsverlust wird nicht mehr angezweifelt. Die aus der SOS-(„Swedish Obese Subjects“-)Studie gewonnenen Langzeitdaten über nunmehr fast 20 Jahre zeigen klar, dass die Adipositaschirurgie den Patienten nicht nur dabei hilft, dauerhaft abzunehmen, sondern auch, dass die Patienten seltener an malignen Tumoren erkranken und länger leben.⁽¹⁾ Außerdem kommt es zu einer positiven Beeinflussung des metabolischen Syndroms, welches unter anderem arterielle Hypertonie, Dyslipidämie und vor allem Diabetes mellitus umfasst.

So zeigt die SOS-Studie, dass sich bei 72 Prozent der Patienten zwei Jahre nach einem operativen Übergewichtseingriff der Diabetes mellitus in Remission befand. Nach zehn Jahren hatte sich die Zahl dieser „geheilten“ Patienten zwar wieder halbiert, lag damit aber immer noch weit höher als in der Patientengruppe, die sich keiner Operation unterzogen hatte. Überraschenderweise konnte in vielen Fällen die Diabetes-Remission bereits unmittelbar postoperativ beobachtet werden und war damit unabhängig vom Gewichtsverlust.

Die Anzahl der Patienten mit Diabetes mellitus steigt weltweit an. Gemäß dem *Deutschen Gesundheitsbericht 2012* sind neun Prozent der deutschen Bevölkerung von der Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 betroffen. 40 Prozent dieser Patienten sind insulinpflichtig. Deutschland gehört hiermit zu den Ländern mit der höchsten Diabetesrate europaweit. Besonders Patienten mit insulinpflichtigem Diabetes haben keine realistische Chance, aus der Insulinabhängigkeit mit all ihren Folgen herauszukommen. Mit der Erkenntnis, dass nach einem bariatrischen Eingriff Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 deutlich weniger oder gar keine Diabetesmedikation mehr benötigen, hat sich in den letzten Jahren das Feld der Diabeteschirurgie oder auch „metabolischen“ Chirurgie entwickelt.

In den letzten Jahren haben Ärzte und Wissenschaftler weltweit versucht, die Wirkmechanismen zu beschreiben. Wir wissen heute, dass der „Diabetesheilung“ nach einem Magenbypass verschiedene Mechanismen zugrunde liegen. Sicher ist, dass die Diabetes-Remission bei vielen Patienten unmittelbar nach der Operation einsetzt und somit ein Teil der Remission unabhängig von der Gewichtsreduktion ist. Es herrscht auch Klarheit darüber, dass in dieser ersten postoperativen Phase verschiedene Hormone von Bedeutung sind, deren genaue Wechselwirkung heute noch nicht verstanden wird. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass noch weitere Faktoren bei der Diabetes-Remission nach einer Operation eine Rolle spielen wie zum Beispiel die Menge des viszeralen Fetts, die Dauer der Insulinpflichtigkeit vor der Operation und das Ausgangskörpergewicht.

Das Wissen um den gewichtsunabhängigen Effekt chirurgischer Therapieverfahren auf den Diabetes mellitus Typ 2 hat dazu geführt, dass Chirurgen mit dem Einsatz bariatrischer OP-Verfahren auch bei leicht übergewichtigen beziehungsweise sogar normalgewichtigen Patienten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 2 begonnen haben. Inzwischen gibt es mehrere hochrangige Publikationen, die zeigen, dass die metabolische Chirurgie bei weit mehr als 90 Prozent der operierten normalgewichtigen Patienten zur Remission des Diabetes führt und dass dieser Effekt über mindestens zwei Jahre anhält.⁽³⁾ Wir wissen heute auch, dass sich bereits eineinhalb bis zwei Jahre postoperativ eine Reduktion von Diabetes bedingten Langzeitkomplikationen (zum Beispiel Retinopathie, Nephropathie oder Neuropathie) nachweisen lässt, was sich möglicherweise in einer besseren Lebensqualität und einer höheren Lebenserwartung niederschlagen könnte.⁽³⁾

