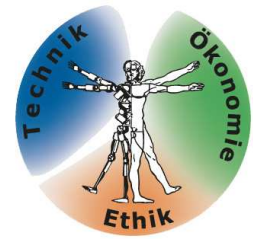




Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
133. Kongress
26. bis 29. April 2016 · CityCube, Berlin

Chirurgie

im Spannungsfeld



Pressekonferenz anlässlich des 133. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Termin: Freitag, 29. April 2016, 12.00 bis 13.00 Uhr
Ort: CubeClub, Ebene 1, Westfoyer im CityCube
Anschrift: Messedamm 26/Ecke Jafféstraße, 14055 Berlin

Präsidentin 2015/2016
Prof. Dr. med. Gabriele Schackert

Themen und Referenten:

Frauen in der Medizin – ist die Führungsetage immer noch für Männer reserviert?

Professor Dr. med. Gabriele Schackert

Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH); Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Dresden

Erfolgreiches Patienten-Engagement: In diesem Jahr soll das Bauchschlagader-Screening für Männer ab 65 kommen

Professor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG); Direktor der Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie und des Universitären Wundzentrums, Universitätsklinikum Frankfurt am Main

Innovationen in der Chirurgie – wovon können die Patienten profitieren? Bilanz des Chirurgenkongresses

Professor Dr. med. Dr. h.c. Norbert Senninger

Kongresspräsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V. (DGAV); Direktor der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Universitätsklinikum Münster

Aktuelle Abbildung ärztlicher Leistungen: Stand zur Novellierung der GOÄ

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin; Präsident des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen e.V. (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.chirurgie2016.de, www.dgch.de

Vor Ort auf dem Kongress

vom 26. bis 29. April 2016
CityCube Berlin, CubeClub, Westfoyer, Level 1
Dienstag, 26. April 2016, von 8.30 bis 17.30 Uhr
Mittwoch, 27. April 2016, von 8.00 bis 18.00 Uhr
Donnerstag, 28. April 2016, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Freitag, 29. April 2016, von 8.00 bis 16.30 Uhr
Telefon: 030 3038-81518
Telefax: 030 3038-81519





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
133. Kongress
26. bis 29. April 2016 · CityCube, Berlin

Chirurgie

im Spannungsfeld



Präsidentin 2015/2016
Prof. Dr. med. Gabriele Schackert

Pressekonferenz anlässlich des 133. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Termin: Freitag, 29. April 2016, 12.00 bis 13.00 Uhr
Ort: CubeClub, Ebene 1, Westfoyer im CityCube
Anschrift: Messedamm 26/Ecke Jafféstraße, 14055 Berlin

Inhalt:

Pressemeldung

Redemanuskripte

Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Lebensläufe der Referenten

Bestellformular für Fotos



Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dieses gerne zur Verfügung. Bitte kontaktieren Sie uns per Mail unter: ullrich@medizinkommunikation.org

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.chirurgie2016.de, www.dgch.de

Vor Ort auf dem Kongress vom 26. bis 29. April 2016

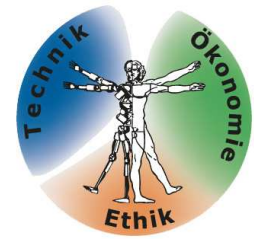
CityCube Berlin, CubeClub, Westfoyer, Level 1
Dienstag, 26. April 2016, von 8.30 bis 17.30 Uhr
Mittwoch, 27. April 2016, von 8.00 bis 18.00 Uhr
Donnerstag, 28. April 2016, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Freitag, 29. April 2016, von 8.00 bis 16.30 Uhr
Telefon: 030 3038-81518
Telefax: 030 3038-81519



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
133. Kongress
26. bis 29. April 2016 · CityCube, Berlin

Chirurgie

im Spannungsfeld



Präsidentin 2015/2016

Prof. Dr. med. Gabriele Schackert

PRESSEMITTEILUNG

133. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Geschlechterverhältnis in der Medizin

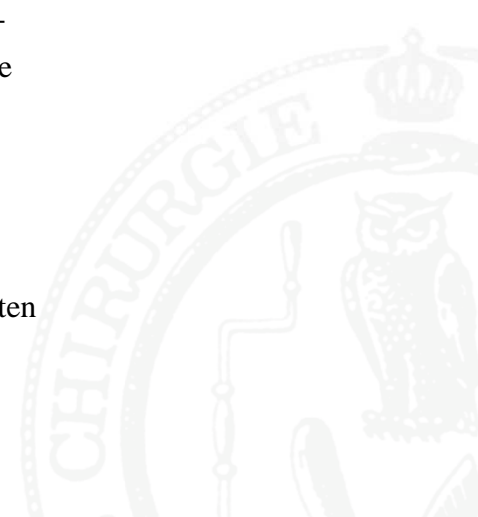
Bringt die Generation Y mehr Frauen in leitende Positionen?

