



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie  
129. Kongress

24. – 27. April 2012 ICC-Berlin



**Chirurgie  
in Partnerschaft**

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

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

**Termin:** Freitag, 27. April 2012, 11.30 bis 12.30 Uhr

**Ort:** Raum 42, ICC – Internationales Congress Centrum Berlin, Messegelände

**Thementag: Organisation und Management**

### **Themen und Referenten:**

**Patientengerechte und moderne Klinikführung, Arzt-Patienten-Kommunikation:**

**Thementag: Organisation und Management**

Professor Dr. med. Markus W. Bächler

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH); Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg

**Patientensicherheit ist Chefsache**

**Die zentrale Bedeutung einer gelebten Sicherheitskultur in der Chirurgie**

Professor Dr. med. Hartwig Bauer

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

**Fehlbildungen an Lunge und Speiseröhre bei Säuglingen**

**Neue Behandlungskonzepte in der Früh- und Neugeborenenchirurgie**

Professor Dr. med. Jörg Fuchs

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

**Ökonomischer Druck in der Chirurgie:**

**Wird vor allem zum Wohle des Krankenhauses operiert?**

Professor Dr. med. Joachim Jähne

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

**Pflege auf Augenhöhe: Neue Anforderungen an das Pflegepersonal von Morgen**

Gisela Müller

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

und

Edgar Reisch

Pflegedirektor und Mitglied des Vorstandes des Universitätsklinikums Heidelberg

**Der Schnitt ist immer gleich – Müssen Frauen und Männer unterschiedlich operiert werden?**

Professor Dr. med. Beate Rau

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

**Ihr Kontakt für Rückfragen:**

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Anne-Katrin Döbler, Christine Schoner, Christina Seddig

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-573

Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: [schoner@medizinkommunikation.org](mailto:schoner@medizinkommunikation.org);

[www.chirurgie2012.de](http://www.chirurgie2012.de), [www.dgch.de](http://www.dgch.de)

**Pressekontakt in Berlin:**

Pressebüro Raum 50, ICC Berlin

Tel.: 030 /3038 - 7550

Fax: 030/3038 -81013





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie  
129. Kongress

24. – 27. April 2012 ICC-Berlin



**Chirurgie  
in Partnerschaft**

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

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

**Termin:** Freitag, 27. April 2012, 11.30 bis 12.30 Uhr

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

**Thementag: Organisation und Management**

### **Inhalt:**

**Pressemeldung:** **Ökonomischer Druck im Krankenhaus: Chirurgen müssen zum Wohl des Patienten operieren und nicht für die Bilanz**

**Kinderchirurgen: Fehlbildungen bei Neugeborenen frühzeitig und sicher operieren**

**Kinder angemessen auf Operationen vorbereiten  
DGKCH fordert präoperativen Tag in der Kinderchirurgie**

**Redemanuskripte:** Professor Dr. med. Markus W. Büchler

Professor Dr. med. Hartwig Bauer

Professor Dr. med. Jörg Fuchs

Professor Dr. med. Joachim Jähne

Gisela Müller/Edgar Reisch

Professor Dr. med. Beate Rau

**Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie**

**Curriculum Vitae der Referenten**

**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](mailto: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](mailto:schoner@medizinkommunikation.org);  
[www.chirurgie2012.de](http://www.chirurgie2012.de), [www.dgch.de](http://www.dgch.de)

### **Pressekontakt in Berlin:**

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





PRESSEMITTEILUNG

129. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

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

## **Ökonomischer Druck im Krankenhaus: Chirurgen müssen zum Wohl des Patienten operieren und nicht für die Bilanz**

**Berlin, 27. April 2012 – Etwa jedes vierte Krankenhaus in Deutschland ist verschuldet. Seit Einführung des Fallpauschalensystems hat sich der ökonomische Druck auf die Kliniken drastisch erhöht. Um wirtschaftlich arbeiten zu können, sehen sich medizinische Einrichtungen gezwungen, ihre Patientenzahl zu steigern, bemängelt ein Experte der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Die Folge: Im Jahr 2010 wurden laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes über 1,2 Millionen Bundesbürger mehr in Kliniken behandelt als zehn Jahre zuvor. Ob dies am demographischen Wandel oder am wirtschaftlichen Druck im Krankenhaus liegt, ist nicht immer klar. Wie Krankenhäusern der Spagat zwischen verantwortungsvoller, ethischer Patientenversorgung und wirtschaftlichem Anspruch gelingt und was Chirurgen künftig dazu beisteuern können, diskutieren Experten vom 24. bis 27. April 2012 auf dem 129. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) im ICC Berlin.**

Seit Einführung des Fallpauschalensystems im Jahr 2004 vergüten die Krankenkassen die Arbeit der deutschen Krankenhäuser nach einem diagnosebezogenen pauschalierten Festkostensystem: Jede Diagnose hat ihren festen Preis, der unabhängig vom tatsächlichen individuellen Krankheits- oder Genesungsverlauf des Patienten berechnet wird. Verweilt der Patient aufgrund unvorhergesehener Komplikationen länger als erwartet im Krankbett, erhalten die Kliniken hierfür keine entsprechende Entschädigung. Daraus entstehen in vielen Kliniken Finanzlücken, die den wirtschaftlichen Druck erhöhen. Gleichzeitig kam es in den letzten Jahren auch an vielen Kliniken zu einer Erhöhung der Fallzahlen. „Es ist fraglich, ob dieser Fallzahlsteigerung tatsächlich immer gerechtfertigte medizinische Indikationen zugrunde liegen oder aufgrund des starken finanziellen Drucks auf die Häuser aus finanziellem Interesse entschieden wurde“, hinterfragt Prof. Dr. med. Joachim Jähne, Vizepräsident der DGCH, diese Entwicklung. Zudem seien heutige Ärzteverträge im Krankenhaus häufig mit Bonuszahlungen bei Fallzahlsteigerungen verbunden.



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

Neben einer wachsenden Patientenzahl spielt auch die Wahl der Operationstechnik eine entscheidende finanzielle Rolle für das Krankenhaus: „Patienten werden mitunter mit modernen Methoden operiert, die zwar nicht immer effektiver als herkömmliche Lösungen, jedoch oft finanziell wesentlich ertragreicher sind“, erläutert Jähne, Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie des Diakoniekkrankenhauses Henriettenstiftung in Hannover. Leistenbruch-Operationen oder Gelenkspiegelungen, die sogenannte Arthroskopie, seien mitunter verzichtbar. „Durch finanzielle Zwänge werden die verantwortlichen Chirurgen in der Wahl der Behandlungsmethoden unfreier“, sagt Jähne. Denn sie seien immer häufiger den monetären Entscheidungen ihres Arbeitgebers unterworfen, anstatt die Bedürfnisse der Patienten angemessen berücksichtigen zu können.

In dieser Entwicklung sieht die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie einen Interessenkonflikt zwischen Krankenhäusern und Ärzten. „Als Ärzte unterliegen wir dem ärztlichen Ethos. Eine Entscheidung zur Durchführung einer Operation und Wahl des OP-Verfahrens sollte ausschließlich medizinische Gründe, keinesfalls aber finanziellen Intentionen zugrunde liegen“, betont Prof. Dr. med. Markus W. Büchler, Präsident der DGCH. Gleichzeitig sei der finanzielle Druck, der auf den Kliniken laste, durchaus nachzuvollziehen. Dennoch könne dieser nicht durch etwa Vergütungsanreize, die dem Patienteninteresse widersprechen, an die Ärzte weitergegeben werden. Neben einem kaufmännischen Leiter sollte zudem laut Büchler immer auch ein Arzt ein Krankenhaus leiten, der die Patientensicht vertritt.

