



Gegründet 1872
Sitz Berlin

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Mittwoch, 2. Dezember 2015, 11.00 bis 12.15 Uhr

Ort: Langenbeck-Virchow-Haus, Bibliothek der DGCH, Luisenstraße 59, 10117 Berlin

Themen und Referenten:

Der Chirurgenkongress 2016: Chirurgie im Spannungsfeld von Technik, Ethik und Ökonomie

Professor Dr. med. Gabriele Schackert, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH), Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

Das Krankenhausstrukturgesetz: wie ist der aktuelle Stand, was bringt es für die chirurgische Versorgungsqualität wirklich?

Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH), Präsident des Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC), Berlin

Roboter in der Viszeralchirurgie – wird der Chirurg künftig überflüssig?

Professor Dr. med. Dietmar Lorenz, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V. (DGAV), Direktor und Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Sana Klinikum Offenbach

Kinderchirurgie in Not: Spezialisierte kinderchirurgische Versorgung von Kindern ist in Deutschland nicht mehr finanzierbar

Professor Dr. med. Bernd Tillig, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. (DGKCH), Direktor der Klinik für Kinderchirurgie, Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin

Von Herzschrittmacher bis Hüftprothese: Methoden zur Bewertung von Sicherheit und Nutzen von Medizinprodukten

Professor Dr. med. Ernst Klar, 2. Stellv. Vorsitzender der Sektion Chirurgische Forschung (SCF) der DGCH; Direktor der Abteilung für Allgemeine, Thorax-, Gefäß- und Transplantationschirurgie, Chirurgische Klinik und Poliklinik, Universität Rostock

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DGCH, Stuttgart

Kontakt für Journalisten:

DGCH Pressestelle

Anna Julia Voormann/Irina Lorenz-Meyer

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Berliner Büro:

Langenbeck-Virchow-Haus

Luisenstraße 59, 10117 Berlin

Telefon: 0711 8931-642 /-552

Fax: 0711 8931-167

lorenz-meyer@medizinkommunikation.org

www.dgch.de



Gegründet 1872
Sitz Berlin

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Mittwoch, 2. Dezember 2015, 11.00 bis 12.15 Uhr

Ort: Langenbeck-Virchow-Haus, Bibliothek der DGCH, Luisenstraße 59, 10117 Berlin

Inhalt:

Redemanuskripte

Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Lebensläufe der Referenten

Bestellformular für Fotos

Kontakt für Journalisten:

DGCH Pressestelle

Anna Julia Voormann/Irina Lorenz-Meyer

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Berliner Büro:

Langenbeck-Virchow-Haus

Luisenstraße 59, 10117 Berlin

Telefon: 0711 8931-642 /-552

Fax: 0711 8931-167

lorenz-meyer@medizinkommunikation.org

www.dgch.de

**Das Motto des 133. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie lautet:
Chirurgie im Spannungsfeld von Technik, Ethik und Ökonomie**

Professor Dr. med. Gabriele Schackert, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH), Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

Die Entwicklungen der letzten Jahrzehnte haben dazu geführt, dass durch technische Innovationen, wie zum Beispiel neue bildgebende Verfahren oder intelligente Implantate, Voraussetzungen geschaffen wurden, die die Grenzen des bisher Operierbaren verschoben haben. Alles scheint möglich zu sein. Die chirurgischen Fächer verzeichnen einen Qualitätszugewinn, eine zunehmende Sicherheit in den Prozeduren, eine erhöhte Exaktheit in den operativen Verfahren. Damit steigen die Aussicht und der Anspruch auf Erfolg unserer Patienten. Die zunehmende öffentlichkeitswirksame Darstellung der Medizin, der Wettbewerb untereinander, der Überlebenskampf der Krankenhäuser schüren das Anspruchsdenken der Patienten auf ein gesundes Leben bis ins hohe Alter. Nicht selten werden mit Werbungen und Versprechungen für bestimmte chirurgische Verfahren Illusionen auf Heilung erweckt, die bei kritischer Prüfung nicht haltbar sind.

Die ethische Verantwortung für den Patienten muss nach sorgfältiger Abwägung der Möglichkeiten die adäquate Therapie selektionieren. Nicht alles, was technisch machbar ist, ist im Einzelfall auch richtig. Die Lebensqualität der Patienten steht im Vordergrund. Als Neurochirurgin möchte ich ein Beispiel geben: Ein bösartiger Hirntumor, der in der Bewegungsregion gewachsen ist, kann nicht ohne bleibende Lähmungen entfernt werden. Damit ist eine komplette Resektion nicht die richtige Therapie. Eine postoperative tumorfreie Bildkontrolle ist kein gutes Ergebnis, wenn der Patient durch eine Halbseitenlähmung sein Bett nicht mehr verlassen kann und von fremder Hilfe abhängig ist. Dies bedeutet übertragen: Ein Eingriff, der von einer hohen Zahl an Folgeeingriffen begleitet ist, den Patienten über Monate hospitalisiert, kein eigenständiges Leben mehr zulässt, muss hinterfragt werden.

In der neuen Qualitätsinitiative des Bundesgesundheitsministeriums soll gute Qualität besonders honoriert werden, während schlechte Qualität zu Abschlägen führt. Auch wenn dies ein im Ansatz zu befürwortender Vorschlag ist, gibt es in der Ärzteschaft große Bedenken. Wie soll eine Qualität gemessen werden, die durch viele Variable beeinflusst wird, die zum Beispiel ein multimorbider Patient mit sich bringt. Wer sind die Beurteilungsinstanzen? Seit Jahren versuchen wir, die Qualität im Operationssaal und die Qualität der Operationen/Therapien zu optimieren. Standards, Leitlinien, Register, Zertifizierungen, Zentrumsbildungen, Tumorboards, Mindestmengen, Zweitmeinungen, Terminservicestellen sind alles Instrumente, die die Qualität verbessern sollen. Administrative Leistungen und Managementaufgaben nehmen einen großen Teil unserer Zeit als Arzt in Anspruch, die für die eigentliche ärztliche Tätigkeit nicht mehr zur Verfügung steht. Zudem kommt das

Arbeitszeitgesetz. Der Anspruch auf eine geregelte Arbeitszeit, der Anspruch auf Elternzeit, die – wenn möglich – Personalreduzierung bei Steigerung der Arbeit und der Erlöse.

Die Kostenexplosion im Gesundheitssystem ist allen bekannt. Ökonomisierungen sollen greifen, um die Kosten zu senken. Diagnosebezogene Fallgruppen (DRGs) wurden eingeführt, Liegezeiten verkürzt. Budgetdeckelungen und Planzahlen für operative Eingriffe beeinflussen den Alltag.

