



Online-Pressekonferenz anlässlich des 140. Deutschen Chirurgie Kongresses (DCK 2023)

„Gemeinsam lernen und heilen – 151 Jahre DGCH: Aufbruch in kommende Jahrzehnte“

Termin: Donnerstag, 20. April 2023, 11.00 bis 12.30 Uhr

Link zur Teilnahme: <https://attendee.gotowebinar.com/register/8839163520824809056>

Themen und Referenten:

Highlights und Themen des Deutschen Chirurgie Kongresses (DCK 2023)

Professor Dr. med. Andreas Seekamp

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) 2022/2023;

Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Braucht bessere Chirurgie in Zukunft einen Roboter? Update zu Robotik und bild- und computergestütztem Operieren

Professor Dr. med. Andreas Seekamp

Fortschritte bei der Behandlung des Pankreaskarzinoms – medizinische und organisatorische Aspekte

Professor Dr. med. Jens Werner

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV);
Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am LMU-Klinikum München

Fehlbildungen, Krebs und Unfälle bei Kindern: Meilensteine in der Therapie Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie zieht nach 60 Jahren Bilanz

Professor Dr. med. Udo Rolle

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH);

Direktor der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie am Universitätsklinikum der J.W. Goethe-Universität Frankfurt

Klinikstrukturreform – wo kann ich mich in Zukunft noch operieren lassen?

Professor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH);

Univ.-Professor a. D. der Goethe-Universität Frankfurt am Main

Moderation: Dr. Adelheid Liebendörfer, Pressestelle DCK 2023

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173, Telefax: 0711 8931-167

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dck2023.de | www.dgch.de



Pressemitteilung

Maschinelle Präzision und höhere Sicherheit bei Operationen

Chirurgische Robotik: hoch entwickelte Assistenz oder bald allein im OP?

Berlin/München, 20. April 2023 – Eingriffe an Speiseröhre, Leber, Bauchspeicheldrüse, Gallenblase, Enddarm und Prostata sowie Adipositaschirurgie: In vielen Bereichen ist eine minimalinvasive Operation heute das gängige Verfahren. Durch kleinere Schnitte, geringeren Blutverlust und weniger Schmerzen erholen sich Patientinnen und Patienten oftmals besser. Zur Unterstützung und Weiterentwicklung der Schlüssellochchirurgie ist mittlerweile auch die robotergestützte Chirurgie auf dem Vormarsch. Dieses Verfahren eignet sich besonders für diffizile feinchirurgische Arbeiten in schlecht zugänglichen und engen Bereichen. Wie Roboter Chirurginnen und Chirurgen heute bereits unterstützen, ob sie die Sicherheit bei OPs erhöhen, inwiefern sich die höheren Kosten von Roboterassistenz lohnen und künstliche Operateure längerfristig menschliche gar ersetzen, sind Themen auf der heutigen Online-Presskonferenz des teilhybriden 140. Deutschen Chirurgie Kongresses (DCK 2023). Dieser findet vom 26. bis 28. April 2023 im Internationalen Congress Center München (ICM) statt. Zuvor gab es vom 18. bis 20. April 2023 das digitale Format DCK.digital mit Nachmittags- und Abendsitzungen.

Bei minimalinvasiven Eingriffen verwenden Operateurinnen und Operateure sehr kleine und feine Instrumente und eine Miniaturkamera, die sie durch Mini-Schnitte in den Körper einführen. Der Vorteil gegenüber der offenen Chirurgie: „Die rechnergestützte Vergrößerung des Operationsgebiets bietet eine deutlich vergrößerte Darstellung. Zum anderen können mithilfe der Kameras Blickwinkel eingestellt werden, die man bei der herkömmlichen Chirurgie so nicht hat“, sagt Universitätsprofessor Dr. med. Andreas Seekamp, Kongresspräsident DCK 2023 und Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Kiel, am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. Die robotergestützte Chirurgie geht noch weiter: In diesem Fall sind die kleinen Instrumente an Roboterarmen befestigt.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173, Telefax: 0711 8931-167

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dck2023.de | www.dgch.de



DCK 2023

Gemeinsam lernen und heilen

140. Deutscher Chirurgie Kongress | 18.–20. April 2023, DCK.digital | 26.–28. April 2023, München

Vorteile in schwer zugänglichen Gebieten – Ruhezittern wird herausgefiltert

Dies ermöglicht einen größeren Bewegungsspielraum und eine höhere Präzision als bei mit der menschlichen Hand durchgeführten Operationen. „Man sitzt an einer Konsole mit hochauflösendem Monitor. Während der Operation nimmt der Roboter die Bewegungen der Hände über ein elektromagnetisches Feld und Joysticks auf. Diese Bewegungen führt der Roboter über winzige Instrumente aus und eliminiert dabei auch das natürliche Ruhezittern der Hände“, erläutert der Orthopäde und Unfallchirurg.

Mittlerweile kommen auch neuartige und speziell für die Mikrochirurgie konzipierte Operationsroboter, die mit einem robotischen Mikroskop vernetzt sind, zum Einsatz. Mit ihrer Hilfe können so feinste anatomische Strukturen wie beispielsweise Blutgefäße, Nerven oder Lymphbahnen mit einem Durchmesser von oft nur 0,3 Millimetern wieder miteinander verbunden werden.