Auf dem 129. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vom 24. bis 27. April 2012 in Berlin diskutieren Chirurgen, wie sie dem ökonomischen Druck begegnen können, ohne die ethischen Anforderungen ihres Berufes zu vernachlässigen. Der Thementag „Organisation und Management“ am 27. April legt den Fokus darüber hinaus auf Fehlervermeidung und Prozessoptimierung als einen wichtigen Ansatz, Ressourcen effektiv zu nutzen und die Versorgungsqualität zu erhöhen. Professor Jähne erläutert auf der heutigen Pressekonferenz die Auswirkungen des ökonomischen Drucks in der Chirurgie.



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie  
129. Kongress

24. – 27. April 2012 ICC-Berlin



**Chirurgie  
in Partnerschaft**

Literatur:

T. Nölling: Zielvereinbarungen in Chefarztdienstverträgen, in: *Mitteilungen der DGCH*, 2/2012, [www.dgch.de](http://www.dgch.de)

Präsident 2011/12:

Prof. Dr. Markus W. Büchler

Terminhinweise:

Kongresssitzung:

**Symposium: Ökonomisierung von Kliniken**

27. April 2012, 16.30 bis 17.30 Uhr Seminarraum 44, ICC Berlin





PRESSEMITTEILUNG

129. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Präsident 2011/12:

Prof. Dr. Markus W. Büchler

## **Kinderchirurgen: Fehlbildungen bei Neugeborenen frühzeitig und sicher operieren**

**Berlin, 27. April 2012 – Eins von 2500 Kindern kommt mit einer angeborenen Fehlbildung zur Welt. Fehler an Lunge, Speiseröhre oder Zwerchfell können Kinderchirurgen heute schon kurz nach der Geburt operieren. Um das spätere körperliche Wachstum der Neugeborenen nicht zu stören, eignen sich so genannte Schlüsselloch-Operationen über kleinste Zugänge. Die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) sieht in diesem minimalinvasiven, für Eingriffe bei Früh- und Neugeborenen innovativen Verfahren eine positive Entwicklung. Den Erfolg belegen aktuelle Studien. Neueste Erkenntnisse diskutieren Experten der DGKCH auf dem 129. Chirurgenkongress in Berlin.**

In Deutschland kommen etwa 200 Kinder mit einer Lücke im Zwerchfell zur Welt. Durch diese „Hernie“ drängen Organe aus dem Bauch in den Brustkorb und zwingen die Lunge ein. Bei anderen Neugeborenen – einem von etwa 2500 – fehlt die Verbindung von der Speiseröhre zum Magen. Diese sogenannte Ösophagusatresie, Zwerchfellhernien oder beispielsweise auch Lungenfehlbildungen sind heute gut zu operieren sagt Professor Dr. med. Jörg Fuchs, Präsident der DGKCH aus Tübingen: „Hier kann nur eine interdisziplinäre Therapie mit elektiver Operation innerhalb der ersten Lebensstage helfen, denn in den meisten Fällen sind Kinder mit diesen Fehlbildungen nicht lebensfähig“.

Früher mussten Kinderchirurgen dafür die zarten Rippen des Kindes durchtrennen und den Brustkorb öffnen, um an die Organe zu gelangen. Inzwischen operieren viele Kinderchirurgen minimalinvasiv. Die Ärzte arbeiten hier mit winzigen Instrumenten: An drei Stellen führen sie über Einstiche kleine Röhrchen, sogenannte Trokare, in den Brustkorb ein. Durch ein Trokar legen sie eine kleine Kamera, durch die anderen beiden die Operationsinstrumente. „Minimalinvasive Eingriffe sind technisch schwierig“, erläutert Fuchs, der Direktor der kinderchirurgischen Universitätsklinik in Tübingen ist: „Sie dauern deshalb in der Regel zwar länger als eine offene Operation, sind aber mit einer sehr geringen Gewebeschädigung verbunden.“ Die Beatmungszeit nach der Operation verkürze sich, die Kinder erlitten weniger Schmerzen, und sie könnten schneller aus der Klinik entlassen werden.



Ein wesentlicher Vorteil sind auch die geringen langfristigen Folgen. „Da der knöcherne Brustkorb nicht geöffnet werden muss, kommt es hier später nicht zu Rippenverschmelzungen oder Verkrümmungen der Wirbelsäule“, sagt Professor Fuchs. Nach einer minimal-invasiven Operation im Brustkorb bleibe dagegen außer drei kurzen Narben vom Eingriff nichts zurück.

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

Anfängliche Skepsis gegenüber dieser thorakoskopischen Chirurgie bei Neugeborenen hat sich gelegt: „Wir haben das Stadium der Machbarkeit längst überwunden“, sagt Fuchs, der vor zehn Jahren die ersten Operationen durchführte. Die Technik habe sich so gut entwickelt, dass Eltern heute in den meisten Fällen sehr zuversichtlich sein könnten. „Auch Lungenfehlbildungen und selbst Defekte an der Luftröhre beheben wir heute mit guten Erfolgsaussichten thorakoskopisch“, berichtet Professor Fuchs im Rahmen des 129. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Entscheidend sei dabei, dass erfahrenen Kinderchirurgen die Eingriffe durchführen.

*Literatur:*

*Boubnova J, Peycelon M, Garbi O, David M, Bonnard A, De Lagausie P. Thoracoscopy in the management of congenital lung diseases in infancy. Surg Endosc. 2011 Feb;25(2):593-6. Epub 2010 Jul 10.*

*Kaneko K, Ono Y, Tainaka T, Sumida W, Kawai Y, Ando H. Thoracoscopic lobectomy for congenital cystic lung diseases in neonates and small infants. Pediatr Surg Int. 2010 Apr;26(4):361-5;*

*Rothenberg SS, Kuenzler KA, Middlesworth W, Kay S, Yoder S, Shipman K, Rodriguez R, Stolar CJ. Thoracoscopic lobectomy in infants less than 10kg with prenatally diagnosed cystic lung disease.; J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2011 Mar;21(2):181-4*

*Rothenberg SS.; Experience with thoracoscopic tracheal surgery in infants and children. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2009 Oct;19(5):671;*

*Szavay PO, Zundel S, Blumenstock G, Kirschner HJ, Luithle T, Girisch M, Luenig H, Fuchs J.; Perioperative outcome of patients with esophageal atresia and tracheo-esophageal fistula undergoing open versus thoracoscopic surgery. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2011 Jun;21(5):439-43;*

*Szavay PO, Obermayr F, Maas C, Luenig H, Blumenstock G, Fuchs J. Perioperative outcome of patients with congenital diaphragmatic hernia undergoing open versus minimally invasive surgery. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2012 Apr;22(3):285-9.*



PRESSEMITTEILUNG

129. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCh)

Präsident 2011/12:

Prof. Dr. Markus W. Buehler

**Kinder angemessen auf Operationen vorbereiten  
DGKCH fordert präoperativen Tag in der Kinderchirurgie**

**Berlin, 27. April 2012 – Krankenkassen vergüten künftig für Kinder keinen präoperativen Krankenhaustag mehr. Stattdessen sollen die kleinen Patienten – auch Säuglinge – erst am Morgen der Operation nüchtern im Krankenhaus anreisen, dort umgehend auf ihren Eingriff vorbereitet und anschließend operiert werden. Die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) akzeptiert dies nicht: „Hier werden wesentliche Kriterien einer modernen, kindgerechten Medizin ökonomischen Argumenten untergeordnet“, wendet Professor Dr. med. Jörg Fuchs, Präsident der DGKCH aus Tübingen, ein. Kranke Kinder dürften nicht unter den Einsparungen im Gesundheitssystem leiden. Im Rahmen des Chirurgenkongresses in Berlin fordert die DGKCH die Kassen auf, den präoperativen Tag für Kinder beizubehalten.**