Standardisierungen im Einkauf von medizinischen Materialien sollen die Kosten eindämmen. Konzernstrukturen mit Monopolcharakter bestimmen zunehmend den medizinischen Markt. Krankenhausstrukturen richten sich nach erlösbringenden Abteilungen aus, um am Jahresende eine schwarze Null zu schreiben. Dies hat nichts mehr mit notwendigen Versorgungsstrukturen zu tun. Überraschenderweise wird dies von politischer Seite unterstützt und läuft damit den angestrebten Verbesserungsmaßnahmen des Bundesgesundheitsministeriums zur Patientenversorgung entgegen. Der erfolgreiche Arzt muss heute nicht nur eine hervorragende medizinische Expertise mitbringen, sondern auch betriebswirtschaftliche Kenntnisse und Managementfähigkeiten. Unter all diesen Bedingungen bleibt kaum noch Zeit für den Patienten. Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist zugunsten eines Unternehmen-Kunden-Verhältnisses gewichen. Damit ist viel Vertrauen verloren gegangen. Das Vertrauen geht aber nicht nur bei unseren Patienten verloren, sondern auch bei unserem Nachwuchs, der unter diesen Bedingungen nur noch schwer für die Medizin, geschweige denn ein operatives Fachgebiet motiviert werden kann.

Wir müssen die Medizin wieder attraktiv für junge Leute machen. Wir brauchen eine Wende: Der Patient und sein Wohlergehen sind das Wichtigste. Das bedeutet, Zeit für unsere Patienten zu haben, um Vertrauen zu bilden. Das bedeutet aber auch, Zeit in die Ausbildung unseres Nachwuchses zu investieren, um engagierte, überzeugte junge Ärzte zu gewinnen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Dezember 2015

Das Krankenhausstrukturgesetz: wie ist der aktuelle Stand, was bringt es für die chirurgische Versorgungsqualität wirklich?

Professor Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH), Präsident des Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC), Berlin

Am 5. November 2015 hat der Deutsche Bundestag nach zahlreichen Nachbesserungen im parlamentarischen Verfahren unter massiven Protesten der Kliniken das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) verabschiedet. Über zehn Milliarden Euro werden durch das Gesetz für die Finanzierung der Krankenhäuser zur Verfügung gestellt, zusätzlich rund 800 Millionen Euro jährlich von 2017 bis 2020. Während sich nun besonders die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit diesen Eckpunkten weitgehend zufrieden zeigt, stellt sich die entscheidende Frage, ob das Hauptziel des Gesetzes, nämlich hohe medizinische Qualität auch zukünftig in den Krankenhäusern garantieren zu können, durch die geplanten Veränderungen nachhaltig beeinflusst wird. Diese Frage stellt sich umso mehr vor dem Hintergrund, dass in unserem Land in aller Regel gar kein Qualitätsproblem im Krankenhaus existiert. Vielmehr ist zu hinterfragen, ob die Politik nicht statt sachgerechter Planung vielmehr über die sogenannte Qualitätsoffensive eine Verschlankung der Krankenhauslandschaft bzw. Abbau von Überkapazitäten anstrebt.

Gerade die neuen Qualitätsvorgaben sollen künftig die Planung der Landeskrankenhäuser entscheidend mitbestimmen, wobei dem gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zusammen mit dem Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) die Aufgabe zufällt, entsprechende Indikatoren für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln. Solche Parameter sollen dann auch die Vergütung stationärer Leistungen bestimmen. Unabhängig von der Frage, ob Qualitätsindikatoren überhaupt ein direktes Maß für die Qualität darstellen können, ist die Risikoadjustierung, gerade in der Chirurgie mit vermehrt hochbetagten und multimorbiden Patienten, ein Hauptproblem. Justiziable Daten liegen derzeit überhaupt noch nicht vor, genau so wenig wie Beurteilungskriterien für „außerordentlich gute“, „normal gute“ oder „unzureichende“ Qualität. Damit sind die angestrebten Qualitätszu- oder -abschläge, besonders in der operativen Medizin, weiterhin als außerordentlich kritisch anzusehen.

Aus Sicht der Leistungserbringer ist es nur sehr schwer nachzuvollziehen, dass ausgerechnet der Medizinische Dienst der Krankenkassen die Qualitätsvorgaben des G-BA kontrollieren und überprüfen soll, ohne dabei die lokalen Geschäftsstellen für Qualitätssicherung mit ihren Erfahrungen mit einzubeziehen. Ferner werden durch die neuen, nun noch verschärften Vorgaben der Mindestmengenregelung weitere Probleme auftreten: Denn sie legen nicht nur numerische Verfahren für die Krankenhäuser, sondern auch für die einzelnen Ärzte fest. Damit kann möglicherweise ein einzelner Arzt Aussagen über die Qualität im Vergleich zur behandelnden Klinik positiv oder auch negativ beeinflussen. Außerdem können sich diese Vorgaben sowohl negativ auf die ärztliche

Weiterbildung als auch auf die resultierende Vergütung der erbrachten Leistung bei Nichterfüllung der Mindestmengenregelung auswirken.

Auch die vorgesehene Tarifausgleichsrate, die dem Auseinanderlaufen der Tariflöhne und Preisanpassungen entgegenwirken soll und hälftig von den Kostenträgern finanziert wird, kann dieses Problem nicht nachhaltig lösen, denn eine entscheidende finanzielle Entlastung resultiert insgesamt nicht.

Mit den zusätzlichen Geldern, die laut Gesetzgeber ins System einfließen, sollen neben Hygieneprogrammen und der Pflege vor allem die Notfallversorgung verbessert werden. Genau damit führt das KHSG zu einem Wettbewerb zwischen Klinik und niedergelassenen Ärzten. Letztere befürchten, vertreten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), dass durch die an Kliniken einzurichtenden Portalpraxen, ihnen Patienten und dadurch Honorare entzogen werden. Unisono wird also geklagt, dass die Krankenhäuser einseitig gestärkt würden und damit bei fehlenden Steuerungselementen der eigentlichen politischen Forderung: „ambulant vor stationär“ widerspräche. Scharf kritisieren außerdem die KBV und Krankenkassen, dass die zusätzlichen Gelder vor allem von den Kostenträgern und ihren Beitragszahlern aufgebracht werden müssen. Demgegenüber bleibt die Investitionskostenförderung durch die Bundesländer in absolut unzureichendem Umfang, basierend auf dem Durchschnittsvolumen der Jahre 2012 bis 2014, von diesem Reformgesetz weitgehend unberührt. In diesem Zeitraum lagen die Krankenhausaussgaben für Investitionen insgesamt bei 5,3 Milliarden Euro, wobei lediglich 2,6 Milliarden durch die Länder finanziert wurden. Nach aktuellen Untersuchungen wird der Investitionsbedarf zukünftig etwa bei sieben Milliarden pro Jahr liegen. An der Unterdeckung der Investitionsfinanzierung hat sich gar nichts geändert. Dieses Problem muss jedoch vorrangig gelöst werden, um das postulierte Qualitätsversprechen der Politik auch im klinischen Alltag umsetzen zu können.

