



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
130. Kongress
30. April - 3. Mai 2013 • ICM München



CHIRURGIE MIT
LEIDENSCHAFT
& AUGENMAß

Vorab-Pressekonferenz anlässlich des 130. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Dienstag, 23. April 2013, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Künstlerhaus München, Lenbachzimmer

Anschrift: Lenbachplatz 8, 80333 München

„Chirurgie mit Leidenschaft und Augenmaß“ Highlights des 130. Chirurgenkongresses in München

Themen und Referenten:

Highlights des 130. Chirurgenkongresses

Transplantation: Welche Auswege gibt es nach den Skandalen?

Professor Dr. med. Dr. h. c. Karl-Walter Jauch

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Klinikum Großhadern der Ludwig-Maximilians-Universität, München

Mindestoperationszahlen an Kliniken: Falscher Anreiz oder notwendig für Qualitätssicherung und Patientensicherheit?

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

Alles eine Frage der Indikation: zu viel, zu wenig oder Operationen bei den Falschen?

Professor Dr. med. Stefan Post

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Direktor der Chirurgischen Klinik, Universitätsmedizin Mannheim

Krebs im Kindesalter:

Wie der einst tödliche Wilms-Tumor heute zur heilbaren Krankheit wird

Professor Dr. med. Udo Rolle

Tagungspräsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) 2013

Direktor der Klinik für Kinderchirurgie, Klinikum und Fachbereich Medizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Moderation:

Anne-Katrin Döbler

Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Stuttgart

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.chirurgie2013.de, www.dgch.de

Pressekontakt in München:

Pressebüro Raum 22a, ICM München

Tel.: 089 94979-409

Fax: 089 94979-854



Vorab-Pressekonferenz anlässlich des 130. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Dienstag, 23. April 2013, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Künstlerhaus München, Lenbachzimmer

Anschrift: Lenbachplatz 8, 80333 München

„Chirurgie mit Leidenschaft und Augenmaß“ Highlights des 130. Chirurgenkongresses in München

Inhalt:

Pressemeldungen:

**Chirurgen tagen gemeinsam in München:
Sichere Operationen – durch Leidenschaft und Augenmaß**

**Konkurrenzdruck und schlechte Organverteilung:
DGCH-Präsident kritisiert Systemfehler bei
Transplantationen**

**Organspende rettet Leben
Chirurgen und Internisten gründen Task Force
Transplantationsmedizin**

**Nierenkrebs bei Kindern immer häufiger heilbar
„Das Paradebeispiel für eine heilbare bösartige
Erkrankung“**

Redemanuskripte:

Professor Dr. med. Dr. h. c. Karl-Walter Jauch

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

Professor Dr. med. Stefan Post

Professor Dr. med. Udo Rolle

Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Curriculum Vitae der Referenten

Übersicht Pressekonferenzen des 130. 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.chirurgie2013.de, www.dgch.de

Pressekontakt in München:

Pressebüro Raum 22a, ICM München
Tel.: 089 94979-409
Fax: 089 94979-854



PRESSEMITTEILUNG

130. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Chirurgen tagen gemeinsam in München:

Sichere Operationen – durch Leidenschaft und Augenmaß

München, 23. April 2013 – Das Durchschnittsalter der chirurgischen Patienten in der Klinik hat sich in den letzten 20 Jahren um etwa zehn Jahre erhöht. Ärzte und Pflegepersonal in der Chirurgie haben so deutlich mehr mit Alterserkrankungen wie Lungen- und Herz-Erkrankungen, Osteoporose, Arterienverkalkung, Mangelernährung oder Demenz zu tun, die den Behandlungserfolg gefährden. Auf dem 130. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) vom 30. April bis 3. Mai 2013 in München diskutieren rund 5500 Chirurgen aller Fachdisziplinen, mit welchen Konzepten die Operation und Genesung älterer Patienten künftig verbessert werden kann. Auch die aktuellen Diskurse um Bonuszahlungen, wie auch Innovationen im Operationssaal und Patientensicherheit sind Schwerpunkte des Kongresses.

Mit der steigenden Lebenserwartung in der Bevölkerung steigen auch die Wünsche an Lebensqualität und Beweglichkeit im Alter – das verlangt Höchstleistungen vom Operateur. Gleichzeitig sehen sich Ärzte in Klinik und Praxis wachsendem ökonomischem Druck ausgesetzt. „Wir müssen höchsten persönlichen Einsatz mitbringen und mit Leidenschaft für das Fach eintreten, um die alltäglichen Hürden zu meistern. Ergänzend zur Leidenschaft ist das richtige Augenmaß notwendig – in der täglichen Behandlung des Patienten und im Umgang mit Kollegen“, erläutert Professor Dr. med. Karl-Walter Jauch, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Nur so lasse sich der hohe Qualitätsstandard in Forschung und Praxis erhalten. Alle Schwerpunktthemen des diesjährigen Chirurgenkongresses in München stehen daher unter dem Motto „Chirurgie mit Leidenschaft und Augenmaß“.

Der erste der vier Thementage widmet sich der „Chirurgie im hohen Lebensalter“. 20 Prozent der über 70-Jährigen leiden unter mindestens fünf Erkrankungen gleichzeitig. „Das erfordert, dass wir sehr genau prüfen, ob eine Indikation zur Operation angesichts von Begleiterkrankungen oder eingeschränkten Kräftereserven gegeben ist, welches Operationsverfahren sich eignet und dass es ein postoperatives Konzept gibt“, erklärt Jauch, der die Chirurgische Klinik und Poliklinik des Klinikums Großhadern der Ludwig-Maximilians-Universität München leitet. Experten diskutieren am ersten Kongresstag unter





anderem, wann Chirurgen Gelenke oder Hüften älterer Menschen erhalten oder besser ersetzen und wie Komplikationen verhindert werden können.

Die aktuelle Diskussion um Zielvereinbarungen in Arztverträgen hat den „Arbeitsplatz Chirurgie“ auch in den öffentlichen Fokus gerückt. Am „Tag der Arbeit“ diskutieren Chirurgen auf dem Kongress gemeinsam mit Vertretern der Krankenhausdirektion notwendige Schritte zur Verbesserung der Arbeitssituation in Klinik und Praxis sowie über Führungskultur und Verantwortung. „Denn wir möchten den Nachwuchs weiterhin für das Fach begeistern und nicht mehr akzeptierte Arbeitsbedingungen und Demotivation vermeiden“, sagt Jauch. Auch dieses Jahr bietet die DGCh das „Studentenforum“ an, um den Nachwuchs für das chirurgische Fach zu begeistern: Interessierte Medizinstudenten können im „Skills Lab“ unter Anleitung ihre chirurgischen Fertigkeiten testen. An den beiden anderen Kongresstagen stehen Innovationen in der Chirurgie und die Patientensicherheit auf der Agenda.

Neben den täglichen Sitzungen und Vorträgen bieten die Veranstalter Kongressbesuchern Exkursionen an: Zu besichtigen sind Europas größtes zusammenhängendes OP-Zentrum, dessen Eröffnung 2014 geplant ist, ein weltweit führendes Unternehmen der chirurgischen Navigationstechnik, eine Firma, die Stammzellpräparate zur Patientenbehandlung herstellt, und die erste vollklinische Protonen-Bestrahlungsanlage Europas (RPTC). Das wissenschaftliche Programm gestaltet die DGCh gemeinsam mit ihren zehn Mitgliedsgesellschaften der Allgemein- und Viszeral-, Gefäß-, Herz-, Kinder-, Neuro-, Mund-Kiefer-Gesichts-, Thorax-, Unfall- und Plastischen Chirurgie sowie der Orthopädie. Weitere Informationen zum Programm und Hinweise zur Anmeldung finden Interessierte unter www.chirurgie2013.de.

Thementage:

Dienstag, 30. April 2013

Thementag: „Chirurgie im hohen Alter“

Mittwoch, 1. Mai 2013

Thementag: „Arbeitsplatz Chirurgie“

Donnerstag, 2. Mai 2013

Thementag: „Zukunftssicherung durch Innovation“

Freitag, 3. Mai 2013

Thementag: „Patientensicherheit, Leitlinien und personalisierte Chirurgie“



DGNC
Deutsche Gesellschaft
für Neurochirurgie





PRESSEMITTEILUNG

130. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

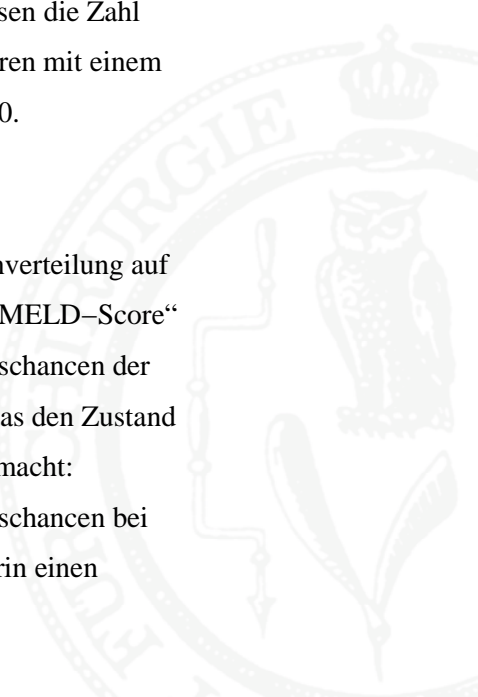
Konkurrenzdruck und schlechte Organverteilung:

DGCH-Präsident kritisiert Systemfehler bei Transplantationen

München, 23. April 2013 – Der Skandal um gefälschte Laborwerte bei Lebertransplantationen ist für den Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Professor Karl-Walter Jauch, nicht zuletzt auch zurückzuführen auf „Systemfehler“ in der deutschen Transplantationsmedizin. Dies betont Jauch im Vorfeld des 130. Chirurgenkongresses. Insbesondere sei die Konkurrenz um Organe zwischen den Kliniken in Deutschland zu hoch. Der DGCH-Vorsitzende fordert daher, die Zahl der Kliniken von 47 auf sechs übergeordnete Zentren zu verringern.

Kriminelles Verhalten von Ärzten ist für Professor Dr. med. h. c. Karl-Walter Jauch nicht zu entschuldigen. Der Direktor der Chirurgischen Klinik am Campus Großhadern der Universität München (LMU) ist aber überzeugt, dass „gewisse Rahmenbedingungen ein Fehlverhalten von Medizinern in der Transplantationsmedizin begünstigen“. Er nennt drei Kritikpunkte. Zum einen sei der Konkurrenzdruck zwischen den Transplantationszentren in Deutschland teilweise erdrückend. Die Folge sei ein Verteilungskampf um knappe Organe. Um als Klinik möglichst viele davon zu erhalten, würden auch Patienten auf der Warteliste angemeldet, die selbst mit neuer Leber schlechte Überlebensaussichten haben. Den höchsten Konkurrenzdruck gibt es laut Professor Jauch in Bayern, mit vier Transplantationszentren auf zehn Millionen Einwohner. In Baden-Württemberg seien es auf zehn Millionen Menschen zwei Zentren, in Großbritannien und den USA weniger. „Wir müssen die Zahl von 47 Transplantationszentren in Deutschland auf sechs übergeordnete Zentren mit einem Netzwerk assoziierter Organzentren reduzieren“, fordert der Präsident des 130. Chirurgenkongresses.

Einen zweiten Systemfehler sieht der Transplantationsmediziner in der Organverteilung auf die Patienten. Im Jahr 2006 hat Deutschland aus den USA den sogenannten „MELD-Score“ übernommen: Anhand von drei Laborwerten lassen sich damit die Überlebenschancen der Patienten nach einer Lebertransplantation bewerten. Aus einem Instrument, das den Zustand des Patienten anzeigt, habe Deutschland jedoch das „sickest first“-Prinzip gemacht: Patienten mit hohem MELD-Score würden bevorzugt, obwohl die Überlebenschancen bei diesen schwer kranken Menschen am geringsten sind. Chirurg Jauch sieht darin einen





folgeschweren Fehler. In Deutschland würden ein Jahr nach der Lebertransplantation noch 75 Prozent der Patienten leben, in den USA, Kanada und Großbritannien seien es über 90 Prozent. Professor Jauch: „Diese Zahlen sind weder international zu rechtfertigen, noch werden sie den Erwartungen von Spendern und deren Familien gerecht, die auf einen sinnvollen Einsatz der Organe hoffen“.