Da chirurgische Verfahren wie der Magenbypass (RYGB) heutzutage eine sehr geringe Komplikationsrate aufweisen, die Häufigkeit von Diabetes mellitus jedoch weltweit immer noch zunimmt und eine konservative Behandlung niemals zu einer vollständigen Remission des Diabetes führt, ist die metabolische Chirurgie eine vielversprechende Therapieoption für insulinpflichtige Typ-2-Diabetiker. Aber auch die konservative Therapie des Diabetes mellitus erlebt grundlegende Änderungen. Der bisher in den Leitlinien angestrebte HbA_{1c}-Wert von 6,5 Prozent wird durch aktuelle Daten neu diskutiert. Die Überlebenskurve in Abhängigkeit vom HbA_{1c} wird U-förmig dargestellt. Das heißt, dass sowohl Patienten mit „optimalem“ HbA_{1c} < 6,5 Prozent als auch Patienten mit schlecht eingestelltem Diabetes (HbA_{1c} > 7,5 Prozent) eine erhöhte Mortalität aufweisen.⁽⁴⁾ Der HbA_{1c}-Wert wird als Prognosefaktor hiermit in Frage gestellt und zunehmend als Surrogatmarker wahrgenommen, der mit dem Progress der Nephro-, Retino- und Neuropathie korreliert. Aktuelle Studien fokussieren zunehmend auf die Veränderungen dieser sekundären Diabetesfolgen.^(3, 10)

Zur Einteilung der Diabetes-Remission wird der HbA_{1c} jedoch weiterhin verwendet. Eine partielle Diabetes-Remission ist zum Beispiel erreicht, wenn der Patient ohne Antidiabetika einen therapeutischen HbA_{1c} (6,5 bis sieben Prozent) erreicht. Von der kompletten Diabetes-Remission spricht man bei einem HbA_{1c} < 6,2 Prozent und Nüchternblutzucker < 126 g/dl ohne Medikamente.

Schaut man sich die aktuellen Publikationen zur metabolischen Chirurgie an, so sind die hochrangig publizierten Daten eindrucklich. Mingrone et al. zeigen in einer Studie an 60 Patienten, die entweder RYGB, biliopankreatische Diversion (BPD) oder eine konservative medikamentöse Therapie erhalten haben, eine 75 prozentige beziehungsweise eine 95 prozentige Remission des Diabetes nach entsprechender OP, während die medikamentös therapierte Kontrollgruppe zu 100 Prozent medikamentös weiterbehandelt werden musste.⁽²⁾ Vergleichbare Ergebnisse präsentierten dieses Jahr Schauer et al. bei 150 Patienten nach RYGB und GS.⁽⁵⁾ De Paula et al. beschrieben ähnliche Erfolge schon 2010 bei Patienten nach GS und Ileum Interposition mit Remissionserfolgen bis zu 81,3 Prozent,⁽³⁾ nachdem sie 2009 an nicht adipösen Diabetikern zeigten, dass durch Ileum Interposition

neben Diabetes-Remission auch Normalisierung von Blutdruck, Cholesterinwerten und Nierenfunktion unabhängig von der Gewichtsreduktion eingetreten sind.⁽⁶⁾

Metabolische Chirurgie sollte im Augenblick nur im Rahmen von Studien angewendet werden. Unsere Klinik führt momentan die „DiaSurg 1“ durch. Hier wird bei insulinpflichtigen Typ-2-Diabetikern mit einem BMI zwischen 25 und 35 kg/m² eine Magenbypass-Operation durchgeführt. Patienten, die in die Studie eingeschlossen werden sollen, müssen folgende Kriterien erfüllen: Die Erstdiagnose des Diabetes mellitus sollte mindestens zwei Jahre zurückliegen, der Abstand zwischen der Erstdiagnose und der Insulinpflichtigkeit muss mindestens ein Jahr betragen und der Patient seit mindestens drei Monaten Insulin erhalten. Um sicherzugehen, dass das Pankreas eine noch ausreichende Insulinrestproduktion gewährleisten kann, ist ein stimulierter C-Peptidwert von > 1,5 ng/dl erforderlich. Als Endpunkte werden die Häufigkeit und der Zeitpunkt der Diabetes-Remission sowie die Lebensqualität und Kosten untersucht. Die Rekrutierung wird voraussichtlich im April 2012 abgeschlossen sein. Erste Ergebnisse zeigen bei allen Patienten eine mindestens 50 prozentige Reduktion des Insulinbedarfs; 70 Prozent der Patienten sind nach einem halben Jahr insulinfrei. „DiaSurg 2“ ist eine Folgestudie, die voraussichtlich ab Juni 2012 laufen wird. Hier werden 200 Patienten mit Magenbypass 200 Patienten mit Insulintherapie gegenübergestellt. Die Studie wird als randomisiert kontrollierte Studie multizentrisch, deutschlandweit unter Führung der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg durchgeführt. Eingeschlossen werden gleiche Patienten wie in der „DiaSurg 1“-Studie. Untersucht werden neben Diabetes-Remission, Lebensqualität und Kosten vor allem die diabetesbedingten Komplikationen und die Sterblichkeit im Langzeitverlauf.