Insgesamt stellt das KHSG trotz aller positiver Ansätze und Anpassungen vorerst mit Sicherheit entgegen der Vorankündigung nicht die wirklich große Reform dar.

Robotik in der Viszeralchirurgie – wird der Chirurg künftig überflüssig?

Professor Dr. med. Dietmar Lorenz, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V. (DGAV), Direktor und Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Sana Klinikum Offenbach

Seit gut 15 Jahren steht mit dem da Vinci[®] Roboter ein Robotik-Assistenz-System für die minimalinvasive Chirurgie zur Verfügung. Es handelt sich um ein Master-Slave-System und es setzt somit ausschließlich Aktionen, die direkt vom Chirurgen an der Bedienungskonsole gesteuert werden, im menschlichen Körper um. Somit lässt sich die eingangs gestellte Frage klar mit „Nein“ beantworten. Das Robotik-Assistenz-System bietet eine ganze Reihe von Vorteilen, die die Einschränkungen der minimalinvasiven Chirurgie weitestgehend überwinden. Eine binokulare Kamera schafft ein dreidimensionales Bild und dieses lässt sich bis zu zehnfach vergrößern. Die Instrumente haben am Ende ein frei bewegliches Gelenk, sodass auch in sehr schwer erreichbaren Regionen des Körpers exakt und schichtgerecht präpariert werden kann. Kamera und Instrumente arbeiten ohne ungewollte Zitterbewegungen und die Arbeitsergonomie für den Operateur ist entspannend und angenehm.

Zunächst hat sich das System in der Urologie bei Eingriffen mit einem sehr kleinen und begrenzten Operationsfeld durchgesetzt – vor allen Dingen bei der Entfernung der Vorstehdrüse (Prostata). Die Penetranz der Robotik-assistierten Vorgehensweise liegt für diese Eingriffe in den USA bei über 85 Prozent, in Deutschland bei unter 50 Prozent. Mittlerweile ist die fünfte Generation des da Vinci[®] Systems verfügbar, die besonders für Eingriffe mit großen und umfassenden Operationsfeldern und somit für den Einsatz in der Viszeralchirurgie prädestiniert ist.

Die größten Erfahrungen gibt es in unserem Fachbereich für Resektionen am Dick- und Mastdarm (Kolon und Rektum). Ideal scheint der Einsatz der Robotik-Assistenz für Operationen bei Mastdarmkrebs geeignet zu sein. Die Herausforderung bei dieser Operation liegt darin, die hauchdünne Hüllfaszie des Mastdarms und seines umgebenden Fettgewebes („Mesorektum“) unverletzt zu entfernen, um gute Ergebnisse in Hinblick auf die Tumorerkrankung zu erreichen. Gleichzeitig müssen die unmittelbar benachbarten Nervenfasern im Becken geschont werden, die für die Blasen-, Enddarm- und Sexualfunktion verantwortlich sind. Diese Herausforderung ist besonders groß bei übergewichtigen Männern und wenn der Tumor nahe am Schließmuskel liegt. Gerade in solchen Konstellationen könnten alle Vorteile der Robotik-Assistenz bei minimalinvasiven Tumoroperationen zum Tragen kommen. Erfreulicherweise gibt es bereits eine klinische Studie (ROLARR), die den höchsten Anforderungen gerecht wird und untersucht hat, ob der Einsatz des da Vinci[®] Systems im Vergleich zu normalen minimalinvasiven Operationen beim Mastdarmkrebs zu besseren Ergebnissen führt. Es zeigte sich, dass mehr Operationen minimalinvasiv beendet werden konnten – das heißt, bei den Robotik-assistierten Eingriffen gelang es weniger häufig, die OP mit

dieser Technik zu beenden. Bei schwierigen Fällen aber (tiefer Sitz des Krebses, enges Männerbecken und Übergewicht) waren die Robotik-assistierten Eingriffe in Hinblick auf die Tumorfreiheit und die Lebensqualität besser.

Weitere Studien sind sicherlich notwendig, um zu untersuchen, ob auch beim Dickdarmkrebs in anderen Lokalisationen der Einsatz einer Robotik-Assistenz sinnvoll ist und dazu führen könnte, die Umsetzung der minimalinvasiven Technik bei diesen Indikationen zu erhöhen. Deutschland liegt hier mit etwa 25 Prozent im internationalen Vergleich bedauerlicherweise bis heute im schlechten Mittelfeld.

Viele andere Karzinome des Bauchraumes werden bis heute nahezu ausschließlich über große Schnitte konventionell chirurgisch durchgeführt. Tumoroperationen an der Speiseröhre, am Magen und an der Bauchspeicheldrüse sind technisch besonders anspruchsvoll und auch durchaus komplikationsträchtig. Minimalinvasive Techniken kommen hier bis heute nur sehr selten zur Anwendung. Die Möglichkeiten der Robotik-Assistenz könnten dies ändern und dazu führen, dass auch Menschen mit diesen Erkrankungen die Vorteile der minimalinvasiven Vorgehensweise zugutekommen. Belegt sind in diesem Zusammenhang eine schnellere Erholung und eine geringere Belastung des gesamten Körpers. Bis heute ist für Krebserkrankungen der Bauchorgane die optimale Operation die wichtigste Therapiemaßnahme. Flankierend kommen aber häufig Bestrahlung und oder Chemotherapie vor und nach der Operation hinzu. Gerade im Rahmen solcher Therapieregime sind schonende und komplikationsarme Operationstechniken besonders wertvoll und gewährleisten, dass die unterschiedlichen Therapieschritte zeitgerecht zur Anwendung kommen können.

Der da Vinci[®] Roboter der Firma Intuitive Surgical Inc. ist bis heute das einzige Robotik-Assistenz-System mit einer Zulassung in den Vereinigten Staaten und Europa. Erfreulicherweise ändert sich dies in naher Zukunft. Mit dem MiroSurge wird in Kürze ein im deutschen Luft- und Raumfahrtinstitut entwickeltes Gerät von der Firma Medtronic auf den Markt gebracht und mit dem Amadeus[®] der Firma Titan Medical Inc. kommt aus Kanada ein weiteres Gerät hinzu.

