

136. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 136th Congress of the German Society of Surgery

26. bis 29. März 2019 · ICM, München /
March 26th – 29th, 2019 · ICM, Munich, Germany



Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
Präsident / President 2018/2019

Pressekonferenz anlässlich des 136. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Termin: Dienstag, 26. März 2019, 12.00 bis 13.00 Uhr
Ort: ICM – Internationales Congress Center München, Saal 22b
Anschrift: Messengelände, Am Messesee, 81829 München

Chirurgie 2019: „Volle Kraft voraus – mit Herz, Hand und Verstand“

Themen und Referenten:

Qualitätsgesicherte Chirurgie und der Stellenwert von interdisziplinären Leitlinien

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

Gesundheitspolitik – was ist in den vergangenen zwölf Monaten geschehen?

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

Erste Ergebnisse zur Digitalisierung in der Chirurgie

Professor Dr. med. Hubertus Feußner

Vorsitzender der Sektion Minimalinvasive Computer- und Telematik-assistierte
Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH); Chirurgische Klinik
und Poliklinik, Klinikum rechts der Isar, TU München

Herzunterstützungssysteme bei schwerer Herzinsuffizienz:

Überbrückung zur Herztransplantation oder dauerhafte Therapie

Professor Dr. med. Jan Gummert

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG); Direktor
der Klinik für Thorax- und Kardiovaskularchirurgie, Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-
Westfalen, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum

Wer wird künftig Organe verpflanzen?

Nachwuchssorgen in der Transplantationschirurgie

Professor Dr. med. Jörg C. Kalff

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV);
Direktor der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Bonn

Ihr Kontakt für Rückfragen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-641
Telefax: 0711 8931-167
ullrich@medizinkommunikation.org
www.chirurgie2019.de, www.dgch.de

Vor Ort auf dem Kongress

vom 26. bis 29. März 2019
ICM, München, Pressezentrum, Saal 22a
Dienstag, 26. März 2019, von 8.30 bis 17.30 Uhr
Mittwoch, 27. März 2019, von 8.00 bis 18.00 Uhr
Donnerstag, 28. März 2019, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Freitag, 29. März 2019, von 8.00 bis 16.30 Uhr
Telefon: 089 949-79427



136. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 136th Congress of the German Society of Surgery

26. bis 29. März 2019 · ICM, München /
March 26th – 29th, 2019 · ICM, Munich, Germany



Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
Präsident / President 2018/2019

Lebertransplantation bei Kindern:

Andere Länder machen es vor – Zentralisierung rettet Lebern und spart Spenderorgane

Professor Dr. med. Peter Schmittenbecher

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

Direktor der Kinderchirurgischen Klinik, Städtisches Klinikum Karlsruhe,

Moderation:

Anne-Katrin Döbler, Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Stuttgart



Ihr Kontakt für Rückfragen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-641

Telefax: 0711 8931-167

ullrich@medizinkommunikation.org

www.chirurgie2019.de, www.dgch.de

Vor Ort auf dem Kongress

vom 26. bis 29. März 2019

ICM, München, Pressezentrum, Saal 22a

Dienstag, 26. März 2019, von 8.30 bis 17.30 Uhr

Mittwoch, 27. März 2019, von 8.00 bis 18.00 Uhr

Donnerstag, 28. März 2019, von 8.00 bis 17.30 Uhr

Freitag, 29. März 2019, von 8.00 bis 16.30 Uhr

Telefon: 089 949-79427



136. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 136th Congress of the German Society of Surgery

26. bis 29. März 2019 · ICM, München /
March 26th – 29th, 2019 · ICM, Munich, Germany



Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
Präsident / President 2018/2019

PRESSEMITTEILUNG

136. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Herzchirurgen fordern Widerspruchslösung

„Für das menschliche Herz gibt es noch keinen Ersatz“

München, 26. März 2019 – In Deutschland leben 1,8 Millionen Menschen mit einer Herzschwäche, einer Herzinsuffizienz. Davon warten gegenwärtig 700 schwer herzinsuffiziente Patienten auf ein Spenderherz. Viele überbrücken die Zeit mit einem Herunterstützungssystem. Obwohl die Transplantationszahlen im vergangenen Jahr wieder leicht gestiegen sind, betrachten die deutschen Herzchirurgen den Organmangel mit Sorge und sprachen sich auf der heutigen Pressekonferenz zum 136. Chirurgenkongress für die Widerspruchslösung in Deutschland aus. Auch der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Professor Dr. med. Matthias Anthuber, fordert dies.

Bei einer Herzinsuffizienz ist die Pumpfunktion des Herzens vermindert. Der Herzmuskel ist dann durch verschiedene, oft altersbedingt erworbene Erkrankungen – etwa Herzinfarkt, Herzklappenerkrankungen oder Herzmuskelschwäche – nicht mehr in der Lage, das Blut durch den Körper zu pumpen und die Organe mit genügend Sauer- und Nährstoffen zu versorgen. „Schreitet die Herzinsuffizienz voran und ist sie medikamentös nicht mehr ausreichend behandelbar, ist die Herztransplantation weiterhin Goldstandard für die meisten Patienten mit Herzschwäche im Endstadium“, sagt Professor Dr. med. Jan Gummert, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG).

Steht ein passendes Spenderorgan nicht rechtzeitig zur Verfügung, kommen für ausgewählte Patienten mit schwerster Herzinsuffizienz mechanische Herunterstützungssysteme zum Einsatz. Sie sollen entweder die Wartezeit bis zum geeigneten Spenderorgan überbrücken oder als Langzeittherapie dienen, wenn eine Transplantation, zum Beispiel aufgrund einer Tumorerkrankung, nicht mehr als Therapieoption infrage kommt.

„Diese Herunterstützungssysteme sind bei akut oder chronisch herzinsuffizienten Patienten die einzige Möglichkeit, das Überleben kurz-, mittel- und vor allem auch längerfristig zu ermöglichen“, erläutert Gummert, Direktor der Klinik für Thorax-



136. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 136th Congress of the German Society of Surgery

26. bis 29. März 2019 · ICM, München /
March 26th – 29th, 2019 · ICM, Munich, Germany



Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
Präsident / President 2018/2019

und Kardiovaskularchirurgie, Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-Westfalen, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum. Am häufigsten werden derzeit elektrisch betriebene, kontinuierlich pumpende Systeme eingesetzt.