Berlin, 29. April 2016 – Die Anzahl von Frauen in medizinischen Führungspositionen hat in den vergangenen Jahren zugenommen. Obwohl Frauen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen in Chefetagen noch immer unterrepräsentiert sind, steigt der Anteil weiblicher Führungskräfte an. Professor Dr. med. Gabriele Schackert, erste weibliche Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), führt diesen Umbruch unter anderem auf die veränderten Work-Life-Balance-Vorstellungen der Generation Y zurück. Auf einer Pressekonferenz zum 133. Chirurgen-Kongress in Berlin, der in diesem Jahr unter dem Motto „Chirurgie im Spannungsfeld von Technik, Ethik und Ökonomie“ steht, plädiert sie für engagierte Ärztinnen und Ärzte in leitenden Positionen. Der Kongress geht am 29. April 2016 im CityCube zu Ende.

Etwa zwei Drittel der Medizinstudenten sind weiblich. Doch während die Frauen ihr Studium meist in der Mindestzeit und mit guten Noten abschließen, häufig auch promovieren, trifft man sie bei Habilitationsverfahren und als Chefärztin oder Klinikdirektorin deutlich seltener als an Männer. „Wie in der Industrie kann man hier von einer gläsernen Decke sprechen“, stellt DGCH-Präsidentin Gabriele Schackert fest.

Trotzdem finden sich heute im klinischen Alltag mehr und mehr Frauen in führenden Oberarztpositionen und auch zunehmend bei Berufungsverfahren für Professuren an der Spitze. Schackert betont: „Genau wie ihre männlichen Kollegen verdienen es Frauen, bei gleicher Qualifikation aufzusteigen – und das, ohne sich für Karriere oder Familie entscheiden zu müssen.“

Einen positiven Schub erwartet die DGCH-Präsidentin vom veränderten Karrierebewusstsein der nachwachsenden Generationen. „Nicht nur

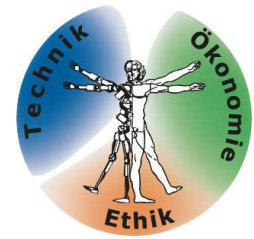




Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
133. Kongress
26. bis 29. April 2016 · CityCube, Berlin

Chirurgie

im Spannungsfeld



Präsidentin 2015/2016
Prof. Dr. med. Gabriele Schackert

Frauen möchten heute nach der Entbindung zu Hause bleiben, sondern auch immer mehr Männer beanspruchen ihr Recht auf Elternzeit“, berichtet Schackert. Das schaffe vergleichbare Voraussetzungen, Halbtagsstellen seien bei beiden Geschlechtern keine Ausnahme mehr. Die Generation Y habe mit ihrem Anspruch auf eine ausgewogene Work-Life-Balance wie selten zuvor ein Umdenken in der Gesellschaft bewirkt, betont die Neurochirurgin.

„Es gehört heute zur Normalität, dass beide Elternteile arbeiten gehen und Karriere machen können, aber auch, dass sich beide Auszeiten für die Familie nehmen“, weiß Schackert aus Erfahrung als Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie am Universitätsklinikum Dresden. Die klassischen Geschlechterrollen gehörten spätestens mit dieser Generation der Vergangenheit an. „Die Frauen stehen heute genauso ihren ‚Mann‘ wie die Männer selbst“, betont Schackert.

Trotzdem wäre es bei entsprechender Qualifikation wünschenswert, wenn sich deutlich mehr Frauen für eine Karriere in der Medizin entscheiden würden. Gerade in der Chirurgie arbeiten bislang zu wenige Frauen in leitenden Positionen. „Obwohl es ein enorm faszinierender Beruf ist, ist er auch sehr anstrengend und aufreibend. Das muss man wollen“, so die Präsidentin der DGCh. Auch viele Männer sehen aufgrund der großen Belastung mittlerweile von einer leitenden Position in der Chirurgie ab. „Wir werden sehen, was die Zukunft bringt“, so Schackert. „Doch eines ist klar: Auch in der Chirurgie brauchen wir gute Frauen, die sich der Verantwortung stellen.“

Weitere Infos: www.chirurgie2016.de.



Frauen in der Medizin – ist die Führungsetage immer noch für Männer reserviert?

Professor Dr. med. Gabriele Schackert, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH);
Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Dresden

Die Feminisierung in der Medizin ist seit Jahren ein beherrschendes Thema. Die Zahl der Medizinstudentinnen liegt inzwischen zwischen 60 und 70 Prozent. Dies wird im Wesentlichen auf die besseren Abiturnoten der Frauen und einen Numerus clausus, der an einigen Universitäten bei 1,0 liegt, zurückgeführt. Während die Frauen in der Regel ihr Studium in der Mindestzeit und mit guten Noten abschließen, meist auch noch die Promotion durchziehen, trifft man sie bei Habilitationsverfahren und schließlich in der Position einer Chefärztin oder einer Klinikdirektorin im Verhältnis zu den männlichen Kollegen deutlich seltener an. In der Industrie spricht man von einer gläsernen Decke, die den Frauen den Aufstieg verwehrt. Die Frauenquote von 30 Prozent für DAX-Unternehmen soll nun diese Barriere durchbrechen und zum Aufstieg bei gleicher Qualifikation verhelfen.