Der dritte Punkt betrifft eine aus Sicht des Experten mangelnde Professionalität in der Transplantationsmedizin. Das Fachgebiet sei heute nur ein Zwischenschritt in der beruflichen Laufbahn, ein „temporärer Karrierebeschleuniger auf dem Weg zum Professor oder zum Chefarzt“. Darunter leiden nach Erfahrung des DGCH-Präsidenten „professionelle Werte wie Redlichkeit, Verlässlichkeit, Transparenz und Menschenfreundlichkeit“. Wie in anderen chirurgischen Bereichen könnte ein dreijähriges Ausbildungskonzept die Qualität in der Transplantationsmedizin sichern.

Neben mehr Transparenz in der Qualifikation eines Transplantationszentrums fordert Professor Jauch eine Form der Organvergabe, die auch die Erfolgsaussichten der Transplantation berücksichtigt. Davon abgesehen müsse aber ein Fehlverhalten von Ärzten persönliche Konsequenzen haben. „Auch wenn am Ende die grotesksten Betrugsfälle keine strafrechtliche Relevanz haben werden, sollten sie doch zumindest standesrechtlich geahndet werden“, fordert Professor Jauch: „Ein darüber Hinwegsehen ist nicht vertretbar, würde zu Recht in der Bevölkerung auf Unverständnis stoßen und der ärztlichen Selbstverwaltung als Makel anhaften“.

Die ausführliche Stellungnahme finden Sie hier:

DGCH-Mitteilungen 2/2013, S. 102ff.

http://www.dgch.de/fileadmin/media/texte_pdf/2013-02_DGCH-Mitteilung.pdf

Terminhinweis:

Aktuelle Stunde Transplantation

Termin: Freitag, 3. Mai 2013, 12.00 bis 13.00 Uhr

Ort: Saal 4, ICM München





Deutsche Gesellschaft
für Innere Medizin e.V.

PRESSEMITTEILUNG

130. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Organspende rettet Leben

Chirurgen und Internisten gründen Task Force Transplantationsmedizin

München, April 2013 – Im Jahr 2012 transplantierten Ärzte in Deutschland 3706

Organe: Herz, Nieren, Leber, Lunge, Bauchspeicheldrüse und Dünndarm. Eine Organtransplantation verbessert die Lebensqualität der meisten Empfänger erheblich, vielen von ihnen rettet sie das Leben. Um hierzulande die Prozesse und die Qualität von Organspenden zu verbessern, haben die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) jetzt eine „Task Force Transplantationsmedizin“ gegründet. Ziel ist es, dass Transplantationen zu jeder Zeit transparent und noch erfolgreicher verlaufen und geltenden Standards entsprechen. Zudem sollten Patienten bestmöglich davon profitieren und Ärzte anhand messbarer Kriterien, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst sind, nachvollziehbare Entscheidungen treffen können.

Das Gremium wird Richtlinien und Standards für die Vergabe und den Umgang mit Spenderorganen erarbeiten. „Klarer Konsens und wichtige Maßgabe ist, dass wir über Transplantationen künftig immer interdisziplinär entscheiden“, betont Past-Präsidentin Professor Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann aus Wiesbaden. Denn beide Disziplinen begleiten eine Organspende in der Regel gleichermaßen intensiv: Der Internist behandelt den Patienten lückenlos vor und nach der Operation. Der Chirurg führt die Transplantation durch und ist damit in die Therapie entscheidend eingebunden.

Als wissenschaftliche Fachgesellschaften sehen DGIM und DGCH es als ihre Aufgabe an, objektive, messbare und bundesweit geltende Parameter nach aktuellem Wissensstand weiter zu entwickeln. Dringlichkeit und Aussicht auf Erfolg einer Transplantation bestimmen den Vorgang wesentlich, erläutert DGCH-Generalsekretär Professor Dr. Dr. med. Hans-Joachim Meyer aus Berlin: „In ethisch und medizinisch derart komplexen Fragen benötigen die behandelnden Ärzten klare, nachvollziehbare Vorgaben und Entscheidungskompetenzen.“ Diese müssten noch vor einer übergeordneten Überwachung durch Bundesärztekammer und Politik gelten.



Ein Maß für den Schweregrad einer Lebererkrankung etwa ist der sogenannte „labMELD-Score“, der sich aus mehreren Laborwerten zusammensetzt. Je höher der MELD-Score, desto höher das Risiko, innerhalb der nächsten drei Monate zu versterben. Eindeutige Regeln fordert die DGIM auch für Patienten mit Leberzellkrebs oder bei alkoholinduzierter Lebererkrankung sowie bei der Labordiagnostik. „Ein Problem ist, dass messbare Kriterien wie diese wegen Ausnahmeregelungen immer wieder außer Kraft gesetzt werden“, bedauert Professor Ulrich R. Fölsch, Generalsekretär der DGIM aus Kiel.

Auch die organisatorische Seite gelte es zu vereinheitlichen: Daten müssten sicher und vollständig übertragbar sein, um die Transparenz zu verbessern. Die Task Force fordert deshalb eine lückenlose schriftliche Dokumentation sämtlicher Schritte des Transplantationsvorgangs: „Von der Anzeige für eine Transplantation bis zur Zuteilung des Organs müssten Internisten und Chirurgen interdisziplinär zukünftig noch enger zusammenarbeiten“, betont Professor Dr. med. Karl-Walter Jauch, Präsident der DGCH aus München. Um ärztliche Qualität zu sichern, wird das Gremium seine Vorschläge auch in die Novelle der ärztlichen Weiterbildungsordnung einbringen.

Die Task Force Transplantationsmedizin ist paritätisch besetzt: Jeweils fünf Experten von DGIM und DGCH gehören ihr an, außerdem ein Repräsentant der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und ein Medizinethiker. Transplantationsmedizin in Deutschland war sowohl ein Thema auf dem 119. Internistenkongress, der vom 6. bis 9. April 2013 in Wiesbaden stattfand, und ist Thema auf dem 130. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, der vom 30. April bis 3. Mai 2013 in München stattfinden wird.

Terminhinweis:

Aktuelle Stunde Transplantation

Termin: Freitag, 3. Mai 2013, 12.00 bis 13.00 Uhr

Ort: Saal 4, ICM München



PRESSEMITTEILUNG

130. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCh)

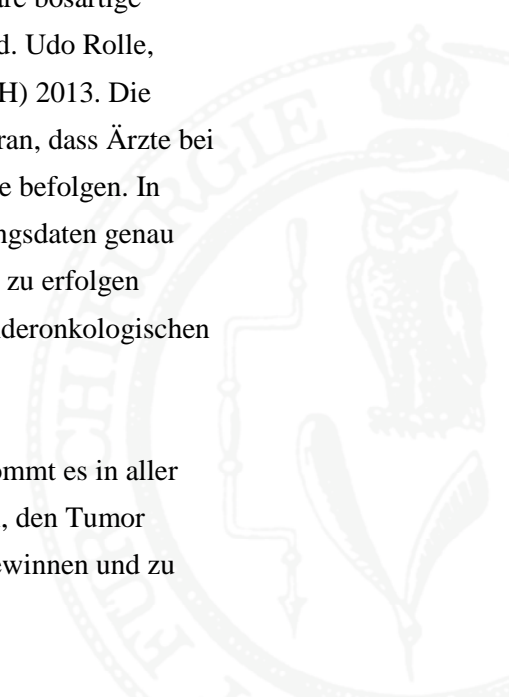
Nierenkrebs bei Kindern immer häufiger heilbar:

„Das Paradebeispiel für eine heilbare bösartige Erkrankung“

München, 23. April 2013 – Krebs kann bereits junge Kinder befallen. Deren Chancen auf Heilung haben sich in den letzten 30 Jahren von durchschnittlich 20 Prozent auf bis zu 80 Prozent gesteigert. Dies zeigt sich insbesondere beim sogenannten Wilms-Tumor. Der häufigste Nierentumor bei Kindern galt früher als tödliche Erkrankung. Heute überleben mehr als 90 Prozent der kleinen Patienten die bösartige Erkrankung. Dieser Erfolg liege vor allem daran, dass Ärzte den Krebs nach bundesweit einheitlichen Standards bekämpfen, berichtet ein Kinderchirurg im Vorfeld des 130. Chirurgenkongresses. Das Vorgehen ist heute Vorbild für die Erwachsenenonkologie. Wie entscheidend auch die enge Zusammenarbeit von Kinderarzt, Kinderchirurg und Strahlentherapeut in spezialisierten Einrichtungen ist, erläutert der Experte auf der heutigen Vorab-Pressekonferenz in München.

Weil er rasch wächst und früh Tochtergeschwulste bildet, gilt der Wilms-Tumor, auch Nephroblastom genannt, als besonders bösartig. Der Nierentumor ist für rund sechs Prozent aller Krebsfälle im Kindes- und Jugendalter verantwortlich. Rund 110 Kinder und Jugendliche erkranken jährlich in Deutschland daran, vor allem kleine Kinder: Circa 70 Prozent der Patienten sind zwischen einem und fünf Jahre alt. Dennoch hat die Krankheit in den vergangenen Jahrzehnten einiges von ihrem Schrecken verloren. Ursprünglich lag die Überlebensrate bei weniger als 30 Prozent, inzwischen werden mehr als 90 Prozent der Patienten geheilt. „Der Wilms-Tumor ist das Paradebeispiel für eine heilbare bösartige Erkrankung. Das ist eine medizinische Revolution“, sagt Professor Dr. med. Udo Rolle, Tagungspräsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) 2013. Die Ursachen für die erheblich verbesserten Heilungsraten lägen zum einen daran, dass Ärzte bei der Diagnostik und der Therapie konsequent die standardisierten Protokolle befolgen. In diesen Behandlungspfaden ist auf der Grundlage internationaler Behandlungsdaten genau festgelegt, wann welche Maßnahmen bei welcher Ausprägung des Tumors zu erfolgen haben. Zum anderen ist laut Rolle die Behandlung in interdisziplinären kideronkologischen Zentren von wesentlicher Bedeutung.

Dabei übernehmen Chirurgen die Schlüsselfunktion, denn falls möglich kommt es in aller Regel mit einer Diagnose „Wilms-Tumor“ zur Operation. Sie hat zum Ziel, den Tumor vollständig zu entfernen, Tumormaterial für weitere Untersuchungen zu gewinnen und zu





überprüfen, wie weit sich der Tumor ausgebreitet hat. Unbedingt vermeiden müssen Chirurgen, dass der Tumor während der Operation eröffnet wird und sich im Bauchraum verstreut. „Deshalb ist es wichtig, dass die Operation von einem erfahrenen Kinderchirurgen vorgenommen wird“, sagt Rolle, der als Direktor die Klinik für Kinderchirurgie der Universitätsklinik in Frankfurt am Main leitet. Er stützt sich dabei auf Studienergebnisse, die zeigen, dass der Tumorriss bei erfahrenen Operateuren und Kinderchirurgen wesentlich seltener vorkommt und damit auch die Überlebensrate steigt.

