



Gegründet 1872  
Sitz Berlin

# DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

## **Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)**

**Termin:** Mittwoch, 5. Dezember 2018, 11.00 bis 12.00 Uhr  
**Ort:** Geschäftsstelle der DGCH, Langenbeck-Virchow-Haus,  
Bibliothek der DGCH, Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin

### **Themen und Referenten:**

#### **Was tun gegen den Organmangel?**

#### **Warum auch Deutschland die Widerspruchslösung braucht**

**Professor Dr. med. Matthias Anthuber**

*Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH);*

*Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie und Leiter des  
Transplantationszentrums am Klinikum Augsburg*

#### **Aktuelle Entwicklungen in der Gesundheitspolitik –**

#### **Sind wir auf dem Weg in eine dirigistische Staatsmedizin?**

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

*Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH);*

*Präsident des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC), Berlin*

#### **Aktuelles aus der Allgemein- und Viszeralchirurgie**

**Professor Dr. med. Albrecht Stier**

*1. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V. (DGAV);*

*Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Helios Klinikum Erfurt*

#### **Als Neugeborenes in der Kinderchirurgie gut aufgehoben –**

#### **als Jugendlicher schwieriger Übergang in die Erwachsenenmedizin.**

#### **Zwei Seiten der Behandlung angeborener Fehlbildungen**

**Professor Dr. med. Peter P. Schmittenbecher**

*Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. (DGKCH);*

*Direktor der Kinderchirurgischen Klinik, Städtisches Klinikum Karlsruhe*

*Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DGCH, Stuttgart*

### **Kontakt für Journalisten:**

DGCH Pressestelle

Anne-Katrin Döbler/Kerstin Ullrich

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Berliner Büro:

Langenbeck-Virchow-Haus

Luisenstraße 59, 10117 Berlin

Telefon: 0711 8931-641

Fax: 0711 8931-167

ullrich@medizinkommunikation.org

www.dgch.de



## PRESSEMITTEILUNG

### **Chirurgen-Präsident fordert Widerspruchslösung in der Organspende „Deutschland profitiert in unangemessener Form von seinen Nachbarländern“**

**Berlin, 5. Dezember 2018 – Deutschland liegt bei den Organspenden auf einem der hintersten Plätze in Europa, täglich sterben drei Patienten auf der Warteliste.**

**Um die Situation zu verbessern, fordert der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Professor Dr. med. Matthias Anthuber, die doppelte Widerspruchslösung. Sie ist in vielen Nachbarländern bereits üblich. „Deutschland importiert viel mehr Organe aus dem Ausland, als es einbringt. Wir verschlechtern somit die Transplantationschancen von Patienten auf ausländischen Wartelisten“, erklärte Anthuber auf der Jahrespressekonferenz der DGCH.**

Die doppelte Widerspruchslösung sieht vor, dass automatisch jeder als Spender gilt – sofern er nicht zu Lebzeiten ausdrücklich Nein gesagt hat. Im Sinne einer doppelten Schranke sind zudem die Angehörigen zu befragen, die eine Organentnahme bei fehlendem Widerspruch immer noch ablehnen können. Diese Regelung wird nach Auskunft der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung europaweit bisher in Belgien, Estland, Finnland, Litauen und Norwegen praktiziert. In Deutschland sind Organentnahmen derzeit nur bei ausdrücklicher Zustimmung erlaubt.

Die radikalere Form der Widerspruchslösung ist stärker verbreitet. Sie gilt in Bulgarien, Frankreich, Irland, Italien, Lettland, Liechtenstein, Luxemburg, den Niederlanden, Österreich, Polen, Portugal, der Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, der Türkei,



# DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Gegründet 1872  
Sitz Berlin

Ungarn und Zypern. In der Praxis werden bei fehlendem Widerspruch aber auch in den meisten dieser Länder vor einer Organentnahme erst einmal Angehörige befragt.

„Überall dort, wo Organspende auf der gesetzlichen Grundlage der sogenannten Widerspruchslösung geregelt ist, sind die Organspendezahlen deutlich höher als in Ländern mit Zustimmung- oder Entscheidungslösung“, erläutert Anthuber. Der DGCH-Präsident geht davon aus, dass sich die Menschen in Deutschland durch die Gesetzesänderung in einem höheren Maße als bisher mit Fragen der Organspende und -transplantation auseinandersetzen und in der Folge die Spende-Raten ansteigen würden. In diese Richtung weisen auch Umfrage-Ergebnisse. „Circa 80 Prozent der Deutschen stehen der Organspende positiv gegenüber, aber nur circa 20 Prozent haben dies auch in Form eines Organspendeausweises unmissverständlich dokumentiert“, berichtet Anthuber, der als Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am Klinikum Augsburg tätig ist.

Als weiteren Vorteil einer Gesetzesneuregelung führt der DGCH-Präsident den Umstand an, dass mit einer Widerspruchslösung Druck von den Angehörigen genommen wird.