Diese Entwicklung wird hoffentlich dazu führen, dass die enormen Kosten der Robotik-Systeme sich zumindest etwas relativieren werden. Die Anschaffung eines da Vinci Xi[®] Systems muss heute von einer Klinik mit etwa 1,8 Millionen Euro kalkuliert werden. Dazu kommen Wartungskosten von etwa 150 000 Euro pro Jahr und pro Eingriff 600 bis 1 000 Euro für die eingesetzten Instrumente. Diese Summen sind auch bei einer Verkürzung der postoperativen Liegedauer und einer Reduktion von Komplikationen im deutschen Abrechnungssystem kaum darstellbar. Die viel relevanteren potenziellen Vorteile dieser neuen Technik, sei es eine Reduktion der Tumorrezidive oder eine verbesserte postoperative Lebensqualität der Betroffenen, finden bis heute keine Berücksichtigung in

der Vergütung medizinischer Leistungen. Finanzierungsmöglichkeiten sind somit Drittmittel, vor allen Dingen an universitären Einrichtungen, großzügige Spenden oder der oft gescholtene Einsatz dieser Technik als Marketinginstrument im umkämpften Gesundheitsmarkt.

Die Kostenproblematik darf allerdings nicht dazu führen, dass die deutsche Viszeralchirurgie nicht an der Etablierung und Weiterentwicklung dieser richtungsweisenden Technik mitarbeitet. Die DGAV hat dies erkannt und wird noch in diesem Jahr ein nationales klinisches Register für Robotik-assistierte viszeralchirurgische Operationen starten, um qualitätsgesichert den Patienten in Deutschland den Robotik-assistierten Eingriff anbieten zu können.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Dezember 2015

Kinderchirurgie in Not: Spezialisierte kinderchirurgische Versorgung von Kindern ist in Deutschland nicht mehr finanzierbar

Professor Dr. med. Bernd Tillig, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. (DGKCH), Direktor der Klinik für Kinderchirurgie, Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin

Recht auf kindgerechte Medizin: Keine kleinen Erwachsenen

Die chirurgische Behandlung von Kindern erfordert spezielle und besonders schonende Techniken, denn Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Sie erleiden andere Erkrankungen als Erwachsene und reagieren anders auf Erkrankungen und auf Behandlungen. Sie haben anatomische und physiologische Besonderheiten, die im Unterschied zum Erwachsenenalter ein spezielles operatives Vorgehen erfordern. Kindgerechte Medizin beinhaltet deshalb die Behandlung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen durch Ärzte, die speziell für die Besonderheiten dieser Altersgruppen ausgebildet wurden und entsprechende klinische Erfahrungen vorweisen können. Darüber besteht internationaler Konsens.

Die „Kyoto Declaration of Pediatric Surgery“ der World Federation of Associations of Pediatric Surgeons (WOFAPS) fordert, dass „jedes erkrankte Kind das Recht hat, in einer speziell auf Kinder ausgerichteten Einrichtung durch Kinderärzte und Kinderchirurgen behandelt zu werden.“ (1). Auch die Charta für Kinder im Krankenhaus der European Association for Children in Hospital (EACH) spricht den Kindern das Recht auf bestmögliche medizinische Behandlung durch spezialisiertes ärztliches und Pflegepersonal als fundamentales Recht zu (2, 3).

Deutsche Realität: Viele Kinder nicht von Kinderchirurgen operiert

Die Realität in Deutschland sieht gegenwärtig allerdings anders aus: Laut Statistischem Bundesamt wurden 2013 in Deutschland fast ein Viertel der Säuglinge, circa ein Drittel der Kleinkinder (ein bis fünf Jahre), mehr als die Hälfte der Schulkinder (fünf bis zehn Jahre) und mehr als zwei Drittel der Jugendlichen (zehn bis 15 Jahre) von nicht speziell für diese Altersgruppen ausgebildeten Chirurgen, also nicht von Kinderchirurgen operiert. Die Ursachen dafür liegen offensichtlich vor allem in der Finanzierung der Kinder- und Jugendmedizin, speziell der Kinderchirurgie und der inhomogenen Versorgungsstruktur. Der Gesetzgeber, kommunale Entscheidungsträger und einige Klinikträger müssen hierfür verantwortlich gemacht werden.

Unterfinanzierung mit System: Die meisten Kinderchirurgien können Kosten nicht decken

Bundesweit ist die Mehrzahl der kinderchirurgischen Kliniken und damit auch die Notfallversorgung für Kinder nicht mehr kostendeckend zu betreiben. Das liegt in erster Linie an den unzureichenden Erlösen aus dem DRG-System (Diagnosis Related Groups), in dem die gegenüber der Erwachsenenmedizin deutlich höheren Vorhaltekosten und der erhöhte Personalbedarf nicht berücksichtigt sind. Derzeit betreut eine kinderchirurgische Klinik in Deutschland durchschnittlich 152 000 Einwohner bis zu 17 Jahren und behandelt 1 400 Patienten pro Jahr. Um eine solche Klinik

jedoch kostendeckend betreiben zu können, wären unter den gegenwärtigen Bedingungen mindestens 2 500 Fälle erforderlich (Quelle: GKiND, Statistisches Bundesamt).

Auch große kinderchirurgische Kliniken der Maximalversorgung und Universitätskliniken sind gegenwärtig nicht mehr kostendeckend zu finanzieren. Vom Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. wird für 2014 eine Unterfinanzierung der kinderchirurgischen Kliniken an den Universitäten von fünf Millionen Euro angegeben.

Zudem führen Disproportionen in der Versorgungsstruktur zwischen Ballungszentren mit einer relativen Überversorgung und Flächenregionen mit relativer Unterversorgung zu erheblichen Problemen in der Finanzierbarkeit von spezialisierten kinderchirurgischen Leistungen.

Die Folge ist meist eine Reduktion der Personalkapazität mit erheblichen negativen Auswirkungen auf die Struktur der kinderchirurgischen Kliniken mit zwangsläufiger Verschlechterung der Versorgungsqualität. Gleichzeitig werden dadurch die Voraussetzungen für die Ausbildung des kinderchirurgischen Nachwuchses erheblich verschlechtert und die bedarfsgerechte kinderchirurgische Versorgung für die Zukunft wird dadurch ernsthaft infrage gestellt.

Stellschrauben: Finanzierung und Qualität

Konkret sind vom Gesetzgeber geeignete Maßnahmen zu fordern, um die ausreichende Finanzierung der Kinderchirurgie auf der Basis des DRG-Systems sicherzustellen. Die Sicherung einer bedarfs- und qualitätsgerechten kinderchirurgischen Versorgung muss für Krankenhausträger zur Verpflichtung gemacht werden. Von den Ländern ist zu fordern, dass die Versorgungsstruktur auf kommunaler Ebene aktiv so gestaltet wird, dass in den Ballungszentren Überversorgung beseitigt und eine sinnvolle Konzentration kinderchirurgischer Versorgung ermöglicht werden, um die Wirtschaftlichkeit kinderchirurgischer Kliniken sicherstellen zu können. Gleichzeitig sind verbindliche Wege zu eröffnen, um eine wirtschaftliche flächendeckende Versorgung durch Kooperationsmodelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung realisieren zu können.