Bislang erlaubt der präoperative Tag, Kinder umfassend auf eine Operation einzustellen: Sie reisen gemeinsam mit den Eltern am Tag vor der Operation im Krankenhaus an, gewöhnen sich ein und übernachten dort. Vor allem aber bereiten Ärzte und Pflegekräfte die Kinder schon am Vortag des Eingriffs darauf vor: Nehmen Blut ab, stellen, falls nötig, Medikamente um und führen Untersuchungen durch. Häufig sind Kinder erkältet: „Falls ein Kind krank ist, wäre es damit nicht OP-fähig“, erläutert Professor Fuchs, der als Direktor die kinderchirurgische Universitätsklinik in Tübingen leitet. Am Tag der Operation gilt es zu überwachen, dass die Kinder nüchtern bleiben. Besondere Aufmerksamkeit gehört dabei den Säuglingen. Hier kann durch Hungern eine möglicherweise lebensbedrohliche Unterzuckerung entstehen. Hat ein Patient wiederum morgens gegessen, können Ärzte nicht operieren. Denn falls er sich unter der Einleitung der Narkose erbricht, kann er schlimmstenfalls daran ersticken.

Um Ausgaben für den präoperativen Tag einzusparen, zahlen die Kassen dafür bei Erwachsenen nicht mehr. Dies soll jetzt auch bei Kindern zur Regel werden. „Einer Abschaffung dieses Tages bei Kindern können wir jedoch unter keinen Umständen zustimmen“, mahnt Professor Fuchs. Gerade bei Säuglingen sei äußerste medizinische







Sorgfalt auf allen Ebenen der Versorgung gefordert. Auch die Vorbereitung schwer kranker Kinder, beispielsweise von Tumorpatienten, sei sehr komplex. Ein weiterer Aspekt ist die Anreise: „Eltern nehmen für die Operation ihres Kindes in einem kinderchirurgischen Zentrum oft lange Anreisen in Kauf“, gibt der Experte zu Bedenken. Schwerkranken Kindern, die aufwändige chirurgische Eingriffe vor sich haben, sei nicht zumutbar, sich nach der langen Fahrt einer Operation zu unterziehen. Kindgerechte Medizin bedeute nicht nur ärztliche Behandlung und Pflege, meint auch DGKCH- Experte Privatdozent Dr. Philipp Szavay: „Denn gerade bei unseren Patienten spielt insbesondere die psychosoziale Einbettung zur Vermeidung von Stress eine wichtige Rolle“, so der leitende Oberarzt an der Abteilung für Kinderchirurgie der Universitätsklinik Tübingen.

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

Im Rahmen des Chirurgenkongresses vom 24. bis 27. April 2012 in Berlin betont die DGKCH, dass sie das Kostenargument der Kassen nicht gelten lässt: „Krankenkassen müssen die Konsequenzen ihrer Entscheidung im Zweifelsfall nicht tragen. Wir aber stehen in direkter Verantwortung für unsere kleinen Patienten“, so der Präsident der DGKCH. „Die Besonderheiten einer kindgerechten, medizinisch sorgfältigen und juristisch abgesicherten kinderchirurgischen Versorgung werden bei der Abschaffung des präoperativen Tages nicht berücksichtigt.“ Die DGKCH fordert deshalb die Krankenkassen nachdrücklich auf, ihre Entscheidung zu überdenken.

## **„Thementag Organisation und Management“**

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

Krankenhausverwaltung und Organisationsstrukturen stehen in den letzten Jahren, insbesondere durch den zunehmenden ökonomischen Druck, der auf den Krankenhäusern nach Einführung der DRG lastet, im Zentrum der Aufmerksamkeit. Insbesondere im Bereich der Krankenhausverwaltung nehmen Chirurgen in wachsendem Maß Managementfunktionen und -aufgaben wahr, die allein mit einer chirurgischen Ausbildung und gesundem Menschenverstand ohne entsprechendes ökonomisches und verwaltungsorganisatorisches Zusatzwissen nicht zu bewältigen sind. Organisation und Management werden weder im Medizinstudium noch danach wirksam ausgebildet. Daher ist eine Management-Qualifikation von Chirurgen, die eine Leitungsfunktion ausüben wollen selbstständig anzustreben.

Management beschreibt die Funktionen: Planung, Organisation, Führung und Kontrolle. Chirurgen müssen ab der Ebene des mittleren Managements über Managementqualitäten verfügen und als Führungspersonen agieren können, um ihre Abteilungen effizient und nachhaltig leiten zu können. Betrachtet man das Management und die mit ihm verbundenen Aufgaben, Rollen und Funktionen, so erkennt man, dass ein Chirurg die klassischen Rollen des Managements schon lange vor dem Einzug dieses Begriffs in die Lehrbücher der Ökonomie eingenommen hat. Ein Chirurg ist immer Manager, je nach Klinikstruktur und Stellung auf verschiedenen Ebenen und in unterschiedlichen Bereichen.

Folgende Bereiche/Gruppen werden hierbei berührt:

- Patienten (medizinische Behandlung, Operation, Entlassplanung)
- Krankenhausverwaltung (Abrechnung, DRG, Strategieplanung, Organisationsstrukturen, Operationskoordination, Außendarstellung)
- Mitarbeiter (Rekrutierung und Einstellungen, Weiterbildung, Problemlösungen)
- Wissenschaft (Drittmittelakquise, Projektplanungen, Publikationen und Präsentationen, Betreuung von Doktoranden)
- Lehre (Aus-, Fort- und Weiterbildungen von Studenten, Pflegekräften und ärztlichen Mitarbeitern, Erstellung von Buchbeiträgen)

Chirurgische Abteilungen werden in der Zukunft vor allem erfolgreich sein, wenn sie sich in Verbundstrukturen organisieren und so Ressourcen bündeln und Synergieeffekte freisetzen. Ein Beispiel hierfür ist das Heidelberger Modell: Hier lassen sich durch die vertraglich geregelte Zusammenarbeit von Kliniken der Grund- und Regelversorgung mit Maximalversorgern (Universitätskliniken) und niedergelassenen Chirurgen im ambulanten Bereich Patientenströme besser lenken und Ressourcen innerhalb der einzelnen Kliniken sinnvoller und kosteneffizienter nutzen. Hiervon

profitieren die Kliniken durch höhere Einnahmen und bessere Weiterbildungsmöglichkeiten ihrer Assistenten im Rahmen von Rotationen, aber vor allem auch die Patienten durch die für ihre jeweilige Erkrankung am besten spezialisierte Abteilungen bzw. Infrastruktur.

Es bleibt zu beachten, dass eine permanente Leistungssteigerung in der Chirurgie weder auf Kosten der Patienten noch auf Kosten der Mitarbeiter in den Kliniken geschehen darf. Mit reduziertem Personal und gekürzten Ressourcen Effizienzsteigerungen zu erzielen, wird nur möglich sein, wenn gleichzeitig Entlastungen (beispielsweise durch den Einsatz von Stationssekretariaten oder „physicians assistants“) geschaffen werden. Nur durch Einsatz von Ökonomen in der Krankenhausverwaltung, deren Vorstellungen den Klinikalltag häufig unzureichend berücksichtigt und damit nicht den Vorstellungen sowohl der Ärzte als auch der Patienten entsprechen wird eine Steigerung der Effizienz einer chirurgischen Fachabteilung langfristig nicht möglich sein. Umso wichtiger ist daher die Einbindung ärztlichen Personals in das Klinikmanagement auf Leitungsebene, da nur so die notwendigen Veränderungen im Interesse aller Beteiligten umgesetzt werden können.