„Im Augenblick müssen Hinterbliebene in einer denkbar schwierigen Situation den vermuteten Willen des Verstorbenen hinsichtlich der Organspende zum Ausdruck bringen“, so Anthuber. „Das kann als sehr belastend empfunden werden.“

Dass die doppelte Widerspruchslösung einen Eingriff in die Freiheit des Einzelnen darstellen würde, wie von Kritikern angeführt, kann der Augsburger Chirurg nicht nachvollziehen. „Niemand wird zur Organspende im Sinne einer Organabgabepflicht gezwungen“, betont Anthuber. „Die Bürgerinnen und Bürger werden jedoch zur aktiven Entscheidung aufgefordert. Damit bleibt die individuelle Freiheit, ob man nun Organspender sein will oder nicht, vollumfänglich erhalten.“



# DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Gegründet 1872  
Sitz Berlin

Beispielgebend für ein mögliches Vorgehen bei der Implementierung der Widerspruchslösung in Deutschland könnte der Nachbarstaat Holland sein. „Zuletzt haben die Niederlande eine Gesetzesinitiative auf den Weg gebracht, die nach umfangreicher und stufenweiser Information der Bevölkerung zum Ziel hat, ab 2020 die Widerspruchslösung einzuführen“, berichtet Anthuber.

Eines der zentralen Argumente für die doppelte Widerspruchslösung besteht für den DGCH-Präsidenten in der Beseitigung eines innereuropäischen Ungleichgewichts. „Wir müssen in Deutschland anerkennen, dass wir unter den derzeit bestehenden gesetzlichen Regelungen bei uns und in unseren Nachbarländern in unangemessener Form von den gesetzlichen Regelungen der Organspende um uns herum profitieren“, sagt Anthuber. „Deutschland importiert viel mehr Organe aus dem Ausland, als es in das solidarisch getragene System von Eurotransplant einbringt, und verschlechtert somit die Transplantationschancen von Patienten auf ausländischen Wartelisten.“ Ein Organspender kann über seinen eigenen Tod hinaus bis zu sieben Menschen helfen und damit insgesamt mehr als 60 neue Lebensjahre schenken.

Darüber hinaus sei es richtig, betont Anthuber abschließend, die Rolle der Transplantationsbeauftragten in den Kliniken zu stärken, wie es Bundesgesundheitsminister Jens Spahn plant.

\*\*\* *Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.* \*\*\*



## PRESSEMITTEILUNG

**Erwachsen – und was nun?**

**Für Patienten mit angeborenen Fehlbildungen fehlen  
weiterbetreuende Experten**

**Berlin, 5. Dezember 2018 – Babys mit angeborenen Fehlbildungen erreichen heute dank fortschrittlicher Operationsmethoden in aller Regel das Erwachsenenalter. Doch der Übergang von der Kinder- in die Erwachsenen Chirurgie gestaltet sich schwierig. So beklagen Elterninitiativen, dass in der Erwachsenenmedizin kompetente Ansprechpartner für die Heranwachsenden fehlen. Um Lösungsansätze zu finden, veranstaltet die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) einen Runden Tisch mit Betroffenen. Darüber hinaus bereiten Arbeitsgruppen der DGKCH Vorschläge für eine Zentralisierung der Behandlung kinderchirurgischer Fehlbildungen vor. Ein ähnlicher Ansatz könnte auch zu einer adäquaten Weiterbetreuung in der Adoleszenz führen, erläuterten Experten auf der Jahrespressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCh) am 5. Dezember 2018 in Berlin.**

Zu den angeborenen Fehlbildungen zählt unter anderem die Ösophagusatresie, ein Verschluss der Speiseröhre. „Nach erfolgreicher Operation erreichen die Kinder heute das Erwachsenenalter“, berichtet Professor Dr. med. Peter P. Schmittenbecher, Präsident der DGKCH. „Aber sie brauchen wegen Begleitfehlbildungen des Herzens oder aufgrund von Schluckstörungen eine vielseitige und langjährige Nachsorge.“

Dies gilt auch für Kinder mit einer anorektalen Malformation, einer nicht korrekten Anlage des Afters. „Hauptfolgeproblem nach der operativen Korrektur ist hier die



# DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Gegründet 1872  
Sitz Berlin

Inkontinenz, also der ungewollte Stuhlverlust“, erklärt Schmittenbecher. Kinder mit Spina bifida, einem offenen Rücken, können heutzutage bereits im Mutterleib operiert werden. „Doch trotz verbesserter Ergebnisse handelt es sich nach dem Eingriff in der Regel um Kinder mit mehrfachen Behinderungen wie einem Querschnitt, oft einem Wasserkopf und urologischem, orthopädischem und neurochirurgischem Betreuungsbedarf“, so Schmittenbecher.

Wenn Patienten mit angeborenen Fehlbildungen das Erwachsenenalter erreichen, hört die Betreuung durch Kinderchirurgen und Kinderärzte auf. Doch für alle drei genannten Krankheitsbilder fehlen geeignete Anlaufstellen in der Erwachsenen-Gastroenterologie, -Proktologie oder -Urologie. „Elterninitiativen beklagen vielfach ein Loch, in das die betroffenen Familien und Patienten fallen“, berichtet Schmittenbecher. „Für diese Fehlbildungen existieren keine Transitionsprogramme, die eine geordnete Überleitung in die Erwachsenenfächer sicherstellen würden. Gewissermaßen tut sich hier ein neues ‚Problem‘ auf, das aus den Fortschritten der Kinderchirurgie resultiert.“

Um dies zu ändern, lädt die DGKCH im Januar zu einem Runden Tisch mit den Elterninitiativen ein. „Die Betroffenen verfügen über keine Lobby. Deshalb müssen wir aktiv werden, brauchen aber unbedingt auch engagierte Partner aus den Erwachsenenfächern“, betont DGKCH-Präsident Schmittenbecher. Nötig seien beispielsweise Fortbildungskurse für Erwachsenenmediziner und gut verteilte, zentralisierte Anlaufstellen zur Weiterbetreuung nach der Pubertät. Geeignete Anlaufstellen könnten sich im Zuge einer Zentralisierung der Behandlung kinderchirurgischer Fehlbildungen ergeben, die von der DGKCH angestrebt wird.