Kernaussage

Verfahren zur bariatrischen Chirurgie zeigen auch bei normalgewichtigen insulinpflichtigen Diabetikern eine signifikante Verbesserung der diabetischen Stoffwechsellage mit kompletter Remission bei weit über 70 Prozent der Patienten. Damit einhergehend zeigen erste Daten, dass typische diabetesassoziierte Folgeerkrankungen auch eine Verbesserung in ihrem Verlauf aufweisen. Die chirurgischen Verfahren zur metabolischen Chirurgie und die Nachsorge sind bislang nicht standardisiert und müssen lebenslang erfolgen. Dazu gehören neben der klinischen Untersuchung regelmäßige Blutuntersuchungen zur Statuserhebung des Mineral- und Vitaminhaushaltes.

1. Adams TD, Gress RE, Smith SC, Halverson RC, Simper SC, Rosamond WD, et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *N. Engl. J. Med.* 2007 Aug 23;357(8):753-61.
2. Mingrone G, Panunzi S, De Gaetano A, Guidone C, Iaconelli A, Leccesi L, et al. Bariatric Surgery versus Conventional Medical Therapy for Type 2 Diabetes. *New England Journal of Medicine.* 2012 Mar 26;10.1056/NEJMoa1200111.
3. De Paula AL, Stival AR, Macedo A, Ribamar J, Mancini M, Halpern A, et al. Prospective randomized controlled trial comparing 2 versions of laparoscopic ileal interposition associated

- with sleeve gastrectomy for patients with type 2 diabetes with BMI 21-34 kg/m²). *Surg Obes Relat Dis.* 2010 May-Jun;6(3):296-304. Epub 2009 Nov 10.
4. Currie CJ, Peters JR, Tynan A, Evans M, Heine RJ, Bracco OL, et al. Survival as a function of HbA_{1c} in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort study. *Lancet.* 2010 Feb 6;375(9713):481-489.
 5. Schauer PR, Kashyap SR, Wolski K, Brethauer SA, Kirwan JP, Pothier CE, et al. Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy in Obese Patients with Diabetes. *New England Journal of Medicine.* 2012 Mar 26;10.1056/NEJMoa1200225.
 6. DePaula AL, Macedo ALV, Mota BR, Schraibman V. Laparoscopic ileal interposition associated to a diverted sleeve gastrectomy is an effective operation for the treatment of type 2 diabetes mellitus patients with BMI 21-29. *Surg Endosc.* 2009 Jun;23(6):1313-20. Epub 2008 Oct. 2.
 7. Lee W-J, Chong K, Ser K-H, Lee Y-C, Chen S-C, Chen J-C, et al. Gastric bypass vs sleeve gastrectomy for type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *Arch Surg.* 2011 Feb;146(2):143-148.
 8. Lee WJ, Hur KY, Lakdawala M, Kasama K, Wong SK, Lee YC. Gastrointestinal metabolic surgery for the treatment of diabetic patients: a multi-institutional international study. *J. Gastrointest. Surg.* 2012 Jan;16(1):45-51-52. Epub 2011 Nov 1.
 9. Frenken M, Cho EY, Karcz WK, Grueneberger J, Kuesters S. Improvement of type 2 diabetes mellitus in obese and non-obese patients after the duodenal switch operation. *J Obes.* 2011;2011:860169.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, April 2012