Immer wieder wird diskutiert, womit dieses auffallende Ungleichverhältnis in unserer emanzipierten und aufgeschlossenen Welt erklärt werden könnte. Längst hat sich das Karrierebewusstsein in der Generation Y verändert. Männer beanspruchen ebenso wie Frauen, nach der Entbindung des Kindes im Elternurlaub zu Hause zu bleiben. Halbtagsstellen sind keine Ausnahme mehr. Das Arbeitszeitgesetz wird umgesetzt, und der Mann ist der Erste, der das Kind abends aus dem Kindergarten abholt oder bei Krankheit des Kindes zu Hause bleibt. Wenn noch vor 30 Jahren das Gesuch eines männlichen Mitarbeiters um Elternurlaub dazu geführt hätte, dass er die Entlassungspapiere für einen Dauerurlaub erhalten hätte, es vor 15 Jahren immerhin noch eine Sensation war, so ist es heute gelebter Alltag. Die Zeiten ändern sich. Die Frauen stehen genauso ihren „Mann“ wie der Mann. Im klinischen Alltag finden sich mehr und mehr Frauen in führenden Oberarztpositionen und auch zunehmend bei Berufungsverfahren auf Platz eins der Liste. Die Anzahl der Frauen in führenden beziehungsweise leitenden Positionen hat deutlich zugenommen und wird weiter das Bild bestimmen.

Noch vor fünf Jahren zeigten die Statistiken eine deutlich geringere Repräsentanz von Frauen in medizinischen Führungspositionen. Man machte die Entscheidung der Frauen für ihre Familie – die gleichzeitig den Karriereabbruch bedeutete –, die mangelnde Netzwerkbildung und ein mangelndes Durchsetzungsvermögen und Karrierebewusstsein dafür verantwortlich.

War es die Quote, die alles geändert hat? Ich glaube und hoffe es nicht. Ich meine, die Generation Y hat mit ihrem Anspruch auf eine Work-Life-Balance das Umdenken und die Öffnung für Frauen in den Beruf und für die Männer in das häusliche Leben bewirkt. Es ist heute Normalität: Beide gehen arbeiten, beide können Karriere machen.

Nun zur Frage der Chirurgie: Können Frauen auch hier in leitende Positionen kommen? Noch immer sind es wenige. Natürlich können sie es; aber sie müssen es auch wollen. Denn zweifelsohne, es ist ein enorm faszinierender, aber auch ein – nicht zuletzt körperlich – sehr anstrengender und aufreibender Beruf. Der Chirurg hat immer eine persönliche Leistung zu erbringen. Viele Männer scheuen heute aufgrund der großen Belastung davor zurück. Wir werden sehen, was die Zukunft bringt. Eines ist klar: Auch hier brauchen wir gute Frauen, die sich der Verantwortung stellen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, April 2016

Erfolgreiches Patienten-Engagement: In diesem Jahr soll das Bauchschlagader-Screening für Männer ab 65 kommen

Professor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG); Direktor der Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie und des Universitären Wundzentrums, Universitätsklinikum Frankfurt am Main

Bei circa zehn Prozent der männlichen Bevölkerung in der Altersgruppe der über 65-Jährigen findet sich eine Aufweitung des Durchmessers der Hauptschlagader (Aorta) im Bauch. Erreicht der Durchmesser der Aorta, die einen normalen Durchmesser zwischen 1,5 und zwei Zentimeter aufweist, fünf Zentimeter, droht eine lebensgefährliche Ruptur. Sind gar sieben Zentimeter erreicht, steigt die Wahrscheinlichkeit innerhalb eines halben Jahres, an einer solchen Ruptur zu versterben, auf über 90 Prozent. Heimtückisch ist, dass man eine solche Erweiterung der Aorta (Aneurysma – aus dem Griechischen: Erweiterung) in den seltensten Fällen spürt und es auch keine Warnsignale einer Ruptur gibt. In der Ruptur verspürt der Betroffene einen Vernichtungsschmerz im Bauchraum, der in den Rücken, die Flanken oder in die Leisten ausstrahlen kann. In 80 Prozent dieser Fälle tritt innerhalb weniger Minuten der Verblutungstod ein. Nur 20 Prozent erreichen lebend das Krankenhaus, wo in spezialisierten Abteilungen für Gefäßchirurgie circa die Hälfte durch eine Notoperation gerettet werden kann.