„Zwei Arbeitsgruppen der Fachgesellschaft bereiten eine solche Zentralisierung vor“, sagt Schmittenbecher. Geplant sind unterschiedliche Versorgungslevel: Seltene



# DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Gegründet 1872  
Sitz Berlin

Erkrankungen und komplexe Fehlbildungen sollen in spezialisierten kinderchirurgischen Referenzzentren und Kliniken der Maximalversorgung therapiert werden. Die Behandlung häufiger Fälle und die Weiterversorgung von operierten Kindern und Jugendlichen ohne spezielle Probleme würden wohnortnahe kinderchirurgische Einrichtungen übernehmen. „Dies würde zu einer besseren Qualität in der Versorgung komplexer kindlicher Erkrankungen führen“, betont Schmittenbecher.

*\*\*\* Bei Veröffentlichung Beleg erbeten. \*\*\**

---

**Deutsche Gesellschaft für Chirurgie · Pressestelle**

Anne-Katrin Döbler und Kerstin Ullrich  
Postfach 30 11 20 · D - 70451 Stuttgart  
Tel: 0711 89 31 115/641 · Fax: 0711 89 31 167  
E-Mail: ullrich@medizinkommunikation.org  
Internet: www.dgch.de

**Deutsche Gesellschaft für Chirurgie · Geschäftsstelle**

Luisenstraße 58/59 · D - 10117 Berlin  
Tel: 030 28 87 62 90 · Fax: 030 28 87 62 99  
E-Mail: DGChirurgie@t-online.de

## **EXPERTENSTATEMENT**

### **Was tun gegen den Organmangel?**

#### **Warum auch Deutschland die Widerspruchslösung braucht**

Professor Dr. med. Matthias Anthuber, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH) 2018/2019; Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie und Leiter des Transplantationszentrums am Klinikum Augsburg

Die Transplantationsmedizin in Deutschland liegt am Boden. Seit Jahren beobachten wir einen dramatischen Rückgang an Organspenden in unserem Land. Bezüglich des Spenderaufkommens ist Deutschland mittlerweile im europäischen Vergleich vor Luxembourg Schlusslicht. Das ist verbunden mit anwachsenden Wartelisten und einer Sterblichkeit auf der Warteliste von geschätzt drei Patienten pro Tag in Deutschland.

Gerade der Vergleich mit unseren europäischen Nachbarländern macht deutlich, dass überall dort, wo Organspende auf der gesetzlichen Grundlage der sogenannten Widerspruchslösung geregelt ist, die Organspendezahlen deutlich höher sind als in Ländern mit Zustimmungs- oder Entscheidungslösung. Zuletzt haben die Niederlande eine Gesetzesinitiative auf den Weg gebracht, die nach umfangreicher und stufenweiser Information der Bevölkerung zum Ziel hat, ab 2020 die Widerspruchslösung einzuführen. Dies könnte ein mögliches Vorgehen auch für Deutschland sein.

In all den Ländern, die bereits seit vielen Jahren erfolgreich die Widerspruchslösung eingeführt haben, scheint es gesamtgesellschaftlich akzeptiert zu sein, dass man von Staats wegen zu Lebzeiten aufgefordert wird, sich mit der Frage der eigenen Endlichkeit und der Organspende auseinanderzusetzen und aktiv eine Entscheidung dagegen zu treffen. Keine Rückmeldung wird als stillschweigendes Einverständnis gewertet. Es geht also darum, und das kann gar nicht oft genug betont werden, dass niemand zur Organspende im Sinne einer Organabgabepflicht, wie es von Kritikern der Widerspruchslösung immer wieder benannt wird, gezwungen wird. Die Bürgerinnen und Bürger werden jedoch zur aktiven Entscheidung aufgefordert. Damit bleibt die individuelle Freiheit, ob man nun Organspender sein will oder nicht, vollumfänglich erhalten.