Laparoskopische Chirurgie live auf dem Kongress 2012

Professor Dr. med. Ferdinand Köckerling, Chefarzt der Klinik für Chirurgie-, Visceral- und Gefäßchirurgie am Vivantes Klinikum Spandau

Die laparoskopische Chirurgie hat im Vergleich zur konventionellen Chirurgie eine wesentlich längere Lernkurve, das heißt, die Beherrschung der minimalinvasiven Operationsverfahren dauert länger und erfordert eine intensivere Ausbildung. Häufig sind es technische Details und Tricks, die zu einer Ergebnisverbesserung beitragen. Je mehr solcher Eingriffe ein Chirurg mitgemacht und gesehen hat, auch von verschiedenen Experten, umso mehr wird er in technischen Details trainiert und lernt diese richtig einzusetzen.

Es hat sich in den letzten Jahren immer wieder gezeigt, dass Kongress-Veranstaltungen mit dem Angebot von Live-Operationen eine hohe Attraktivität aufweisen und regen Zuspruch finden. Dabei üben diese Live-Operationen nicht nur einen großen Anreiz auf die jungen Chirurgen aus, sondern gerade auch auf gestandene Oberärzte und Chefarzte, die ihr eigenes Tun im Operationssaal gern auch mit Experten abgleichen und gegebenenfalls Veränderungen im eigenen Vorgehen vornehmen.

Während früher die Ausbildung in der Chirurgie vornehmlich in der eigenen chirurgischen Schule stattfand, hat die Einführung der minimalinvasiven Chirurgie zu einer „Globalisierung“ in der chirurgischen Ausbildung geführt, das heißt, der Chirurg heute lernt sein chirurgisches Handwerk auch von ausländischen und inländischen Kollegen, die ihr Können durch Live-Operationen weitergeben. Da der Deutsche Chirurgen-Kongress im Terminkalender der Chirurgen eine feste Größe einnimmt, liegt es natürlich auf der Hand, dass es auf diesem Kongress gut ansteht, den chirurgischen Kollegen ein interessantes Spektrum von Live-Operationen durch ausgewiesene Experten anzubieten.

Dabei sollen nicht nur die häufigen Alltagsoperationen wie die minimalinvasive Entfernung einer Gallenblase oder eines Blinddarms live gezeigt werden, sondern auch anspruchsvolle Eingriffe wie laparoskopische Übergewichtsoperationen, Darmteilentfernungen und Korrekturoperationen bei Säurerückfluss aus dem Magen. Natürlich werden alle Patienten darüber informiert und ihr Einverständnis dazu eingeholt. Die Ethik-Kommission in Heidelberg hat keine Bedenken gegen die Live-Übertragung dieser Operationen vorgebracht, da sie der Fortbildung der Chirurgen dient und letztlich die Qualität der Chirurgie verbessern hilft.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, April 2012



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie mit derzeit 6.600 Mitgliedern wurde 1872 in Berlin gegründet. Sie gehört damit im 140. Jahr ihres Bestehens zu den ältesten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften.

Zweck der Gesellschaft ist laut Satzung „die Förderung der wissenschaftlichen und praktischen Belange der Chirurgie“. Neben dem Fortschritt in Forschung und Klinik, dessen kritischer Evaluation und Umsetzung in eine flächendeckende Versorgung zählt dazu auch die Auseinandersetzung mit den politischen, ökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen unseres Faches. Die chirurgische Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie die Nachwuchsförderung durch Vergabe zahlreicher Preise und Stipendien an in- und ausländische junge Wissenschaftler sind weitere Kernaufgaben. Kontinuierliche Bemühungen gelten der Pflege internationaler Kontakte und der Beziehung zu den Nachbarfächern, zu Wissenschafts-Organisationen und allen Partnern im Gesundheitswesen.

Der traditionsreiche Deutsche Chirurgenkongress mit seiner schwerpunkts- und gebietsübergreifenden Themensetzung wurde früher ausschließlich in Berlin und nach dem Krieg über 40 Jahre in München abgehalten. Kongressort ist jetzt im jährlichen Wechsel Berlin und München.