Wird das Aneurysma jedoch vor der Ruptur im nicht symptomatischen Stadium entdeckt und operiert, beträgt die Sterblichkeit weniger als zwei Prozent. Zur Ausschaltung des Aneurysmas werden je nach individuellen Gegebenheiten des Aneurysmaträgers die konventionelle offene Bauchoperation oder inzwischen in über 75 Prozent der Fälle eine endovaskuläre Operation mittels Kathetertechnik über die Leistenschlagadern angewandt. Krankenhäuser, die diese Operationen anbieten, müssen bestimmte vom G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) vorgegebene Strukturmerkmale erfüllen.

Bei diesem Sterblichkeitsunterschied (Ruptur gegen geplante Operation) haben wir Gefäßchirurgen und Gefäßmediziner schon lange ein gezieltes Suchangebot (Screening) auf Aneurysmen gefordert. So ließ sich durch solche Screeningprogramme in Dänemark, Großbritannien und den USA die Sterblichkeit durch Aneurysmen der Aorta in der Bevölkerung halbieren und die Zahl der Notoperationen in den Krankenhäusern signifikant senken.

Die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin macht hierauf seit über zehn Jahren durch Fach- und Laienartikel, gezielte Eingaben bei den zuständigen Behörden sowie durch einen jährlichen „Screeningtag“, teils sogar mit prominenter Unterstützung, aufmerksam.

Das Screening selbst erfolgt durch eine in wenigen Minuten durchführbare Ultraschalluntersuchung der Schlagader im Bauchraum. Diese leicht erlernbare und nebenwirkungsfreie Methode liefert fast zu 100 Prozent exakte Ergebnisse.

Es ist aber jetzt den Patientenvertretern im G-BA zu verdanken, dass das Screening durch den G-BA eingeführt wird. Erst hierdurch wird eine Finanzierung durch die Krankenkassen möglich.

Männer im Alter zwischen 65 und 80 Jahren werden demnach aufgefordert, sich im Sinne einer Vorsorge untersuchen zu lassen.

Es ist noch offen, welche Ärzte diese Screening-Ultraschalluntersuchung durchführen sollen und ob derjenige sich hierfür zertifizieren muss. Auch bleibt noch offen, ob ein solches Screeningprogramm durch ein verpflichtendes wissenschaftliches Register begleitet wird und damit die Effektivität auch hier in Deutschland untersucht wird. Für ein solches Qualitätsregister setzen wir uns als Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin vehement ein und verweisen auf unsere seit zwei Dekaden bestehende freiwillige Qualitätssicherung bei der Operation von Aneurysmen der Aorta, an der zurzeit etwa 170 Kliniken teilnehmen und wobei wir circa 40 Prozent der durchgeführten Operationen erfassen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, April 2016

Innovationen in der Chirurgie – wovon können die Patienten profitieren? Bilanz des Chirurgenkongresses

Professor Dr. med. Dr. h.c. Norbert Senninger, Kongresspräsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V. (DGAV); Direktor der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Universitätsklinikum Münster

Evidenzbasierte Chirurgie

In zahlreichen Sitzungen wurden Konzepte diskutiert und anhand evidenzbasierter Studien bewertet. Jeder Tumorpatient muss in einer interdisziplinären Tumorkonferenz kompetent besprochen und anschließend ein evidenzbasierter Vorschlag formuliert werden. Qualitätsparameter müssen im Verlauf der Tumorerkrankungen risikoadjustiert erhoben werden, was eventuell auch Jahre benötigt. Die derzeitigen Vorschläge zur Qualitätsbewertung, überwiegend anhand der Struktur- und Prozessqualität sowie der Komplikationshäufigkeit, sind dabei nicht ausreichend, begreiflicherweise aber leichter zu realisieren.

Bei der Hernienchirurgie treten die Vorteile netzbasierter Verfahren stärker zutage. Die Verfechter laparoskopischer und offener Operationskonzepte halten sich die Waage, beide Verfahrensweisen sind (derzeit) als gleichwertig zu bezeichnen.

Alle operativen Einrichtungen müssen ihre Daten in Register einbringen. Das System des Studien-, Dokumentations- und Qualitätszentrums (StuDoQ-System) bietet hier ein breites Portfolio und sollte zur Basis medizinpolitischer Entscheidungen werden.

In mehreren Sitzungen wurde allerdings klar herausgestellt, dass die Durchsetzung evidenzbasierter Leitlinien schwierig und langwierig sein kann. Die Gründe reichen dabei von berechtigter Individualisierung der Therapie aufgrund von Risikofaktoren der Patienten bis zu einfacher Nichtbeachtung vorhandener Empfehlungen. Hier ist noch „Luft nach oben“.

Roboter in der Chirurgie

Roboter-assistierte Systeme halten zunehmend Einzug in die Viszeralchirurgie, besonders bei Operationen an Rektum und Ösophagus lassen sich diese Telemanipulatoren zunehmend erfolgreich einsetzen. Tatsächliche Vorteile gegenüber der verbreitet praktizierten laparoskopischen Chirurgie können aber für die Breite des Faches und damit die meisten Operationen derzeit noch nicht bewiesen werden. Mehrere prospektiv randomisierte Studien sind in Vorbereitung, deren solide Ergebnisse aber frühestens in zwei bis drei Jahren zu erwarten sind.