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

## **Patientensicherheit ist Chefsache**

### **Die zentrale Bedeutung einer gelebten Sicherheitskultur in der Chirurgie**

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

In den Kliniken sehen wir uns in unserem chirurgischen Handeln einer Fülle von sogenannten.

**„Fehler produzierenden Bedingungen“** gegenüber, die in den letzten Jahren an Intensität und damit in ihren Herausforderungen zugenommen haben. Dazu zählen:

#### **Arbeitsumfeld**

- Personalbesetzung, Fluktuationsrate
- Sprachprobleme
- Arbeitsverdichtung, Fremdaufgaben
- Arbeitsfeldwechsel (Honorarärzte)
- Technische Ausstattung (Komplizierte Medizintechnik, Geräteerneuerung, Wartung)
- Hygiene
- Medizinprodukte-assoziierte Risiken

#### **Abläufe**

- Schnittstellen, Informationsverlust
- Wechsel der Verantwortlichkeit
- Kontroll- u. Dokumentationsdefizite

#### **Individuum**

- Kenntnisse, Fertigkeiten, Erfahrungen
- Körperlicher Zustand, Übermüdung
- Psychische Verfassung, Burn Out

#### **Team**

- Kommunikation
- Supervision
- Verantwortlichkeit

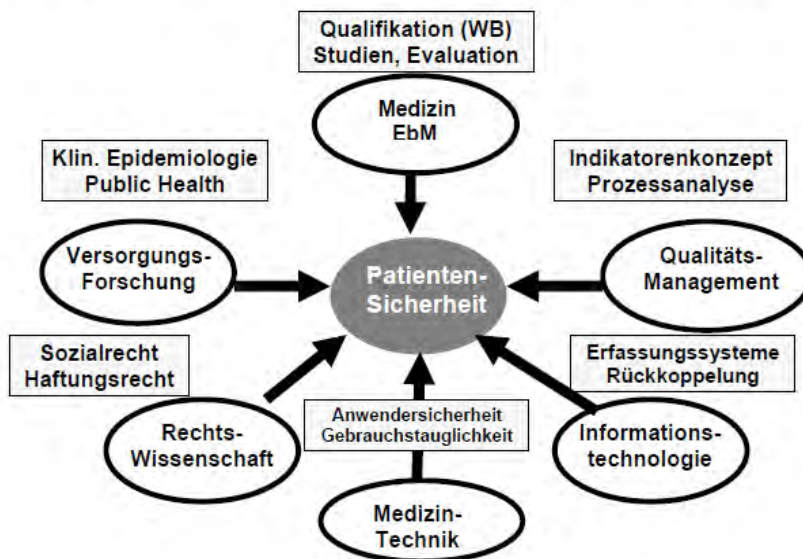
#### **Patient**

- Kooperationsfähigkeit
- Verständnisprobleme
- Komplexe Erkrankung

Dieses multifaktorelle Geschehen unterstreicht, dass in der Regel nicht das Fehlverhalten Einzelner Ursache von „unerwünschten Ereignissen“ ist. Es ist vielmehr das Zusammenwirken verschiedener, für sich alleine noch nicht gefährlicher Sorgfaltspflichtverletzungen oder Versäumnissen, die dann an irgendeiner Stelle des Behandlungsablaufs zur Gefährdung der Patienten, ob nun ohne oder mit Schadensfolge, führen.

Fehlerprävention und Gewährleistung der Patientensicherheit bedürfen deshalb in einem immer arbeitsteiliger werdenden Umfeld eines multiprofessionellen Ansatzes, um die Voraussetzungen für ein Maximum an Patientensicherheit zu schaffen. Das bezieht sich im geltenden Rechtsrahmen auf die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen, die Schaffung von Qualifikationsstandards sowie Analyse- und Umsetzungstechniken (siehe. Abbildung.). Die Arbeitsgemeinschaft für Qualität und Sicherheit in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie befaßt sich seit Jahren intensiv mit diesen Fragen.

### Patientensicherheit: Multiprofessioneller Ansatz



In der Chirurgie bestehen heute insgesamt hohe Sicherheitsstandards. Dennoch wird es Komplikationen in der Chirurgie immer geben. Es gilt, sie auf ein Mindestmaß zu reduzieren und vor allem vermeidbare unerwünschte Ereignisse durch eine systematisierte Fehlerprävention auszuschalten. Kernelemente sind die Einrichtung eines freiwilligen, anonymisierten und sanktionsfreien Meldesystems von kritischen Ereignissen (CIRS), regelmäßig im Team durchgeführte Besprechungen mit Fall- und Fehleranalysen (Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen) mit einer offenen Kommunikationskultur, die Erstellung von interprofessionell abgestimmten Handlungsanweisungen und Behandlungspfaden, regelmäßige und standardisierte Kontrollen (Checklisten) und nicht zuletzt die richtige Einschätzung des eigenen physischen und psychischen Leistungsvermögens und des der Mitarbeiter.

Diese Aufgabe muss Chefsache sein, das heißt., die Leitung muss sich damit identifizieren und darf die Dinge nicht nur delegieren. Das gelebte Beispiel ist der beste Ansporn für die Mitarbeiter und ist Voraussetzung dafür, eine entsprechende Haltung beziehungsweise Einstellung aller zu erreichen und das aufzubauen, was heute als durchgängige Sicherheitskultur in der Chirurgie zu verstehen ist. Um

aus Fehlern zu lernen, muss man sie nicht selber machen. Das Ziel muss sein, ohne primäre Schuldzuweisungen von Anderen zu lernen und damit die Entwicklung der lokalen Patientensicherheit zu fördern und im offenen Austausch mit Anderen die Wissensbasis für alle zu verbreitern. Dazu benötigt man neben Vorbildern aber auch Schulungen des gesamten Behandlungsteams und man benötigt vor allem Zeit mit genügend Freiräumen zur Kommunikation und zum Gedanken- und Erfahrungsaustausch. Wird ständig nur noch am Limit gearbeitet, steigt zwangsläufig das Risiko, was dann durch noch so ausgeklügelte Fehlervermeidungssysteme und trotz hoher Mitarbeitermotivation nicht mehr kompensiert werden kann.

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

## **Neue Herausforderungen und Behandlungskonzepte in der Früh- und Neugeborenenchirurgie**

Professor Dr. med. Jörg Fuchs, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH);  
Ärztlicher Direktor der Kinderchirurgischen Klinik, Universität Tübingen

Der 129. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ist auch für die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie als Mitgliedsgesellschaft der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) ein herausragender wissenschaftlicher Kongress. Einen besonderen Fachschwerpunkt des Kongresses stellt unter anderem die Pränatalmedizin mit Fetalchirurgie und neuen Entwicklungen in der Frühgeborenen- und Neugeborenenchirurgie dar.

Der Kinderchirurg wird aufgrund der beeindruckenden Behandlungsfortschritte in der neonatologischen Intensivmedizin zunehmend mit der Chirurgie extrem unreifer Frühgeborener (< 1500 g Geburtsgewicht) konfrontiert und trägt damit wesentlich zu den Behandlungserfolgen bei. Bei der erfolgreichen Behandlung dieser kritisch kranken Kinder spielen nicht nur neue fachliche Herausforderungen, sondern auch politische Sachverhalte wie die anzustrebende Zentralisierung innerhalb der Früh- und Neugeborenenmedizin in unserem Land eine eminente Rolle.

In den letzten Jahren haben sich auf dem Gebiet der Fehlbildungs- und Neugeborenenchirurgie viele Innovationen wie zum Beispiel die minimalinvasive Korrektur von Speiseröhrenfehlbildungen oder die endoskopische Lungenchirurgie an vielen Zentren als Standard durchgesetzt. In Zukunft geht es darum, die Vor- und Nachteile dieser innovativen Verfahren gegenüber der konventionellen Chirurgie in Multicenterstudien herauszuarbeiten. In diesem Sinne wird auf den kinderchirurgischen Sitzungen am 25. und 26. April 2012 eine intensive wissenschaftliche Diskussion stattfinden.