Bis heute gibt es kein System, welches ohne erfahrene Chirurgen oder Chirurginnen auskommt

Doch letztendlich sind die Fähigkeiten und das Fachwissen der Operateure entscheidend für das Ergebnis: Der Mensch behält die Oberhand darüber, was wie getan werden soll. „Wir sehen die roboterassistierte Chirurgie eher als ein additives Verfahren, welches das minimalinvasive Spektrum erweitert. Bis heute gibt es kein System, welches ohne eine/-n erfahrene/-n und versierte/-n Chirurgen oder Chirurgin auskommt“, betont Seekamp.

Zukunftsvision: Fern-OP

Die robotergestützte Chirurgie bringt auch für die Chirurginnen und Chirurgen Vorteile: Die sitzende Tätigkeit an den Konsolen der sogenannten Telemanipulationssysteme sorgt für eine ergonomisch schonendere Körperhaltung: „Sonst müssen wir häufig stundenlang stehend in unphysiologischen Körperhaltungen verharren.“ Ursprünglich gedacht war sogar die räumliche Entkoppelung vom OP. Hier setzt jedoch die erforderliche hohe Übertragungsgeschwindigkeit enge Grenzen. „Irgendwann müssen die Operateure und Operateurinnen aber nicht mehr vor Ort sein; können vielleicht von ihrem Office als Chefchirurgin oder Chirurg in einen schwierigen Operationsschritt eingreifen“, stellt

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173, Telefax: 0711 8931-167

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dck2023.de | www.dgch.de



Universitätsprofessor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), aus Frankfurt am Main in Aussicht.

Teure Technik, niedrige Erstattung, wenig Studien

Aktuell ist die roboterassistierte Chirurgie noch nicht flächendeckend und nicht für alle chirurgischen Fragestellungen verfügbar. Dies liegt auch daran, dass die Anschaffung der Geräte bisher mit hohen Kosten verbunden ist. „Hinzu kommt, dass die Anwendung eines OP-Roboters bei der Abrechnung durch die Fallpauschalen nicht lohnend vergütet wird“, so Schmitz-Rixen. Da jedoch immer mehr Firmen auf den Markt drängen, erwartet er, dass zumindest die Preise in den nächsten Jahren deutlich sinken werden. „Ein weiterer Grund, der zögern lässt, ist das Fehlen qualitativ hochwertiger Vergleichsstudien zwischen den herkömmlichen Methoden und der bild- und computergestützten robotischen Chirurgie.“

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Terminhinweise robotische Chirurgie und bild- und computergestütztes Operieren auf dem DCK 2023 (Auswahl):

DGCH Rapid Communication – Robotik, VR, KI

Termin: Dienstag, den 18. April 2023, 14.00 bis 15.30 Uhr

Ort: DCK.digital Stream 1, ICM München (Livestream)

DGCH Rapid Communication – Neues und Bewährtes in der Chirurgie (Vortrag über Roboticeinsatz)

Termin: Donnerstag, den 20. April 2023, 18.00 bis 19.30 Uhr

Ort: DCK.digital Stream 2, ICM München (Livestream)

Mixed Reality, Robotics, Artificial Intelligence – Aktueller Stand sowie Implikationen für die aktuelle und zukünftige Generation

Termin: Mittwoch, den 26. April 2023, 11.15 bis 12.45 Uhr

Ort: Saal 13b, ICM München

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173, Telefax: 0711 8931-167

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dck2023.de | www.dgch.de



Innovationen in der Planung von Leberresektionen – Virtuelle Realität und künstliche Intelligenz

Termin: Donnerstag, den 27. April 2023, 8.00 bis 9.00 Uhr

Ort: 14b, ICM München (Livestream)

Digitale Chirurgie I (Sektion minimalinvasive, computer- und telematikassistierte Chirurgie [CTAC] der DGCH)

Termin: Donnerstag, den 27. April 2023, 8.00 bis 9.00 Uhr

Ort: Saal 14b, ICM München (Livestream)

Roboterassistierte minimalinvasive Ösophagektomie – Varianten der intrathorakalen Ösophagostomie mittels Zirkularstapler

Termin: Donnerstag, den 27. April 2023, 9.15 bis 10.45 Uhr

Ort: Saal 14c, ICM München

Navigation und Robotik an der Wirbelsäule

Termin: Donnerstag, den 27. April 2023, 11.15 bis 12.45 Uhr

Ort: Saal 3, ICM München

Industriesymposium Intuitive (Stream): Implementierung eines kompletten klinischen roboterassistierten Programms in der Allgemein- und Viszeralchirurgie: maligne & benigne Indikationen

Termin: Donnerstag, den 27. April 2023, 14.00 bis 15.00 Uhr

Ort: Saal 14b, ICM München (Livestream)

Digitale Chirurgie II (Sektion minimalinvasive, computer- und telematikassistierte Chirurgie [CTAC] der DGCH)

Termin: Freitag, den 28. April 2023, 14.00 bis 15.30 Uhr

Ort: Saal 14b, ICM München (Livestream)