Es ist davon auszugehen, dass allein durch die Gesetzesänderung in einem deutlich höheren Maße als bisher sich die Menschen in unserem Land mit Fragen der Organspende und -transplantation auseinandersetzen und allein dadurch die Organspenderaten ansteigen. Denn, so zeigen es jedenfalls Ergebnisse aus Umfragen: Circa 80 Prozent der Deutschen stehen der Organspende positiv gegenüber, aber nur circa 20 Prozent haben dies auch in Form eines Organspendeausweises unmissverständlich dokumentiert. Bei weiteren circa zehn Prozent ist der mündlich geäußerte Wille pro Organspende im Kreise der nächsten Angehörigen bekannt. Ein besonderer Vorteil einer Gesetzesneuregelung im Sinne der Widerspruchslösung wäre auch die Tatsache, dass der Druck von den Angehörigen genommen wird, in einer denkbar schwierigen Situation den vermuteten Willen des Verstorbenen hinsichtlich der Organspende zum Ausdruck zu bringen. Aber, und auch das ist wichtig zu erwähnen, so keine aktive



Entscheidung im Rahmen der Widerspruchslösung durch den Verstorbenen erfolgt ist, würden dennoch die nächsten Angehörigen hinsichtlich einer Einwilligung zur Organentnahme befragt werden. Wird diese abgelehnt, so wird diesem Wunsch entsprochen.

Wir müssen in Deutschland anerkennen, dass wir unter den derzeit bestehenden gesetzlichen Regelungen bei uns und in unseren Nachbarländern in unangemessener Form von den gesetzlichen Regelungen der Organspende um uns herum profitieren. Deutschland importiert viel mehr Organe aus dem Ausland, als es in das solidarisch getragene System von Eurotransplant einbringt, und verschlechtert somit die Transplantationschancen von Patienten auf ausländischen Wartelisten.

(Es gilt das gesprochene Wort!)  
Berlin, Dezember 2018

## **EXPERTENSTATEMENT**

### **Aktuelle Entwicklungen in der Gesundheitspolitik:**

#### **Sind wir auf dem Weg in eine dirigistische Staatsmedizin?**

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

Bei allen atmosphärischen Störungen innerhalb der großen Koalition und der weiter bestehenden Diskussion um den Fortbestand derselben sowie dem Absinken der Wählergunst für die sogenannten Volksparteien stand in den vergangenen Monaten die Gesundheitspolitik nicht völlig im Schatten der „großen“ Politik. Dafür sorgte vor allem der 16. Gesundheitsminister unseres Landes, Jens Spahn. Einem Westfalen, der angeblich gern Eierlikör trinkt und Disco-Fox tanzt, gelang es, die Wahrnehmung seines Fachministeriums in den Medien und der Bevölkerung durch zahlreiche neue Vorschläge und Gesetzesvorlagen deutlich zu steigern. Der zweifelsfrei auch streitbare Minister hat wie sein Vorgänger im Amt eine hohe Schlagzahl verschiedenster Initiativen vorgelegt, wobei ihm sein gesundheitspolitischer Partner Karl Lauterbach seitens der sozialdemokratischen Partei bestätigt, dass die im Koalitionsvertrag vorgesehenen Gesetze im Einvernehmen mit der SPD durch Spahn sehr zuverlässig, schnell und kollegial umgesetzt worden seien. In der Gesundheitspolitik habe in dieser Koalition bisher die Sacharbeit beispielhaft im Vordergrund gestanden. Exemplarisch für die vielfältigen Aktivitäten seien die Beitragsparität durch das Versichertenentlastungsgesetz (VEG), das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG), der Ausbau der Digitalisierung, die Veränderung des Transplantationsgesetzes mit Verbesserungen der Organisation von Organspenden oder das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) genannt. Außerdem kamen zu konstituierenden Sitzungen die neu eingerichteten Arbeitsgruppen aus Bund und Ländern zur „sektorenübergreifenden Versorgung“ beziehungsweise die wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungswesen (KOMV) zusammen. Das Ministerium legte dann auch selbst die Personaluntergrenzen für die Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie in Krankenhäusern fest, nachdem die Selbstverwaltungsorgane (Deutsche Krankenhausgesellschaft und Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen) keine Einigung erzielen konnten. Bei diesem Vorgehen betonte der Minister die Notwendigkeit der aktiven Mitarbeit der Ärzteschaft, wies aber genauso deutlich darauf hin, dass er zwar ein großer Freund der Selbstverwaltung im Gesundheitssystem sei, er aber das Parlament öfter als bisher bitten werde, das Gesundheitsministerium entscheiden zu lassen, wenn die Selbstverwaltung ihre Aufgaben nicht erfüllt. Bezüglich der Festlegung der Personaluntergrenzen ist sich der Minister auch darüber im Klaren, dass bei den derzeitigen Vorgaben, die vor allem bezüglich der Intensivmedizin erheblich kritisiert worden sind, gegebenenfalls Abteilungen in den Krankenhäusern geschlossen werden müssten.

Wenn nun nach Meinung von Karl Lauterbach zwei auf den Weg gebrachte Gesetze das Gesundheitswesen in Deutschland grundlegend verändern werden, nämlich das Pflegepersonal-