Eine bereits bei Gründung der Gesellschaft 1872 formulierte Aufgabe, nämlich „die chirurgischen Arbeitskräfte zu einigen“, hat heute eine besondere Bedeutung erhalten. Vor dem Hintergrund der im Jahr 2003 neu strukturierten Weiterbildungsordnung mit einer gemeinsamen Basisausbildung aller chirurgischen Fächer (Common Trunk) ist es jetzt mit einer neuen Satzung gelungen, alle Säulen des Gebietes Chirurgie (Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Kinderchirurgie, Herzchirurgie, Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Thoraxchirurgie, Unfallchirurgie/Orthopädie und Viszeralchirurgie) mit ihren wissenschaftlichen Fachgesellschaften unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu vereinen. 2007 sind auch die Neurochirurgen und 2010 die Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen dieser Dachgesellschaft beigetreten. Sie vertritt mit ihren über die einzelnen Fachgesellschaften assoziierten Mitgliedern damit rd. 17.500 Chirurgen. Es können so die gemeinsamen Interessen besser gebündelt und in einer starken Gemeinschaft nach außen vertreten werden.

Nach jahrelangem Rechtsstreit wurde der Gesellschaft im Jahre 2002 ihre nach dem Krieg durch die DDR enteignete, 1915 gemeinsam mit der Berliner Medizinischen Gesellschaft errichtete Heimstätte, das Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin Mitte, wieder rückübertragen. Renoviert ist es jetzt wieder in neuem Glanz erstanden. Dieses symbolträchtige Haus der Chirurgie mit seinem traditionsreichen Hörsaal ist der Sitz aller wissenschaftlich-chirurgischen Fachgesellschaften sowie des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen und repräsentiert auch in dieser räumlichen Vereinigung die große Gemeinschaft aller Chirurgen.

Weitere Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie unter www.dgch.de.

Prof. Dr. med. Hartwig Bauer
Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin

Tel. 030/28876290
Fax 030/28876299
Mail: DGChirurgie@t-online.de

Curriculum Vitae

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

*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
- 1981–2002 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, von 1993 bis 2010 Schriftführer
- 1996/1997 Präsident und seit 2003 Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Preise und Ehrungen:

- 1975 Otto-Goetze-Preis
- 1978 Johann-Nepomuk-Nussbaum-Preis der Vereinigung Bayerischer Chirurgen
- 1999 Deutscher Innovationspreis „Medizin und Gesundheit“ des Hauptstadtkongresses Berlin, 2000 Jubiläumspreis (Rudolf-Zenker-Preis) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 2001 Richard von Volkmann-Medaille der Vereinigung Mitteldeutscher Chirurgen, 2008 Von-der-Porten-Medaille des Berufsverbandes der Deutschen Anästhesisten

- 2011 Max Lebsche-Medaille der Vereinigung Bayerischer Chirurgen
- Ehrenmitglied der Vereinigung Bayerischer Chirurgen, der Mittelrheischen Chirurgenvereinigung, der Königlichen Gesellschaft für Medizin und Chirurgie von Granada, der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie und der Polnischen Gesellschaft für Chirurgie
- 2006 Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Markus W. Bächler
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH);
Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine, Viszeral- und
Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg

* 1955



Beruflicher Werdegang:

Professor Dr. med. Markus W. Bächler ist Geschäftsführender Direktor der Chirurgischen Klinik und gleichzeitig Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg.

Er wurde 1955 in Saarlouis geboren und wuchs in Dillingen und Sasbach auf. Sein Medizinstudium absolvierte Professor Bächler von 1974 bis 1980 an der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg und der Freien Universität Berlin. Im Jahr 1980 erhielt Professor Bächler seine Approbation als Arzt und im gleichen Jahr promovierte er. Seine chirurgische Weiterbildung begann Professor Bächler in Berlin im Jahr 1981 und setzte sie später am Universitätsklinikum in Ulm fort. 1987 wurde er Facharzt für Chirurgie. Im selben Jahr erhielt er die Venia Legendi für das Fach Chirurgie und wurde Oberarzt an der Chirurgischen Universitätsklinik in Ulm. 1991 wurde Professor Bächler zum Leitenden Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik in Ulm ernannt.