Auch die Zusammenarbeit mit anderen Fachärzten hat zur Steigerung der Überlebensrate beigetragen: Sofern es den kleinen Patienten zumutbar ist, erfolgt bereits vor der Operation eine Chemotherapie. Sie kann den Tumor verkleinern und ihn besser handhabbar machen. „In der Fachwelt wurde das Vorgehen lange diskutiert. Wir haben jetzt eindeutige Ergebnisse, dass die vorgeschaltete Chemotherapie den Tumor nicht nur verkleinert, sondern auch das Risiko des Tumorrisses erheblich reduziert“, erläutert Rolle. Von der befallenen Niere entnehmen die Operateure nur so viel wie nötig. Kinderchirurgen haben dazu chirurgische Behandlungsrichtlinien erarbeitet, die helfen, Organe so weit wie möglich zu erhalten und die Kinder durch schonende Operationsverfahren nicht zu verstümmeln.

Auch nach der Operation ist häufig eine weitere Chemotherapie nötig, in manchen Fällen zusätzlich eine Strahlentherapie. „Die Erfolgsgeschichte bei der Behandlung des Wilms-Tumors und anderer Krebsarten bei Kindern zeigt, wie wichtig bei der Krebsbekämpfung die koordinierte Zusammenarbeit von Ärzten verschiedener Fachrichtungen in spezialisierten Zentren ist“, sagt Rolle. Das Vorgehen ist heute auch Vorbild für verbesserte Behandlungskonzepte in der Erwachsenenonkologie. Über ihre Erfahrungen tauschen sich deshalb Chirurgen aller Teildisziplinen auf dem 130. Chirurgenkongress gemeinsam aus.

Literatur:

Jörg Fuchs et al.: Surgical Aspects in the Treatment of Patients with Unilateral Wilms Tumor, *Annals of Surgery*, Volume 249, Number 4, April 2009, DOI: 10.1097/SLA.0b013e31819ed92b

Andrew M. Davidoff et al.: Wilms Tumor, *Adv Pediatr.* 2012 ; 59(1): 247–267. doi:10.1016/j.yapd.2012.04.001

Terminhinweis:

Kongresssitzung: Kinderonkologie

Termin: Dienstag, 30. April 2013, 9.00 bis 10.30 Uhr
Ort: Saal 11, ICM München



DGNC
Deutsche Gesellschaft
für Neurochirurgie



Highlights des 130. Chirurgenkongresses

Transplantation: Welche Auswege gibt es nach den Skandalen?

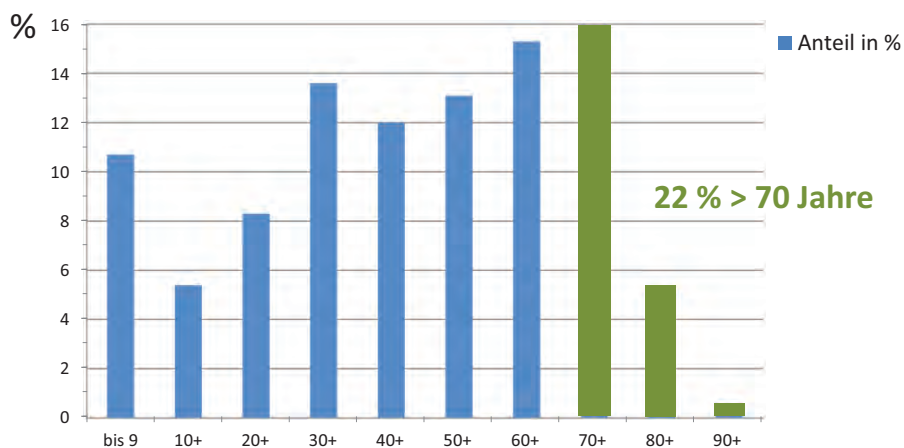
Professor Dr. med. Dr. h. c. Karl-Walter Jauch, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH),
Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Klinikum Großhadern der Ludwig-Maximilians-Universität,
München

**Highlights des
130. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie**

- Demographischer Wandel
- Arbeitsplatz Chirurgie
- Innovationen
- Patientensicherheit und Qualitätssicherung

Altersverteilung

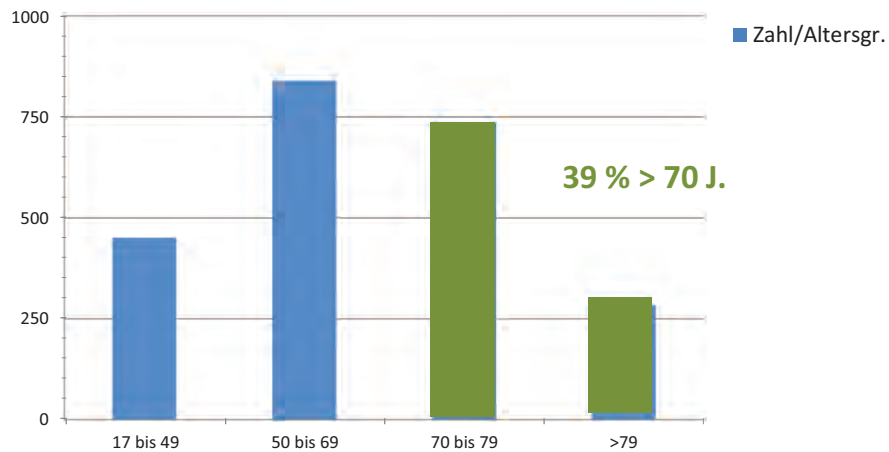
von 45.818 operierten Patienten am Klinikum der LMU in 2012



Altersverteilung

Intensivstation

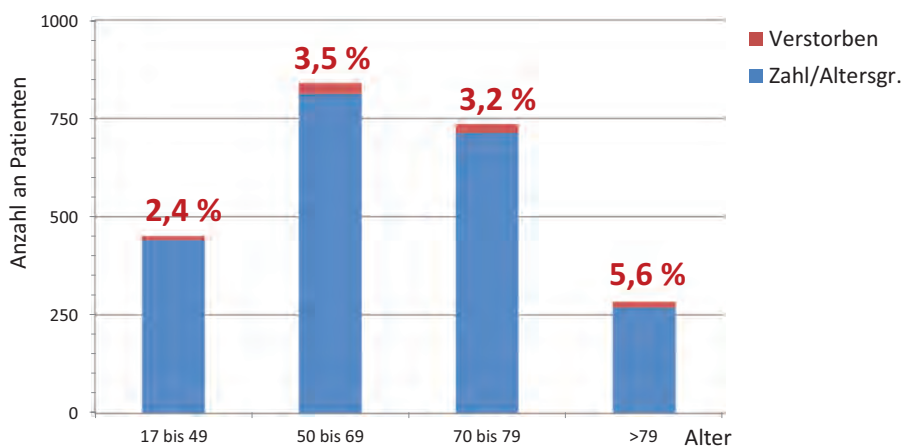
(2.236 Patienten der Klinik für Anaesthesiologie, 2012)



Altersverteilung

Intensivstation

(2.236 Patienten der Klinik für Anaesthesiologie, 2012)



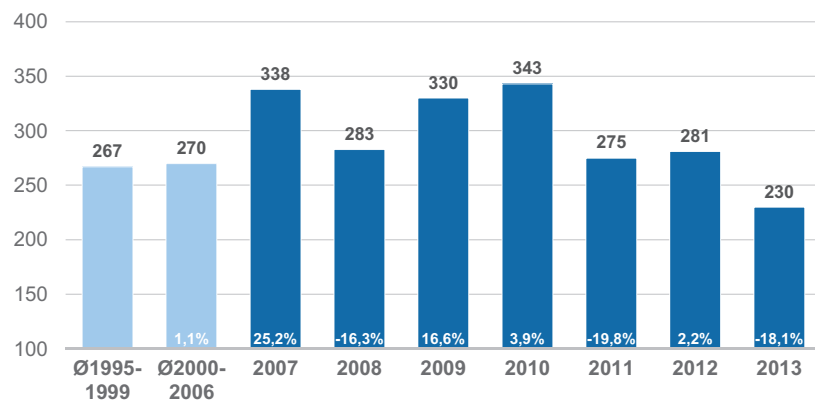
Medizinproduktegesetz- Forderungen der DGCH

- Zentralisierte Marktzulassung von Medizinprodukten mit mittlerem und hohem Risiko durch öffentliche Einrichtung, vergleichbar EMEA und nicht 84 privatwirtschaftliche Stellen
- Patientensicherheit durch wissenschaftlich einwandfreie Bewertungen des klinischen und patientenrelevanten Nutzens und der Nebenwirkungen auf der Basis von klinischen Studien
- Transparente Offenlegung der Zulassungsdaten auf einer freien Webseite (EUDAMED)
- Petition der ECRIN mit DGCH betreffend EUDirective Proposal 2012/542 zur Vermeidung von Patientengefährdung (Brustprothesen, Endoprothesen, mdProblem)

Postmortale Organspender in Deutschland

Januar bis März

- Veränderung zum Vorjahr in Prozent -



Organspende in Deutschland (Stand 31.03.2013)

Postmortale Organspender* in Deutschland - vorläufige Zahlen bis März -

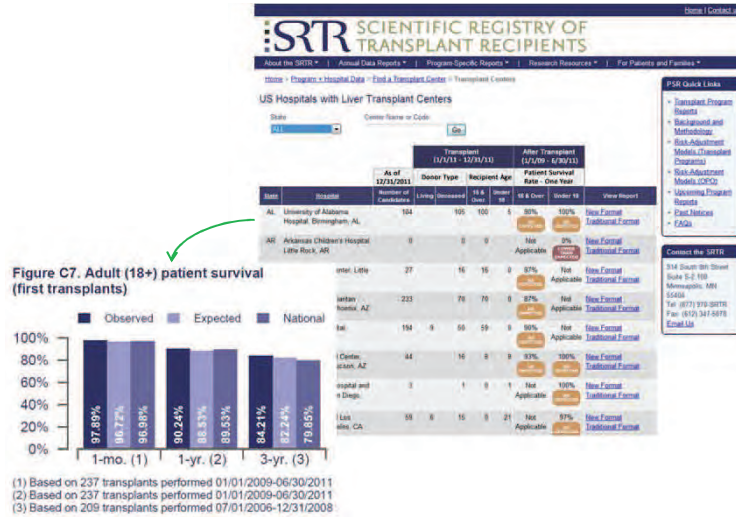
Region	1995-1999	2000-2006	2007		2008		2009		2010		2011		2012		05-06 Ø pro Monat	2013													
	Jahres- durchschn	Jahres- durchschn	ist Absolut	ist Absolut	ist Absolut	ist Absolut	ist Absolut	ist Absolut	ist Absolut	ist Absolut	ist Absolut	ist Absolut	ist Absolut	ist Absolut		Jan	Feb	Mrz	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez	Summe	
Nord	214,4	186,9	206	195	191	213	193	168	17,9	16,7	24	14	20	24	13	15	12	12	15										39
Nordost	119,0	149,0	150	140	146	144	129	113	9,9	11,7	11	11	13	13	13	11	13	11	6									30	
Ost	115,2	143,6	171	167	159	155	166	119	9,6	15,4	12	11	17	12	16	9	7	14	5								26		
Bayern	162,6	183,7	224	182	196	192	189	155	13,6	14,0	23	14	14	19	19	20	5	4	9								18		
Baden-Württemberg	117,6	131,7	161	136	127	134	115	119	9,8	9,1	12	6	9	15	5	5	7	15	10								32		
Mitte	127,4	138,6	162	120	139	202	165	141	10,6	11,0	13	3	18	15	15	8	9	10	13								32		
Nordrhein-Westfalen	210,0	184,9	239	258	259	256	243	231	17,5	15,1	22	19	28	25	21	37	12	20	21								53		
Deutschland	1.066,2	1.118,4	1.313	1.198	1.217	1.296	1.200	1.046	88,9	93,0	117	78	119	123	102	105	65	86	79	0	0	0	0	0	0	0	0	230	