Farbkodierte Chirurgie

Hier bahnt sich eine echte Entscheidungshilfe für die Durchführung rekonstruktiver Operationen am luminalen Verdauungstrakt – von Ösophagus bis Rektum – an. Die technischen Möglichkeiten erlauben insbesondere bei minimalinvasiven Eingriffen eine sichere Identifikation zum Beispiel des Gallenwegssystems sowie eine reproduzierbare Momentaufnahme der tatsächlichen Durchblutung zu anastomosierender Darmanteile. Das Verfahren bietet diese Vorteile unabhängig vom Erfahrungsschatz des Operateurs. Bei Neuanschaffung entsprechender laparoskopischer Systeme sollte die Kompatibilität der Systeme eine größere Rolle spielen als bisher.

Bakterien und Anastomosenheilung

Auch perfekt durchblutete und tadellos angelegte Darmanastomosen können insuffizient werden. Die Ursache für diese besorgniserregende, aber allbekannte Tatsache könnte in Stoffwechseleigenschaften bestimmter Bakterien (*Enterococcus faecalis*, *Pseudomonas*) liegen. Professor John Alverdy aus Chicago, neu ernanntes Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), gab in einem speziellen Referat einen intensiven Einblick in sein aufsehenerregendes Forschungsgebiet. Schlüssel für die Bakterienfunktion ist ein von diesen Bakterien in hoher Konzentration produziertes Enzym, eine sogenannte Kollagenase. Dieses Enzym zerstört die für jede Heilung erforderlichen Kollagenfasern und führt somit zu Heilungsstörungen. Unter bestimmten Umständen werden diese Bakterien bei Durchblutungsstörungen des jeweiligen Darmabschnittes noch virulenter und versammeln sich verstärkt in dieser kritischen Zone. Eine therapeutisch relevante Möglichkeit besteht darin, den Wirkungsmechanismus dieser Keime direkt zu behindern, sie selbst aber nicht abzutöten. Eine rein antibiotische Therapie sei hierbei nicht der Schlüssel zum Erfolg.

Einfluss der Stammzellenforschung auf Medizin und Chirurgie der Zukunft

Der renommierte Stammzellenforscher Professor Schöler aus Münster schilderte die Möglichkeit, aus einfachen Hautzellen die sogenannten „Alleskönner“ unter den Zellen, die pluripotenten Stammzellen, herstellen zu können. Unter geeigneten Kulturbedingungen können aus diesen Zellen Mini-Organen, sogenannte Organoiden oder Organknospen, gezüchtet werden. Neben dem Studium gravierender Erkrankungen wie Alzheimer und Mukoviszidose können hier in absehbarer Zeit Mini-Nieren, Mini-Lebern et cetera automatisiert hergestellt werden. Das Potenzial dieser Entwicklung ist nicht abzusehen. Vorerst ist das Studium von Medikamenteneffekten an diesen Organoiden bereits

praktizierte Realität. Es ist aber mehr als nur vorstellbar, dass mithilfe eines „Bioprinters“, eines 3-D-Druckers für belebte Stoffe wie Zellen, schrittweise differenzierte Zellkomplexe in Kultur aufgebaut und zu funktionierenden Organen gestaltet werden, die eines Tages die heute noch unverzichtbare Transplantation ablösen könnten.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, April 2016

Aktuelle Abbildung ärztlicher Leistungen: Stand zur Novellierung der GOÄ

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

Die derzeit vorliegende amtliche ärztliche Gebührenordnung (GOÄ) basiert mit ihren Leistungspositionen auf Jahrzehnte zurückliegenden Entscheidungen und weist teilweise noch DM-Beträge auf. Anstrengungen einer Novellierung, vor allem auch mit dem Versuch, einen Inflationsausgleich zu erreichen, scheiterten daran, dass Gesetz- und Verordnungsgeber kein Interesse an einer Reform gezeigt haben. Bei einem Anstieg der Gebührensätze wären nämlich zur Finanzierung der Beihilfe auch die Länder in die Pflicht genommen worden. Erstmals bestand nun eine Reformbereitschaft, wobei der Bundesgesundheitsminister selbst betonte, dass eine Neubewertung der GOÄ dringend notwendig sei. Dabei wurden Verhandlungen und eine Einigung zwischen der Bundesärztekammer (BÄK), dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und den für das Beihilferecht zuständigen obersten Behörden (Beihilfe) gefordert und 2014 eingeleitet. In einer ersten Informationsveranstaltung der BÄK wurde dann das Prinzip der neuen GOÄ als betriebswirtschaftliche Berechnung der bei der Leistung anfallenden Kosten und des notwendigen Zeitaufwands vorgestellt. Eine Einführung eines sogenannten „robusten Einfachsatzes“ bei Steigerung um das 1,8- beziehungsweise 2,3-Fache zum bisherigen Einfachsatz sei vorgesehen und die bisherigen Analogziffern sollten in neue Positionen überführt werden. Kommentierungen durch die Berufsverbände waren möglich, die wissenschaftlichen Fachgesellschaften wurden nicht angefragt.