Insbesondere haben sogenannte linksventrikuläre Unterstützungssysteme (LVAD), die die Pumpfunktion der linken Herzkammer unterstützen, in den zurückliegenden Jahren an Bedeutung gewonnen. „Dies liegt vor allem auch an dem Mangel an Spenderorganen“, betont Gummert. Im Jahr 2018 wurden nach der DGTHG-Leistungstatistik in Deutschland 903 LVAD implantiert. Mit diesem System leben nach zwei Jahren, je nach Risikoprofil und Alter, etwa 60 bis 80 Prozent der Patienten.

Zwar hat sich die Lebensqualität der Patienten durch die relativ kleinen, nahezu geräuschlosen und leichten Medizingeräte seit 2004 deutlich verbessert; dennoch ist weiterhin ein Stromkabel notwendig, welches durch die Bauchdecke geleitet wird und das LVAD mit Strom versorgt. Außerdem kann es zu schwerwiegenden Komplikationen kommen, etwa durch Infektionen oder Schlaganfälle. „Weitere Verbesserungen der Pumpen sind dringend notwendig, um die Komplikationsraten zu senken und die Lebensqualität zu verbessern“, meint Gummert. „So wäre eine transkutane Stromübertragung eine Risikominimierung für Infektionen.“

Hinzu kommt: Patienten, die mit einer mechanischen Herzunterstützung oder einem Kunstherz versorgt sind, werden nicht mehr als hochdringlich („high urgent“) auf der Patientenliste für eine Herztransplantation geführt, sondern mit dem Status „transplantierbar“. „Dies führt zu einer Chance, ein geeignetes Spenderherz transplantiert zu bekommen, bei nur einem Prozent per annum“, berichtet der Herzchirurg. „De facto handelt es sich in Deutschland für die meisten Patienten mit LVAD also um eine Dauertherapie.“ Erst wenn lebensbedrohliche Komplikationen auftreten, erhalten diese Patienten den Status hochdringlich und warten im Mittel vier Monate auf ein Spenderorgan.

„Für das komplexe menschliche Herz gibt es nach heutigem technischem Entwicklungsstand noch keinen adäquaten Ersatz“, resümiert Gummert. Das zeigen auch die Zahlen: Zehn Jahre nach einer Herztransplantation leben – statistisch gesehen – immerhin noch circa 60 Prozent der Patienten, wie die Daten der Internationalen Gesellschaft für Herz- und Lungentransplantation ISHLT ausweisen. „Nach erfolgreicher Transplantation erreichen herztransplantierte Patienten unter lebenslanger Einnahme abwehrunterdrückender Medikamente zumeist eine gute bis sehr gute Lebensqualität“, berichtet Gummert.



136. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 136th Congress of the German Society of Surgery

26. bis 29. März 2019 · ICM, München /
March 26th – 29th, 2019 · ICM, Munich, Germany

Aus diesem Grund fordert der DGTHG-Präsident die Widerspruchslösung bei der Organspende – dabei gilt jeder Bürger automatisch als Organspender, der nicht zu Lebzeiten ausdrücklich widersprochen hat oder dessen Angehörige eine Organentnahme ablehnen. „Wir deutschen Herzchirurgen sprechen uns explizit für die Widerspruchslösung aus, wie sie bereits in Österreich, Spanien, Holland und bald auch in Großbritannien praktiziert wird“, sagt Gummert. Diese Forderung vertritt auch Professor Dr. med. Matthias Anthuber, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie: „Es ist zumutbar, sich einmal im Leben mit der Frage nach dem eigenen Ableben auseinanderzusetzen und sich zu positionieren.“



Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
Präsident / President 2018/2019



EXPERTENSTATEMENT

Gesundheitspolitik – was ist in den letzten zwölf Monaten geschehen?

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

Professor Dr. med. Hubertus Feußner, Vorsitzender der Sektion Minimalinvasive Computer- und Telematik-assistierte Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH); Chirurgische Klinik und Poliklinik, Klinikum rechts der Isar, TU München

In der letzten Legislaturperiode hat sich Hermann Gröhe als Bundesgesundheitsminister mit 25 Gesetzesvorlagen bereits als außerordentlich produktiv gezeigt, wobei er jeweils bemüht war, diese möglichst im Konsens entsprechend umzusetzen. Seit einem Jahr – mit der Ernennung von Jens Spahn als Nachfolger – wird jedoch ein deutlich anderes Vorgehen bei Veränderungen in der Gesundheitspolitik praktiziert, das dabei allerdings eine deutlich erhöhte mediale Aufmerksamkeit erfährt; dieses noch befeuert durch die zahlreichen Äußerungen des Ministers auf allen Kanälen. Zweifelsfrei kennt Jens Spahn nach kurzem Abstecher in die Finanzpolitik aufgrund seiner langjährigen Erfahrung als gesundheitspolitischer Sprecher der Unionsfraktion alle Höhen, besonders aber die Untiefen in diesem Metier. Machtbewusst und vielleicht auch teilweise die Konfrontation suchend, verteidigt er seine Position und Ambitionen, wobei die von ihm stets geforderte Debatte in realiter meist in den Hintergrund tritt. Imposant müssen in der Tat die zahlreichen Innovationen beziehungsweise Gesetzesvorschläge erscheinen, die mit kurzem Intervall fast trommelfeuerartig vorgelegt und teilweise genauso schnell revidiert oder in andere Gesetze verschoben werden. Beispielhaft seien das Versichertenentlastungsgesetz, das Pflegepersonalstärkungs- und das Terminservice-Versorgungsgesetz oder der geplante gestufte Zugang zur Psychotherapie angeführt. Gerade die letzten beiden Vorgaben haben zu einem massiven Protest aus den Reihen der niedergelassenen Ärzte geführt beziehungsweise eine Petition mit mehr als 220 000 Unterzeichnern nach sich gezogen. Es wurde dabei von einem massiven Eingriff in die Freiberuflichkeit der Ärzte und in die Aufgaben der Selbstverwaltungsorgane gesprochen, dies im Sinne einer dirigistischen Staatsmedizin. Die Sinnhaftigkeit mancher Gesetzesvorlagen muss, trotz der Hinweise, dadurch eine Bürgerversicherung zu vermeiden, fast zweitrangig erscheinen, zumal die von Sachkompetenz unterstützte und vorgetragene Realität oft weitgehend ignoriert wird. Die angeblich vom Minister so geschätzte Arbeit der Selbstverwaltungsorgane, so auch des G-BA, wurde weiter durch eine angestrebte Änderung des Methodenbewertungssystems ad absurdum geführt, indem die Liposuktion bei Lipödem per Verordnungsgesetz durch das Bundesgesundheitsministerium in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden sollte, wie im Terminservice-Versorgungsgesetz vorgesehen. Dieses Gesetz entwickelt sich immer mehr, auch vom Umfang her, zu einem Flickenteppich, dessen Inhalt kaum noch zu überblicken ist. Vor allem auch deshalb, weil die Methodenbewertung beziehungsweise die Verordnungsermächtigung nun durch eine