Region	Januar bis März										Abweichungen IST 2013 zu			Hochrechnung 2013	
	1995-1999 kum. Monats- durchschnitt	2000-2006 Durchschnitt	2007 IST	2008 IST	2009 IST	2010 IST	2011 IST	2012 IST	2013 IST	1995-1999 kumul. Monats- durchschnitt	ist 2010-2012 Durchschnitt	IST 2012	Absolut	pro Mio. Einwohner	
Nord	53,6	46,3	59	50	57	50	45	42	39	-27,2%	-14,7%	-7,1%	156	11,8	
Nordost	29,8	37,0	33	41	33	43	27	33	30	0,7%	-12,5%	-9,1%	120	15,7	
Ost	28,8	36,6	39	44	46	42	39	31	26	-9,7%	-30,3%	-16,1%	104	12,0	
Bayern	40,7	39,6	71	39	45	44	37	46	18	-55,8%	-57,4%	-60,9%	72	5,7	
Baden-Württemberg	29,4	30,4	38	26	29	36	22	24	32	8,8%	17,2%	33,3%	128	11,8	
Mitte	31,9	33,0	41	25	42	54	38	26	32	0,3%	-18,6%	23,1%	128	11,5	
Nordrhein-Westfalen	52,5	46,6	57	58	78	74	67	79	53	1,0%	-27,7%	-32,9%	212	11,9	
Deutschland	266,7	269,5	338	283	330	343	275	281	230	-13,8%	-23,2%	-18,1%	920	11,2	

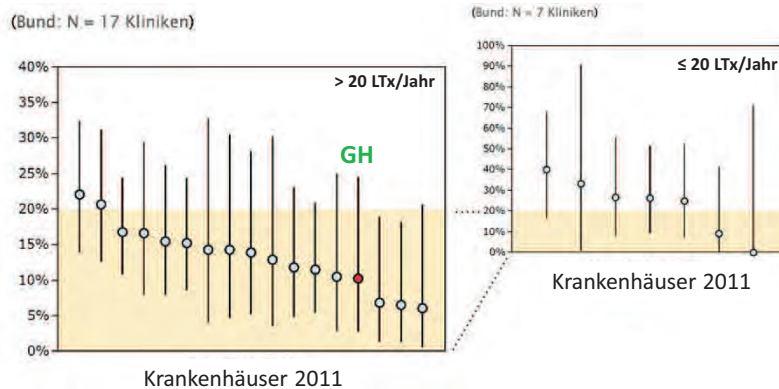
Forderungen der DGCH 23.4.2013

- Transparenz durch öffentliche Ergebnisdarstellung und Information
- Reduktion des Konkurrenzdrucks und rationale Planung der Zentrenzahl und Struktur
- Förderung eines Deutschen Zentrum für Transplantation mit Vernetzung und Register, QS und intersektoraler Nachsorge sowie Forschung
- Optimierung der Organallokation nach wissenschaftlicher Erkenntnis der Erfolgsaussichten (BÄK, Task Force DGIM-DGCH)
- Professionalisierung der Weiterbildung, Organentnahme und Transplantation mit flachen Hierarchien und Strukturvorgaben für Zentrenzulassung sowie Auditierung (BÄK, DSO, DGCH, DTG)
- Versachlichung der Diskussion um Sache und Personen
- Förderung der ärztlichen Berufsethik auf allen Ebenen und Vermeidung von Fehlanreizen

Transparentes Reporting der Ergebnisqualität in den USA

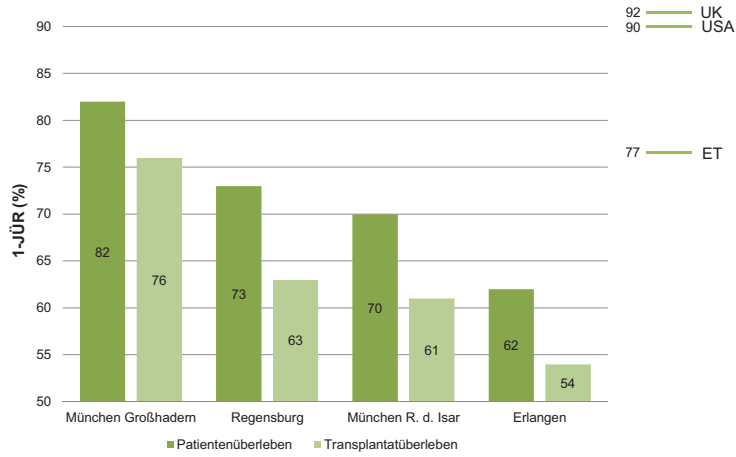


Perioperative Letalität nach Lebertransplantation



Quelle: AQUA Report 2011

1-Jahresüberleben nach Lebertransplantation



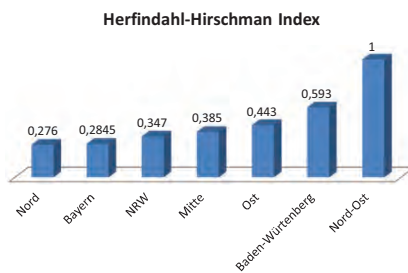
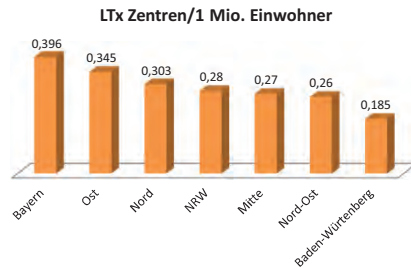
Quelle: „Mühlbacher“ Kommission 2007-2012, Patienten ≥18 Jahre, Bayerische Zentren ≥ 20 LTx/Jahr

Konkurrenzdruck beeinflusst die Empfänger- und Spenderselektion

(Auswahl)	Keine Konkurrenz %	Niedrige Konkurrenz %	Mittlere Konkurrenz %	Hohe Konkurrenz %	Trend p
Match MELD 31-40	10,0	14,8	20,1	28,2	<0,001
Dialyse	6,3	8,3	11,4	12,2	<0,001
Schlechter funktioneller Status	9,4	14,9	17,1	21,9	<0,001
Spenderalter 70+	2,3	6,0	3,2	7,8	<0,001
DRI >1,68	18,3	27,6	20,4	31,7	<0,001
Meld 31-40 DRI>1,68	1,8	2,8	3,2	6,2	<0,001

Center competition and outcome following liver transplantation.
Halldorson et al., Liver Transplantation, 2012

Konkurrenzdruck zwischen Lebertransplantations-Zentren

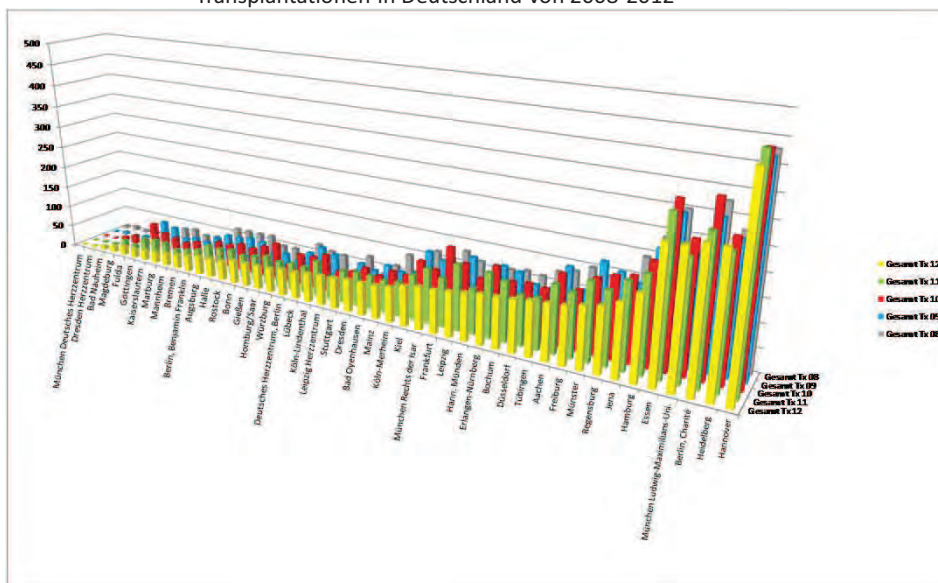


Der HHI errechnet sich der Summe der Quadrate von Marktanteilen in einer Spenderregion

HHI von 1 = keine Konkurrenz
 HHI von 0 = höchste Konkurrenz

(Halldorson et al., Liver Transplantation, 2012)

Transplantationen in Deutschland von 2008-2012



Transplantationsstandorte in Deutschland (n=47)



Lungentransplantationsprogramme in Deutschland (n=17)



- Nationale Kompetenzzentren (n=3)
- Organzentren (n=5)
- Zentren auf dem Prüfstand (n=2)
- Folgende Programme sind bereits heute zu hinterfragen:

	Trans. 08-12	Trans. 2012
Bad Oeynhausen	1	1
Köln-Lindenthal	2	0
Dresden Herzzentrum	3	0
Frankfurt	3	0
Kiel	6	1
Münster	22	6
Mainz	27	6

Herztransplantationsprogramme in Deutschland (n=25)



- Nationale Kompetenzzentren (n=7)
- Organzentren (n=4)
- Zentren auf dem Prüfstand (n=4)

Folgende Programme sind bereits heute zu hinterfragen:

	Trans. 08-12	Trans. 2012		Trans. 08-12	Trans. 2012
Homburg/Saar	2	0	Mainz	3	0
Essen	28	0	Frankfurt	9	1
Köln-Lindenthal	28	2	Göttingen	16	5
Aachen	32	6	Herzzentrum, Dresden	17	2
Kiel	35	6	Würzburg	17	4

Pankreastransplantationsprogramme in Deutschland (n=26)



- Nationale Kompetenzzentren (n=5)
- Organzentren (n=6)
- Zentren auf dem Prüfstand (n=7)

Folgende Programme sind bereits heute zu hinterfragen:

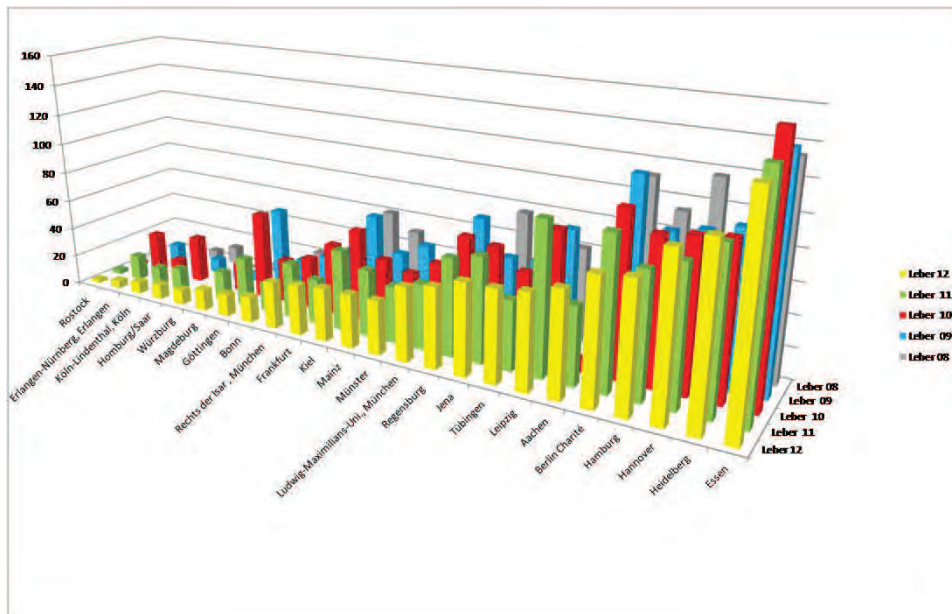
	Trans. 08-12	Trans. 2012		Trans. 08-12	Trans. 2012
Lübeck	4	0	Münster	10	2
Kaiserslautern	6	1	Rostock	12	2
Köln-Merheim	7	0	Mainz	19	4

Nierentransplantationsprogramme in Deutschland (n=40)