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173, Telefax: 0711 8931-167

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dck2023.de | www.dgch.de



Pressemitteilung

Bauchspeicheldrüsenkrebs: Krankenhauswahl entscheidet über Lebenserwartung

Fachübergreifende Behandlung an Zentren bietet deutliche Überlebensvorteile

Berlin/München, 20. April 2023 – Bauchspeicheldrüsenkrebs (Pankreaskarzinom) gehört zu den gefürchtetsten Krebsarten überhaupt. Da er in der Regel zunächst nur unspezifische Symptome verursacht, wird er oft erst in fortgeschrittenem Stadium erkannt. In 50 Prozent der Fälle hat er dann bereits Tochtergeschwülste, sogenannte Metastasen, gebildet. 90 Prozent der Erkrankten sterben innerhalb der ersten 5 Jahre (1). Neben der späten Diagnose hat auch die Behandlung einen großen Einfluss auf das Überleben. Denn die Operation ist sehr anspruchsvoll und komplikationsträchtig. Nicht einmal die Hälfte der Patientinnen und Patienten spricht auf die primäre Behandlung mit Chemotherapie an. Da die Tumorzellen ihre molekulare Identität schnell ändern, sind auch zielgerichtete oder Immuntherapien bislang nur wenig effektiv. Anlässlich des 140. Deutschen Chirurgie Kongresses (DCK 2023) diskutieren Expertinnen und Experten, welche Operationstechniken und Therapieregimes vielversprechend sind und wie diese, eingebettet in multimodale Behandlungspläne, die Überlebenschancen verbessern. Sie fordern, dass Pankreaskrebs zum Wohle der Patientinnen und Patienten nur noch in ausgewiesenen Pankreaszentren behandelt werden sollte.

Jährlich erkranken in Deutschland etwa 21.000 Menschen an Bauchspeicheldrüsenkrebs – Frauen gleichermaßen wie Männer. Da bei 95 Prozent aller Fälle eine aggressive Tumorart im Spiel ist, hat dieser Krebs neben dem Mesotheliom die niedrigste Überlebensrate. Nachteilig ist auch, dass das Pankreas in unmittelbarer Nähe zu Organen wie Leber, Darm, Magen, Gallenblase und Milz sowie wichtigen Blutgefäßen liegt. Dies ermöglicht dem Tumor, Organgrenzen schnell zu überschreiten und Nachbarorgane und Gefäße zu infiltrieren.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173, Telefax: 0711 8931-167

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dck2023.de | www.dgch.de



Pankreaskarzinom im Jahr 2023 zweithäufigste krebsbedingte Todesursache

Das Pankreaskarzinom tritt immer häufiger auf. „Wir gehen davon aus, dass es im Jahr 2030 nach dem Lungenkrebs die zweithäufigste krebsbedingte Todesursache sein wird“, sagt Professor Dr. med. Jens Werner, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) und Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am LMU-Klinikum München.

Um die Überlebenschancen zu verbessern, ist eine effektive und schnelle Therapie vonnöten. Interdisziplinäre Pankreaszentren bieten Betroffenen viel Routine und Erfahrung für jedwede Fragestellungen im Krankheitsverlauf. Dazu kommen neben den klassischen Chemotherapien moderne multimodale Behandlungskonzepte, etwa Genomanalysen und, wo heute schon möglich, zielgerichtete zelluläre Therapien mit „auf den Tumor scharf gestellten“ eigenen Immunzellen, zum Einsatz.

Riskante OP durch Verwachsungen, große Blutungsgefahr und aggressive Pankreasenzyme

Da Eingriffe am Pankreas zu den komplexesten und belastendsten Operationen in der Viszeralchirurgie gehören, ist auch die operative Expertise zentral für den Behandlungserfolg. „Das Gewebe des Pankreas ist besonders zart und empfindlich. Nähte halten darin deshalb oft schlecht. Zudem können durch die Verletzungen des Organs beim Operieren aggressive Enzyme wie Lipasen und Proteasen in die Umgebung austreten, die Heilungsstörungen wie Fisteln verursachen. Durch die Verwachsungen des Tumors mit lebenswichtigen Gefäßen sind starke Blutungen häufig, zudem müssen die angrenzenden Organe oft ebenfalls entfernt werden“, erklärt Werner, der das interdisziplinäre Pankreaszentrum an der LMU leitet.

Die Erfahrung des Operationsteams, moderne Operations- und Therapiemethoden, aber auch die Wahl des Krankenhauses sind zentral für die Überlebensdauer. „Im Durchschnitt ist die Sterblichkeit in Deutschland rund um die OP erschreckend hoch, in etwa 10 Prozent“, sagt Werner. „Diese hohe Letalität liegt daran, dass in vielen Kliniken Deutschlands nur wenige Pankreasoperationen durchgeführt werden.“ Begeben sich die Patientinnen und Patienten in Pankreaszentren, liegt die

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH)
Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-173, Telefax: 0711 8931-167
liebendoerfer@medizinkommunikation.org
www.dck2023.de | www.dgch.de



Sterblichkeit unter 5 Prozent. Besonders an High-Volume-Zentren – das sind Kliniken, die mehr als 50 Eingriffe im Jahr durchführen – sinkt sie weiter auf 2 bis 4 Prozent: „Obwohl hier neben den Standardoperationen auch die besonders komplexen und fortgeschrittenen Fälle behandelt werden“, so Werner.

In Zentren ist das Überleben in allen Krankheitsstadien länger

„Umso erstaunlicher ist es, dass im Vergleich zu unseren europäischen Nachbarländern in Deutschland das Pankreaskarzinom theoretisch in jedem Krankenhaus operiert werden darf. Zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten sollte diese äußerst anspruchsvolle Therapie nur in Zentren erfolgen“, fordert Werner. Denn hier ist nicht nur das Überleben rund um die Operation, sondern in allen Krankheitsstadien – vom nur auf das Organ beschränkten Frühstadium bis zu fortgeschrittener Metastasierung – deutlich länger (2, 3).