Einen hohen Stellenwert nimmt ebenfalls die pränatale Risikostratifizierung für angeborene Fehlbildungen ein, wo interdisziplinär auch fetalchirurgische Eingriffe mit in die Behandlungskonzepte integriert werden müssen. Beispiele hierfür sind Hochrisikopatienten mit angeborener Zwerchfellhernie, Lungenfehlbildungen oder Tumoren im Kopf-Hals-Bereich. Einige Vorträge auf diesem Kongress widmen sich diesen besonderen Themen und auch internationale Studien wie zum Beispiel bei der pränatalen Chirurgie der Myelomeningozele können hier klare Vorteile nachweisen.

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

## **Ökonomischer Druck in der Chirurgie: wird vor allem zum Wohle des Krankenhauses operiert?**

Professor Dr. med. Joachim Jähne, 3. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie DGCH, Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung, Hannover

Mit der Einführung des Fallpauschalensystems hat sich der ökonomische Druck auf die Kliniken erheblich erhöht. Gegenwärtig sind 20 bis 30 Prozent der deutschen Krankenhäuser verschuldet und der Investitionsstau beträgt circa 30 Milliarden Euro. Vor diesem Hintergrund gewinnt das Renditestreben an Bedeutung. Renditesteigerungen sind nur durch Fallzahlsteigerungen möglich. In den letzten zehn Jahren ist es im Krankenhaus zu einer Fallzahlsteigerung je 100 000 Einwohnern von knapp 21 000 auf 22 500 Fälle gekommen (Quelle: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)).

Es ist fraglich, ob dieser Fallzahlsteigerung gerechtfertigte medizinische Indikationen zugrunde liegen, zumal die heutigen Verträge im Krankenhaus mit Bonuszahlungen bei Fallzahlsteigerungen verbunden sind. Es darf angenommen werden, dass viele Eingriffe im Krankenhaus heute auch unter monetären Aspekten durchgeführt werden. Chirurgen werden in ihrer Indikationsstellung unfreier – sie sind primär dem Krankenhaus und ihren eigenen Einkünften und weniger dem Patienten verpflichtet. Bei vielen operativen Eingriffen (zum Beispiel Arthroskopie, Leistenbruch-Operation) können konservative Maßnahmen gerechtfertigt sein, ohne dass sich die Behandlung der Patienten verschlechtern würde.

Es wird die zukünftige Aufgabe der Chirurgen sein, sich diesem ökonomischen Druck zu widersetzen. Im Interesse der Patienten, aber auch mit Blick auf das ärztliche Ethos sollten der Entscheidung zur Durchführung einer Operation ausschließlich medizinische Gründe, keinesfalls aber monetär getriggerte Intentionen zugrunde liegen. Anderenfalls droht eine Entpersonalisierung der Chirurgie: Die Patienten werden nur noch als erlösträchtige Fälle betrachtet.

Wegen der begrenzten finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen wird sich der ökonomische „Irrsinn“ nur beheben lassen, wenn sich die politischen Entscheidungsträger, die Gesellschaft und nicht zuletzt auch die Chirurgen den Fragen einer Priorisierung medizinischer Leistungen öffnen, um tragfähige, zukunftsorientierte Lösungen zu entwickeln. Anderenfalls droht der ökonomische Druck, das Primat der Patientenbehandlung „Primum nil nocere“ aufzufressen.

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



**Der Schnitt ist immer gleich –  
Müssen Frauen und Männer unterschiedlich operiert werden?**

Professor Dr. med. Beate Rau, Sprecherin der AG Genderforschung der DGVS und DGAV, Oberärztin an der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie, Charité-Universitätsmedizin Campus Mitte

Gibt es genderspezifische Unterschiede in der Viszeralmedizin, denen wir mit gezielten diagnostischen oder therapeutischen Verfahren begegnen sollten, um unsere Gesamtbehandlungsergebnisse zu verbessern? Ja, sie sind existent – aber es wurde ihnen bislang keine wesentliche Bedeutung beigemessen. Daher ist Genderforschung auch in der Viszeralchirurgie dringend notwendig. Durch Differenzierung genderspezifischer Aspekte in Diagnostik und Therapie können wir die speziellen Bedürfnisse unserer Patienten und Patientinnen gezielter ausrichten. Die Zusammenarbeit mit anderen Arbeitsgemeinschaften ist daher ein wichtiger Bestandteil, um effizient genderspezifische Aspekte zu erarbeiten. Im Rahmen des Diskussionstreffens „Zukunft der Viszeralchirurgie 2012“ wurde der Grundstein für die Arbeitsgruppe Gendermedizin gelegt. In der Zwischenzeit haben sich viele interessierte Kollegen zur aktiven Mitarbeit gemeldet.

**Organbezogene Fragestellungen:**

Genderspezifische Unterschiede sind bei verschiedenen Organerkrankungen bekannt. Es gilt herauszufinden, ob sich dadurch auch diagnostische und therapeutische Konsequenzen ergeben.

**Methodengebundene Fragestellungen:**

Allein durch unterschiedliche Verteilung von Fett und Muskulatur als auch Medikamentenverbrauch (zum Beispiel Antikonzeptiva) sind genderspezifische Unterschiede zu erwarten.

**Sonstige Fragestellungen:**

In der viszeralchirurgischen Onkologie mit prä- und postoperativen chemo- und strahlentherapeutischen Behandlungsregimen ist mit einem unterschiedlichen genderabhängigen Outcome zu rechnen. Es gilt, gemeinsam mit der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Onkologie – Viszeralchirurgie (CAO-V) die Entitäten herauszufinden.

**Ziele:**

Strukturiert soll nach genderspezifischen Unterschieden in den verschiedenen Diagnosen gefahndet werden.

Es soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass in Behandlungsstudien auch nach geschlechtsspezifischen Aspekten stratifiziert werden sollte.

Ziel ist es, Unterschiede aufzuspüren und daraus spezifische Therapieempfehlungen abzuleiten, um dadurch das Outcome zu verbessern.

**„Pflege auf Augenhöhe – Personalmanagement und Personalzufriedenheit“  
Oder anders formuliert: Schüchtern war gestern – Augenhöhe ist heute**

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

und

Edgar Reisch, Pflegedirektor und Mitglied des Vorstandes des Universitätsklinikums Heidelberg

Der Pflegedienst hat sich in den vergangenen Jahrzehnten zu einer eigenständigen, hochkompetenten und verantwortungsvollen Profession entwickelt. Er ist eingebunden in die komplexe Welt der Krankenversorgung, ist aber auch der Erreichung von unternehmerischen Zielen verpflichtet und trägt somit eine hohe wirtschaftliche Mitverantwortung.

Das Bild vom ausführenden Pflegedienst, der ausschließlich die Anordnungen des ranghöheren Arztes ausführt, ist deshalb überholt. Das Aufgabenspektrum der Pflegenden hat sich deutlich erweitert und wird sich auch in Zukunft weiterentwickeln zu mehr Autonomie und einem neuen Rollenverständnis nicht nur in der direkten Patientenversorgung, sondern vor allem in der Koordination und Organisation des Behandlungsablaufes. Damit wird vor allem die Verantwortung der Ärzte für die Organisation der Behandlungsabläufe in Frage gestellt, aber auch das überholte Rollenverständnis der Berufsgruppen und die unzeitgemäßen Strukturen im Krankenhaus.