	Trans. 08-12	Trans. 2012
Göttingen	12	0
Fulda	72	20

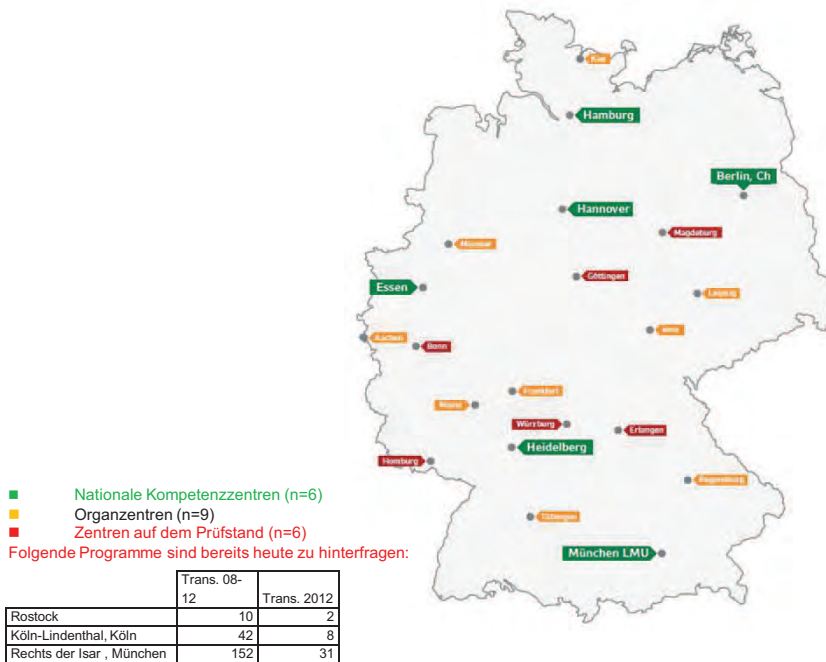
Lebertransplantationen 2008 - 2012



Lebertransplantationen 2008 - 2012

Ort	Leber 12	Leber 11	Leber 10	Leber 09	Leber 08	2008-2012
Rostock	2	3	2	0	3	10
Erlangen-Nürnberg, Erlangen	5	17	27	13	8	70
Köln-Lindenthal, Köln	8	12	11	5	6	42
Homburg/Saar	10	15	31	9	12	77
Würzburg	10	3	0	0	0	13
Magdeburg	14	20	19	7	6	66
Göttingen	15	33	58	55	9	170
Bonn	17	20	29	23	22	111
Rechts der Isar, München	31	37	34	29	21	152
Frankfurt	33	30	47	37	45	192
Kiel	35	53	60	64	61	273
Mainz	35	44	44	42	51	216
Münster	35	37	39	51	25	187
Ludwig-Maximilians-Uni., München	48	43	49	41	50	231
Regensburg	52	63	70	76	52	313
Jena	59	68	67	54	77	325
Tübingen	59	45	55	56	65	280
Leipzig	61	97	85	79	61	383
Aachen	67	50	8	0	0	125
Berlin Charité	79	96	104	118	112	509
Hamburg	81	79	92	88	94	434
Hannover	101	87	95	92	117	492
Heidelberg	110	101	97	97	91	496
Essen	139	144	158	143	134	718

Lebertransplantationsprogramme in Deutschland (n=24)





Aktuelle Stellungnahme zur Transplantationschirurgie

nach einem Vortrag bei der Veranstaltung:
Organtransplantation in Deutschland – was können wir aus den Skandalen lernen?
SZ Forum Gesundheit und Katholische Akademie, München, 1. März 2013

K.-W. Jauch

Der Transplantationsskandal, und hier möchte ich mich auf die Probleme der Lebertransplantation beschränken, legt gewisse Systemfehler der Deutschen Transplantationsmedizin offen.

Dies soll und kann persönliches Fehlverhalten in diesem Zusammenhang nicht entschuldigen. Ärztliches Verhalten ist eine verlässliche Richtschnur für richtig und falsch, – auch in diesem Skandal. Doch es gibt eben gewisse Rahmenbedingungen, die ein Fehlverhalten von Medizinern in der Transplantationsmedizin zumindest begünstigen. Dazu gehören ein über das stimulierende Maß hinausgehender *Konkurrenzdruck* zwischen den deutschen Transplantationszentren, ein ausschließlich auf *Dringlichkeit basiertes Organallokationssystem* und *mangelnde Professionalität* in der Transplantationsmedizin bzw. der Transplantationschirurgie, um bei meiner eigenen Profession zu bleiben.

Konkurrenzdruck zwischen Transplantationszentren

Im Bereich der Transplantation haben wir einen Anbietermarkt. Der Konkurrenzdruck zwischen den Deutschen Transplantationszentren ist teilweise erdrückend. Bei limitierten Ressourcen, in unserem Falle „Spenderorgane“ wird aus einem gesunden Konkurrenzkampf schnell ein Verteilungskampf. „*Konkurrenz belebt das Geschäft*“ – sagt man. „*Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe*“ heißt es im § 1 der gültigen Berufsordnung für Ärzte.

Bayern hat in Deutschland die höchste Dichte an Lebertransplantationszentren. 4 pro 10 Millionen Einwohnern, Baden-Württemberg im Vergleich knapp 2, in den USA und Canada sind es 1,5 und in Großbritannien 1 Zentrum pro 10 Millionen Einwohnern.

In 2013 wurde von Halldorson u. Mitarb. in der Zeitschrift *Liver Transplantation* ein interessanter Artikel zu diesem Thema mit dem Titel: „*Center competition and outcomes following liver transplantation*“ veröffentlicht (1). Anhand der US-Daten konnte gezeigt werden, dass sich die Auswahl von Patienten und Organen in Abhängigkeit vom regionalen Konkurrenzdruck ändert. Bei

einem hohen Konkurrenzdruck erfolgt eine Negativselektion, d. h., besonders kranke Patienten erhalten besonders schlechte Organe. Das Ergebnis ist ein schlechtes Patientenüberleben in Zentren die unter einem hohen Konkurrenzdruck stehen. Als Maß für den Konkurrenzdruck wurde, der aus den Wirtschaftswissenschaften bekannte, Hirschman-Herfindahl-Index verwendet. Ein Index von unter 0,38 bedeutet einen sehr hohen Konkurrenzdruck, ein Index von 1 keinen Konkurrenzdruck. Die Zentren in Bayern sind mit einem Index von 0,28 einem extremen Konkurrenzdruck unterworfen, während Berlin mit einem Index von 1 sich praktisch außerhalb der Konkurrenz bewegt.

Meines Erachtens ist es nicht verwunderlich, dass zwei der „Skandalzentren“ die Universitätsklinik *Regensburg* und *München Rechts der Isar* in der Region mit der höchsten Dichte an Zentren zu finden sind, die einem erbitterten Verdrängungswettbewerb unterliegen.

Dringlichkeitsbasierte Organallokation

Zur Erklärung: Der für die Organzuteilung in der Lebertransplantation verwendete MELD-Score errechnet sich aus 3 Laborwerten: dem Bilirubin (Maß der Gelbsucht), dem INR (Maß für die Blutgerinnung) und dem Kreatinin oder der Dialysepflichtigkeit als Maß der Nierenfunktion. Der errechnete Score kann Werte zwischen 6 und 40 annehmen und gibt die Wahrscheinlichkeit an, ohne eine Lebertransplantation zu versterben. Grob vereinfacht kann man davon ausgehen, dass ab einem MELD-Score von 15 das Überleben mit einer Transplantation besser ist als ohne, ab einem MELD-Score von 30 sterben ungefähr die Hälfte der Patienten innerhalb von 3 Monaten, wenn sie keine rettende Lebertransplantation erhalten. Ein MELD-Score von 40 ist mit einer 3-Monats-Sterblichkeit von 75% behaftet (2).

Als wir 2006 die MELD-basierte Leberallokation aus den USA übernommen haben, haben wir etwas falsch verstanden. Aus „*The principle is to allocate livers according to the patients medical need*“ habe wir das „*sickest first*“-Prinzip gemacht. Schon im



Gegründet 1872
Sitz Berlin

Corpus Hippokratikum, Über die Heilkunst, steht was die Medizin zu tun und lassen hat: „Kunst die Kranken von ihrem Leiden ganz zu befreien, die Heftigkeit von Krankheiten zu lindern, sich aber von der Behandlung derjenigen ganz fern zu halten, die schon von der Krankheit überwältigt sind.“ Aber das MELD-System in unserer Interpretation hat die Transplantation von „Patienten, die bereits von der Krankheit überwältigt waren“ incentiviert. Die Konsequenz sind kontinuierlich steigende MELD-Werte bis zur Allokation eines Spenderorgans. Momentan liegt der Allokations-MELD bei ca. 30.

Ab einem MELD von 30 gehen fast 40 % der Spenderorgane verloren, da die viel zu kranken Patienten kurz nach der Transplantation versterben (3). In Deutschland ist das 1-Jahres-Überleben ca. 75 %, verglichen mit über 90 % in den USA, Canada und Großbritannien. Um Transplantationszahlen zu „machen“ werden einfache medizinische Einsichten in den Wind geschlagen. „To work the system“ war und ist das geflügelte Wort, das benutzt wird, um die maximale Anzahl von Transplantationen aus dem Allokationssystem auf noch faire, aber schon teilweise medizinisch fragwürdige Weise zu generieren.

Mit Sicherheit führt auch das zentrumsspezifische Reporting der Transplantationsergebnisse in den USA, Canada und Großbritannien dazu, dass eine bessere Empfängerselektion vorgenommen wird, um schlechte Ergebnisse zu vermeiden. Diese Empfängerselektion ist die Grundvoraussetzung für ein funktionierendes MELD-basiertes Allokationssystem.

Der eigentliche Skandal ist also der ineffiziente Einsatz von Spenderorganen. Diese Zahlen sind weder international zu rechtfertigen noch werden sie den Erwartungen von Spendern und deren Familien gerecht, die auf einen sinnvollen Einsatz der Organe hoffen.

Mangelnde Professionalität der Transplantationschirurgie

Professionalität in der Transplantationsmedizin definiert mehr als Leistung und Können, nämlich berufliche Werte. Fehlverhalten entsteht in der Medizin immer dann, wenn diese professionellen Werte wie Redlichkeit, Verlässlichkeit, Transparenz, Menschenfreundlichkeit und eine gewisse Beitragsbereitschaft hinter persönliches Karrierestreben gestellt werden. Aber auch hier geht die Saat nur auf, wenn sie auf den richtigen Boden fällt.

Die deutsche Transplantationsmedizin vermutete schon lange um dubiose Leistungen. Ähnlich wie im Radsport, wurden die „Macher“ von fast unglaublichen Fallzahlsteigerungen gefeiert, hofiert und nicht hinterfragt. Wie professionell ist die Deutsche Trans-

plantationschirurgie? Es gibt keine wirklichen Karrieren in der Transplantationschirurgie. Das Feld war bis in die 90er-Jahre des vergangenen Jahrhunderts geprägt vom Pioniergeist und hat den Schritt in die Standardversorgung noch nicht abgeschlossen. Sie dient momentan überwiegend als temporärer Karrierebeschleuniger auf dem Weg zum Ordinarius oder zum Chefarzt. Dabei wird dieser Sektor im Vergleich zu viel häufigeren Eingriffen in der Tumor- und Versorgungschirurgie überbewertet. Es gibt nicht einmal eine Weiterbildung zum Transplantationschirurgen. Nirgends ist die Diskrepanz zwischen denen, die darüber Reden, und denen, die Machen, so groß wie in der deutschen Transplantationschirurgie.

Forderungen an die Transplantationsmedizin

Rückbesinnung auf das „ärztliche Handeln“ in der Transplantationsmedizin. Stark vereinfachende Lösung und eine fast reflexartig einsetzende Überregulierung können verantwortungsvolles ärztliches Handeln nicht ersetzen. Im Gegensatz befördert die Regulierung falsches Handeln, mit vermeidlichem Recht, in Bereichen, die noch nicht geregelt sind. Ich bin weiterhin davon überzeugt, dass auch nach wie vor die gute ärztliche Entscheidung besser für das Patientenwohl ist als jeder gutgemeinte Allokationsalgorithmus.