Dies unterstreicht auch der Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Professor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen: „Bedauerlicherweise hängt die Lebenserwartung Betroffener derzeit von deren Krankenhauswahl ab. Bei der Frage, welche Operationen in welchem Klinikum angeboten werden, muss daher die Qualität eine größere Rolle spielen. Das bedingt, dass komplexe Leistungen wie die Behandlung des Pankreaskarzinoms zentralisiert werden. Wir begrüßen deshalb auch die Krankenhausreform, bei der Kliniken nach Leistungsgruppen eingestuft werden sollen, sodass bestimmte Behandlungen nur in dafür besonders qualifizierten Häusern erbracht werden dürfen.“

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH)
Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-173, Telefax: 0711 8931-167
liebendoerfer@medizinkommunikation.org
www.dck2023.de | www.dgch.de



Literatur

1. https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Bauchspeicheldruesenkrebs/bauchspeicheldruesenkrebs_node.html
2. El Amrani M et al. Failure-to-rescue in Patients Undergoing Pancreatectomy: Is Hospital Volume a Standard for Quality Improvement Programs? Nationwide Analysis of 12,333 Patients. Ann Surg, 2018. 268(5): p. 799-807.
3. Alsfasser G, Leicht H, Günster C et al. Volume-outcome relationship in pancreatic surgery. Brit J Surg, 2016. 103(1):136-143. doi: 10.1002/bjs.9958.

S3-Leitlinie, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/pankreaskarzinom/>

Terminhinweise Sitzungen Pankreaskarzinom auf dem DCK 2023 (Auswahl)

Chirurgische Forschung: Onkologie - Pankreas

Termin: Dienstag, 18 April 2023, 16.00 bis 17.30 Uhr

Ort: Livestream (Stream 3) und on demand

Chirurgische Forschung: Onkologie - Pankreas und Weichgewebe

Termin: Dienstag, 18 April 2023, 18.00 bis 19.30 Uhr

Ort: Livestream (Stream 3) und on demand

Freie Vorträge Pankreas I

Termin: Mittwoch, 26 April 2023, 8.00 bis 9.00 Uhr

Ort: Saal 1 und Livestream und on demand

Neue Leitlinie chronische Pankreatitis (CALGP)

Termin: Mittwoch, 26 April 2023, 16.00 bis 17.30 Uhr

Ort: Saal 1 und Livestream und on demand

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173, Telefax: 0711 8931-167

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dck2023.de | www.dgch.de



DCK 2023

Gemeinsam lernen und heilen

140. Deutscher Chirurgie Kongress | 18.–20. April 2023, DCK.digital | 26.–28. April 2023, München

Pankreaskarzinom: Präoperative Einschätzung, Pathologie und Neoadjuvanz bis Palliation (CALGP / ACO)

Neoadjuvante Therapie bei allen resektablen Patienten – Nein (Vortrag Prof. Jens Werner)

Termin: Donnerstag, 27 April 2023, 15.30 bis 17.00 Uhr

Ort: Saal 14c

Freie Vorträge: Pankreas II

Termin: Donnerstag, 27 April 2023, 17.15 bis 18.15 Uhr

Ort: Saal 14c

Modern pancreatic surgery (together with EAHPBA)

Termin: Freitag, 28 April 2023, 9.15 bis 10.45 Uhr

Ort: Saal 4 und Livestream und on demand

Freie Vorträge: Pankreas III

Termin: Freitag, 28 April 2023, 8.00 bis 9.00 Uhr

Ort: Saal 13b

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173, Telefax: 0711 8931-167

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dck2023.de | www.dgch.de



DCK 2023

Gemeinsam lernen und heilen

140. Deutscher Chirurgie Kongress | 18.–20. April 2023, DCK.digital | 26.–28. April 2023, München

Pressemitteilung

Sitzungs-Empfehlungen für Medienvertreterinnen und -Vertreter

Im Folgenden finden Sie eine **Vorauswahl von Sitzungen**, die für Medienvertreterinnen und -vertreter **besonders interessant** sein könnten. Bitte beachten Sie, dass manche Veranstaltungen nur vor Ort in München besucht werden können. 4 der 13 parallelen Sitzungsstränge werden jedoch auch im Livestream übertragen (Raum 1, 4, 13a, 14b).

Nachwuchsförderung: Wer operiert uns morgen?

Für die Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Ökonomie einer Gesellschaft ist es zentral, dass Krankheiten zeitnah erkannt und fachgerecht behandelt werden. Dies gilt auch für chirurgische Eingriffe, etwa die Versorgung von Verletzten, Entfernung von Krebs oder die Behandlung akuter Erkrankungen wie Darmverschluss oder Blinddarmentzündung. Doch wer soll uns morgen noch operieren, wenn der Nachwuchs aufgrund von unattraktiven Arbeitsbedingungen fehlt? Diese zu verbessern und auch Chirurginnen gleichberechtigte Chancen gerade im Zusammenhang mit Familienplanung einzuräumen, ist der erklärte Wille der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und deshalb auch eines der Hauptthemen auf dem DCK 2023. Vorbild ist hier unter anderem das Gastland Schweden, das eine eigene Sitzung zu Work-Life-Balance in der Chirurgie ausrichtet.