Die demografische Entwicklung der Bevölkerung geht einher mit einem höheren Versorgungsaufwand gerade bei multimorbiden Patienten bei gleichzeitiger Verkürzung der Verweildauer. Die Arbeitsverdichtung in den Krankenhäusern ist enorm gestiegen. Hinzu kommen die finanziellen Rahmenbedingungen: Wegen gedeckelter Budgets stehen den Kliniken nur begrenzte Ressourcen zur Verfügung. Zugleich kommt es zu einem Rückgang von qualifizierten Bewerbungen, vor allem für die OP- und Intensivbereiche.

Um diesen aktuellen Entwicklungen angemessen zu begegnen, um qualifizierte und motivierte Mitarbeiter zu finden und zu binden, muss sich der Pflegeberuf attraktiver und vielfältiger gestalten durch:

- **Mehr Selbstständigkeit im Berufsalltag.** Übernahme delegierbarer ärztlicher Tätigkeiten durch qualifizierte Pflegenden, um den ärztlichen Dienst zu entlasten. Wir haben uns entschlossen, die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an nicht wissenschaftliche Mitarbeiter/-innen unter definierten Rahmenbedingungen zu ermöglichen. Dabei prüften wir genau, welche ärztlichen Aufgaben delegierbar sind. Ein weiterer Schritt in die richtige Richtung ist die im Februar verabschiedete Richtlinie 63 im Sozialgesetzbuch (SGB) V. Pflegenden erhalten damit die Möglichkeit, in definierten Teilbereichen heilkundlich tätig zu werden durch eine moderne Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen Arzt und Pflege, zum

Beispiel bei der Versorgung chronischer Wunden. Aber auch die sektorenübergreifende Verzahnung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung gemäß der Zielsetzung Patientenmanagement aus einer Hand ist ein zukünftiges Tätigkeitsfeld qualifizierter Pflegenden.

Dies geschieht im Sinne einer qualifizierten Patientenversorgung und niemand denkt daran, die Ärzte durch Pflegende zu ersetzen. Es ist zu klären, welche Aufgaben durch den Pflegedienst übernommen werden können, damit es zu Entlastungen kommt. Diese Auseinandersetzung mit der Realität ist in Zeiten von hohem Leistungsdruck und vor dem Hintergrund von Ärzte- und Pflegekräftemangel längst überfällig.

- **Organisations- und Prozessverantwortung:** durch die Zuordnung der Verantwortlichkeit für das Zentrale Patientenmanagement (ZPM) an den Pflegedienst. Dem ZPM obliegt die komplette Koordination des Behandlungsprozesses eines Patienten von der Aufnahme über die operative, interventionelle oder konservative Therapie bis zum Entlassmanagement. Die Zuordnung der Patienten und damit die Bettenplanung auf den Stationen erfolgt ebenfalls durch das ZPM. Es ist auch erste Anlaufstelle für unsere Einweiser.
- **Höhere Bildungsabschlüsse für Pflegende,** zum Beispiel durch Bachelor- und Masterstudiengänge. In Heidelberg gibt es seit dem Wintersemester 2011 ein neues Angebot, das erlaubt, zwei Abschlüsse parallel zu erwerben: das Gesundheits- und Krankenpflegeexamen sowie den akademischen Grad eines „Bachelor of Science“. Ziel dieses Studienganges ist es, die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen zu verbessern.

Ein Umdenken in den Köpfen: Echte Teamarbeit zwischen autonom agierenden Berufsgruppen im Krankenhaus erfordert Respekt, Toleranz und die Anerkennung der Kompetenz und Leistung des anderen. Wir übernehmen Verantwortung und sehen uns als Partner in der Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen Berufsgruppen bei der Verfolgung gemeinsamer Ziele und Werte.

**Fazit:** Zusammenarbeit auf Augenhöhe bedeutet immer auch die Wertschätzung der Arbeit der anderen Berufsgruppe. Ergebnisqualität in der Patientenversorgung ist eine Leistung des gesamten Behandlungsteams. Hier sind wir auf dem richtigen Weg. Dies spüren wir auch durch eine sehr stabile Bewerbernachfrage und eine niedrige Fluktuation.



## Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie



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

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

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

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

Nach jahrelangem Rechtsstreit wurde der Gesellschaft im Jahre 2002 ihre nach dem Krieg durch die DDR enteignete, 1915 gemeinsam mit der Berliner Medizinischen Gesellschaft errichtete Heimstätte, das Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin Mitte, wieder 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](http://www.dgch.de).

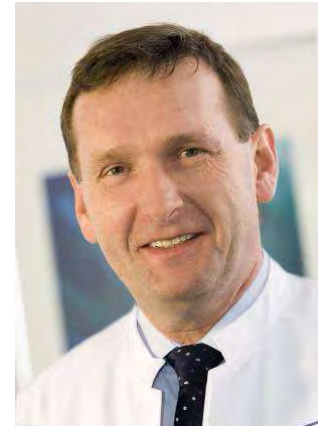
Prof. Dr. med. Hartwig Bauer  
Generalsekretär  
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie  
Luisenstr. 58/59  
10117 Berlin

Tel. 030/28876290  
Fax 030/28876299  
Mail: [DGChirurgie@t-online.de](mailto:DGChirurgie@t-online.de)

## **Curriculum Vitae**

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

\* 1955



### **Beruflicher Werdegang:**

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

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

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

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

## **Curriculum Vitae**

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

\*1942



### **Beruflicher Werdegang:**

- Studium der Medizin in München mit Staatsexamen und Promotion 1967
- Medizinalassistent 1967–1969 am Kreiskrankenhaus Kipfenberg
- 1969–1980 klinische Weiterbildung und wissenschaftliche Tätigkeit an der Chirurgischen Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München (Professor Dr. F. Holle)
- 1971/72 Wehrdienst als Stabsarzt an der Sanitätsakademie der Bundeswehr in München
- Facharztanerkennungen durch die Bayerische Landesärztekammer:  
1975: Chirurgie, 1979: Teilgebiet Unfallchirurgie, 1993: Schwerpunkt Viszeralchirurgie
- 1977: Habilitation an der Ludwig-Maximilians-Universität München
- 1980: Ernennung zum Professor an der Ludwig-Maximilians-Universität München
- 1981–2002 Chefarzt der Chirurgischen Abteilung und Ärztlicher Direktor der Kreisklinik Altötting, Krankenhaus der III. Versorgungsstufe, Akademisches Lehrkrankenhaus der Technischen Universität München
- Schwerpunkt der wissenschaftlichen Tätigkeit vorwiegend auf dem Gebiet der gastroenterologischen Chirurgie, der Unfallchirurgie und Notfallmedizin  
Weitere Arbeitsgebiete: Krankenhausökonomie, Klinikmanagement und Qualitätssicherung
- Vorstands- beziehungsweise Präsidiumsmitglied verschiedener chirurgisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften und berufsständischer Vereinigungen
- 1989 Vorsitzender der Vereinigung Bayerischer Chirurgen, von 1993 bis 2010 Schriftführer
- 1996/1997 Präsident und seit 2003 Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

### **Preise und Ehrungen:**

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

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

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Jörg Fuchs  
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH);  
Ärztlicher Direktor der Kinderchirurgischen Klinik, Universität Tübingen



### **Beruflicher Werdegang:**

- |               |   |
|---------------|---|
| 1983–1989     | Medizinstudium an der Humboldt-Universität zu Berlin, Charité   |
| 1989          | Diplom und Promotion zum Dr. med. an der Humboldt-Universität zu Berlin, Charité  |
| 1989–1991     | Beginn der Facharztausbildung für Kinderchirurgie an der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ in Dresden                                  |
| 1–6/1991      | Fortführung der Weiterbildung an der Kinderklinik des Klinikums Mannheim<br>Tätigkeit als Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) |
| 7/1991–1/1997 | Weiterbildung zum Kinderchirurgen an der Medizinischen Hochschule Hannover  |
| 1997          | Tätigkeit als Facharzt für Kinderchirurgie an der Medizinischen Hochschule Hannover   |
| 1998–2002     | Oberarzt an der Kinderchirurgischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover  |
| Seit 2002     | Ordinarius für Kinderchirurgie am Universitätsklinikum Tübingen (C4-Professur)  |
| 2007          | Ruf auf die W3-Professur für Kinderchirurgie an die Berliner Charité,<br>Verbleib beim Universitätsklinikum Tübingen                            |
| Seit 9/2010   | Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH), Sitz Berlin   |