Reduktion des Konkurrenzdrucks und der Transplantationszentren auf ein „gesundes“ Maß. Ein überbordender Konkurrenzdruck wird zwangsläufig Fehlverhalten provozieren. Auch hier sei der Querverweis auf den Radsport erlaubt.

Transparenz der Struktur und Ergebnisqualität sollen dem Patient eine informierte Entscheidung über das für ihn bevorzugte Transplantationsprogramm ermöglichen.

Ein Organverteilungssystem, das auch die Erfolgsaussicht berücksichtigt. Dazu gehört auch die Einsicht, dass manche Patienten zum Zeitpunkt der möglichen Transplantation zu krank sind, um eine Transplantation mit einer akzeptablen Erfolgsaussicht durchzuführen.

Professionelle Transplantationschirurgie mit flachen Hierarchien. Attraktive Karriereoptionen für akademische Chirurgen, die langfristig zum Wohle der Patienten in der Transplantation tätig sein wollen. Ein Kollegialsystem wäre hierfür eine Lösung.

Personelle Konsequenzen. Auch wenn am Ende die grotesksten Betrugsfälle keine strafrechtliche Relevanz haben werden, sollten sie doch zumindest standesrechtlich geahndet werden. Ein erneutes darüber Hinwegsehen würde in der Bevölkerung



nicht verstanden werden und würde als schwerer Makel der ärztliche Selbstverwaltung anhaften.

Ich wünsche mir von den deutschen Transplantationschirurgen einen professionellen Umgang mit der Krise. Eine Aufklärung mit Augenmaß und medizinischem Sachverstand. Viel zu oft heben gerade Skandale und Krisen selbsternannte „Kenner der Materie“ mit geschwätzigem Halbwissen auf das Podium der Öffentlichkeit. Gerade die Transplantationsmedizin leidet unter einer skandalisierenden Berichterstattung in besonderem Maße. Nicht nur das Ansehen der Transplantationsmedizin als Ganzes nimmt Schaden, sondern die Folgen sind, aufgrund der reflexartigen Verweigerung der Bevölkerung Organe zu spenden, für viele Patienten tödlich.

Literatur

- 1 Halldorson JB, Paarsch HJ, Dodge JL et al. Center competition and outcomes following liver transplantation. *Liver Transpl* 2013; 19: 96–104
- 2 Wiesner R, Edwards E, Freeman R et al. Model for end-stage liver disease (MELD) and allocation of donor livers. *Gastroenterology* 2003; 124: 91–96
- 3 Schlitt HJ, Loss M, Scherer MN et al. [Current developments in liver transplantation in Germany: MELD-based organ allocation and incentives for transplant centres]. *Z Gastroenterol* 2011; 49: 30–38

Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. Karl-Walter Jauch
Präsident der DGCH

Die chirurgische Schule zu Beginn des 21. Jahrhunderts

Erster allgemeiner Teil des Vortrags zum Deutschen Chirurgenkongress Berlin 2012, anlässlich der „Ehrensitzung Professor H. G. Beger“

H. G. Beger

Ich danke **Präsident Bächerl** für die Ehre einer Sitzung zum 129. Deutschen Chirurgenkongress. Ich war 9 Jahre Mitglied im Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und weiß, wie viel Überzeugungsarbeit zu leisten ist, um von einer altbewährten Kongressstradition der DGCH abzuweichen. Die präsidiale Wahl des Themas: **Die chirurgische Schule Ulm** hat mich veranlasst, 10 Jahre nach dem Ausscheiden aus dem aktiven universitären Alltag, über die wissenschaftlichen, klinischen und personalen Langzeitergebnisse der Ulmer Klinik im Kontext einer modernen chirurgischen Schule nachzudenken und mit Hilfe des Web of Science, Journal Citation Analysis, Research Citation Analysis, die Leistungen der Ulmer Chirurgenschule in Klinik und Forschung im Vergleich zu anderen Universitätskliniken zu bewerten.

Die Formulierung „Die chirurgische Schule“ lässt keinen Platz für ein Fragezeichen zu, obwohl die Institution einer chirurgischen Schule schon seit Langem infrage gestellt wird. Ernst Kern hat in einem kritischen Vortrag bereits 1993 einen Bedeutungsverlust, ja das Ende chirurgischer Schulen prognostiziert, weil durch die Dominanz der Technisierung und Computerisierung, die E-Chirurgie eine persönliche Beziehung der Chirurgen zum Patienten einer ökonomisch bestimmten Anonymität gewichen ist (1). Aus dem Kreis deutscher Chirurgen haben auch H. J. Peiper, Göttingen (2), und G. Heberer, München (3), den Zustand chirurgischer

Schulen diskutiert und einen Bedeutungsverlust diagnostiziert, bedingt durch Änderung der Wertvorstellungen, Einschränkung der ärztlichen Verantwortung, Verschiebungen ethischer Positionen in der Entscheidungsfindung und Zwänge durch die tägliche Dominanz der Kostenfrage. **Ich finde Evidenz für die Feststellung, dass es nicht ein Mangel an Führungspersönlichkeiten ist, sondern eine zu wenig ausgeprägte und von den Gremien respektierte Führungskultur in der Chirurgie und im Gesundheitssektor, die Zweifel über den Bestand und die Bedeutung chirurgischer Schulen aufkommen lassen.**

Meine chirurgischen Lehrer, Emil Sebastian Bächerl, Berlin und Ben Eiseman, Denver, USA, waren autonome, selbstpositionierte, selbstkontrollierte, nie zertifizierte Autoritäten, die als Generalisten Therapieentscheidungen nach bestem Wissen, kontrolliert von eigener großer Erfahrung, getroffen haben.

Bernhard von Langenbeck formulierte vor 150 Jahren als Hauptziel der ersten bedeutsamen, chirurgischen Schule die wissenschaftliche Grundlage der Chirurgie, vom chirurgischen Handwerk zur wissenschaftlich begründeten chirurgischen Kunst (4). In der 1876 publizierten Schrift „Über das Lehren und Lernen der medizinischen Wissenschaften an den Universitäten der deutschen Nation“ schreibt Theodor Billroth, Chirurgie basiert auf kli-

Mindestoperationszahlen an Kliniken: falscher Anreiz oder notwendig für Qualitätssicherung und Patientensicherheit?

Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

Bei der quantitativen Beschreibung von Interventionen oder Eingriffen in der Chirurgie ist zweifelsfrei ganz eindeutig zwischen der sogenannten Mindestmengenregelung und der Ausweitung der Operationszahlen zu unterscheiden, da es sich um ganz verschiedene Ansatzpunkte der Diskussion handelt. Die Mindestmengenregelung beruht auf dem im Jahre 2004 eingeführten Modernisierungsgesetz der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit Korrektur im Jahre 2007, wobei im Katalog von verschiedenen Leistungen zum Beispiel Leber- oder Nierentransplantationen, komplexe Eingriffe am Ösophagus oder Pankreas, Totalersatz des Kniegelenkes aufgeführt werden. Die Mindestmengenvereinbarung war dabei orientiert am Nutzen für den Patienten bei Gewährleistung einer angemessenen Versorgungsqualität mit kontinuierlicher Verbesserung des Versorgungsniveaus. Dies allerdings unter gesetzlichen Rahmenbedingungen bei dirigistischer Steuerung durch den gemeinsamen Bundesausschuss, wobei jedoch die angemessene flächendeckende Versorgung nicht gefährdet sein darf und kein Widerspruch zur jeweils gültigen Weiterbildungsordnung bestehen darf. Es werden allerdings allgemeine Ausnahmetatbestände nach § 137 SGB V und erhebliche Diskussionen zur Evidenz der konkreten Zahlenwerte für eine Mindestmenge angeführt, sodass diese Regelung schon fast als zahnloser Papiertiger bezeichnet werden kann; umso mehr, da in einigen Regionen Deutschlands die Mindestmengenvorgabe für die Ösophagus- beziehungsweise Pankreasresektion in den verschiedenen Krankenhäusern nur zu 26 Prozent beziehungsweise 42 Prozent wirklich erreicht werden konnte. Auch in der Transplantationschirurgie konnten nur 60 Prozent der Zentren die Mindestmengenforderungen deutlich überschreiten. Generell wurde zudem hervorgehoben, dass hohe Fallzahlen nicht automatisch zu einer guten Ergebnisqualität führen müssen, wobei die Infrastruktur der behandelnden Institution zum Teil höher eingeschätzt wurde als die Erfahrung des einzelnen Operateurs.

Durch zwei aktuelle Entscheidungen des Bundessozialgerichts im Jahr 2012 ist die Mindestmengenregelung erneut in die Diskussion gekommen. Während für Knie-Totalendoprothesen-Operationen die jährlich geforderte Anzahl von 50 Eingriffen bestätigt wurde, wurde der Steigerung der Mindestmengen von 14 auf 30 Fälle pro Jahr bei der Behandlung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1250 Gramm nicht zugestimmt. Letzteres wurde trotz angestrebten besseren Patientenschutzes als Bestätigung der These „Klasse statt Masse“ interpretiert.

Ganz anders gestaltet sich die gesundheitspolitische Diskussion hinsichtlich des in den letzten Jahren zu verzeichnenden Anstiegs der Eingriffszahlen beim Knie- oder Hüftgelenkersatz beziehungsweise an der Wirbelsäule. Als Hauptursache für solche Entwicklungen wurden die sogenannten Zielvereinbarungen in den Chefarztverträgen mit quantitativen Vorgaben angesehen, ebenso die

finanzielle Situation in vielen Krankenhäusern, die der Behauptung „Wer ökonomisch überleben will, braucht Fälle“ Vorschub geleistet hat. Weiterhin wurden Verfehlungen der Regeln in der Transplantationschirurgie an einigen Kliniken aufgedeckt, die sicherlich auch durch Fehlanreize im Gesundheitssystem zu erklären sind. Gegen solche quantitativen Zielvereinbarungen hat sich neben verschiedenen Fachgesellschaften und Selbstverwaltungsorganen auch die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie deutlich ausgesprochen. Auch von den politischen Parteien wird derzeit der von der Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin geforderte Paradigmenwechsel von quantitativen zu medizinisch qualitativen Zielkriterien unterstützt. Eine entsprechende Empfehlung zu zukünftigen Bonusvereinbarungen soll dabei von der Deutschen Krankenhausgesellschaft in enger Abstimmung mit der Bundesärztekammer ausgesprochen werden.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

München, April 2013

Alles eine Frage der Indikation: zu viel, zu wenig oder Operationen bei den Falschen?

Professor Dr. med. Stefan Post, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Direktor der Chirurgischen Klinik, Universitätsmedizin Mannheim

„Man kann jede Operation in einem Jahr lernen. Man braucht fünf Jahre, um zu wissen, wann man sie macht. Es dauert ein ganzes Leben, bis man weiß, wann man sie nicht machen sollte“.
Nach Sir Rodney Smith (englischer Chirurg)

Dieses Bonmot beschreibt sehr treffend das, was weitgehend Konsens unter erfahrenen Chirurgen ist: Die wahre Kunst des Fachs liegt nicht in der technisch-manuellen Ausführung des Eingriffs, sondern vielmehr in der Indikation. Dies gilt in besonderem Maße für die Erkrankungen, bei denen eine echte Alternative zur Operation besteht („relative Indikation“). Die korrekte Indikationsstellung beschreibt die Mischung aus Wissen, Intuition und Einfühlungsvermögen, die einen guten Chirurgen auszeichnet, wenn er seinem Patienten rät: Welcher Eingriff ist der richtige und muss man überhaupt operieren? Laien nehmen Fehler in der Chirurgie vor allem als Fehler bei der Ausführung eines Eingriffs wahr mit Komplikationen in dessen Folge; Insider wissen, dass fehlerhafte, problematische und unnötige Indikationsstellungen weit häufiger vorkommen.