Nachwuchsförderung: Wie bleibt die Chirurgie für Berufsanfänger*innen attraktiv? (CAJC) (Echte Förderung der Chirurg*innen – konkrete Konzepte)

Termin: Mittwoch, den 26. April 2023, 9.15 bis 10.45 Uhr

Ort: Saal 14b (Livestream)

Tabuthema Gewalt!

(Gewalt gegen Notaufnahmepersonal – eine Bestandsaufnahme)

Termin: Mittwoch, den 26. April 2023, 14.00 bis 15.30 Uhr

Ort: Saal 14a

Aufbruch in kommende Jahrzehnte: Zukunftsperspektiven (Die Chirurginnen)

Termin: Donnerstag, den 27. April 2023, 15:30 - 17:00 Uhr

Ort: Saal 1

Aufbruch in eine neue Chirurgie: Wo fangen wir an?

Termin: Donnerstag, den 27. April 2023, 17.15 bis 18.15 Uhr

Ort: Saal 13a, (Livestream)

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173, Telefax: 0711 8931-167

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dck2023.de | www.dgch.de



DCK 2023

Gemeinsam lernen und heilen

140. Deutscher Chirurgie Kongress | 18.–20. April 2023, DCK.digital | 26.–28. April 2023, München

Work-Life-Balance, ausgerichtet vom Gastland Schweden (Burnout in surgeons)

Termin: Freitag, den 28. April 2023, 8.00 bis 9.00 Uhr

Ort: Saal 4, (Livestream)

Podiumsdiskussion Weiterbildung Unfallchirurg*innen 2030

Termin: Donnerstag, den 27. April 2023, 11.15 bis 12.45 Uhr

Ort: Saal 13b

Auf Kriegs- und Katastrophenverletzungen vorbereitet sein

Nicht erst der Angriff auf die Ukraine und das Erdbeben in Syrien und der Türkei haben gezeigt, dass Massenverletzungen unverhofft auftreten. Umso wichtiger ist es, auf die Versorgung dieser besonderen Verletzungsmuster in der Breite der Chirurgie vorbereitet zu sein. Jede Chirurgin und jeder Chirurg sollte in der Lage sein, eine schwere Blutung zu stillen und eine Erstversorgung durchzuführen. Um dieses Wissen zu teilen, ist der chirurgische Dachkongress ideal. Nahezu alle Fachdisziplinen von Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, plastische Chirurgen, Gefäßchirurgen, Bauchchirurgen sowie viele weitere mehr und selbstredend Unfallchirurgen sind hier vertreten.

Surgical lessons of the war in Ukraine. A view from global perspective to daily routine (CAGC)

(The Ukrainian Crisis: Surgical Lessons Learned)

Termin: Mittwoch, den 26. April 2023, 11.15 bis 12.45 Uhr

Ort: Saal 14a

Verwundetenversorgung 2.0 – zwischen internationalem Krisenmanagement und Landes- und Bündnisverteidigung (Die sanitätsdienstliche Versorgung durch den Sanitätsdienst der Bundeswehr im Szenario von Landes- und Bündnisverteidigung – eine Refokussierung auf Verfahren aus dem Kalten Krieg?)

Termin: Freitag, den 28. April 2023, 9.15 bis 10.45 Uhr

Ort: Saal 14c

Humanitarian Surgery in disasters and conflicts (CAGC) (A Consensus Framework for the Humanitarian Surgical Response to Armed Conflict in 21st Century Warfare)

Termin: Freitag, den 28. April 2023, 14.00 bis 15.30 Uhr

Ort: Saal 4, (Livestream)

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173, Telefax: 0711 8931-167

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dck2023.de | www.dgch.de



DCK 2023

Gemeinsam lernen und heilen

140. Deutscher Chirurgie Kongress | 18.–20. April 2023, DCK.digital | 26.–28. April 2023, München

Krankenhausreform: Wird nun alles besser?

Qualität muss viel stärker ausschlaggebend sein bei der Frage, welche Operationen in welchem Klinikum angeboten werden. Bei der anstehenden Krankenhausreform sollen Kliniken nach Leistungsgruppen eingestuft werden, sodass bestimmte Behandlungen nur in dafür besonders qualifizierten Häusern erbracht werden dürfen. Dies hätte jedoch vielerlei Auswirkungen – von der Weiterbildung bis zur wohnortnahen Versorgung.

CAQS-V: Die moderne Krankenhausversorgung soll bedarfsgerecht werden: Bringen weniger Krankenhäuser mehr Qualität?

(Der Bericht aus der Praxis: das NRW-Projekt – Veränderungen der Krankenhauslandschaft im Großraum Duisburg)

Termin: Mittwoch, den 26. April 2023, 14.00 bis 15.30 Uhr

Ort: Saal 14c

Auswirkungen der geplanten Krankenhausreform auf chirurgische Kliniken (CAK)

Termin: Donnerstag, den 27. April 2023, 11.15 bis 12.45 Uhr

Ort: Saal 13a, (Livestream)

Krankenhausstrukturen im Wandel – the future is now

Termin: Freitag, den 28. April 2023, 14.00 bis 15.30 Uhr

Ort: Saal 11

Robotik, Digitalisierung, VR und KI in der Chirurgie

Robotik, Digitalisierung, VR und KI halten derzeit als unterstützende Technik in allen chirurgischen Disziplinen Einzug – gleich, ob es um virtuelle Operationsplanung, die Einschätzung von Risiken durch Algorithmen oder robotergestützte Chirurgie geht.