Stärkungsgesetz sowie das Terminservice- und Versorgungsgesetz, so hat gerade Letzteres bei den niedergelassenen Kollegen zu massiven Gegenreaktionen und bis heute anhaltenden Protesten geführt. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass dieses Gesetz nach Aussage des Ministers Spahn einen Kompromiss darstellt, um die von der SPD favorisierte Bürgerversicherung verhindern zu können. Wesentliche Inhalte des Gesetzentwurfs beziehen sich auf die Erhöhung der Mindestsprechstundenzeiten für bestimmte Vertragsarztgruppen von 20 auf 25 Stunden pro Woche, das Angebot von mindestens fünf „offenen Sprechstunden“ und den Ausbau der Terminservicestellen der kassenärztlichen Vereinigungen auf eine „Rund um die Uhr“-Verfügbarkeit. Als Anreiz, Patienten schneller zu behandeln, soll den Ärzten die entsprechende Leistung extrabudgetär vergütet werden. Der Sturmlauf der Ärzteschaft begründet sich nun damit, dass die Mehrzahl der Vertragsärzte bereits jetzt mehr als 50 Stunden in der Woche tätig ist und sich die langen Wartezeiten auf einen Facharzttermin nach aktueller Analyse der kassenärztlichen Bundesvereinigung deutlich relativiert haben. Insgesamt wird das geplante Terminservice- und Versorgungsgesetz als Missachtung der Selbstverwaltung und der Freiberuflichkeit angesehen und als Einstieg in eine dirigistische Staatsmedizin bezeichnet, die zudem die Bereitschaft zur Niederlassung gefährde. Weiter wird diese Gesetzesvorlage als Mogelpackung beziehungsweise Gängelband der Regulierung oder gar als völlig wirre Idee deklariert und verschiedene Landesärztekammern haben bereits Resolutionen zu dieser „Ungeheuerlichkeit“ verfasst. Nach Meinung von Günther Jonitz, Präsident der Landesärztekammer Berlin, wäre es ein „Kunstfehler“, wenn das TSVG in der Medizin „passiert“ wäre. Bei der nicht endenden Kritik aus der Ärzteschaft bleibt abzuwarten, welche Veränderungen sich noch auf der Zielgeraden der parlamentarischen Beratungen ergeben werden.

Trotz der sicherlich zu begrüßenden Veränderung des Transplantationsgesetzes mit einer Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende (GZSO), welches vom Bundeskabinett verabschiedet worden ist und in der ersten Jahreshälfte 2019 in Kraft treten soll, steht die vom Minister vorgeschlagene, gegebenenfalls auch doppelte Widerspruchslösung bei Organspenden weiter in der Diskussion. Bezweifelt wird dabei das angestrebte höhere Organspendeaufkommen, und es wird betont, dass der freie Bürger über solch gravierende Entscheidungen selbst im Sinne einer Zustimmungslösung zu entscheiden habe. Positiv können sich zur Steigerung des Spenderaufkommens sehr wahrscheinlich stringenter Organisationsstrukturen in den Krankenhäusern durch die verbindliche Freistellung von Transplantationsbeauftragten (zum Beispiel eine Vollkraft pro 100 Intensivbetten), die Einrichtung eines neurologischen konsiliarärztlichen Bereitschaftsdienstes sowie eine bessere Vergütung für die Entnahmekrankenhäuser mittels verschiedener Finanzierungsmodelle auswirken.

Auch bei teilweise erheblichem Widerspruch aus der Ärzteschaft gegenüber den bisherigen Gesetzesvorlagen aus dem Gesundheitsministerium kündigt Minister Spahn schon jetzt weitere Veränderungen an, so eine bei der sektorenübergreifenden Versorgung notwendige Bedarfsplanung,

eine Strukturdebatte über die Anzahl der benötigten Krankenhäuser, weitere Digitalisierungsaktivitäten im Gesundheitswesen und eine neue medizinische Qualitätsoffensive in Krankenhäusern im Jahre 2019. Positiv ist sicherlich die geplante Änderung des Arzneimittelgesetzes bei Anwendung gefährlicher Behandlungsverfahren, so auch in Praxen von Heilpraktikern, zur Steigerung der Patientensicherheit einzustufen. Ob sich allerdings alle diese Vorhaben dann auch umsetzen lassen, hängt nicht zuletzt ganz wesentlich vom Fortbestand der jetzigen Regierung ab.

(Es gilt das gesprochene Wort!)  
Berlin, Dezember 2018

## EXPERTENSTATEMENT

### **Als Neugeborenes in der Kinderchirurgie gut aufgehoben – als Jugendlicher schwieriger Übergang in die Erwachsenenmedizin. Zwei Seiten der Behandlung angeborener Fehlbildungen**

Professor Dr. med. Peter P. Schmittenebecher, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH); Direktor der Klinik für Kinderchirurgie, Städtisches Klinikum, Karlsruhe

Neugeborenenchirurgie ist genuine Kinderchirurgie. Angeborene Fehlbildungen werden heute häufig schon bei der Ultraschalluntersuchung durch den Geburtshelfer entdeckt und in den Perinatalzentren zur Beratung vorgestellt. Der Kinderchirurg kennt diese kleinen, häufig auch untergewichtigen oder frühgeborenen Patienten also oft schon vor der Geburt, lernt sie dann spätestens direkt nach der Entbindung kennen zur Planung der Korrekturoperation und deren Durchführung. Lassen Sie uns zwei Beispiele anschauen:

1.) Die Ösophagusatresie, also die *Nicht-Durchgängigkeit der Speiseröhre*. Das obere Stück endet in der Regel blind, das untere hat eine Verbindung (Fistel) zur Luftröhre. Da über diese Fistel Luft in den Bauch geblasen wird und Magensaft in die Lunge kommen kann, ist die *OP dringlich*, wenn auch nicht notfallmäßig (24 bis 48 Stunden) – und das unabhängig von der Größe und Reife des Kindes. Dank der modernen Kinderanästhesie und der Neonatologie ist das heute mit hohen Überlebensraten gut zu machen. Nach erfolgreicher OP brauchen diese Kinder eine *vielseitige und langjährige Nachsorge*, auch wegen der Begleitfehlbildungen vor allem des Herzens. Folgesymptome vonseiten der Speiseröhre sind Schluckstörungen, Reflux, dadurch Gedeihstörungen, daneben eine Instabilität der Luftröhre. Die *Elterninitiative KEKS* unterstützt die Familien mit Einzelberatung und verschiedenen regionalen Treffen. Die Mortalität ist gering, und wenn, dann wegen des Herzens. *Kinder mit typischen Folgeerscheinungen der Ösophagusatresie werden (heute) erwachsen.*

2.) Die anorektale Fehlbildung, also die *nicht korrekte Anlage des Anus*. An der richtigen Stelle fehlt die Öffnung, diese findet sich als Fistelverbindung zum Damm oder zum Genitale (Harnröhre, Blase, Scheideneingang). Hier werden nur die *einfachen Typen frühzeitig operiert*, bei den *komplexeren Fehlbildungen erfolgt zunächst die Anlage eines künstlichen Ausgangs*. Jetzt kann das Neugeborene erst einmal gedeihen, die Korrektur erfolgt mit drei bis sechs Monaten. Dabei wird eine operative Trennung von Harntrakt, Genitaltrakt und Enddarm vorgenommen und der Anus erhält seine korrekte Platzierung. *Haupt-Folgeproblem ist die Kontinenz*. Schließmuskelfasern sind zwar immer da, und zwar am richtigen Platz, aber sie sind nicht immer perfekt ausgebildet. Auch diese Kinder *bedürfen der dauerhaften Betreuung* (Stichworte Beckenbodentraining, Darmspülungen). Auch hier erhalten die Familien Hilfe von einer *Elterninitiative (SoMA)*.

Wir haben im vergangenen Jahr darüber gesprochen, dass wir eine *Zentralisierung dieser kinderchirurgischen Fehlbildungen* anstreben, um eine noch bessere Qualität durch einen höheren

„case load“ zu erreichen. Hier sind zwei Arbeitsgruppen der Fachgesellschaft aktiv an den Vorbereitungen einer solchen Zentralisierung.

Wenn diese Kinder in die Adoleszenz kommen, werden die Probleme nicht geringer. Die „Ösis“ müssen kontrolliert werden, typische Risiken sind Reflux, Stenosen und Veränderungen der Schleimhaut bis hin zum Ösophaguskarzinom. Die „ARMs“ (anorektale Malformationen) haben weiter vor allem mit der Kontinenz zu kämpfen (soziale Kontinenz). Nun ist die *Pubertät kein guter Zeitpunkt zur Übergabe eines chronisch kranken Patienten*. Aus einer dreiseitigen, fremdgetriggerten Beziehung (Kinderarzt mit ganzheitlichem Ansatz, Eltern und Kind; fürsorgliches Betreuungsprinzip; Vorsorgetermine) wird eine zweiseitige und Patienten-getriggerte Beziehung. Hauptproblem: *Es fehlen die Ansprechpartner*. Es gibt (fast) keinen Gastroenterologen mit „Ösi“-Erfahrung und keinen Proktologen mit ARM-Erfahrung. Die Elterninitiativen beklagen dieses Loch, in das die Familien respektive die Patienten fallen. *Es gibt vereinzelt Transitions-Programme an großen Kliniken* vor allem zwischen Kinderärzten und Internisten zum Beispiel für Mukoviszidose, zwischen Kinderkardiologen und Kardiologen für die angeborenen Herzfehler oder in der Transplantationsmedizin, aber bisher nicht für die angesprochenen Fehlbildungen und vor allem in keiner Weise flächendeckend. Es fehlen die Ressourcen für eine gemeinsame Sprechstunde. Vielleicht brauchen wir auch hier gut verteilte (*zentralisierte*) *Anlaufstellen* und gegebenenfalls auch *Fortbildungskurse* für interessierte Erwachsenenmediziner. Hier wollen wir von der DGKCH auf die Allgemein- und Viszeralchirurgen zugehen und über eine konzertierte Aktion beraten. Vor 1½ Jahren gab es eine Transitionssitzung auf dem Chirurgenkongress in München mit vielleicht 30 Zuhörern, davon 25 Kinderchirurgen. Hier müssen wir deutlich aktiver werden.

Im Januar haben wir, die DGKCH, zu einem *runden Tisch mit Elterninitiativen* eingeladen. KEKS, SoMA und auch die ASBH (Arbeitsgemeinschaft Spina Bifida und Hydrocephalus e.V.) werden vertreten sein. Hier werden wir nochmals intensiv hören, wo die Probleme liegen. Die ASBH ist auch ein sehr gutes Stichwort. Für den *offenen Rücken* gibt es heute gute *Ansätze der intrauterinen Korrektur*. Dadurch sind die *neurologischen Ausfälle nach ersten Ergebnissen geringer*, aber es handelt sich *trotzdem oft um mehrfach Behinderte* mit einem Querschnitt, oft einem Hydrocephalus und im Weiteren mit urologischem, orthopädischem und neurochirurgischem Betreuungsbedarf. Diese jungen Erwachsenen sind zum Beispiel sehr schwer an die Urologie zu übergeben.