Im Jahr 1993 nahm Professor Bächler einen Ruf als Professor für Chirurgie und Direktor der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie der Universität Bern in der Schweiz an. Als er 2001 einen Ruf an die Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie des Universitätsklinikums Heidelberg erhielt, kehrte er nach Deutschland zurück. Im Jahr 2003 trat er die jetzige Position als Geschäftsführender Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik in Heidelberg an. Seit 2006 ist Professor Bächler ebenfalls Chefarzt der Abteilung Chirurgie des Krankenhauses Salem in Heidelberg und zusätzlich seit 2009 Chefarzt der Abteilung Chirurgie des Kreiskrankenhauses Sinsheim.

Professor Bächler ist ein Experte in der hepatobiliären Chirurgie, der Rektumchirurgie und insbesondere der Pankreaschirurgie. Seine zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen umfassen sowohl klinische Fragestellungen, insbesondere der Pankreas- und Rektumchirurgie, als auch Ergebnisse aus molekularbiologischen Untersuchungen, hier insbesondere des Pankreaskarzinoms und der chronischen Pankreatitis.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Ferdinand Köckerling
Chefarzt der Klinik für Chirurgie-, Visceral- und Gefäßchirurgie am
Vivantes Klinikum Spandau

*1953



Beruflicher Werdegang:

25.11.1981	Approbation als Arzt
29.06.1988	Anerkennung als Arzt für Chirurgie
1989	Habilitation an der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen
20.12.1994	Anerkennung als Arzt für Viszeralchirurgie
01.09.1995	Ernennung zum außerplanmäßigen Professor für Chirurgie
Ab 15.04.1998	Chefarzt der Klinik für Viszeralchirurgie und des Zentrums für Minimal Invasive Chirurgie, Klinikum Region Hannover, Krankenhaus Siloah
Ab 01.03.2005	Zusätzlich Chefarzt der Klinik für Viszeralchirurgie und des Zentrums für Minimal Invasive Chirurgie, Klinikum Region Hannover, Krankenhaus Nordstadt
Ab 01.10.2007	Direktor der Klinik für Chirurgie – Visceral- und Gefäßchirurgie, Zentrum für Minimal Invasive Chirurgie, Zentrum für Adipositas und metabolische Chirurgie, Vivantes Klinikum Spandau

Mitgliedschaften:

2000–2008	Vorstand der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Minimal-Invasive Chirurgie (CAMIC) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
2006–2010	Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
2007/2008	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
2008–2010	Vorsitzender des Konvents der Leitenden Krankenhauschirurgen
Seit Juli 2000	Ordentliches Mitglied des Verwaltungsrates des AN-Instituts für Qualitätssicherung in der operativen Medizin an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
2011–2014	Präsidiumsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Wissenschaftliche Tätigkeiten:

- Mehr als 150 Publikationen mit einem Impact-Factor von 230
- Wissenschaftlicher Beirat von Langenbeck's Archives of Surgery, Springer-Verlag, Heidelberg/New York
- Mitglied im Editorial Board der Zeitschrift „Surgical Endoscopy“, Springer-Verlag, Heidelberg/New York
- Mitglied im Editorial Board der Zeitschrift „Surgical Innovations“, Westminister Publication New York
- Zertifikat der Gesellschaft für angewandte Metaforschung als führender Forscher in der Medizin aufgrund der Beachtung durch Fachkollegen durch Zitierung (Science Citation Index)



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
129. Kongress

24. – 27. April 2012 ICC-Berlin



**Chirurgie
in Partnerschaft**

Präsident 2011/12:
Prof. Dr. Markus W. Büchler

Dienstag, 24. April 2012, 11.30 bis 12.30 Uhr

Raum 42, ICC – Internationales Congress Centrum Berlin, Messegelände – Eingang: Kleiner Stern

Thementag: Forschung und Studien

Ihre Themen und Referenten

Organersatz, neue Operationsverfahren, Grundlagenforschung: Chirurgische Innovationen benötigen mehr klinische Studien

Professor Dr. med. Markus W. Büchler

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH);

Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie,
Universität Heidelberg

Neue Wege zur Einheit der Chirurgie: Gemeinsam stark für Patienten, Ärzte und Politik

Professor Dr. med. Hans-Peter Bruch

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC); Direktor der Klinik für
Chirurgie der Universität zu Lübeck

Top-Ärzte für die bestmögliche Therapie – Wie bilden wir Chirurgen noch besser aus?