Auch in Zukunft muss allen Kindern ihr Recht auf eine optimale Betreuung durch medizinische Spezialisten gewährt werden. Kinder sind die Zukunft unserer Gesellschaft.

Literatur

1. <http://www.wofaps.org/content/kyoto-declaration-pediatric-surgery>
2. <http://old.akik.de/charta/charta8.htm>
3. <http://www.each-for-sick-children.org>

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Dezember 2015

Von Herzschrittmacher bis Hüftprothese: Methoden zur Bewertung von Sicherheit und Nutzen von Medizinprodukten

Professor Dr. med. Ernst Klar, 2. Stellvertretender Vorsitzender der Sektion Chirurgische Forschung (SCF) der DGCH, Direktor der Abteilung für Allgemeine, Thorax-, Gefäß- und Transplantationschirurgie, Chirurgische Klinik und Poliklinik, Universität Rostock

Durch Innovationen in der Medizintechnik soll die Patientenversorgung verbessert werden. Die Qualität basiert auf Sicherheit und Wirksamkeit der jeweiligen Therapie.

Vor dem Hintergrund des Skandals um französische Brustimplantate 2012 (PIP) wurde auf europäischer Ebene eine Novellierung der Medical Device Directive mit strengeren Auflagen für die Zulassung innovativer Medizinprodukte angestoßen. Zur 3. Lesung und geplanten Verabschiedung im 1. Quartal 2016 liegt jetzt eine „European Device Regulation“ vor, die aufgrund des veränderten Charakters einer „Regulation“ im Gegensatz zur bis jetzt gültigen „Directive“ in allen europäischen Ländern unmittelbar bindend sein wird, mit deutlich eingeschränkter Möglichkeit für eine Angleichung an die jeweilige landesspezifische Situation. Trotzdem werden innerhalb von zwei Jahren nach Verabschiedung Umsetzungsrichtlinien erarbeitet werden müssen. Es ist deshalb von Bedeutung, dass die Politik über besondere Instrumente und Verfahrensweisen beim Inverkehrbringen von innovativen Medizinprodukten umfänglich informiert wird, um zu garantieren, dass aus der neuen „Medical Device Regulation“ größtmögliche Sicherheit für den Patienten resultiert und weiterhin die Entwicklung innovativer Medizinprodukte erhalten bleibt.

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) definiert wissenschaftlich begleitete Prozesse, die die translationale Umsetzung von Forschungsergebnissen in die klinische Anwendung mit größtmöglicher Patientensicherheit und Qualitätssicherung garantieren. Die Deutsche Gesellschaft für Biomedizinische Technik (DGBMT) fördert Rahmenbedingungen, die die Entstehung von medizinischen Innovationen ermöglichen. Beide Gesellschaften haben daher die vorliegende gemeinsame Stellungnahme erarbeitet.

Die Gesellschaften beschreiben hierin eine gestufte Prüfung von Medizinprodukten der höheren Risikoklassen II b und III. Der Nachweis von Sicherheit und Machbarkeit muss so weit wie möglich präklinisch erbracht werden, wobei hierzu auch Großtierversuche notwendig sind. Der Übergang in die klinische Prüfung erfolgt zunächst in wenigen selektionierten Patienten mit Analyse der Fallberichte durch eine Ethikkommission. Erst dann schließen sich Fallserien an. Bereits in dieser Phase ist das Erfassen von Einflussfaktoren, die von der jeweiligen Umgebung der Neuanwendung abhängig sind (sogenannte Kontextfaktoren), von Wichtigkeit. Das neue Produkt wird dann durch einen Vergleich mit dem bisherigen Standardverfahren bewertet. Ziel sind Prozess- und Kurzzeit-Outcome. Auf dieser Stufe müssen die Instrumente der Qualitätssicherung besonders gezielt

ausgewählt werden. Eine randomisiert-kontrollierte Studie (RCT) ist natürlich der Goldstandard, aber bei vielen innovativen Medizinprodukten nicht anwendbar. Es handelt sich hierbei um schrittweise („inkrementelle“) Entwicklungen, die eine besonders ausgedehnte Evaluation von Langzeitergebnissen erfordern, die RCTs nicht abdecken können. Ein Beispiel ist die Endoprothetik. In diesen Fällen können Register-basierte Beobachtungsstudien weiterführen. Gleiches gilt für die Prüfung von Sprunginnovationen. Die mitwachsende Herzklappe konnte nicht gegen eine Kontrollgruppe getestet werden, da alle zuvor bestehenden Therapieverfahren mit hoher Wahrscheinlichkeit vom Verfahrensansatz her unterlegen waren. In beiden Fällen sind Beobachtungsstudien und Register-basierte Studien die Bewertungsinstrumente der Wahl. Beide Innovationen sind Beispiele dafür, dass die optimale Wahl von Instrumenten zur Produktprüfung nicht durch starre Regularien beschränkt werden darf, sondern durch ständigen Austausch von Herstellern und Anwendern verantwortlich definiert werden muss.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Dezember 2015

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Deutsche Gesellschaft für Biomedizinische Technik VDE (DGBMT)

**Stellungnahme zur Innovationsprüfung und klinischen Bewertung von
Medizinprodukten: „IDEAL plus“**

Hintergrund

Innovationen in der Medizintechnik bieten ein großes Potenzial zur Verbesserung der Patientenversorgung. Die Qualität von Medizinprodukten (MP) spielt eine entscheidende Rolle, wenn es darum geht, eine größtmögliche Patientensicherheit zu erreichen. Qualität in der Patientenbehandlung basiert auf den Fundamenten der Sicherheit und der Wirksamkeit der jeweiligen Therapie. Gemäß Medizinproduktegesetz (MPG) müssen die Sicherheit und die Leistungsfähigkeit des MP vor dem Inverkehrbringen unter Beweis gestellt werden. Darüber hinaus muss eine Nutzenbewertung erfolgen.