angehängte Formulierungshälfte Eingang ins Gesetz zum deutschen Implantateregister finden soll. Es soll vor allem dann zur Anwendung kommen, wenn der G-BA nicht innerhalb von zwei Jahren eine Entscheidung in der jeweiligen Methodenbewertung finden kann. Bei solchen Verschiebeaktionen wird sogar schon von einer „Gesetzgebung auf dem Flur“ oder einem „staatlichen Dirigismus in Reinkultur“ gesprochen. Bei der derzeitigen Polypragmasie kann man zwar von einer vielleicht belebenden Bewegung in der Gesundheitspolitik sprechen, muss sich allerdings fragen, in welche Richtung sollen alle diese Hyperaktivitäten gehen. Die Interessen der eigentlichen Leistungserbringer und deren Arbeitsbedingungen finden hingegen deutlich weniger Beachtung. Vielleicht mag für den Minister das Motto „Sei niemals die Nummer zwei!“ zutreffend sein, wobei er sich selbst nicht als Zentrist, sondern als Entscheider bezeichnet. Allerdings lautete mittlerweile schon in einer großen überregionalen Zeitung die Überschrift „Minister Spahn überzieht“ und es wird ihm ferner vorgehalten, dass er von allem zu viel mache. Sicherlich ist es auch schwierig, in einem sogenannten Haifischbecken immer allseits akzeptierte Entscheidungen zu treffen.

Positiv müssen beispielsweise Spahns Bestrebungen für die Veränderungen im Transplantationsgesetz zu einer besseren Organisation der Organspende angesehen werden. Weiterhin ist auch das von Jens Spahn zu Recht immer wieder geforderte Vorantreiben der Digitalisierung im Gesundheitswesen zu unterstützen, denn Deutschland landet in einer internationalen Vergleichsstudie bei diesem Thema aktuell auf dem vorletzten Platz. Nicht nur der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen wird sich diesem Thema annehmen, sondern auch in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie wurde eine interdisziplinäre Projektgruppe zur „Digitalisierung in der Chirurgie“ eingerichtet. Ziel soll es dabei sein, den Ist-Stand des Digitalisierungsprozesses in der Chirurgie möglichst detailliert zu erfassen und Entwicklungstendenzen zu identifizieren, um dann potenzielle Chancen gezielt zu nutzen. Es soll aber auch darum gehen, potenzielle Gefahren und Fehlentwicklungen rechtzeitig zu erkennen und zu vermeiden. Die praktische Umsetzung wird durch die DGCH-Sektion für Computer- und Telematik-assistierte Chirurgie (CTAC) gemeinsam mit der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung (CAQS) übernommen. Von wissenschaftlich-technischer Seite konnte die Deutsche Gesellschaft für Biomedizinische Technik (DGBMT) im VDE sowie die Deutsche Gesellschaft für Computer- und Roboterassistierte Chirurgie (CURAC) für die Mitarbeit gewonnen werden. In einer groß angelegten Umfrage zum Thema „Digitalisierung“ hat sich abgezeichnet, dass die überwältigende Mehrheit aller Chirurgen dem Thema eine sehr hohe Bedeutung beimisst und dass mehrheitlich positive Erwartungen damit verbunden sind. Die Initiative sieht es als ihre besondere Aufgabe an, die künftige Entwicklung der Digitalisierung in eine Richtung zu beeinflussen, die die derzeit eher positive Einstellung der Chirurgen auch in Zukunft rechtfertigt oder besser noch verstärkt!

EXPERTENSTATEMENT

Herzunterstützungssysteme bei schwerer Herzinsuffizienz: Überbrückung zur Herztransplantation oder dauerhafte Therapie

Professor Dr. Jan Gummert, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG); Direktor der Klinik für Thorax- und Kardiovaskularchirurgie, Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-Westfalen, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum

Die Herzinsuffizienz ist seit Längerem eine der häufigsten Diagnosen von Patienten, die einer stationären Krankenhausbehandlung bedürfen. Aktuell leben in Deutschland circa 1,8 Millionen Menschen mit einer Herzinsuffizienz. Sie beschreibt die verminderte Pumpfunktion des Herzens, die auch allgemein hin als Herzschwäche bezeichnet wird. Bei einer Herzschwäche ist der Herzmuskel durch verschiedene, oft altersbedingt erworbene Erkrankungen des Herzens (unter anderem Herzinfarkt, Herzklappenerkrankungen, Herzmuskelschwäche) nicht in der Lage, das Blut durch den Körper zu pumpen und damit die Organe mit genügend Sauer- und Nährstoffen zu versorgen. Schreitet die Herzinsuffizienz voran und ist sie medikamentös nicht mehr ausreichend behandelbar, ist die Herztransplantation weiterhin Goldstandard für die meisten Patienten mit Herzschwäche im Endstadium. Nach dem Negativrekordjahr 2017 mit 257 transplantierten Herzen stieg die Anzahl 2018 erfreulicherweise wieder auf 318 Herztransplantationen an. Dennoch warten in Deutschland über 700 terminal herzinsuffiziente Patienten aktuell auf ein Spenderherz, darunter inzwischen sehr viele mit einem implantierten Herzunterstützungssystem. Auch wenn im letzten Jahr 61 Spenderherzen mehr transplantiert wurden, so betrachtet die Herzchirurgie den Mangel weiterhin mit großer Sorge und spricht sich als medizinische Fachgesellschaft der deutschen Herzchirurgen explizit für die Widerspruchslösung aus, wie sie bereits in Österreich, Spanien, Holland und bald auch in Großbritannien praktiziert wird.

Für das komplexe menschliche Herz gibt es nach heutigem technischem Entwicklungsstand noch keinen adäquaten Ersatz. Nach der sogenannten Worst-Case-Analyse (bei Fehlen der Follow-up-Informationen transplantiertter Patienten werden diese als verstorben gewertet) der gesetzlich verpflichtenden Qualitätssicherung durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) liegt das Drei-Jahres-Überleben nach einer Herztransplantation in Deutschland bei 70 Prozent. Zehn Jahre nach einer Herztransplantation leben – statistisch gesehen – immerhin noch circa 60 Prozent der Patienten (zum Beispiel Daten der Internationalen Gesellschaft für Herz- und Lungentransplantation ISHLT). Nach erfolgreicher Transplantation erreichen herztransplantierte Patienten unter lebenslanger Einnahme abwehrunterdrückender Medikamente zumeist eine gute bis sehr gute Lebensqualität.

Verschlechtert sich der Allgemeinzustand des Patienten sehr rasch und steht ein passendes Spenderorgan nicht rechtzeitig zur Verfügung, kommen für ausgewählte Patienten mit schwerster

Herzinsuffizienz mechanische Herzunterstützungssysteme zum Einsatz, die entweder die Wartezeit bis zum geeigneten Spenderorgan überbrücken sollen oder als Langzeittherapie eingesetzt werden, wenn eine Transplantation, zum Beispiel im Kontext einer Tumorerkrankung, nicht mehr als Therapieoption infrage kommt. Diese Herzunterstützungssysteme sind bei akut oder chronisch herzinsuffizienten Patienten die einzige Möglichkeit, das Überleben kurz-, mittel- und vor allem auch längerfristig zu ermöglichen. Die Anzahl der Implantationen von Herzunterstützungssystemen und Kunstherzen verzeichnete im Jahr 2017 mit 1 027 einen Rekord, im Jahr 2018 hingegen lag die Zahl der Implantationen mit 942 um circa acht Prozent niedriger.

Am häufigsten werden derzeit elektrisch betriebene, kontinuierlich pumpende Systeme eingesetzt. Insbesondere haben sogenannte linksventrikuläre Unterstützungssysteme (LVAD), die die Pumpfunktion der linken Herzkammer unterstützen, in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung in der Therapie der terminalen Herzinsuffizienz gewonnen. Dies liegt vor allem auch an dem Mangel an Spenderorganen. Im Jahr 2018 wurden nach der DGTHG-Leistungsstatistik in Deutschland 903 LVAD implantiert. Laut IQTIG-Qualitätsreport 2017 betrug die perioperative Sterblichkeit in Deutschland 22 Prozent. Mit Linksherzunterstützungssystemen (LVAD) leben nach zwei Jahren, je nach Risikoprofil und Alter, etwa 60 bis 80 Prozent der Patienten.

Die Lebensqualität der Patienten hat sich durch die relativ kleinen, nahezu geräuschlosen und leichten Medizingeräte seit 2004 deutlich verbessert. Dennoch ist weiterhin ein Stromkabel notwendig, welches durch die Bauchdecke geleitet wird und das LVAD mit Strom versorgt. Außerdem kann es auch zu schwerwiegenden Komplikationen kommen, zum Beispiel durch Infektionen oder Schlaganfälle. Weitere Verbesserungen der Pumpen sind dringend notwendig, um die Komplikationsraten zu senken und die Lebensqualität zu verbessern. Als Beispiel wäre eine transkutane Stromübertragung eine Risikominimierung für Infektionen.

Im Vergleich zum LVAD ist auch im Jahr 2018 die Zahl der sogenannten BVAD-Systeme (Herzunterstützungssystem für beide Herzkammern) mit 16 beziehungsweise der TAH-Systeme (Vollkunstherzen) mit 23 auf einem vergleichbar niedrigen Niveau. Insbesondere ist es wichtig, dass Patienten nicht zu spät mit einer mechanischen Herzunterstützung versorgt werden. Die bei rasch fortschreitender Herzschwäche notwendige medikamentöse Therapie kann ein sich entwickelndes Organversagen, hier insbesondere der Leber und Niere, aber auch des Darms und Gehirns, nicht auf Dauer aufhalten. Patienten mit einem Herzunterstützungssystem müssen sich mindestens halbjährlich zur Kontrolle in der behandelnden Klinik vorstellen. Wie die beste Therapieoption individuell für den Patienten gestaltet wird, muss im erweiterten Herz-Team, bestehend aus Herzchirurgen, Kardiologen, Transplantationsmedizinern, Anästhesisten und Psychologen, unter zwingender Einbeziehung des Patienten erfolgen.

Patienten, die mit einer mechanischen Herzunterstützung oder einem Kunstherz versorgt sind, werden nicht mehr als hochdringlich (high urgent) auf der Patientenliste für eine Herztransplantation geführt,

sondern mit dem Status „transplantierbar“. Dies führt zu einer Chance, ein geeignetes Spenderherz transplantiert zu bekommen, bei nur einem Prozent per annum – de facto handelt es sich in Deutschland für die meisten Patienten mit LVAD um eine Dauertherapie.