Warum lässt sich dies kaum anhand von Statistiken belegen? Die Messung der Indikationsqualität ist ungleich schwieriger als die Messung der Ergebnisqualität, die sich noch auf eindeutige und objektive Daten stützen kann. Die Einflussvariablen einer korrekten und reflektierten Indikationsstellung sind dagegen enorm komplex und schwer objektiv zu erfassen; sie sind abhängig von der subjektiven Wahrnehmung und Einstellung des Patienten, welche wiederum der Einflussnahme durch den behandelnden Chirurgen unterliegen. Zwei Beispiele aus dem Gebiet der Allgemein- und Viszeralchirurgie mögen dies unterstreichen.

Operationen bei Divertikulitis:

Die sehr verbreiteten gutartigen Ausstülpungen der Dickdarmwand geben Anlass zu Entzündungen. Diese Entzündungen können mit oder (häufiger) ohne lokale Komplikationen auftreten. Operationen sollten nach Studien und Leitlinien vor allem bei komplizierter Divertikulitis erwogen werden. Eine aktuelle Analyse, die auf diesem Chirurgenkongress vorgestellt wird, zeigt aber, dass zwei Drittel der in Deutschland durchgeführten Operationen bei Divertikulitis in unkomplizierten Fällen durchgeführt werden. Dies ist deutlich höher als in anderen Ländern (in den Niederlanden zum Beispiel unter zehn Prozent) und weist auf eine zu großzügige Indikationsstellung durch deutsche Chirurgen hin. Auch wenn es im Einzelfall Gründe gibt, eine Operation auch nach unkomplizierter Divertikulitis zu empfehlen, besteht der Verdacht, dass viel zu vielen dieser Patienten mit dem – unberechtigten – Hinweis auf das Risiko eines künstlichen Darmausgangs eine Operation nahegelegt wird.

Schilddrüsen-Operationen:

Hierzu kann aus der Presseerklärung anlässlich der kürzlichen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie in Düsseldorf zitiert werden: „Jedes Jahr werden in Deutschland mehr als 100 000 Schilddrüsen operiert. Bezogen auf die Bevölkerung ist die Zahl der Operationen drei bis acht Mal höher als in Großbritannien oder den USA. Doch Deutsche haben nicht mehr Schilddrüsenkrebs als Briten oder Amerikaner, weshalb wir hierzulande offensichtlich ein Missverhältnis zwischen derzeitigen Operationszahlen und tatsächlich notwendigen Eingriffen haben.“ (P. Goretzki, 11.3.2013)

Diese Beispiele illustrieren das Dilemma der Analyse der Indikationsqualität. Die Indikation zur Operation resultiert nicht nur aus leicht objektivierbaren Befunden, sondern vor allem auch aus dem Abwägen zwischen sehr individuellen Risiken (dem Risiko des Eingriffs gegenüber dem Risiko des Abwartens), letztlich vor allem aber aus den Sorgen und Ängsten des Patienten, die in einem weiten Bereich durch das beeinflusst werden, was die behandelnden Ärzte ihm erzählen. Mit dem Hinweis auf ein mögliches Krebsrisiko lässt sich die Indikationsstellung zur Schilddrüsen-Operation, mit der Erwähnung des künstlichen Darmausgangs die Indikation zur Operation bei unkomplizierter Divertikulitis sehr leicht ausweiten. Das vielfach diskutierte Mengenproblem „In Deutschland wird zu viel operiert“ ist zu großen Teilen ein Indikationsproblem. Auch im aktuellen „Transplantationsskandal“ geht es in vielen Fällen um den Vorwurf der falschen Indikationsstellung.

Aus diesem Grunde enthält das Programm der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie beim kommenden Chirurgenkongress zahlreiche Sitzungen unter dem Obertitel „Indikation & Technik“. Weit stärker als bei früheren Kongressen soll nicht nur die korrekte technische Durchführung des Eingriffs vermittelt und diskutiert werden, sondern auch die gute Indikationsstellung. In einem Gesundheitssystem, das auf dem Boden politischer Verzagtheit vielfältige Fehlanreize zur Mengenausweitung setzt, muss es das große Ziel aller ärztlich denkenden Chirurgen sein, unnötige Operationen zu vermeiden.

Hinweis:

Es gibt auch Bereiche, wo zu wenig operiert wird, siehe dazu meinen Beitrag zur Pressekonferenz am 30.4.2013:

Adipositaschirurgie: In Deutschland wird zu wenig bei krankhaftem Übergewicht operiert

Professor Dr. med. Stefan Post

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Direktor der Chirurgischen Klinik, Universitätsmedizin Mannheim

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, April 2013

Krebs im Kindesalter:

Wie der einst tödliche Wilms-Tumor heute zur heilbaren Krankheit wird

Professor Dr. med. Udo Rolle, Tagungspräsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) 2013, Direktor der Klinik für Kinderchirurgie, Klinikum und Fachbereich Medizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Das Auftreten eines bösartigen Tumors bei einem Kind ist ein extrem schwerwiegendes medizinisches, psychologisches und soziales Ereignis für die gesamte betroffene Familie.

Trotz erheblicher Fortschritte in der modernen Medizin sind Tumorerkrankungen im Kindesalter durch eine immer noch hohe Morbidität und Mortalität gekennzeichnet.

Die Diagnostik und Behandlung von Krebserkrankungen im Kindesalter bedürfen deshalb der koordinierten interdisziplinären Zusammenarbeit mehrerer medizinischer Fachrichtungen.

Am Beispiel des malignen Nierentumors im Kindesalter, des Nephroblastoms (Wilms-Tumor), kann allerdings in den letzten Jahrzehnten eine deutliche Verbesserung der Behandlungserfolge nachgewiesen werden. Am Wilms-Tumor erkranken etwa jährlich 110 Kinder in Deutschland neu. Die Krebsart tritt typischerweise im zweiten oder dritten Lebensjahr auf.

Die Behandlungserfolge beim Wilms-Tumor resultieren ohne Zweifel aus der konsequenten Anwendung standardisierter Protokolle zur Diagnostik und Therapie des Nephroblastoms. Innerhalb dieser Protokolle ist für alle beteiligten medizinischen Fachrichtungen festgelegt, welche Maßnahmen zu welcher Zeit zu erfolgen haben.

So hat sich die präoperative Chemotherapie des Wilms-Tumors positiv auf die Operabilität der Tumoren und die möglichen intraoperativen Komplikationen ausgewirkt. Dadurch ist eine relevante Verbesserung der Langzeit-Überlebensrate möglich geworden.

In den ersten Beschreibungen galt der Wilms-Tumor als tödliche Erkrankung. Inzwischen ist dieser Tumor das Paradebeispiel für eine heilbare maligne Erkrankung mit Langzeit-Überlebensraten von mehr als 90 Prozent der Patienten.

Dem onkologisch tätigen Kinderchirurgen kommt innerhalb dieses Behandlungskonzeptes die Aufgabe der kompletten Entfernung des Tumors, teilweise auch schon unter Erhaltung der Niere, zu. Diese Eingriffe können in Abhängigkeit des Stadiums der Erkrankung sehr aufwendig und komplex sein.

Die optimierte präoperative Bildgebung ermöglicht eine bessere Planung der Eingriffe, die in der Hand erfahrener Kinderchirurgen mit einer geringen Komplikationsrate einhergehen.

Im Zusammenhang mit den kindlichen malignen Tumoren ist klar nachgewiesen, dass eine Behandlung innerhalb kinderonkologischer Zentren eine Verbesserung der Prognose erbringt.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, April 2013



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie mit derzeit 6.550 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 rund 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 rücküberreignet. 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. Hans-Joachim Meyer
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. h. c. Karl-Walter Jauch
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Direktor der
Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Klinikum Großhadern der Ludwig-
Maximilians-Universität, München

*1952



Beruflicher Werdegang:

1971–1978	Studium der Humanmedizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
27.4.1978	Approbation
10.5.1978	Promotion „Ergebnisse ein Jahr nach aortokoronarer Bypassoperation unter besonderer Berücksichtigung ergometrischer und hämodynamischer Befunde“ (Professor Roskamm, Freiburg/Bad Krozingen)
6/1978–8/1979	Truppenarzt (Bundeswehr)
9/1979–10/1981	Assistenzarzt an der Chirurgischen Klinik Villingen (Professor Dr. E. Pross)
27.11.1985	Anerkennung als Arzt für Chirurgie
15.7.1987	Anerkennung als Arzt für Gefäßchirurgie
30.12.1995	Anerkennung als Arzt für Viszeralchirurgie
30.4.1997	Anerkennung Physikalische Medizin
11/1981–1/1988	Assistent an der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Klinikum Großhadern, LMU München (Professor Dr. Dr. h.c. G. Heberer; 3/1989 Professor Dr. Dr. h.c. F.W. Schildberg)
15.6.1988	Habilitation „Die postoperative Insulinresistenz und ihre Beeinflussung durch das Kallikrein-Kinin-System“, LMU München
25.7.1988	Ernennung zum Privatdozenten für Chirurgie
10.2.1995	Ernennung zum außerplanmäßigen Professor
12/1996–9/2002	Direktor der Klinik und Poliklinik für Chirurgie der Universität Regensburg
2000–2002	Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik Regensburg
Seit 1.10.2002	Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München – Campus Großhadern
Seit 1.1.2008	Stellvertretender Ärztlicher Direktor der LMU München

Mitgliedschaften:

- 1976–2003 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)
- 10/2000–9/2001 Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen,
Mitglied im Ausschuss der Bayerischen Chirurgen
- 2001 und 2006 Tagungspräsident der Deutschen Transplantationsgesellschaft
Mitglied und Beirat in verschiedenen Fachgesellschaften/Stiftungen und
öffentlichen Gremien
- 2000–2003 Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Endoskopie und Sonografie
- 2003–2006 Vorsitzender der Sektion Chirurgische Forschung der Deutschen Gesellschaft für
Chirurgie
- 2005–2006 Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie
- 2006 Tagungspräsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für
Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)
Mitglied des Eurotransplant Board seit 2005
Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der BÄK seit 2005
Mitglied des Wissenschaftsrats (Medizinausschuss) seit 2006
- 2010 Wahl zum Vizepräsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und
Kongresspräsident 2013
- 2013 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und
Kongresspräsident 2013

Wissenschaftliche/organisatorische Tätigkeiten und Selbstverwaltung:

- 1994–1997 Vorsitzender Ethikkommission der Uniklinik Regensburg
- 1998–2000 Stellvertretender Ärztlicher Direktor und Baubeauftragter der Uniklinik
Regensburg
- 2000 Gründung der Stiftung HTCR zur Forschung mit humanem Gewebe und
Zellmaterial

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

*1948



Beruflicher Werdegang:

1967–1972	Studium der Humanmedizin an der LMU München
1972	Promotion an der Universität Göttingen
1973–1980	Chirurgische Weiterbildung an der Medizinischen Hochschule Hannover
1981	Habilitation
1988–1996	Leitender Oberarzt der Klinik für Abdominal- und Transplantationschirurgie der MH Hannover (Professor Dr. R. Pichlmayr)
1996–2012	Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des Städtischen Klinikums Solingen
2011	Doctor honoris causa der Jagiellonien Universität Krakau
Seit 2012	Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Stefan Post
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und
Viszeralchirurgie (DGAV), Direktor der Chirurgischen Klinik,
Universitätsmedizin Mannheim



Beruflicher Werdegang:

1973–1980	Studium der Medizin an den Universitäten Düsseldorf und Denver/USA
1980–1982	Assistenzarzt in Wuppertal (Gynäkologie) und Meerbusch (Chirurgie)
1982–1984	Arzt im Entwicklungsdienst mit dem Deutschen Entwicklungsdienst am Newala District Hospital/Tansania
1984–1990	Assistenzarzt an der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg (Herfarth)
1990–1991	Forschungsjahr in München (Meßmer)
1991–1994	Facharzt/Oberarzt in Heidelberg mit Habilitation und Zusatzausbildung Gefäßchirurgie
1994–1998	Leitender Oberarzt und C3-Professor an der Uniklinik Göttingen
Seit 5/1998	Direktor der Chirurgischen Klinik, Universitätsmedizin Mannheim, Inhaber des Lehrstuhls für Chirurgie der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg (Nachfolge Trede)
2001	Ruf auf den Lehrstuhl für Chirurgie der Universität Frankfurt abgelehnt

Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte:

- Chirurgische Onkologie (Tumorbehandlung)
- Chirurgie des Dickdarms und Mastdarms (Darmkrebs, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)
- Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse (Pankreaskarzinom, Pankreatitis)
- Leberchirurgie
- Transplantationschirurgie
- Hernienchirurgie

Mitgliedschaften mit beruflichen Ämtern:

- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
 - Ständiger Delegierter bei der UEMS (Europäische Facharzt-Union) seit 2005
 - Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Entwicklungsländer CAEL (2000–2007)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
 - Präsident 2012/2013, im Vorstand seit 2010
 - Vorsitzender der Zertifizierungskommission seit 2007
- Deutsche Gesellschaft für Tropenchirurgie, 1. Vorsitzender 1999–2006
- Deutsche Krebsgesellschaft, Stellvertretender Vorsitzender der Zertifizierungskommission für Darmkrebszentren seit 2010, Delegierter im Lenkungsausschuss Leitlinien
- International Surgical Group, Sekretär seit 2006
- Südwestdeutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Präsident 2008/2009
- European Society of Coloproctology, Membership Officer im Vorstand seit 2005 und Vorsitzender des Membership Committee seit 2011
- British Journal of Surgery Society, Council Member (als einziger Deutscher) seit 2008, ab 2013 Vice-Chairman
- Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg
 - Mitglied im Fakultätsvorstand 1999–2001
 - Mitglied der Studienkommission 2005–2010
 - Stellvertretender Vorsitzender des Forschungsschwerpunkts Onkologie 2008–2012

Mitgliedschaften (ohne Ämter):

- Berufsverband der Deutschen Chirurgen
- Deutsche Crohn-Colitis Vereinigung
- Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie
- Deutsche Transplantationsgesellschaft
- Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen

Publikationen:

- über 270 Originalarbeiten
- über 30 Buchbeiträge
- über 35 Videos zur Operationstechnik
- 9 Softwareprogramme

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Udo Rolle

Tagungspräsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) 2013, Direktor der Klinik für Kinderchirurgie, Klinikum und Fachbereich Medizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

*1965



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|----------------|--|
| 1986–1992 | Studium der Humanmedizin an der Universität Leipzig |
| 1992–1993 | Arzt im Praktikum am Institut für Anatomie, Universität Leipzig |
| 1993 | Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universität Leipzig |
| 1993–1999 | Weiterbildung an der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universität Leipzig |
| 1.10.1999 | Facharzt für Kinderchirurgie |
| 1999–2000 | Stationsarzt an der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universität Leipzig |
| 2000–2001 | Senior Researcher am Children's Research Centre, Dublin, Ireland |
| 2001–2002 | Stationsarzt an der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universität Leipzig |
| Ab 22.5.2002 | Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universität Leipzig |
| 8/2003–12/2003 | Specialist Registrar am Our Lady's Hospital for Sick Children, University College of Dublin, Ireland |
| Seit 1/2004 | Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universität Leipzig |
| Ab 4/2008 | Leitender Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universität Leipzig |
| Ab 11/2008 | Direktor/Ordinarius für Kinderchirurgie an der Klinik für Kinderchirurgie, Universität Frankfurt |
| 9.1.1995 | Promotion, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig
„Histologische, immunhistochemische und polarisationsmikroskopische Untersuchungen am Kollagen des Ligamentum anulare im Kindesalter“, magna cum laude |

- 18.2.2003 Habilitation, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig
 „Histologische, histochemische und immunhistochemische Untersuchungen der
 Innervation des oberen Harntraktes verschiedener Tiermodelle und beim
 Mensch“
- 20.5.2003–10/2008 Privatdozent
- 11/2008 W3-Professur, Kinderchirurgie, Goethe-Universität Frankfurt

Preise:

- Marianne und Rudolf Haver Preis, Universität Greifswald, 2002
 „Histologische, histochemische und immunhistochemische Untersuchungen der Innervation
 des oberen Harntraktes verschiedener Tiermodelle und beim Mensch“
- Best Oral Presentation, 1st World Congress of Paediatric Surgery, June 22-27, 2004,
 Zagreb/Kroatia, “Demonstration of intrinsic innervation within the guinea pig upper urinary
 tract”

Publikationen:

- 60 Originalarbeiten
- 30 Arbeiten in Supplement-Ausgaben
- 15 Kasuistiken
- 10 Buchbeiträge
- Circa 200 Vorträge und Poster



Eröffnungs-Pressekonferenz

Termin: Dienstag, 30. April, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Saal 22b des ICM München

Thementag: Chirurgie im hohen Alter

Themen und Referenten:

Krebsbehandlung im Alter:

Welche Risiken sind zu beachten, welche Operationsstrategie ist sinnvoll?

Professor Dr. med. Dr. h. c. Karl-Walter Jauch

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Klinikum Großhadern der Ludwig-Maximilians-Universität, München

Chirurgen mit „Hirn, Herz und Handwerk“:

Was muss sich in der Weiterbildung zum Facharzt ändern?

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

Adipositaschirurgie: In Deutschland wird zu wenig bei krankhaftem Übergewicht operiert

Professor Dr. med. Stefan Post

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Direktor der Chirurgischen Klinik, Universitätsmedizin Mannheim

Komplexe Kinderkrankheiten „verbrauchen“ viel Budget:

Unterfinanzierung gefährdet die Hochleistungsmedizin an Kinderchirurgischen Zentren

Professor Dr. med. Jörg Fuchs

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH), Ärztlicher Direktor der Kinderchirurgie und Kinderurologie mit Poliklinik am Universitätsklinikum Tübingen

Hüft- und Knieprothesen im Alter: Wann sind künstliche Gelenke notwendig?

Professor Dr. med. Henning Windhagen

2. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover im Annastift, 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.chirurgie2013.de, www.dgch.de

Pressekontakt in München:

Pressebüro Raum 22a, ICM München
Tel.: 089 94979-409
Fax: 089 94979-854



Termin: Mittwoch, 1. Mai 2013, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Saal 22b des ICM München

Thementag: Arbeitsplatz Chirurgie

Themen und Referenten:

Verleiten DRG`s und Bonuszahlungen zu unnötigen Operationen?

Professor Dr. med. Dr. h. c. Karl-Walter Jauch

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Klinikum Großhadern der Ludwig-Maximilians-Universität, München

Wer wird uns in Zukunft operieren?

Wie Kliniken und Chirurgen sich auf die Generation Y einstellen müssen

Professor Dr. med. Hans-Peter Bruch

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC), Präsident der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände e.V. (GFB), ehem. Direktor der Klinik für Chirurgie der Universität zu Lübeck

Zwischen Ökonomie und Arztethos:

Wie können Ärzte unabhängig und im Sinne der Patienten entscheiden?

Professor Dr. med. Frank Ulrich Montgomery

Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Facharzt und Oberarzt für Radiologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Wie gut ist die Versorgung bei Darmkrebs und was bringt der Nationale Krebsplan?

Professor Dr. med. Stefan Post

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Direktor der Chirurgischen Klinik, Universitätsmedizin Mannheim

Knochentransplantationen im Gesicht:

Wie Chirurgen mithilfe neuester Technik den Schädel exakt nachbilden

Professor Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld

Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG), Direktor der Klinik Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Ludwig-Maximilians-Universität München

sowie

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

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.chirurgie2013.de, www.dgch.de

Pressekontakt in München:

Pressebüro Raum 22a, ICM München
Tel.: 089 94979-409
Fax: 089 94979-854



Termin: Donnerstag, 2. Mai 2013, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Saal 22b des ICM München

Thementag: Zukunftssicherung durch Innovation

Themen und Referenten:

Chirurgie benötigt sichere Implantate, Biomaterialien und Operationsverfahren: Wie kann die chirurgische Forschung in Zukunft finanziert werden?

Professor Dr. med. Axel Haverich

Direktor der Klinik für Herz-, Thorax-, Transplantations-, und Gefäßchirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover

Neue Zertifizierungen in der Bauchchirurgie:

Wie Kliniken ihre chirurgische Qualität transparent nachweisen und verbessern können

Professor Dr. med. Heinz-Johannes Buhr

Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Ehemaliger Direktor der Chirurgischen Klinik und Hochschulambulanz I, Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie Charité - Universitätsmedizin Berlin

Operationen bei Lungenkrebs

Neue Daten belegen: In großen Zentren ist das Sterblichkeitsrisiko am geringsten

Professor Dr. med. Bernward Passlick

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

Verengte Beinschlagadern oder Aneurysmen:

Wie Gefäßchirurgen mit Hybrid-OPs ihre multimorbiden Patienten schonen

Professor Dr. med. Eike Sebastian Debus

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG), Universitäres Herzzentrum GmbH, Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin, Hamburg

sowie

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCh), Berlin

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.chirurgie2013.de, www.dgch.de

Pressekontakt in München:

Pressebüro Raum 22a, ICM München
Tel.: 089 94979-409
Fax: 089 94979-854



Termin: Freitag, 3. Mai 2013, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Saal 22b des ICM München

Thementag: Patientensicherheit, Leitlinien und personalisierte Chirurgie

Themen und Referenten:

Fehlermanagement, Risikobewertung oder der Kampf gegen Keime:

Patientensicherheit vom Jungmediziner bis zum Klinikchef aktiv leben

Professor Dr. med. Dr. h.c. Karl-Walter Jauch

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Klinikum Großhadern der Ludwig-Maximilians-Universität, München

Patientenrechtgesetz: Welche Auswirkungen hat es in der Chirurgie?

Professor Dr. med. Claus-Dieter Heidecke

Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Qualität und Sicherheit (CAQS) der DGCH, Direktor die Abteilung für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie an der Klinik und Poliklinik für Chirurgie der Universität Greifswald

„Freehand“ oder unterstützt durch Röntgen und CT:

Bei welchen Eingriffen an der Wirbelsäule lohnt sich eine navigierte OP?

Professor Dr. med. Gabriele Schackert

Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC), Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden

Sichere Implantate? Wie gelingt die sichere Rekonstruktion der Brust nach Krebs?

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

Schwerverletztenversorgung auf höchstem Niveau:

Das TraumaregisterDGU® wird „zwanzig“

Professor Dr. med. Reinhard Hoffmann

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Frankfurt am Main

Wiederherstellung von Herzklappen

Neueste Daten zu Risiken und Qualität der OP-Verfahren

Professor Dr. med. Armin Welz

1. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG), Direktor der Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, Rheinische-Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Sowie: Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer, Generalsekretär der DGCH

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.chirurgie2013.de, www.dgch.de

Pressekontakt in München:

Pressebüro Raum 22a, ICM München
Tel.: 089 94979-409
Fax: 089 94979-854



Bestellformular Fotos

Vorab-Pressekonferenz anlässlich des 130. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Dienstag, 23. April 2013, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Künstlerhaus München, Lenbachzimmer

Anschrift: Lenbachplatz 8, 80333 München

„Chirurgie mit Leidenschaft und Augenmaß“ Highlights des 130. Chirurgenkongresses in München

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

- Professor Dr. med. Dr. h. c. Karl-Walter Jauch
- Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer
- Professor Dr. med. Stefan Post
- Professor Dr. med. Udo Rolle

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.chirurgie2013.de, www.dgch.de

Pressekontakt in München:

Pressebüro Raum 22a, ICM München
Tel.: 089 94979-409
Fax: 089 94979-854