Professor Dr. med. Karl-Walter Jauch

2. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Direktor der
Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Klinikum Großhadern der Ludwig Maximilian Universität,
München

Volksleiden Rückenschmerz: Werden Patienten zu häufig operiert?

Professor Dr. med. Bernd Kladny,

Leiter der Sektion Rehabilitation der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische
Chirurgie (DGOOC) und President elect 2013, Chefarzt Fachklinik Herzogenaurach, Abteilung
Orthopädie und Traumatologie, Herzogenaurach

Operationen bei Lungenkrebs auch zukünftig auf dem neuesten Stand?

Forschung für Thoraxchirurgen in Deutschland fördern

Professor Dr. med. Bernward Passlick

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT), Abteilung für
Thoraxchirurgie, Chirurgische Universitätsklinik Freiburg

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Anne-Katrin Döbler, Christine Schoner, Christina Seddig

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-573

Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: schoner@medizinkommunikation.org;

www.chirurgie2012.de, www.dgch.de

Pressekontakt in Berlin:

Pressebüro Raum 50, ICC Berlin

Tel.: 030 /3038 - 7550

Fax: 030/3038 -81013





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
129. Kongress

24. – 27. April 2012 ICC-Berlin



**Chirurgie
in Partnerschaft**

Präsident 2011/12:
Prof. Dr. Markus W. Bächler

Mittwoch, 25. April 2012, 11.30 bis 12.30 Uhr

Raum 42, ICC – Internationales Congress Centrum Berlin, Messegelände – Eingang: Kleiner Stern

Thementag: Chirurgie in Partnerschaft

Ihre Themen und Referenten

Chirurgie in Partnerschaft für eine optimale Patientenversorgung – Was sind die Ziele, wo liegen die Grenzen?

Professor Dr. med. Markus W. Bächler
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH);
Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie,
Universität Heidelberg

Delegation ärztlicher Leistungen in der Chirurgie –

Was ist sinnvoll, was gefährlich?

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

Altersbedingte Wirbelsäulenerkrankungen

Welche Therapien sind bei Arthrose, Bandscheibenvorfall & Co. effektiv?

Professor Dr. med. Jürgen Meixensberger
1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC);
Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Leipzig

Digitalisierung der Chirurgie

Neue Möglichkeiten in der Implantat- und Gewebsversorgung im Gesicht durch 3-D

Professor Dr. med. Dr. dent. Nils-Claudius Gellrich
Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
(DGMKG); Direktor der Klinik und Poliklinik für MKG-Chirurgie an der Medizinischen
Hochschule Hannover

Kardiologen oder Herzchirurgen: Wer operiert zukünftig am Herzen?

Professor Dr. med. Friedrich Wilhelm Mohr
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG);
Direktor der Klinik für Herzchirurgie am Herzzentrum der Universität Leipzig

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Anne-Katrin Döbler, Christine Schoner, Christina Seddig
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-573
Telefax: 0711 8931-167
E-Mail: schoner@medizinkommunikation.org;
www.chirurgie2012.de, www.dgch.de

Pressekontakt in Berlin:

Pressebüro Raum 50, ICC Berlin
Tel.: 030 /3038 - 7550
Fax: 030/3038 -81013





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
129. Kongress

24. – 27. April 2012 ICC-Berlin



**Chirurgie
in Partnerschaft**

Präsident 2011/12:
Prof. Dr. Markus W. Büchler

Donnerstag, 26. April 2012, 11.30 bis 12.30 Uhr

Raum 42, ICC – Internationales Congress Centrum Berlin, Messegelände – Eingang:
Kleiner Stern

Ihre Themen und Referenten

Schmerzmanagement, Ernährung und Wundversorgung:

Thementag: Perioperative und Intensivmedizin

Professor Dr. med. Markus W. Büchler

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCh);

Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie,
Universität Heidelberg

Magen, Darm- und Speiseröhrenkrebs:

Der schmale Grat zwischen wichtigem Organerhalt und effizienter Krebstherapie

Professor Dr. med. Michael Betzler

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Klinik
für Allgemeine, Unfall- und Gefäßchirurgie, Alfried Krupp Krankenhaus Essen

Immer mehr Risikofreudige und Ältere, die sich wagen:

Schwere Verletzungen bei Risikosportarten zu Lande, zu Wasser und in der Luft

Professor Dr. med. Christoph Josten

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU); Direktor der Klinik und

Poliklinik für Unfall-, Wiederherstellungs- und Plastische Chirurgie am Universitätsklinikum
Leipzig

Verschluss der Beinschlagader, Gefäßengstellen oder Aneurysmen:

Wann ist der Katheter-Eingriff an Gefäßen die bessere Wahl?