DGCH Rapid Communication - Robotik, VR, KI

Termin: Dienstag, 18 April, 14.00 – 15.30 Uhr

Ort: DCK.digital, Stream 1

Digitale Chirurgie I (CTAC)

(Innovationen in der Planung von Leberresektionen – virtuelle Realität und künstliche Intelligenz)

Termin: Donnerstag, den 27. April 2023, 8.00 bis 9.00 Uhr

Ort: Saal 14b, (Livestream)

Navigation und Robotik an der Wirbelsäule

(Image-guided screw placement in the upper cervical spine:

Analysis of accuracy and safety of different fluoroscopic techniques)

Termin: Donnerstag, den 27. April 2023, 11.15 bis 12.45 Uhr

Ort: Saal 3

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173, Telefax: 0711 8931-167

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dck2023.de | www.dgch.de



DCK 2023

Gemeinsam lernen und heilen

140. Deutscher Chirurgie Kongress | 18.–20. April 2023, DCK.digital | 26.–28. April 2023, München

Maschine Learning, KI und Big Data – klinische Einsatzbereiche in der Chirurgie (Prediction of clinically relevant postoperative pancreatic fistula using radiomic features and preoperative data)

Termin: Freitag, den 28. April 2023, 8.00 bis 9.00 Uhr

Ort: Saal 5

Edgar-Ungeheuer-Preisträger-Sitzung (CAM) (Roboterassistierte minimalinvasive Ösophagektomie – Varianten der intrathorakalen Ösophagogastrostomie mittels Zirkularstapler)

Termin: Freitag, den 28. April 2023, 9.15 bis 10.45 Uhr

Ort: Saal 12

Perioperative Medizin: better in = better out

Patientinnen und Patienten werden immer älter. Umso wichtiger für den OP-Erfolg ist das Erkennen und Berücksichtigen von Gebrechlichkeit in der perioperativen Phase durch strukturiertes Screening und fachübergreifende Risikobewertung. Dazu gehört auch das Ermöglichen von prähabilitativen Maßnahmen sowie bedarfsgerechtes Planen der Betreuung im Krankenhaus sowie im Rahmen der postoperativen Nachsorge. „Prähabilitation“ ist eine Wortschöpfung aus Rehabilitation und „prä“, also „vor“. Man kann den Begriff mit „Vor-Wiederherstellung“ übersetzen. Mit der bestmöglichen Vorbereitung auf einen Eingriff steigen die Chancen, dass der Körper die Strapazen, die eine große Operation mit sich bringt, gut und schnell übersteht.

Perioperative Medizin (Prähabilitation: Wie ist die Evidenz?)

Termin: Mittwoch, den 26. April 2023, 9.15 bis 10.45 Uhr

Ort: Saal 14a

Fritz-Linder-Award Session (Controlled oxygenated rewarming as novel end-ischemic therapy (CORNET) for cold stored liver grafts. A randomized controlled trial)

Termin: Mittwoch, den 26. April 2023, 11.15 bis 12.45 Uhr

Ort: Saal 4, (Livestream)

Prähabilitation – sinnhaft oder Lifestyle? (CAPeriVis)

Termin: Donnerstag, den 27. April 2023, 9.15 bis 10.45 Uhr

Ort: Saal 1, (Livestream)

Prähabilitation in der Chirurgie: Implementierung in den Klinikalltag

Datum: Freitag, den 28. April 2023, 9.15 bis 10.45 Uhr

Ort: Saal 11

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173, Telefax: 0711 8931-167

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dck2023.de | www.dgch.de



Perioperative Medizin in der Chirurgie

Termin: Freitag, den 28. April 2023, 15.45 bis 16.45 Uhr

Ort: Saal 14c

Umweltschutz und Nachhaltigkeit in der Chirurgie

Einer Studie von 2019 zufolge war das Gesundheitswesen im Jahr 2019 für 5,2 Prozent aller Treibhausgasemissionen Deutschlands verantwortlich – und die Krankenhäuser für 3,1 Prozent. Hinzu kommen Abfallberge durch Einmalprodukte und die Freisetzung von klimaschädlichen Narkosegasen. Grund genug, Klimaschutz in der Chirurgie mitzudenken.

Eröffnungsvortrag des DCK 2023: Dr. Stefanie Arndt vom Alfred-Wegener-Institut, Bremen, spricht über die MOSAiC-Expedition mit der *Polarstern*

Termin: Mittwoch, den 26. April, 17.45 bis 19.15 Uhr

Ort: Saal 14b, (Livestream)

Green Hospital

(Aktuelle und künftige Entsorgungskonzepte im klinischen Alltag)

Termin: Donnerstag, den 27. April 2023, 15.30 bis 17.00 Uhr

Ort: Saal 13b

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173, Telefax: 0711 8931-167

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dck2023.de | www.dgch.de

STATEMENT

Ist der Chirurg der Zukunft ein Roboter?

Professor Dr. med. Andreas Seekamp

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) 2022/2023;

Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Wie in allen Bereichen des täglichen Lebens ist eine zunehmende Technisierung auch in der Medizin zu beobachten. Im besonderen Maße gilt dies für die Chirurgie, auch hier gibt es mittlerweile eine Reihe von Robotersystemen und computergestützten Operationsverfahren, sodass die Frage berechtigt ist, ob chirurgische Eingriffe in Zukunft noch von einem Chirurgen oder aber von einem Roboter durchgeführt werden. Tatsächlich aber gibt es bis heute kein System, welches ohne einen erfahrenen und versierten Chirurgen auskommt. Grundsätzlich lassen sich zu diesem Thema zwei Systeme voneinander unterscheiden.