### **Preise und Auszeichnungen:**

- |      |  |
|------|--|
| 1988 | „Robert-Koch-Preis“ der Humboldt-Universität zu Berlin   |
| 1999 | Zuerkennung des „Richard-Drachter-Preises“ der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie                            |
| 2005 | Novartis-Preis in Stockholm für kinderchirurgische Forschung der Pediatric Surgery International Research Group      |
| 2008 | Verleihung des SIOP AWARDS 2008 Berlin   |
| 2011 | Stephen L. Gans Distinguished Overseas Lectureship Award, The Academy of Pediatrics, Section on Surgery, Boston, USA |



**Forschungsschwerpunkte:**

- Onkologische Chirurgie (Referenzchirurg für Lebertumoren, Nierentumoren und Weichteilsarkome der GPOH-Studien, Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie)
- Minimal-invasive Chirurgie/Kinderurologie
- Onkologische Forschung bei soliden kindlichen Tumoren (Drug Resistance, Molecular Imaging and Photodynamic Therapy, Tiermodelle für pädiatrische solide Tumoren, Targeting Therapy)

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Joachim Jähne  
3. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie DGCH,  
Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie,  
Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung, Hannover



### **Beruflicher Werdegang:**

1978–1984	Medizinstudium an den Universitäten Düsseldorf, Birmingham, GB und John Hopkins University Baltimore, USA
1985	Promotion
1984–1990	Facharztausbildung an der Medizinischen Hochschule Hannover (Pichlmayr, Borst, Tscherne)
1990	Arzt für Chirurgie
1990–1991	Forschungsaufenthalt am Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, USA (DFG-Stipendium)
1992	Habilitation
1992	Oberarzt an der Medizinischen Hochschule Hannover
1994	Erwerb der Zusatzbezeichnung „Rettungsmedizin“
1996	Erwerb der Schwerpunktbezeichnung „Viszeralchirurgie“
1997	Außerplanmäßiger Professor an der Medizinischen Hochschule Hannover
1997	Anerkennung der Fachkunde „Labor Chirurgie“ und der Weiterbildung in der „Speziellen chirurgischen Intensivmedizin“
2007	Erwerb des „Master of Business Administration“ (MBA) an der European Business School, Schloss Reichartshausen, Oestrich-Winkel
2012	Erwerb der Zusatzbezeichnung „Spezielle Viszeralchirurgie“
Seit 1998	Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Schwerpunkt für endokrine und onkologische Chirurgie, Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung gGmbH, Hannover

### **Mitgliedschaften und sonstige Aufgaben (Auswahl):**

- Mitglied in zahlreichen nationalen und internationalen Fachgesellschaften
- 3. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Präsident 2013/2014
- Leiter der Akademie für chirurgische Weiter- und praktische Fortbildung des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen 2000–2010

- Kuratoriumsmitglied des Zentrums für Gesundheitsethik an der Evangelischen Akademie Loccum
- Mitherausgeber der Fachzeitschrift „Der Chirurg“
- Editorial Board „Hepato-Gastroenterology“
- Editorial Board „Viszeralmedizin“
- Editorial Board „Langenbeck’s Archives of Surgery“
- Mitherausgeber des Buches „Was gibt es Neues in der Chirurgie?“

## **Curriculum Vitae**

**Gisela Müller**

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

\*1959



### **Beruflicher Werdegang:**

Gisela Müller begann ihre berufliche Laufbahn nach ihrem Schulabschluss mit der Ausbildung zur Krankenschwester am Klinikum Aschaffenburg, welche sie 1979 mit Erfolg abschloss.

Zunächst arbeitete sie am Universitätsklinikum Großhadern in München, wechselte 1982 dann an die Chirurgische Klinik und Klinik für Anaesthesiologie am Universitätsklinikum Heidelberg.

Von 1983 bis 2007 befand Gisela Müller sich hier in unterschiedlichen Leitungspositionen, zunächst als Stationsleitung, dann als Assistentin der Pflegedienstleitung und als Stellvertretende Leiterin des Pflegedienstes. Während dieser Zeit qualifizierte sie sich kontinuierlich berufsbegleitend sowohl als Stations- und Pflegedienstleitung als auch als interne Prozessberaterin für Qualitätssicherung, Mediatorin und Moderatorin.

Seit 2008 leitet Frau Müller sowohl den Pflegedienst der Klinik als auch den Sozialdienst, die Physiotherapie, die Kardiotechnik sowie alle patientennahen Servicebereiche. Sie ist Mitglied im Bundesverband Pflegemanagement (ehemals BALK).

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Beate Rau

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

\*1958



## **Beruflicher Werdegang:**

- 1977–1978 Chemiestudium, Universität zu Mainz
- 1978–1984 Medizinstudium, Universität zu Münster
- 6/84–4/87 Assistenzärztin in der Unfallchirurgie, Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik, Frankfurt am Main (Ärztlicher Direktor: Professor Dr. med. H. Contzen)
- 5/87–3/88 Assistenzärztin Allgemein Chirurgie, Nordwest-Krankenhaus, Frankfurt am Main (Chefarzt: Professor Dr. med. H. Bockhorn)
- 4/88–10/89 Charité, Campus Berlin Buch, Humboldt Universität, Berlin  
Assistenzärztin Thoraxchirurgie, Thoraxklinik der LVA Baden, Heidelberg (Ärztlicher Direktor: Professor Dr. med. I. Vogt-Moykopf)
- 11/89–8/92 Wissenschaftliche Assistenzärztin Allgemein-, Unfall- und Gefäßchirurgie, Universität Heidelberg, Heidelberg (Ärztlicher Direktor: Professor Dr. med. Dr. h. c. Ch. Herfarth)
- 8/92–8/08 Spezialisierung in der chirurgischen Onkologie Charité, Campus Berlin Buch, Humboldt-Universität, Berlin (Ärztlicher Direktor: Professor Dr. med. Dr. h. c. P.M. Schlag)
- Seit 5/96 Oberärztin in der Klinik für Chirurgie und chirurgische Onkologie, Charité, Campus Berlin Buch, Humboldt-Universität, Berlin
- 9/01–2/02 Thoraxchirurgische Weiterbildung im Stadtspital Triemli Zürich (Ärztlicher Direktor: Professor Dr. med. U. Metzger) und in der Klinik für Thoraxchirurgie Universitätsspital Zürich (Ärztlicher Direktor: Professor Dr. W. Weder)
- 3/02–5/08 Stellvertretende Leitende Oberärztin der Klinik für Chirurgie und chirurgische Onkologie (Ärztlicher Direktor: Professor Dr. med. Dr. h. c. P.M. Schlag)
- 10/07–8/09 MBA Health Care Management Studium
- Seit 6/08 Oberärztin der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Charité, Campus Mitte, Berlin (Ärztlicher Direktor: Professor Dr. med. J. Müller)