Auf **europäischer Ebene** bestehen aktuell im Rahmen der Novellierung der *Medical Device Directive* verstärkte Bemühungen zur Verbesserung der Patientensicherheit in Zusammenhang mit der Zulassung und Verwendung von Medizinprodukten. Der Entwurf der Europäischen Kommission vom 26.9.2012 (http://ec.europa.eu/health/medical-devices/files/revision_docs/proposal_2012_542_en.pdf) wurde durch eine große Anzahl von Änderungsvorschlägen im Rahmen der parlamentarischen Beratungen ergänzt und geändert. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie und 42 weitere Fachgesellschaften und/oder Einzelpersonen haben hierzu einen Petition eingereicht und Vorschläge erarbeitet, die Transparenz, Patientensicherheit und –nutzen zum Gegenstand hatten. Bedingt durch die Wahlen für das EU-Parlament und andere Verzögerungen liegt seit dem 21. September 2015 ein neues „Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council on medical devices, and amending Directive 2001/83/EC, Regulation (EC) No 178/2002 and Regulation (EC) No 1223/2009“ vor, welches nach einem "Trialogue" im Oktober 2015 zwischen Europäischer Kommission, Parlament und Rat zur europäischen Medizinprodukte-Verordnung (Medical Device Regulation – MDR) im ersten Quartal 2016 nach der 3. Lesung verabschiedet werden wird.

Positionierung der DGCH und der DGBMT

Die DGBMT setzt sich für Rahmenbedingungen ein, die sich förderlich auf die Entstehung von medizintechnischen Innovationen zum Wohle des Patienten auswirken. Die DGCH ist

darauf ausgerichtet, Prozesse zu definieren und wissenschaftlich zu begleiten, die die translationale Umsetzung von Forschungsergebnissen in die klinische Anwendung mit größtmöglicher Patientensicherheit und Qualitätssicherung garantieren. Daher sind die DGBMT und die DGCH der Auffassung, dass eine Medizinprodukteverordnung, welche den Zugang von Medizinprodukten zum Markt regelt, auf diese Ziele fokussieren sollte. Entscheidend ist es jedoch auch, die Patientensicherheit und den Nutzen für den Patienten kontinuierlich zu verbessern. Dieser stetige Verbesserungsprozess kann nur geschehen, wenn die regulatorischen Rahmenbedingungen Raum für Innovationen lassen. Vor diesem Hintergrund haben die DGCH und die DGBMT in Hauptsitzungen auf den Jahreskongressen 2015 der beiden Gesellschaften und in einem Workshop geeignete methodische Ansätze zur Bewertung von Sicherheit und Nutzen von Medizinprodukten gemeinsam definiert. Ziel beider Fachgesellschaften ist es, klinische Bewertungsmethoden zu erarbeiten, die eine verbesserte Beurteilung der medizinischen Wirksamkeit technischer Innovationen ermöglichen und gleichzeitig die Erforschung und Entwicklung von Innovationen auf dem Gebiet der Medizintechnik unterstützen.

Gestufte Prüfung von Medizinprodukten der Risikoklassen IIb und III

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie mit ihren Strukturen zur Planung und Durchführung kontrollierter klinischer Studien (Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) und Chirurgisches Studiennetzwerk (ChirNet)) und die Deutsche Gesellschaft für Biomedizinische Technik VDE (DGBMT) setzen sich für eine gestufte Prüfung von Medizinprodukten der Klassen IIb und III ein, die ein Höchstmaß an Patientensicherheit und Qualitätssicherung sicher stellen sollen. Hierfür wurde ein Verfahren erarbeitet, welches Gegenstand dieser Stellungnahme ist.

Welche Studien in welcher Situation?

Für die klinische Bewertung von Medizinprodukten der **Klassen II b und III** sind grundsätzlich drei Schritte zu beachten, die nachfolgend skizziert werden:

1. Sicherheit und Machbarkeit

Vor dem ersten Einsatz am Patienten stehen die Testung von Machbarkeit und präklinischer Sicherheit sowie der präklinische Nachweis, dass das Konzept des neuen Produktes zielführend ist.

Anders als bei der Arzneimittelzulassung, wo der Versuch am Kleintier angemessen sein kann, bedarf insbesondere die präklinische Implantatforschung der Überprüfung im Großtier.

Die Notwendigkeit des Tierversuches ist abhängig vom Grad der Innovation in Bezug auf

- Biomaterialien (auch Komponenten)
- Wechselwirkung mit (Blut und) Gewebe
- langfristigen Funktionserhalt

Für viele Anwendungen sind geeignete standardisierte Modelle etabliert, die durch Größe, Wachstums- und Alterungsprozesse charakterisiert sind. Durch ausreichend große Studiengruppen und Laufzeiten sowie kontrollierte Studien im Vergleich zum Standardverfahren kann so eine ergiebige präklinische Evaluation durchgeführt werden, die die nachfolgenden ersten klinischen Untersuchungen mit kleineren Gruppen von Probanden und erheblich gesteigerter Sicherheit erlaubt. Ziel sind wissenschaftliche Daten zur Sicherheit, Machbarkeit und technischen Entwicklung. Ein erfolgreicher Abschluss ist Voraussetzung zum Übergang in die klinische Entwicklungsphase. Für die Verfahren und Produkte, für die noch keine Modelle etabliert sind, müssen entsprechende neue Modelle entwickelt werden.

Die nächste Stufe stellt den Übergang in die klinische Prüfung („first in man“) mit dem Nachweis der Machbarkeit und Sicherheit in wenigen selektierten Patienten dar. Der Nachweis von Machbarkeit und Sicherheit muss durch ausführliche strukturierte Fallberichte mit Bewertung durch die zuständige Ethikkommission erfolgen. Es folgt die Beschreibung von Verbesserungen in Prozess- und Patientensicherheitsdaten durch Fallserien (deskriptiv), durch Erfassung und Bewertung der Kontextfaktoren sowie die Etablierung eines Registers, z. B. in Zusammenarbeit mit der medizinischen Fachgesellschaft.

2. Lernen und Bewerten

In der stufenweisen Weiterentwicklung des Medizinproduktes steht dann der informelle Vergleich mit dem bisherigem Standardverfahren an. Im Ergebnis sollte das neue Verfahren mit dem bisherigen Standard in Prozess- und Kurzzeit- Outcome vergleichbar sein. Folgende Methoden sind zur Prüfung geeignet: Erweiterung der Einschlusskriterien, Erweiterung der Anwender /Auswahl von Zentren, Erhöhung der Patientenzahl, Forschungsstruktur zur Definition von Kontextfaktoren. Patientensicherheit und Kurzzeit- Outcome werden unter Berücksichtigung von Lernkurveneffekten dargestellt. Auf Basis des prospektiven Registers erfolgt eine Pilotstudie zur Machbarkeit.

Zur eigentlichen Evaluation der neuen Technik im Vergleich mit dem Standardverfahren kommt in diesem Stadium die Durchführung einer prospektiven kontrollierten klinischen Vergleichsstudie gegenüber adäquatem Standardverfahren am besten als RCT zum Einsatz.