Das Überleben nach komplexen angeborenen Fehlbildungen ist heute deutlich besser, die Patienten werden erwachsen. Die Weiterbetreuung in der Pubertät ist schwierig. Sie haben aber keine Lobby. Hier müssen wir aktiv werden, brauchen aber unbedingt engagierte Partner aus den Erwachsenenfächern.

(Es gilt das gesprochene Wort!)  
Berlin, Dezember 2018



# Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, mit derzeit 6 450 Mitgliedern, wurde 1872 in Berlin gegründet. Sie gehört damit im 146. 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 Wissenschaftsorganisationen und allen Partnern im Gesundheitswesen.

Der traditionsreiche Deutsche Chirurgenkongress mit seiner schwerpunkt- 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 rückübertragen. 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](http://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: [info@dgch.de](mailto:info@dgch.de)

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Matthias Anthuber  
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH) 2018/2019;  
Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie  
und Leiter des Transplantationszentrums am Klinikum Augsburg



\* 1959

### **Beruflicher Werdegang:**

- Seit 01.08.2004            Chefarzt Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Klinikum Augsburg
- 01.04.2003–31.07.2004 Chefarzt Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie der Kreisklinik Altötting
- 01.05.1997                Leitender Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Chirurgie der Universität Regensburg (Direktor: Prof. Dr. Karl-Walter Jauch)
- 01.12.1995                Oberarzt Klinik und Poliklinik für Chirurgie der Universität Regensburg (Direktor: Prof. Dr. Karl-Walter Jauch)
- 01.12.1987–30.11.1995 Wissenschaftlicher Assistent, Chirurgische Klinik und Poliklinik, Klinikum der Universität München, Großhadern (Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. G. Heberer und Prof. Dr. Dr. h.c. F.W. Schildberg)
- 01.12.1985–30.11.1987 Wissenschaftlicher Assistent, Herzchirurgische Klinik, Klinikum der Universität München, Großhadern (Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. W. Klinner)
- 28.11.1985                Approbation als Arzt
- 1979–1985                Studium der Humanmedizin, Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München

### **Berufliche Qualifikationen:**

- 05.05.2000            Qualifikationsnachweis „Qualitätsmanagement“ der Bayerischen Landesärztekammer
- 14.10.1997            Qualifikation zum „Leitenden Notarzt“
- 20.03.1996            Schwerpunktbezeichnung „Viszeralchirurgie“
- 11.08.1993            Facharzt für Chirurgie
- 09.06.1993            Fachkundenachweis Strahlenschutz
- 31.10.1991            Fachkundenachweis Rettungsdienst



**Akademische Qualifikationen:**

01.10.2002–31.03.2003

Ernennung zum C4-Universitätsprofessor an der Universität Regensburg (auf Zeit)

01.04.1999

Ernennung zum C3-Universitätsprofessor an der Universität Regensburg  
(auf Lebenszeit)

20.03.1997

Ernennung zum Privatdozenten an der Universität Regensburg

30.01.1997

Habilitation zum Thema: *„Untersuchungen zum Ischämie-/Reperfusionsschaden nach  
Lebertransplantation im Rattenmodell – Einfluss von Prostaglandinen und ACE-  
Hemmern“*

26.05.1986

Promotion bei Prof. Dr. E. Pöppel, Institut für Medizinische Psychologie der LMU  
München: *„Einfach- und Wahlreaktionen bei Handballspielern und Nicht-Sportlern“*  
(„magna cum laude“)

**Mitgliedschaften in Fachgesellschaften und Verbänden (Ausschnitt):**

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Vereinigung der Bayerischen Chirurgen

Berufsverband der Deutschen Chirurgen

Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie

Europäische Akademie der Wissenschaften und Künste, seit 2017

American Society of Colon and Rectal Surgeons

Deutsche Transplantationsgesellschaft

Gastro-Liga

Konvent der Leitenden Krankenhauschirurgen

**Ehrenamtliche Tätigkeiten (Ausschnitt):**

Seit 2007 Vorsitzender Regionalverband Bayern des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen

Seit 2004 Mitglied im Beirat des Konvents der Leitenden Krankenhauschirurgen

2010–2012 Vorsitzender des Konvents der Leitenden Krankenhauschirurgen

2009 Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen

2004–2012 Mitglied im Beirat der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Onkologie (Sektion  
Viszeralchirurgie, CAO-V) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Seit 2011 Schriftführer und Kassenwart der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen

2013/2014 Präsident der DGAV

Seit 2009 Fachberater „Viszeralchirurgie“ der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK)

2004–2015 Mitglied im Beirat der Zeitschrift *„Der Chirurg“*

Seit 2016 Herausgeber der Zeitschrift *„Der Chirurg“*

Seit 2004 Mitglied im Beirat der Zeitschrift *„Zentralblatt für Chirurgie“*

## **Curriculum Vitae**

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



\* 1948

## **Beruflicher Werdegang:**

1967–1972	Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität 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
Seit 04/2015	Präsident des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC), Berlin

## **Curriculum Vitae**

**Professor Dr. med. Albrecht Stier**

1. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V. (DGAV); Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie HELIOS Klinikum Erfurt



Professor Dr. med. Albrecht Stier ist Chefarzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie am HELIOS Klinikum Erfurt und hat am 1. Juli 2017 die Präsidentschaft der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie übernommen.