**Akademischer Werdegang:**

6/84	Approbation
11/85	Dissertation mit dem Thema „Wirkung der unphysiologisch erhöhten inspiratorischen O <sub>2</sub> -Zufuhr auf die lokale O <sub>2</sub> -Versorgung des Skelettmuskels und der Leber – eine tierexperimentelle Studie“ (sehr gut)
9/86	Fachkundenachweis Rettungsdienst
Seit 6/85	Tätigkeit als Notärztin (Notarztwagen/Hubschrauber Christopher 2), Standort BGU Frankfurt am Main und Universität Heidelberg (HD10)
3/93	Facharztanerkennung für Chirurgie
12/97	Zusatzbezeichnung Viszeralchirurgie
9/00	Habilitation mit dem Thema „Hypertherme Radio-Chemotherapie beim Rektumkarzinom“
10/00	Lehrbefugnis für das Fach Chirurgie
12/00	Lehrbeauftragte für das Fach Chirurgie der Charité
5/02	Zusatzbezeichnung Thoraxchirurgie
9/03	Berufung in die Curriculumskommission der Universitätsmedizin Berlin Charité
11/03	Mitglied der Interdisziplinären Arbeitsgruppe Gastrointestinaler Tumoren der Deutschen Krebsgesellschaft (AIO, ARO, CAO)
11/03	Fachgutachter für Klinische Studien in der Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft
12/03	Prüfer für das Gebiet Chirurgie der ärztlichen Weiterbildung der Ärztekammer Berlin
12/03	Prüfer für den Schwerpunkt Viszeralchirurgie der ärztlichen Weiterbildung der Ärztekammer Berlin
9/04	Mitglied der Arbeitsgruppe Rektumkarzinom der CAO-V
11/05	Prüfer für Kenntnisstandprüfungen im Rahmen von Approbationsverfahren
12/05	Koordinator Organgruppe „Rektum“ bei der DKG
3/06	Fachgutachter für Klinische Studien in der Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft. Forschungsschwerpunkt „Kolorektales Karzinom“
11/06	Board-Mitglied des Ausbildungs- und Trainingsausschusses (ETC) der ESSO
12/06	Verleihung der außerplanmäßigen Professur
4/07	Gutachter für den International Cancer Technology Transfer Fellowships (ICRETT) der UICC
4/08	Mitglied der Zertifizierungskommission Lungentumorzentrum der Deutschen Krebsgesellschaft
6/09	Train the Trainer Certificate from The Royal College of Surgeons of England
11/09	Master of Business Administration in Health Care Management (MBA)

- 9/10 Gründungsmitglied und Vorsitzende der interdisziplinären AG Genderforschung,  
65. Tagung der DGVS
- 10/10 Fachgutachter der Landesärztekammer Berlin
- 12/11 Sprecherin der Arbeitsgruppe Gendermedizin der DGAV

**Lehrtätigkeit:**

- Seit 1988 Beteiligung am Studentenunterricht an der Thoraxklinik Heidelberg, Universität  
Heidelberg, Charité – Campus Buch (Untersuchungskurs, Block-Praktikum der  
Chirurgie, PJ-Unterricht)
- Seit 12/2000 Initiierung Blockkurs Chirurgie im 4. klinischen Semester in Englisch
- Seit 12/2000 Organisation der Lehre als Lehrbeauftragte für das Fach Chirurgie der Charité,  
Campus Buch (2. und 3. klinische Semester, Reformstudiengang,  
Medizinpädagogen, Erasmus-Programm, Famulatur und PJ)
- Seit 12/2000 Organisation und Einführung des Faches Chirurgie in den Lehrplan der  
Medizinpädagogik
- 6/2001 Organisation und Leitung des chirurgischen Blockpraktikums Chirurgie im  
Reformstudiengang
- Seit 5/2002 Organisation und Leitung des Hyperthermieseminars
- 12/2002 Verantwortliche zur Einführung und Bearbeitung der neuen Studienordnung für  
Humanmedizin Block bzw. Querschnittsbereiche Abdomen, Stoffwechsel,  
Verdauung, Niere der Charité, Humboldt-Universität zu Berlin, später umbenannt  
in: Integrationseinheit (kardiovaskuläres und respiratorisches System,  
Elektrolyte/Niere, Urogenitalsystem, Verdauung, Exo- und Endokrinium) im  
dritten klinischen Semester nach neuer ÄAppO
- Seit 5/2004 Beteiligung an der chirurgischen Hauptvorlesung 2. und 3. klinisches Semester
- 2008–2010 Elective Course in Oncology for Medical Students, Summerschool in Poznan,  
August (ESSO)
- 7/2009 Mitglied der Kommission zur Entwicklung des Modellstudienganges Medizin  
(KEMM) für die klinischen Fächer (Berufung vom Fakultätsrat der Charité  
Berlin)
- 11/2009 Gastreferent Seniorenuniversität Berlin, Charité
- 11/2010 Mitglied des Studienausschusses der Charité für den Modellstudiengang
- 11/2010 FAL-Fachexperte der DKG für Lungenkrebszentren

**Auszeichnungen:**

- 6/96 Bester Vortrag in der Sitzung „Gastric and Colorectal Cancer“, Second  
Educational Convetion of the European School of Oncology, Wien

3/97	Posterpreis, Deutsche Gesellschaft für Endoskopie und bildgebende Verfahren e.V., Berlin
5/01	„Johannes von Mikulicz-Radecki-Georg Kelling“-Förderpreis der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 118. Jahrestagung der DGCH in München
12/04	Berufungsverfahren zur Besetzung des Primariats Universitäts-Landesklinik für Chirurgie am St.Johanns-Spital – Landeskrankenhaus, Salzburg, Tertio loco
5/06	Berufungsverfahren zur Besetzung der W3-Professur des Katholischen Krankenhauses Marienhospital Herne, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, Tertio loco
5/07	Video-/Filmpreis 2007 der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie für den Film Sacro-abdominale Rektumexstirpation
1/09	SSO/Career Development Award (\$ 2 000,00)

**Forschungsschwerpunkte:**

- Multimodale Therapie beim lokal fortgeschrittenen kolorektalen Karzinom
- Sphinkterfunktion und anovesikale Inkontinenz bei tiefen Rektumkarzinomen mit oder ohne präoperative Radiochemotherapie
- Responsevorhersage und Prognoseforschung nach präoperativer Therapie (konventionelle, funktionelle und molekularbiologische Diagnostik)
- Tumoren des Ösophagus und des ösophagogastralen Überganges
- Präzision des Staging von Tumoren des oberen und unteren GI-Traktes
- Multimodale Therapiekonzepte
- Nanotherapie beim inkurablen Ösophagus- und Pankreaskarzinom
- Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie bei Erkrankungen des Peritoneums



## **Curriculum Vitae**

Edgar Reisch

Pflegedirektor und Mitglied des Vorstandes des Universitätsklinikums  
Heidelberg

\*1956



### **Beruflicher Werdegang:**

1997–2003      Pflegedirektor und Mitglied des Direktoriums, Robert-Bosch-Krankenhaus  
gGmbH, Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Klinik Charlottenhaus, Stuttgart

Seit 2003      Pflegedirektor und Mitglied des Vorstandes, Universitätsklinikum Heidelberg  
Geschäftsführer, Akademie für Gesundheitsberufe gGmbH, Heidelberg  
Geschäftsführer, Klinik Service GmbH am Universitätsklinikum Heidelberg



**Bestellformular Fotos**

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

**Termin:** Freitag, 27. April 2012, 11.30 bis 12.30 Uhr

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

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

- Professor Dr. med. Markus W. Bächler
- Professor Dr. med. Hartwig Bauer
- Professor Dr. med. Jörg Fuchs
- Professor Dr. med. Joachim Jähne
- Gisela Müller
- Edgar Reisch
- Professor Dr. med. Beate Rau

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](mailto:schoner@medizinkommunikation.org);  
[www.chirurgie2012.de](http://www.chirurgie2012.de), [www.dgch.de](http://www.dgch.de)

**Pressekontakt in Berlin:**

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