Erst wenn lebensbedrohliche Komplikationen auftreten, werden diese Patienten im Status hochdringlich (high urgent) geführt und warten dann derzeit im Mittel circa vier Monate auf ein Spenderorgan.

Die aktuellsten herzchirurgischen Leistungszahlen der DGTHG-Leistungsstatistik können ab voraussichtlich April unter presse@dgthg.de abgerufen werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e.V. (DGTHG) mit Sitz in Berlin ist eine gemeinnützige, wissenschaftliche, medizinische Fachgesellschaft, deren Ziele unter anderem der Förderung der Wissenschaft und Weiterentwicklung von Therapien auf dem Gebiet der Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie sind. Zu den weiteren Hauptaufgaben zählen die Durchführung von Weiter- und Fortbildungsprogrammen, Erstellung medizinischer Leitlinien, Förderung von Nachwuchskräften und die Ausrichtung medizinischer Fachtagungen. Als Vertretung der über 1 000 in Deutschland tätigen und in der DGTHG organisierten Thorax-, Herz- und Kardiovaskularchirurgen stehen die Verantwortlichen der Fachgesellschaft für einen Dialog mit der Öffentlichkeit, Politik und Wirtschaft zur Verfügung.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, März 2019

EXPERTENSTATEMENT

Wer wird künftig Organe verpflanzen?

Nachwuchssorgen in der Transplantationschirurgie

Professor Dr. med. Jörg C. Kalff, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV); Direktor der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Bonn

Die Transplantationsmedizin bedingt heutzutage ein hohes Maß an Subspezialisierung – sowohl bei der chirurgischen Technik (dies bereits bei der Organentnahme), als auch bei der Patientenbetreuung vor und nach der Transplantation. Waren es bis vor einigen Jahren noch zehn Entnahme-Operationen, so sind heutzutage beispielsweise 25 assistierte Organ-Entnahme-Operationen nötig, bis man als selbstständiger Entnahmekirurg für die DSO tätig sein kann. Die nötige Expertise für die mehrstündigen, hochkomplexen Eingriffe bei der eigentlichen Organtransplantation ist hier noch gar nicht berücksichtigt. Ist der Wunsch nach optimaler Ausbildung und Expertise auch sinnvoll, so sind dies sicher Zahlen, die manche jüngere Chirurgen durch die abnehmende Anzahl an Transplantationen aktuell kaum noch in sinnvoller Zeit erreichen können. Es zeichnet sich hier langsam, aber sicher ein Mangel an qualifizierten Transplantationschirurgen ab. Unter anderem, weil jüngere Kollegen im Feld der Transplantation kein lohnenswertes Ausbildungsziel mehr erkennen können. Galt die Transplantationschirurgie noch vor wenigen Jahren als schwierige, aber prestigeträchtige „Königsdziplin“ unter Viszeralchirurgen, so nimmt sie aufgrund der nötigen ständigen Verfügbarkeit der Operateure, wenig planbaren Operationen, Bindung an große Zentren, eventuell auch bisweilen negativen Rezeption in der Öffentlichkeit und auch nicht zuletzt der möglichen rechtlichen Fallstricke zunehmend die Rolle des „ungeliebten Stiefkindes“ ein. So hat beispielsweise die Anzahl der selbstständig verantwortlich für die DSO tätigen Entnahmekirurgen in den zurückliegenden Jahren langsam, aber stetig abgenommen (von 2013 bis 2017 um nahezu 18 Prozent, Quelle: Kommunikation Pressestelle DSO). Eine eigene Schwerpunktausbildung zum „Transplantationsmediziner“ oder „Transplantationschirurgen“, wie sie im Ausland selbstverständlich ist, existiert in Deutschland bislang nicht. Wichtig ist es daher, mehr denn je Medizinstudenten und Pflegepersonal sowie Ärzte wieder mehr in Richtung Organtransplantation zu schulen. Die DGAV hat zur Förderung der Ausbildung von jungen Transplantationschirurgen bereits eine Kommission ins Leben gerufen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, März 2019

EXPERTENSTATEMENT

Gallengangsatresie, Zentralisierung und Lebertransplantation

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

Organtransplantation und damit verbundene Fragen haben in diesem Jahr einen besonderen Platz auf dem DCK, der Organspendelauf am Mittwoch wird ein besonderes Highlight. Profitieren wird von den Erlösen des Laufes auch die KiO – Kinderhilfe Organtransplantation. Für das Kindesalter ist die Lebertransplantation nach Gallengangsatresie eine der häufigsten Transplantationsindikationen. Dabei ist die Gallengangsatresie selten und kommt nur in 1:20 000 Neugeborenen vor. Das sind knapp 40 Fälle in Deutschland im Jahr. Der Pathomechanismus ist unverändert unbekannt, dagegen ist das Behandlungsziel klar: Überleben mit der eigenen Leber, auch um Spenderorgane zu sparen. Um das zu verbessern, werden zum Beispiel in Großbritannien Patienten mit Gallengangsatresie zentralisiert: 2004 erfolgte die Reduktion von 15 auf drei Zentren, was das Gesamtüberleben von 84 Prozent auf 90 Prozent, das Überleben mit eigener Leber aber von 30 Prozent auf 46 Prozent ansteigen ließ! Andere europäische Länder mit einer Zentralisation dieser Patientengruppe sind Norwegen, Finnland, Dänemark, Holland und die Schweiz.

In Deutschland zeigte eine Datenerhebung von 2001 bis 2005, dass 29 Kliniken die sogenannte Kasai-OP angeboten haben. Bei dieser Operation wird – nach Entfernung des narbigen Rests der außerhalb der Leber verkümmerten Gallenwege – eine Dünndarmschlinge so an die sogenannte Leberpforte angeschlossen, dass Galle abfließen kann, sofern die Gallenwege in der Leber ausreichend funktionieren. Das Überleben lag bei 83 Prozent aller Kinder. Wurden diese Kinder in einer der sieben Kliniken mit mehr als fünf Patienten pro Jahr betreut, überlebten 26,4 Prozent mit eigener Leber; hatte die Klinik Erfahrung mit unter fünf Patienten pro Jahr, sank diese Quote auf 7,7 Prozent. Insgesamt 118 von 183 Kindern wurden lebertransplantiert. In einer aktuellen Überprüfung der Situation (2010 bis 2015) hat sich die Zahl der „Anbieter“ bereits auf 15 reduziert, elf Kliniken betreuen weiterhin unter fünf Patienten pro Jahr, nur vier Kliniken über fünf Patienten pro Jahr. Transplantationen erfolgen in sieben Zentren.