Die Kombination einer randomisierten Studie mit einem Register (registry-based RCT) sollte in großen Indikationsgebieten medizinischer Innovationen geprüft werden.

3. Evaluation von Langzeitergebnissen

Die letzte Erprobungsstufe beinhaltet eine Verbreitung der Anwendung in der gleichen Indikation mit Bewertung von Patientensicherheit sowie Nutzen in der Langzeitanwendung und in einem realistischen Anwenderbereich („real life“). Geeignete Methoden sind ein qualitativ gut geführtes prospektives Register, welches bei der zuständigen Fachgesellschaft verankert ist, ggf. weitere RCTs und systematische Reviews /Meta-Analysen. Die breite klinische Einführung nach Prüfung der Efficacy sollte durch einen strukturierten systematischen Monitoringprozess begleitet werden.

Schlussbemerkung: Transparenz

Die Publikation von Informationen über den Prozess und die Entscheidung zur Zulassung eines Medizinproduktes sollten öffentlich über Studienregister und/oder Open -Access Publikation zugänglich sein. Aus Wettbewerbsgründen sollten patent- und entwicklungsrelevante Informationen beim Hersteller verbleiben.

Iterative Prozesse zwischen Herstellern und Anwendern zur Produktverbesserung sollten in jeder Phase der Entwicklung möglich sein, Diese Vorgehensweise entspricht in weiten Teilen dem IDEAL Statement :McCulloch et al. - No surgical innovation without evaluation: The IDEAL-Recommendations; The Lancet Vol 374 1105—12. Sept. 26, 2009 verstärkt aber die Rolle der Präklinischen Prüfung (IDEAL Plus).

Berlin, 2. Dezember 2015

VDE Verband der Elektrotechnik Elektronik Informationstechnik e. V.
Deutsche Gesellschaft für Biomedizinische Technik im VDE (DGBMT)
Stresemannallee 15
60596 Frankfurt
Tel.: +49 69 6308-348
dgbmt@vde.com
www.vde.com/dgbmt

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) e.V.
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
Tel.: +49 (0)30 28 87 62 90
DGChirurgie@t-online.de
www.dgch.de



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie mit derzeit knapp 6 500 Mitgliedern wurde 1872 in Berlin gegründet. Sie gehört damit im 143. 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 Gesellschaft beigetreten. Sie vertritt mit ihren über die einzelnen Fachgesellschaften assoziierten Mitgliedern damit mehr als 20 000 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 wieder in neuem Glanz erstanden. Dieses symbolträchtige Haus der Chirurgie mit seinem traditionsreichen Hörsaal ist der Sitz mehrerer wissenschaftlich-chirurgischer Fachgesellschaften sowie des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen und repräsentiert auch in dieser räumlichen Vereinigung die große Gemeinschaft der Chirurgen.

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

Professor Dr. med. Dr. h. c. 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. Gabriele Schackert
Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH),
Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie,
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität
Dresden



* 1953

Beruflicher Werdegang:

- | | |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1971–1977 | Studium der Humanmedizin an der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg |
| 1977 | Staatsexamen und Approbation als Ärztin |
| 1977 | Promotion mit dem Thema „Das vaskuläre Neurom Feyrter-Reubi“
(Professor Dr. W. Doerr, Direktor des Pathologischen Institutes der
Universität Heidelberg) |
| 1978–1984 | Facharztausbildung für Neurochirurgie: Universität Erlangen/Nürnberg
(Professor Dr. W. Schiefer) und Universität Heidelberg
(Professor Dr. St. Kunze) |
| 1984 | Facharztprüfung in Freiburg |
| 1984–1986 | Oberärztin der Klinik für Neurochirurgie der Universität Heidelberg |
| 1986–1988 | Forschungstipendium der Dr. Mildred Scheel Stiftung für Krebsforschung am
Department of Cell Biology, M. D. Anderson Hospital and Cancer Center,
Houston/Texas, USA; Direktor: Professor Dr. I. J. Fidler |
| 1988–1993 | Oberärztin der Klinik für Neurochirurgie der Universität Heidelberg |
| 1990 | Habilitation im Fach Neurochirurgie
Thema: „Entwicklung eines hämatogenen Hirnmetastasenmodells in der
Maus. Untersuchungen zur Biologie und Therapie zerebraler Metastasen im
Tierexperiment“ |
| 1991 | Venia Legendi für das Fach Neurochirurgie |
| 1993 | Berufung auf die C4-Professur für Neurochirurgie der Medizinischen Fakultät
Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden |
| Seit 10/1993 | Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie der Medizinischen
Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden |
| 3/1999 | Berufung auf die C4-Professur für Neurochirurgie an der Universität
Hamburg/Eppendorf – Ruf nicht angenommen |
| 2001 | Verleihung des Verdienstordens des Freistaates Sachsen |
| 2010–2012 | 2. Vorsitzende der DGNC |

2012–2014	1. Vorsitzende der DGNC
2013–2014	3. Vize-Präsidentin der DGCH
2014-2015	2. Vize-Präsidentin der DGCH
2015-2016	Präsidentin der DGCH

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH),
Präsident des Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC), 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 Medizinischen Hochschule 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. Dietmar Lorenz
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und
Viszeralchirurgie e.V. (DGAV), Direktor und Chefarzt der Klinik für
Allgemein- und Viszeralchirurgie, Sana Klinikum Offenbach

* 1955



Beruflicher Werdegang:

1976–1984	Studium der Humanmedizin an den Universitäten Mailand (Italien), Freiburg und Tübingen
1984	Approbation als Arzt
1984	Promotion
1996	Habilitation für das Fach Chirurgie

Qualifikationen:

1987	Weiterbildung in Transplantationsmedizin
1991	Facharzt für Chirurgie
1992	Teilgebietsbezeichnung „Gefäßchirurgie“
1996	Schwerpunktsbezeichnung „Viszeralchirurgie“

Berufstätigkeit:

1984–2000	Chirurgische Klinik (Professor Dr. Dr. M. Trede), Klinikum Mannheim der Universität Heidelberg
1987	Transplantationseinheit (Professor Dr. John S. Najarian), Universität Minnesota, Minneapolis (USA)
1997	Ernennung zum Leitenden Oberarzt
1.7.2000–31.3.2014	Direktor Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Dr. Horst Schmidt Kliniken (HSK), Klinikum der Landeshauptstadt Wiesbaden
Ab 1.4.2014	Direktor und Chefarzt, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Sana Klinikum Offenbach

Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte:

- Onkologie des oberen Gastrointestinal-Traktes
- Minimalinvasive OPs bei onkologischen Erkrankungen