Bei dem sogenannten computer- oder rechnergestützten Verfahren wird entweder vor der Operation oder während der Operation ein dreidimensionaler Bilddatensatz generiert, zusätzlich werden sodann die chirurgischen Instrumente und Implantate unter der Operation durch ein dreidimensionales Kamerasystem erfasst. Diese beiden so gewonnenen Datensätze werden unter der Operation ständig miteinander abgeglichen, sodass der Chirurg eine dreidimensionale Sicht des Operationsfeldes hat und sich somit quasi in einer virtuellen Realität bewegt und eine Sicht gewinnt, die er allein beim nativen Anblick des Operationsfeldes nicht bekommen hätte. Der Chirurg operiert insofern quasi in einer virtuellen Realität, die selbstverständlich derjenigen des Patienten entspricht, aber eben computerunterstützt dreidimensional dargestellt wird.

Die Instrumente selbst sind dabei nicht automatisiert, sondern werden in herkömmlicher Weise von dem Operateur in einer Eins-zu-eins-Umsetzung geführt.

Diese Art von Systemen findet mittlerweile eine routinemäßige Anwendung in der Neurochirurgie sowie in der Orthopädie und Unfallchirurgie, insbesondere wenn es um Eingriffe an der Wirbelsäule, des Beckens oder auch großer Gelenke, wie Hüfte und Kniegelenke, geht.

Hiervon abzugrenzen ist die robotergestützte Chirurgie, hierbei handelt es sich um Systeme, die sich aus der endoskopischen beziehungsweise laparoskopischen Chirurgie weiterentwickelt haben. Bei dieser Art von Operation, quasi durch das Schlüsselloch, werden die laparoskopischen Instrumente nun nicht mehr direkt von dem Operateur selbst geführt, vielmehr werden über die kleinen Schnitte die Instrumente über Roboterarme in die entsprechenden Körperhöhlen, die Bauchhöhle oder Brusthöhle eingeführt. Neben einer Kamera und einer Lichtquelle gehören hierzu weitere chirurgische Instrumente. Der Chirurg selbst sitzt abseits des Patienten an einer Konsole, über welche er die Instrumente bedienen kann und den operativen Eingriff durchführt. Der Operateur selbst kann

natürlich wie sonst auch nur zwei Instrumente bedienen, die übrigen Instrumente bleiben dann aber ohne weitere Assistenz in entsprechender Position und müssen nicht ständig neu eingestellt werden. In welcher Art der Bewegungsausschlag des Chirurgen selbst über die Instrumente im Körper des Patienten umgesetzt wird, kann frei gewählt werden. Dies bedeutet, dass letzten Endes mit einer größeren Präzision und damit auch verbundenen Sicherheit für den Patienten operiert werden kann. Diese Techniken finden in erster Linie Anwendung in der Viszeral-(Bauch-)Chirurgie sowie bei urologischen und gynäkologischen Operationen. Bei der Robotik geht es also weniger um eine intraoperative Bildgebung, sondern in erster Linie um eine Verfeinerung der chirurgischen Techniken. Dennoch kann unter Verwendung modernster Kameratechnik auch der intraoperative Situs an der Instrumentenkonsole für den Operateur in dreidimensionaler Technik dargestellt werden. Diese Art der roboterunterstützten Chirurgie wurde nun aktuell auch derart weiterentwickelt, dass die Instrumentenarme, wie auch die Operationskonsole, verfeinert und umgearbeitet worden sind, sodass kleinere plastische chirurgische Eingriffe, zum Beispiel an kleinen oberflächlichen Gefäßen, wie Lymphgefäßen, durchgeführt werden können. Anwendung findet diese Art der Robotik in der Handchirurgie, in der plastischen Chirurgie und auch in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Robotik und die computergestützte Chirurgie nunmehr in allen chirurgischen Disziplinen Einzug gehalten haben. Von einem wirklichen Routineverfahren kann aber noch nicht gesprochen werden. Von den etwa jährlich 7 Millionen chirurgisch behandelten Patienten in Deutschland kommen diese Verfahren in etwa 250 000 Fällen pro Jahr zum Einsatz, also bei weniger als 5 Prozent der chirurgisch behandelten Patienten. Allein mit dem DaVinci®-System werden mittlerweile pro Jahr circa 50 000 Eingriffe durchgeführt. Die Zunahme der robotergestützten Operationen ist jedoch rasant mit einer Steigerungszahl von circa 10 Prozent pro Jahr. Es handelt sich bei den Anwendungen weit überwiegend um komplexe Eingriffe. Aufseiten des Patienten bedeutet dies eine höhere Präzision im Rahmen der operativen Eingriffe sowie eine Minimierung der operativen Zugänge und damit letzten Endes eine verkürzte Operationszeit, ein kürzerer stationärer Aufenthalt und eine kürzere Rehabilitation. Selbstverständlich bleibt der Chirurg, egal, in welcher der vorangegangenen Techniken er eine Operation durchführt, komplett allein verantwortlich für die Behandlung des Patienten und kann diese nicht an einen „technischen Kollegen“ abgeben.