Diesen Weg weiterzugehen, verspricht ein höheres Überleben mit der eigenen Leber, ein Einsparen vermeidbarer Lebertransplantationen und einen sorgsamen Umgang mit den

wenigen Spenderorganen. Zudem kommt hier ein ökonomischer Aspekt in die Diskussion, da die Behandlungskosten zehn Jahre nach einer erfolgreichen Kasai-Operation bei 18 000 Euro liegen, nach einer Lebertransplantation bei circa 150 000 Euro.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie arbeitet deshalb aktuell an einem Plan, Neugeborene mit Gallengangsatresie an fünf Zentren zusammenzuziehen. Hierbei muss natürlich neben der fachlichen Expertise an den Wunsch der Familien nach einer wohnortnahen Behandlung gedacht werden. Andererseits sollen die Patienten in diesen Zentren gegebenenfalls bis zur und einschließlich der Transplantation betreut werden. Hierzu bedarf es natürlich nicht nur der chirurgischen, sondern auch der pädiatrisch-gastroenterologischen Qualifikation.

Was aussieht wie die Quadratur des Kreises, lässt sich – wie in Großbritannien gezeigt – durchaus umsetzen. Dort hat ein staatliches Gesundheitswesen für die Entscheidung gesorgt. Hier in der BRD müssen wir es – wollen wir nicht auf die Karte „Mindestmenge“ und den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) setzen – aus Einsicht und eigenem Antrieb schaffen. Dazu rufe ich als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie auf und weiß, dass ich von vielen, aber nicht allen Mitgliedern unserer Fachgesellschaft unterstützt werde. Ich bin nachdrücklich dafür, dass wir das selbst regeln, bevor es andere für uns tun. Damit – und damit schließt sich der Kreis – am Ende der das Lebertransplantat bekommt, der es wirklich benötigt.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, März 2019

136. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 136th Congress of the German Society of Surgery

26. bis 29. März 2019 · ICM, München /
March 26th – 29th, 2019 · ICM, Munich, Germany



Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
Präsident / President 2018/2019

Pressekonferenz anlässlich des 136. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Termin: Mittwoch, 27. März 2019, 12.00 bis 13.00 Uhr
Ort: ICM – Internationales Congress Center München, Saal 22b
Anschrift: Messengelände, Am Messesee, 81829 München

Chirurgie 2019: „Volle Kraft voraus – mit Herz, Hand und Verstand“

Themen und Referenten:

Die Versorgungsrealität in deutschen Notaufnahmen – ein System am Rande des Kollapses

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

Weißbuch Alterstraumatologie: Die Zusammenarbeit von Unfallchirurgen und Altersmedizinern rettet Menschenleben

Professor Dr. med. Paul Alfred Grützner

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
und der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU); Ärztlicher Direktor der
Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen
sowie

Professor Dr. med. Ulrich Liener

Leiter der Arbeitsgemeinschaft Alterstraumatologie der Deutschen Gesellschaft
für Unfallchirurgie (DGU); Editor des Weißbuchs Alterstraumatologie (Nationale
Behandlungsempfehlungen zur Alterstraumatologie), Ärztlicher Direktor der Klinik
für Orthopädie und Unfallchirurgie, Leiter des Endoprothetik-, Trauma- und
Wirbelsäulenzentrums sowie des Zentrums für Alterstraumatologie am Marienhospital Stuttgart

Gesunder Schlaf durch Chirurgie: Kieferkorrektur stoppt Schlafapnoe

Professor Dr. med. Dr. med. dent. Jürgen Hoffmann

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V.
(DGMKG); Ärztlicher Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums Heidelberg

Ihr Kontakt für Rückfragen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-641
Telefax: 0711 8931-167
ullrich@medizinkommunikation.org
www.chirurgie2019.de, www.dgch.de

Vor Ort auf dem Kongress vom 26. bis 29. März 2019

ICM, München, Pressezentrum, Saal 22a
Dienstag, 26. März 2019, von 8.30 bis 17.30 Uhr
Mittwoch, 27. März 2019, von 8.00 bis 18.00 Uhr
Donnerstag, 28. März 2019, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Freitag, 29. März 2019, von 8.00 bis 16.30 Uhr
Telefon: 089 949-79427



136. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 136th Congress of the German Society of Surgery

26. bis 29. März 2019 · ICM, München /
March 26th – 29th, 2019 · ICM, Munich, Germany



Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
Präsident / President 2018/2019

Darmkrebs: Bessere Operationsergebnisse durch minimalinvasive Chirurgie und Robotik

Professor Dr. med. Andreas Türler

Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Minimal-Invasive Chirurgie (CAMIC) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV); Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Darmkrebszentrum (DKG), Johanniter-Krankenhaus, Bonn

Orthopädische Chirurgie beim alten Menschen:

Künstliche Hüfte und Rücken-OP – wie der Eingriff beim Patienten 80 plus gelingt

Professor Dr. med. Dieter C. Wirtz

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC); Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Bonn

Moderation:

Anne-Katrin Döbler, Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Stuttgart



Ihr Kontakt für Rückfragen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-641

Telefax: 0711 8931-167

ullrich@medizinkommunikation.org

www.chirurgie2019.de, www.dgch.de

Vor Ort auf dem Kongress

vom 26. bis 29. März 2019

ICM, München, Pressezentrum, Saal 22a

Dienstag, 26. März 2019, von 8.30 bis 17.30 Uhr

Mittwoch, 27. März 2019, von 8.00 bis 18.00 Uhr

Donnerstag, 28. März 2019, von 8.00 bis 17.30 Uhr

Freitag, 29. März 2019, von 8.00 bis 16.30 Uhr

Telefon: 089 949-79427



136. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 136th Congress of the German Society of Surgery