- Fortentwicklung der Viszeralmedizin zusammen mit der Gastroenterologie („Viszeralmedizinisches Zentrum“). Dazu auch regelmäßiger Referent beim Gastro Update (> 1300 Teilnehmer/Jahr) seit 2007
- Multiviszerale Resektionen gemeinsam mit der gynäkologischen Onkologie

Kongresse:

Seit 2000 Ausrichter zahlreicher Fortbildungen und Kongresse, die wichtigsten:

- Aktuelle Viszeralmedizin, Wiesbaden 2005 und 2007 (mit LIVE-Übertragungen aus den OPs der HSK)
- Excellence in Gastroenterology: Esophageal Cancer 2006, Wiesbaden (internationaler Kongress mit LIVE-Übertragungen aus den OPs der HSK)
- Jahrestagung der Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen 2009, Wiesbaden (mit LIVE-Übertragungen aus den OPs der HSK)
- Koloproktologisches Sommermeeting 2010, Hamburg (European Surgical Institute)
- Gründer, wissenschaftlicher Leiter und Referent des DGAV Chirurgie Update seit 2009 (> 1000 Teilnehmer/Jahr)

Mitgliedschaften und Berufungen:

- Konvent der Leitenden Krankenhauschirurgen (KLK): Mitglied und Beirat
- Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen (VMC): Mitglied und Präsident 2009
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH): Mitglied
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV): Mitglied des Präsidiums und aktueller Präsident
Weitere Funktion in der DGAV: Vorsitzender der CAOGI (Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Oberer Gastrointestinaltrakt)
- Fokus-Ärzteliste, gelistet seit 2011, seit 2013 mit zwei Auszeichnungen: „Onkologie“ und „Bauchchirurgie“

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Bernd Tillig
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. (DGKCH),
Direktor der Klinik für Kinderchirurgie, Vivantes Klinikum Neukölln,
Berlin

* 1955



Beruflicher Werdegang:

1977–1983	Studium an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig
1983	Staatsexamen und Diplom
17.5.1983	Approbation
1985	Dissertation zur Promotion, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig
1987	Anerkennung als Facharzt für Kinderchirurgie
1994	Forschungspreis der Deutschen Akademie der Naturforscher „Leopoldina“
1995/1996	Kinderurologie, Stanford University, California
1998	Habilitation und Venia Legendi für Kinderchirurgie, Universität Bochum
2000	Forschungspreis der Deutschen Gesellschaft für Urologie
Bis 2003	Oberarzt, Kinderchirurgie, Universität Bochum
Seit 2004	Chefarzt der Klinik für Kinderchirurgie, Neugeborenenchirurgie und Kinderurologie, Vivantes Klinikum Neukölln und Friedrichshain
2008	Ernennung zum außerplanmäßigen Professor für Kinderchirurgie, Universität Bochum
Seit 2010	Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
2010–2013	Stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie
Seit 2011	zusätzlich Ärztlicher Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) Prenzlauer Berg, Zentrum für ambulante Kinder- und Jugendmedizin
Seit 1.11.2013	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Ernst Klar

2. Stellv. Vorsitzender der Sektion Chirurgische Forschung (SCF) der DGCH; Direktor der Abteilung für Allgemeine, Thorax-, Gefäß- und Transplantationschirurgie, Chirurgische Klinik und Poliklinik, Universität Rostock



Studium und Promotion:

1971–1978 Universität Heidelberg und University of Manchester, England
1978 Promotion Universität Heidelberg

Weiterbildung:

Klinische Ausbildung

1983–1990 Assistent in Allgemein-/ Viszeralchirurgie, Gefäßchirurgie und Chirurgischer Intensivmedizin, Universität Heidelberg (Professor Herfarth, Professor Allenberg)

Spezielle Klinische Ausbildung

1987 Clinical Fellow in Transplantation Surgery with Sir Roy Calne, Addenbrooke's Hospital, Cambridge, England
1996 Clinical Fellow in Endocrine Surgery with L.E.Tisell, Salgrenska Hospital, Gothenburg, Sweden

Forschungsaufenthalte

1984 Institut für Experimentelle Chirurgie, Universität Heidelberg (Professor Meßmer)
1988–1989 Research Fellow in Surgery with A.L. Warshaw, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, USA

Forschungspreis:

1995 Research Award of the European Society for Organ Transplantation
“First clinical realization of continuous monitoring of liver microcirculation after transplantation by thermodiffusion“

Tätigkeit in Vorständen/Fachkommissionen:

2002–2006	Leiter der Sektion Wissenschaft und Forschung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)
Seit 2008	Mitglied im Präsidium bzw. Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie (DGPW)
2009	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie
2003–2010	Vorstandsmitglied der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG)
2007–2011	Leiter der Kommission für Organspende und Entnahme der DTG
2007–2011	Mitglied des Organ Procurement Committee, Eurotransplant, Leiden
2007–2011	Stiftungsrat der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO)
2012–2015	Leiter der Sektion Chirurgische Forschung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
2012–2015	Mitglied des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Seit 2011	Chair International Relations Committee der Society for Surgery of the Alimentary Tract (SSAT)

Herausgeber wissenschaftlicher Zeitschriften:

Seit 2009	VISZERALMEDIZIN
-----------	-----------------

Mitglied im Editorial Board wissenschaftlicher Zeitschriften:

Seit 2009	Langenbeck's Archives of Surgery
Seit 2009	Der Chirurg
Seit 2011	Surgery
Seit 2012	Journal of Gastrointestinal Surgery

Derzeitige Position:

Seit 2003	Direktor der Abteilung für Allgemeine, Thorax-, Gefäß- und Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Rostock
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Gegründet 1872
Sitz Berlin

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Bestellformular Fotos:

Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Mittwoch, 2. Dezember 2015, 11.00 bis 12.15 Uhr

Ort: Langenbeck-Virchow-Haus, Bibliothek der DGCH, Luisenstraße 59, 10117 Berlin

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

- Professor Dr. med. Gabriele Schackert
- Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer
- Professor Dr. med. Dietmar Lorenz
- Professor Dr. med. Bernd Tillig
- Professor Dr. med. Ernst Klar

Vorname:	Name:
Medium:	Redaktion/Ressort:
Straße, Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	Unterschrift:

**Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen oder
per Mail an lorenz-meyer@medizinkommunikation.org.**

Kontakt für Journalisten:

DGCH Pressestelle

Anna Julia Voormann/Irina Lorenz-Meyer

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Berliner Büro:

Langenbeck-Virchow-Haus

Luisenstraße 59, 10117 Berlin

Telefon: 0711 8931-642 /-552

Fax: 0711 8931-167

lorenz-meyer@medizinkommunikation.org

www.dgch.de