Professor Stier studierte Humanmedizin von 1978 bis 1985 an der Georg-August-Universität Göttingen. Nach abgeschlossener Promotion begann er zunächst als wissenschaftlicher Assistent am Institut für Pathologie an der Technischen Universität München und absolvierte ab 1986 seine chirurgische Facharztweiterbildung an der Chirurgischen Klinik und Poliklinik des Klinikums rechts der Isar, unter der damaligen Leitung von Prof. J.R. Siewert. Ab 1996 setzte er hier seine Tätigkeit in oberärztlicher Funktion weiter fort und ab 1999 zusätzlich als thoraxchirurgischer Oberarzt. 2001 wechselte er an die Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald und übernahm dort die Position des Leitenden Oberarztes in der Klinik für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie bei Prof. C.D. Heidecke. 2006 erhielt er in Greifswald die Professur für Viszeral- und Thoraxchirurgie. Mitte 2008 übernahm er die Leitung der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am HELIOS Klinikum Erfurt und ist seitdem auch in den chirurgischen Fachgesellschaften äußerst aktiv. So war er unter anderem vor seiner DGAV-Präsidentschaft Vorsitzender der Thüringischen Gesellschaft für Chirurgie von 2015 bis 2016. Als Themen seiner Amtsperiode liegen Professor Stier vor allem der chirurgische Nachwuchs, die gelebte Interdisziplinarität und der Qualitäts- sowie Strukturwandel im Gesundheitswesen am Herzen.

## Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Peter P. Schmittenbecher  
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.  
(DGKCH); Direktor der Klinik für Kinderchirurgie,  
Städtisches Klinikum, Karlsruhe



## Wissenschaftlicher Werdegang:

- |           |   |
|-----------|---|
| 1979–1985 | Studium der Humanmedizin an der Johann-Wolfgang-von-Goethe-Universität, Frankfurt/Main  |
| 1985      | Erteilung der Ärztlichen Approbation  |
| 1987      | Dissertation mit dem Thema: „Experimentelle und Literaturstudien sowie Überlegungen zur Problematik des Kurzdarmes“   |
| 1998      | Habilitation mit dem Thema: „Die Bedeutung der intestinalen neuronalen Dysplasie Typ B (IND-B) im Behandlungskonzept der Anlagestörungen des enteralen Nervensystems“ |
| 2005      | Ernennung zum außerplanmäßigen Professor an der Universität Regensburg, seit 2008 an der Universität Freiburg   |

## Qualifikationen:

- |      |  |
|------|--|
| 1994 | Facharzt Chirurgie und Teilgebietsanerkennung Kinderchirurgie  |
| 1999 | Anerkennung fakultative Weiterbildung „spezielle kinderchirurgische Intensivmedizin“ Anerkennung Facharzt-Bezeichnung „Facharzt für Kinderchirurgie“ |

## Berufstätigkeit:

- |           |   |
|-----------|---|
| 1985–1990 | Kinderchirurgische Weiterbildung im Dr. von Haunerschen Kinderspital, Klinikum Innenstadt der LMU München                                 |
| 1992–1993 | Chirurgische Weiterbildung an der Chirurgischen Klinik, Klinikum Großhadern der LMU München   |
| 1994–1997 | Assistenzarzt der Kinderchirurgischen Klinik, Dr. von Haunersches Kinderspital, Klinikum Innenstadt der LMU München                       |
| 1997–2007 | Leitender Oberarzt/kommissarischer Leiter der kinderchirurgischen Abteilung, Klinik St. Hedwig, Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg |
| Seit 2007 | Direktor der kinderchirurgischen Klinik, Städtisches Klinikum Karlsruhe   |

**Forschungsschwerpunkte:**

- Intramedulläre Osteosynthesen im Kindesalter
- Innervationsstörungen des Darmes

**Berufspolitische Tätigkeit:**

- Gründung des Arbeitskreises kinderchirurgischer Assistenten 1989 und Sprecher des Kreises von 1989 bis 1997
- Vertreter der Assistenten im Präsidium der DGKCH von 1992 bis 1997
- Mitglied der Kommission „Qualitätssicherung“ der DGKCH von 1995 bis 1997
- Gründung und Moderation „Qualitätszirkel bayerischer Kinderchirurgen“ 1998–2007
- Leitung der Leitlinien-Steuerungsgruppe der DGKCH seit August 2004
- Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie in der ständigen Weiterbildungskommission der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie seit 2007
- Vorsitzender der Sektion Kindertraumatologie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie seit 2015 (gewählt bis 2020)
- Präsident der DGKCH seit 2017
- Mitglied der europäischen Gesellschaft für Kinderchirurgie (EUPSA), der deutschen wissenschaftlichen Fachgesellschaften für Kinderchirurgie, Chirurgie und Unfallchirurgie