26. bis 29. März 2019 · ICM, München /
March 26th – 29th, 2019 · ICM, Munich, Germany



Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
Präsident / President 2018/2019

Pressekonferenz anlässlich des 136. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Termin: Donnerstag, 28. März 2019, 12.00 bis 13.00 Uhr
Ort: ICM – Internationales Congress Center München, Saal 22b
Anschrift: Messengelände, Am Messesee, 81829 München

Chirurgie 2019: „Volle Kraft voraus – mit Herz, Hand und Verstand“

Themen und Referenten:

**Gute Noten, manuelle Geschicklichkeit, ein festes Herz –
was braucht es, um ein guter Chirurg zu werden?**

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

Brustimplantate – eine sichere Option?! Update zur internationalen Datenlage & Diskussion

Professor Dr. med. Riccardo Giunta

Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und
Ästhetischen Chirurgie (DGPRÄC); Direktor der Abteilung für Handchirurgie,
Plastische Chirurgie und Ästhetische Chirurgie der Ludwig-Maximilians-Universität
München am Campus Innenstadt und Campus Großhadern

**Immer weniger Allgemeinchirurgen in der Fläche: Berufsverband der
Deutschen Chirurgen kritisiert aktuelle Bedarfsplanung**

Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg

Vizepräsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC), Berlin

Moderation:

Anne-Katrin Döbler, Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-641

Telefax: 0711 8931-167

ullrich@medizinkommunikation.org

www.chirurgie2019.de, www.dgch.de

Vor Ort auf dem Kongress

vom 26. bis 29. März 2019

ICM, München, Pressezentrum, Saal 22a

Dienstag, 26. März 2019, von 8.30 bis 17.30 Uhr

Mittwoch, 27. März 2019, von 8.00 bis 18.00 Uhr

Donnerstag, 28. März 2019, von 8.00 bis 17.30 Uhr

Freitag, 29. März 2019, von 8.00 bis 16.30 Uhr

Telefon: 089 949-79427



136. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 136th Congress of the German Society of Surgery

26. bis 29. März 2019 · ICM, München /
March 26th – 29th, 2019 · ICM, Munich, Germany



Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
Präsident / President 2018/2019

Pressekonferenz anlässlich des 136. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Termin: Freitag, 29. März 2019, 12.00 bis 13.00 Uhr
Ort: ICM – Internationales Congress Center München, Saal 22b
Anschrift: Messengelände, Am Messesee, 81829 München

Chirurgie 2019: „Volle Kraft voraus – mit Herz, Hand und Verstand“

Themen und Referenten:

**Come in and burn out – überfordern wir den Nachwuchs und wenn ja, wodurch?
Ist eine ausgewogene Work-Life-Balance in der Chirurgie möglich?**

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

Gefäßverschlüsse bei Diabetes:

Bis zu 80 Prozent der Fußamputationen sind vermeidbar

Professor Dr. med. Dittmar Böckler

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG);
Ärztlicher Direktor der Klinik für Gefäßchirurgie und Endovaskuläre Chirurgie,
Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg, Universitätsklinikum Heidelberg

Virtual Reality in der Chirurgie:

Wie gut funktioniert die digitale Ausbildung angehender Operateure?

Dr. med. Dipl.-Phys. Anjali A. Röth

1. Vorsitzende der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Junge Chirurgen (CAJC) der
Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV); Fachärztin für
Viszeralchirurgie, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie,
Uniklinik RWTH Aachen

Moderation:

Anne-Katrin Döbler, Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-641
Telefax: 0711 8931-167
ullrich@medizinkommunikation.org
www.chirurgie2019.de, www.dgch.de

Vor Ort auf dem Kongress

vom 26. bis 29. März 2019
ICM, München, Pressezentrum, Saal 22a
Dienstag, 26. März 2019, von 8.30 bis 17.30 Uhr
Mittwoch, 27. März 2019, von 8.00 bis 18.00 Uhr
Donnerstag, 28. März 2019, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Freitag, 29. März 2019, von 8.00 bis 16.30 Uhr
Telefon: 089 949-79427





Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, mit derzeit 6 150 Mitgliedern, wurde 1872 in Berlin gegründet. Sie gehört damit im 147. 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 und sozialen Rahmenbedingungen des 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 2018 neu strukturierten Weiterbildungsordnung 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. Bereits 2007 waren 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 rückübergeben. Renoviert ist es wieder in neuem Glanz erstanden. Dieses symbolträchtige Haus der Chirurgie mit seinem traditionsreichen Hörsaal ist der Sitz mehrerer wissenschaftlich-chirurgischer Fachgesellschaften sowie des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen und repräsentiert auch in dieser räumlichen Vereinigung die große Gemeinschaft der Chirurgen.

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

Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer
Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin

Tel.: 030 28876290
Fax: 030 28876299
Mail: 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. Klinger)
- 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. Hubertus Feußner
Sprecher der Sektion minimal-invasive Computer- und Telematik
assistierte Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH);
Chirurgische Klinik und Poliklinik, Klinikum rechts der Isar, TU München

* 1954



Beruflicher Werdegang:

- 1973–1979 Studium der Medizin an der Philipps-Universität Marburg
- 1979 Assistenzarzt an der Urologischen Klinik Kassel (Professor Dr. Melchior)
- 1981 Assistenzarzt der Chirurgischen und Gefäßchirurgischen Abteilung der Heinz-Kalk-Klinik, Bad Kissingen (Professor K. J. Paquet)
 Hospitant am Surgical Department, St. Helier Hospital, London, England
- 1983 Wissenschaftlicher Assistent an der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München (Professor Siewert)
- 1985 Mitbegründer der Arbeitsgemeinschaft Dysphagie München
- 1989 Facharzt für Chirurgie
- 1999 Ernennung zum außerplanmäßigen Professor für Chirurgie
 Klinischer Leiter der Forschungsgruppe MITI (minimal-invasive interdisziplinäre therapeutische Intervention) am Klinikum rechts der Isar
- 2013 1. Vorsitzender der Sektion für minimalinvasive Computer- und Telematik-assistierte Chirurgie (CTAC) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
- 2013 Mitglied des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Computer- und Roboterassistierte Chirurgie (CURAC)