Im Laufe des Jahres 2015 wurde mitgeteilt, dass die angestrebten Veränderungen der Leistungsvergütungen bei etwa 80 bis 85 Prozent der Honorarumsätze umgesetzt worden seien und die Reform sich auf einem guten Weg befände. Bei einer erneuten Informationsveranstaltung der BÄK im November 2015 wurden wiederum keine konkreten Angaben zu den Legenden der verschiedenen Positionen mitgeteilt, da nach Vorgabe durch das Bundesgesundheitsministerium ein Verschwiegenheitsgelöbnis einzuhalten sei. Es wurden lediglich Veränderungen der Bundesärzteordnung zur Kenntnis gegeben, so auch die Einrichtung einer gemeinsamen Gebührenordnungskommission (GeKo) mit Vertretern der BÄK, PKV und der Beihilfe in Ablösung zum bestehenden Konsultationsausschuss. Bei weiterhin völlig fehlender Transparenz wurde dann auf Antrag mehrerer Landesärztekammern ein außerordentlicher Ärztetag im Januar 2016 nach Berlin einberufen. Die außerordentlich turbulenten Sitzungen endeten damit, dass durch die Delegierten dieses Ärztetages dem Leitantrag des BÄK-Vorstands zugestimmt worden ist: Die Verhandlungen mit der PKV und Beihilfe sollten fortgesetzt werden, obwohl die Inhalte dieser Novelle weiterhin eine „Blackbox“ darstellten. Trotz nochmaliger Betonung des Gesundheitsministers zur Notwendigkeit einer neuen GOÄ musste die Entscheidung des Präsidiums der BÄK vom 18. März 2016 mehr als überraschen, dass die Reform der Gebührenordnung einstimmig abgelehnt worden sei, da angeblich zwischen BÄK und PKV nicht mit gleich langen Spießen verhandelt worden sei, das heißt, die Bewertungsvorschläge der PKV wurden plötzlich als inakzeptabel eingestuft.

Man muss sich mit großer Verwunderung fragen, seit wann die Vorschläge der PKV in Gänze der BÄK bekannt waren. Die Verhandlungen sollen aber fortgesetzt werden, wobei der Verhandlungsführer der BÄK am 19. März 2016 seine Ämter niedergelegt hat.

Zum jetzigen Zeitpunkt steht also in den Sternen, ob es jemals zu einer Novellierung der GOÄ kommen wird. Dieses ist auch dadurch bedingt, dass die SPD, die einer Reform der GOÄ ablehnend gegenübersteht, sicherlich das Thema der Bürgerversicherung zur nächsten Bundestagswahl im Konzept weiterer Sozialreformen in den Mittelpunkt stellen wird.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, April 2016



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie mit derzeit knapp 6 500 Mitgliedern wurde 1872 in Berlin gegründet. Sie gehört damit im 144. Jahr ihres Bestehens zu den ältesten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften.

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

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

Eine bereits bei Gründung der Gesellschaft 1872 formulierte Aufgabe, nämlich „die chirurgischen Arbeitskräfte zu einigen“, hat heute eine besondere Bedeutung erhalten. Vor dem Hintergrund der im Jahr 2003 neu strukturierten Weiterbildungsordnung mit einer gemeinsamen Basisausbildung aller chirurgischen Fächer (Common Trunk) ist es jetzt mit einer neuen Satzung gelungen, alle Säulen des Gebietes Chirurgie (Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Kinderchirurgie, Herzchirurgie, Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Thoraxchirurgie, Unfallchirurgie/Orthopädie und Viszeralchirurgie) mit ihren wissenschaftlichen Fachgesellschaften unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu vereinen. 2007 sind auch die Neurochirurgen und 2010 die Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen dieser Gesellschaft beigetreten. Sie vertritt mit ihren über die einzelnen Fachgesellschaften assoziierten Mitgliedern damit mehr als 20 000 Chirurgen. Es können so die gemeinsamen Interessen besser gebündelt und in einer starken Gemeinschaft nach außen vertreten werden.

Nach jahrelangem Rechtsstreit wurde der Gesellschaft im Jahre 2002 ihre nach dem Krieg durch die DDR enteignete, 1915 gemeinsam mit der Berliner Medizinischen Gesellschaft errichtete Heimstätte, das Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin Mitte, wieder rücküberreignet. Renoviert ist es wieder in neuem Glanz erstanden. Dieses symbolträchtige Haus der Chirurgie mit seinem traditionsreichen Hörsaal ist der Sitz mehrerer wissenschaftlich-chirurgischer Fachgesellschaften sowie des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen und repräsentiert auch in dieser räumlichen Vereinigung die große Gemeinschaft der Chirurgen.