Professor Dr. med. Werner Lang

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG);

Leiter der Gefäßchirurgischen Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen

Fehlerhafte Medizinprodukte und übersteigerte Patientenerwartungen –

Die Grenzen der ästhetischen Chirurgie

Professor Dr. med. Peter M. Vogt

Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen

Chirurgen (DGPRÄC); Direktor der Klinik und Poliklinik für Plastische, Hand- und
Wiederherstellungschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh)

Anne-Katrin Döbler, Christine Schoner, Christina Seddig

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-573

Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: schoner@medizinkommunikation.org;

www.chirurgie2012.de, www.dgch.de

Pressekontakt in Berlin:

Pressebüro Raum 50, ICC Berlin

Tel.: 030 /3038 - 7550

Fax: 030/3038 -81013





Freitag, 27. April 2012, 11.30 bis 12.30 Uhr

Raum 42, ICC – Internationales Congress Centrum Berlin, Messegelände

Ihre vorläufigen Themen und Referenten

Patientengerechte und moderne Klinikführung, Arzt-Patienten-Kommunikation:

Thementag: Organisation und Management

Professor Dr. med. Markus W. Büchler

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH);

Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie,
Universität Heidelberg

Patientensicherheit ist Chefsache

Die zentrale Bedeutung einer gelebten Sicherheitskultur in der Chirurgie

Professor Dr. med. Hartwig Bauer

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

Fehlbildungen an Lunge und Speiseröhre bei Säuglingen

Neue Behandlungskonzepte in der Früh- und Neugeborenenchirurgie

Professor Dr. med. Jörg Fuchs

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH); Ärztlicher Direktor der
Kinderchirurgischen Klinik, Universität Tübingen

Ökonomischer Druck in der Chirurgie:

Wird vor allem zum Wohle des Krankenhauses operiert?

Professor Dr. med. Joachim Jähne

3. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie DGCH, Chefarzt der Klinik für
Allgemein- und Viszeralchirurgie, Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung, Hannover

Pflege auf Augenhöhe:

Neue Anforderungen an das Pflegepersonal von Morgen

Gisela Müller

Leiterin des Pflegedienstes, Chirurgische Klinik und Klinik für Anästhesiologie,
Universitätsklinikum Heidelberg

und

Edgar Reisch

Pflegedirektor und Mitglied des Vorstandes des Universitätsklinikums Heidelberg

Der Schnitt ist immer gleich –

Müssen Frauen und Männer unterschiedlich operiert werden?

Professor Dr. med. Beate Rau

Sprecherin der AG Genderforschung der DGVS und DGAV, Oberärztin an der Klinik für
Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie, Charité-Universitätsmedizin Campus Mitte

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Anne-Katrin Döbler, Christine Schoner, Christina Seddig

Telefon: 0711 8931-573

Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: schoner@medizinkommunikation.org;

Pressekontakt in Berlin:

Pressebüro Raum 50, ICC Berlin

Tel.: 030 /3038 - 7550

Fax: 030/3038 -81013





Bestellformular Fotos

**Vorab-Pressekonferenz anlässlich des
129. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)**

Termin: Montag, 23. April 2012, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Grand Hyatt Berlin, Salon Richard Rogers, Marlene-Dietrich-Platz 2, 10785 Berlin

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

- Professor Dr. med. Markus W. Bächler
- Professor Dr. med. Hartwig Bauer
- Professor Dr. med. Ferdinand Köckerling

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

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Anne-Katrin Döbler, Christine Schoner, Christina Seddig
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-573
Telefax: 0711 8931-167
E-Mail: schoner@medizinkommunikation.org;
www.chirurgie2012.de, www.dgch.de

Pressekontakt in Berlin:

Pressebüro Raum 50, ICC Berlin
Tel.: 030 /3038 - 7550
Fax: 030/3038 -81013