Curriculum Vitae

Professor Dr. Jan Gummert

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG); Direktor der Klinik für Thorax- und Kardiovaskularchirurgie, Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-Westfalen, Universitätsklinik der RuhrUniversität Bochum



Wissenschaftlicher Werdegang:

- 1982–1985 Medizinstudium Universität Tübingen
- 1985–1988 Medizinstudium Universität Bonn
- 1988–1990 Arzt im Praktikum (AiP), Chirurgische Uniklinik, Uni Bonn
- 1989 Promotion
- 1990–1994 Assistenzarzt, Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universität Göttingen (Prof. Dalichau)
- 1994–1996 Assistenzarzt, Klinik für Herzchirurgie, Herzzentrum Leipzig (Prof. Mohr)
- 1997–1998 Postdoc Fellow im Labor für Transplantationsimmunologie der Klinik für Herzchirurgie, Stanford University, Stanford, USA
- 1998–2001 Oberarzt, Klinik für Herzchirurgie, Herzzentrum Leipzig
- 2002–2009 Sachverständiger der Fachgruppe Herzchirurgie der BQS
- 2002–2006 C3-Professur für Herzchirurgie, Universität Leipzig, Schwerpunkt thorakale Organtransplantation
- 2002–2005 Studiendekan der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig
- 2006–2009 W3-Professur für Herz- und Thoraxchirurgie der FSU Jena, Direktor der Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie
- Seit 2/2009 Direktor der Klinik für Thorax- und Kardiovaskularchirurgie, HDZ NRW, Ruhr-Universität Bochum

Ehrenamtliche Tätigkeiten:

- Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie
- Vorstandsmitglied der Deutschen Herzstiftung
- Vorsitzender der thorakalen Organkommission der Deutschen Transplantationsgesellschaft
- Federführender der Arbeitsgruppe Herztransplantation der StäKo Organtransplantation
- Mitglied ETHAC (Eurotransplant Thoracic Advisory Committee)
- Mitglied der Bundesfachgruppe Herzchirurgie, IQTIG
- Schirmherr der Selbsthilfegruppe Organtransplantierter NRW

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Jörg C. Kalff
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und
Viszeralchirurgie (DGAV); Direktor der Klinik und Poliklinik für
Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Bonn



Studium:

- | | |
|-----------|--|
| 1981–1987 | Studium Humanmedizin, RWTH Aachen |
| 1986–1987 | George Washington University Medical School, Washington DC, USA
Akademische Grade |
| 1988 | Dissertation (RWTH Aachen: „Messung der Sauerstoffaufnahme an
beatmeten Intensivpatienten mittels der indirekten Kalorimetrie und des
Fick’schen Prinzips: ein methodischer Vergleich“. Note: magna cum laude) |
| 1999 | Habilitation (Universität Bonn: „Molekulare Mechanismen postoperativer
Darmmotilitätsstörungen“), Venia Legendi für Chirurgie |

Beruflicher Werdegang:

- | | |
|------|--|
| 1989 | Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Chirurgischen Universitätsklinik Bonn |
| 1991 | Gastarzt, Thomas E. Starzl Transplantation Institute, University of Pittsburgh
Medical Center, University of Pittsburgh, PA, USA |
| 1993 | Gastarzt, Department of Pediatric Transplantation, Children’s Hospital of
Pittsburgh, University of Pittsburgh, PA, USA |
| 1995 | Wissenschaftlicher Assistent (C1) der Klinik und Poliklinik für Allgemein-,
Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie der Universität Bonn (Prof. Dr. A.
Hirner) |
| 1998 | Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und
Gefäßchirurgie der Universität Bonn (Prof. Dr. A. Hirner) |
| 2000 | Wissenschaftlicher Oberassistent (C2) der Klinik und Poliklinik für
Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie der Universität Bonn
(Prof. Dr. A. Hirner) |
| 2001 | Stellvertretender Leitender Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Allgemein-,
Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie der Universität Bonn (Prof. Dr. A.
Hirner) |

- 2003 Ruf (primo loco) auf die C3-Professur „Postoperative Pathophysiologie“, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
- 2005 Leitender Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie der Universität Bonn (Prof. Dr. A. Hirner)
- 2009 Leitung der Sektion „Transplantations- und hepatobiliäre Chirurgie“ der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie der Universität Bonn
- 2010 Ruf W3-Professur für Allgemeine Chirurgie und Thoraxchirurgie, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (abgelehnt)
- 2010 Ruf W3-Professur für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
- Seit 2010 W3-Professur für Allgemein- und Viszeralchirurgie an der Universität Bonn

Wissenschaftlicher Werdegang:

- 1995–1998 Research Fellow, Department of Surgery, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, USA (Richard L. Simmons, M.D.)
- 1996 DFG-Forschungsstipendium, Departments of Surgery and Medicine/ Hepatogastroenterology, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, USA
- 1999/2000/2001 Visiting Assistant Research Professor, Department of Medicine/ Gastroenterology, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, USA (je 3 Monate)
- 2003–2011 Sprecher der Klinischen Forschergruppe (KFO) 115 der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG)
- 2011–2014 Sprecher des Else-Kröner-Forschungskollegs Bonn
- Seit 2011 Vorstand der Exzellenz Akademie des Lehrstuhl-Konvents
- Seit 2012 Mitglied im Bonner Exzellenzcluster „ImmunoSensation“
- 2012–2014 Ständiges Mitglied des Medizinischen Dekanats für Klinische Studien
- 2014–2016 Prodekan für Forschung, Medizinische Fakultät, Bonn

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 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 Facharztbezeichnung „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 Tätigkeiten:

- 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 bis 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