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

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

Tel. 030/28876290
Fax 030/28876299
Mail: DGChirurgie@t-online.de

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Gabriele Schackert
Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH);
Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie,
Universitätsklinikum Dresden

* 1953



Beruflicher Werdegang:

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

*Pressekonferenz anlässlich des 133. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Freitag, 29. April 2016, 12.00 bis 13.00 Uhr, Berlin*

2010–2012	2. Vorsitzende der DGNC
2012–2014	1. Vorsitzende der DGNC
2013–2014	3. Vizepräsidentin der DGCH
2014–2015	2. Vizepräsidentin der DGCH
2015–2016	Präsidentin der DGCH

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und
Gefäßmedizin (DGG); Direktor der Klinik für Gefäß- und
Endovascularchirurgie und des Universitären Wundzentrums,
Universitätsklinikum Frankfurt am Main



* 1954

Beruflicher Werdegang:

Köln und Boston

Studium und Weiterbildung zum Chirurgen und Gefäßchirurgen, Promotion und Habilitation,
Forschungsgruppenleiter und Oberarzt in der Universitätsklinik Köln sowie im Dr. Mildred Scheel-
Haus, Zentrum für Palliativmedizin
Zweijähriger Forschungsaufenthalt im Massachusetts General Hospital (Harvard Medical School) in
Boston, USA
Gerhard-Hess-Stipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) „Biologische
Rekonstruktionsverfahren in der Gefäßchirurgie“

Frankfurt am Main – Goethe-Universität

1998 Ruf auf die Professur für Gefäßchirurgie an die Goethe-Universität
Seit 2002 Research Associate am Max-Planck-Institut für Herz- und Lungenforschung in
Bad Nauheim und Leiter der Arbeitsgruppe Arteriogenese
Seit 2000 Mitglied der Ethik-Kommission der Goethe-Universität, Mitglied im Forschungs- und
Strukturausschuss des Fachbereichs Medizin der Goethe-Universität, Mitglied im Fakultätsrat
Forschungsförderung u. a. durch ein Exzellenzcluster des Landes Hessen (LOEWE-Programm)

Frankfurt am Main – Klinikum der Goethe-Universität

Direktor der Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie, seit 2004 auch Chefarzt der gefäß-
chirurgischen Abteilung im Hospital zum heiligen Geist in Frankfurt am Main auf der Basis eines
Kooperationsvertrages
Seit 2011 Leiter des Universitären Wundzentrums

Landesärztekammer Hessen

Vorsitzender des Krankenhausausschusses und Mitglied des Weiterbildungsausschusses der
Landesärztekammer Hessen, Mitglied im Lenkungsausschuss der Qualitätssicherung Hessen

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

Seit 2003 Mitglied im Exekutiv-Komitee der Sektion Chirurgische Forschung, seit 2014 stellvertretender Vorsitzender des Aufsichtsrates des Studienzentrums der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie an der Universität Heidelberg

Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin

Seit 2010 Mitglied im Vorstand, 2015-16 Vizepräsident und für 2017-18 Präsident elect

Vorsitzender des Forschungsausschusses

Seit 2015 Geschäftsführer des Deutschen Instituts für gefäßmedizinische Gesundheitsforschung gGmbH, Berlin

Außerdem

Vorstandsmitglied und Präsidenschaften bei: European Society for Vascular Surgery und Association of International Vascular Surgeons, Delegierter in der AWMF

Diözesanarzt und Mitglied im Vorstand des Malteserhilfsdienstes der Diözese Mainz

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dr. h.c. Norbert Senninger
Kongresspräsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und
Viszeralchirurgie (DGAV); Direktor der Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie, Universitätsklinikum Münster

* 1952



Beruflicher Werdegang:

10/1971–9/1974	Universität Heidelberg
10/1974–9/1975	Universität Newcastle upon Tyne/Großbritannien
10/1975–10/1977	Universität Heidelberg
10/1977	Promotion
10/1977	Staatsexamen
10/1977	Approbation
1/1978–3/1979	Wehrdienst: Stabsarzt, Luftwaffe

Facharztweiterbildung:

4/1979–4/1980	Pathologie, Heidelberg
5/1980–8/1982	Chirurgie, Heidelberg
9/1982–12/1982	Research Fellow, Salt Lake City, USA
1/1983–4/1984	Research Fellow, Houston, USA
5/1984–8/1988	Chirurgie, Heidelberg
8/1988	Facharzt Chirurgie

Habilitation:

5/1989	Habilitation (Dr. med. habil.)
8/1989	Venia Legendi (Privatdozent)

Spezialisierungen:

1986	Notarzt
1988	Facharzt Chirurgie
1990	Facharzt Unfallchirurgie
1996	Facharzt Viszeralchirurgie
1996	Spezielle chirurgische Intensivmedizin
2013	Facharzt Viszeralchirurgie (WBO 2012)
2013	Facharzt Spezielle Viszeralchirurgie (WBO 2012)

Ehrendoktorwürde:

11/2011 Cluj-Napoca, Rumänien

Positionen Chirurgie Heidelberg:

1990 Oberarzt

1990–1992 Leiter Chirurgische Poliklinik

10/1994–9/1996 Leitender Oberarzt und Stellvertretender Klinikdirektor

Derzeitige Position:

Seit 10/1996 Universitätsprofessor (C4), Direktor der Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie, Universitätsklinikum Münster (UKM) und Westfälische-
Wilhelms-Universität (WWU), Münster

Schwerpunkte bei wissenschaftlicher und klinischer Tätigkeit:

Onkologische Chirurgie, hepato-bilio-pankreatische Chirurgie, Ösophagus-Magen-Chirurgie,
Transplantation

Mitgliedschaften (Auswahl):

National:

- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) mit Chirurgischen Arbeitsgemeinschaften, Vorsitzender CAQ 2003–2009
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) mit Chirurgischen Arbeitsgemeinschaften, Vorsitzender CAES 2005–2014
- Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC)
- Mittelrheinischer Chirurgenverband
- Vereinigung Niederrheinisch-Westfälischer Chirurgen, Erster Vorsitzender 2004
- Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
- Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)
- Deutsche Transplantationsgesellschaft (DTG), Kongresspräsident 2003
- Deutsche Gesellschaft für Endoskopie und Bildgebende Verfahren (DGE-BV)

International:

- Austrian Society for Surgery (Ehrenmitglied)
- American College of Surgeons (ACS), General Secretary German Chapter 2003–2012; Governor ab 2012; Mitglied International Relations Committee sowie in zwei Subcommittees)
- Société Internationale de Chirurgie (SIC)
- European Surgical Association (ESA)

- International Hepato-Pancreato-Biliary Association (IHPBA)
- European Hepato-Pancreato-Biliary Association (EHPBA)
- International Surgical Group
- European Pancreatic Club
- American Pancreatic Club
- International Association of Pancreatology
- International Association of Surgeons, Gastroenterologists and Oncologists (IASGO)
- Libyan-German Medical Society, Präsident 2009–2011
- Royal College of Surgeons in England

Funktionen in nationalen und internationalen Gremien:

- Eurotransplant/ELIAC 2001–2009
- Bundesärztekammer 2004–2010
- DSO 2002–2011
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)
- AQUA
- Ärztekammer Westfalen-Lippe

Editorial Boards:

- Der Chirurg
- Langenbeck's Archives
- Der Onkologe
- Onkologie
- Allgemein- und Viszeralchirurgie up2date
- Transplantationsmedizin

Publikationen:

Manuskripte mit Peer-Review/PUBMED-Liste

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=senninger-n>

Andere Manuskripte, Reviews, Case Reports, Buchkapitel, Abstracts, Vorträge,
Posters/wissenschaftliche Filme auf Anfrage

Curriculum Vitae

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

* 1948



Beruflicher Werdegang:

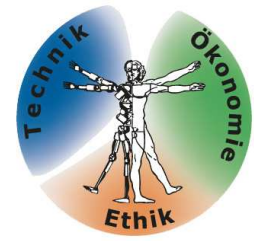
1967–1972	Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München
1972	Promotion an der Universität Göttingen
1973–1980	Chirurgische Weiterbildung an der Medizinischen Hochschule Hannover
1981	Habilitation
1988–1996	Leitender Oberarzt der Klinik für Abdominal- und Transplantationschirurgie 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



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
133. Kongress
26. bis 29. April 2016 · CityCube, Berlin

Chirurgie

im Spannungsfeld



Präsidentin 2015/2016
Prof. Dr. med. Gabriele Schackert

Bestellformular Fotos:

Pressekonferenz anlässlich des 133. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Termin: Freitag, 29. April 2016, 12.00 bis 13.00 Uhr
Ort: CubeClub, Ebene 1, Westfoyer im CityCube
Anschrift: Messedamm 26/Ecke Jafféstraße, 14055 Berlin

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

- Professor Dr. med. Gabriele Schackert
- Professor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
- Professor Dr. med. Dr. h.c. Norbert Senninger
- Professor Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer

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

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

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.chirurgie2016.de, www.dgch.de

Vor Ort auf dem Kongress vom 26. bis 29. April 2016

CityCube Berlin, CubeClub, Westfoyer, Level 1
Dienstag, 26. April 2016, von 8.30 bis 17.30 Uhr
Mittwoch, 27. April 2016, von 8.00 bis 18.00 Uhr
Donnerstag, 28. April 2016, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Freitag, 29. April 2016, von 8.00 bis 16.30 Uhr
Telefon: 030 3038-81518
Telefax: 030 3038-81519