Weiterführende Fachliteratur:

1. Sohn N, Robins RD (1985). Computer-assisted surgery. *N Engl J Med* 4 312(14): 924-925
2. Graf T, Keul C, Wismeijer D, Güth JF (2021). Time and costs related to computer-assisted versus non-computer-assisted implant planning surgery. A systematic review. *Clin Oral Implants Res* 32 (Suppl 21): 303-317
3. Udhay P, Bhattacharjee K, Ananthnarayanan P, Sundar G (2019). Computer-assisted navigation in orbitofacial surgery. *Indian J Ophthalmol* 67(7): 995-1003

4. Honl M, Dierk O, Gauck C, Carrero V, Lampe F, Dries S, Quante M, Schwieger K, Hille E, Morlock MM (2003). Comparison of robotic-assisted and manual implantation of a primary total hip replacement. A prospective study. *J Bone Joint Surg Am* 85(8): 1470-1478
5. Nishihara S, Sugano N, Nishii T, Miki H, Nakamura N, Yoshikawa H (2006). Comparison between hand rasping and robotic milling for stem implantation in cementless total hip arthroplasty. *J Arthroplasty* 21(7): 957-966
6. Stübiger T, Windhagen H, Krettek C, Ettinger M (2020). Computer-assisted orthopedic and trauma surgery. *Dtsch Ärztebl Int* 117(47): 793-800
7. Pivazyan G, Sandhu FA, Beaufort AR, Cunningham BW (2022). Basis for error in stereotactic and computer-assisted surgery in neurosurgical applications: literature review. *Neurosurg Rev* 46(1): 20-24
8. Scarone P, Chatterjea A, Jenniskens I, Klüter T, Weuster M, Lippross S, Stefano P, Distefano D, Chianca V, Sedaghat S, Nelson M, Lampe F, Seekamp A (2022). Percutaneous thoraco-lumbar-sacral pedicle screw placement accuracy results from a multi-center, prospective clinical study using a skin marker-based optical navigation system. *Eur Spine J* 31(11): 3098-3108
9. Confalonieri N, Biazzo A (2019). Computer-assisted surgery in total knee replacement: advantages, surgical procedure and review of the literature. *Acta Biomed* 90(1): 16-23
10. Blyth MJG, Banger MS, Doonan J, Jones BG, MacLean AD, Rowe PJ (2021). Early outcomes after robotic arm-assisted bi-unicompartimental knee arthroplasty compared with total knee arthroplasty: a prospective, randomized controlled trial. *Bone Joint J* 103-B(10): 1561-1570
11. Reinhold J, Olschewski J, Lippross S, Meurer T (2021). Image-Based Online Command Adaptation and Guidance to Arbitrarily Shaped Objects for Robot-Assisted Medical Procedures. *IEEE/RSJ International Conference on Intelligent Robots and Systems (IROS)*, Prague, Czech Republic, pp. 9241-9246, doi: 10.1109/IROS51168.2021.9636303
12. Kenngott HG, Wagner M, Nickel F, Wekerle AL, Preukschas A, Apitz M, Schulte T, Rempel R, Mietkowski P, Wagner F, Termer A, Müller-Stich BP (2015). Computer-assisted abdominal surgery: new technologies. *Langenbecks Arch Surg* 400(3): 272-281
13. Egberts JH, Möller T, Becker T (2019). Robotic-assisted sleeve lobectomy using the four-arm technique in the DaVinci Si[®] and Xi[®] systems. *Thorac Cardiovasc Surg* 67(7): 603-605
14. Lippross S, Jünemann KP, Osmanov D, Rep S, Alkatout I, Finn J, Egberts JH, Seekamp A (2020). Robot-assisted spinal surgery – a technical report on the use of DaVinci[®] in orthopedics. *J Othop* 19: 50-53
15. Verhey JT, Haglin JM, Verhey EM, Hartigan DE (2020). Virtual, augmented, and mixed reality applications in orthopedic surgery. *Int J Med Robot* 16(2): e2067
16. Kübler B, Seibold U (2021). Aktueller Stand und Entwicklung robotergestützter Chirurgie. In: Kramme R (eds) *Medizintechnik*. Springer Reference Technik. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-45538-8_51-1

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Kiel, April 2023

STATEMENT

Fortschritte bei der Behandlung des Pankreaskarzinoms

Professor Dr. med. Jens Werner

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV);
Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am LMU-
Klinikum München

Das duktales Adenokarzinom des Pankreas (PDAC) ist ein biologisch aggressives Malignom, welches eine steigende Inzidenz hat und im Jahr 2030 die zweithäufigste krebsbedingte Todesursache sein wird. Das schlechte „Image“ des Pankreaskarzinoms, welches weitläufig auch heute noch vorherrscht, ist den desolaten Operationsergebnissen des letzten Jahrhunderts sowie den bis vor Kurzem fehlenden alternativen lokalen und systemischen Behandlungsoptionen geschuldet (Monkemüller, Fry, Malfertheiner. Pancreatic Cancer is always non-resectable, Dig Dis 2007). Während in der Vergangenheit die Behandlung des Pankreaskarzinoms wenig Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung hatte, führen die Fortschritte der letzten Jahre sowie eine stringent interdisziplinäre Behandlung an Pankreaszentren mit modernen multimodalen Behandlungskonzepten dazu, dass sich in allen Krankheitsstadien das Überleben verdoppelt hat. Im Folgenden sind die einzelnen Aspekte dargestellt:

Die Standardtherapie des **primär resektablen Pankreaskarzinoms** ist die Resektion und adjuvante Chemotherapie (S3-Leitlinie). Die Voraussetzung für eine potenzielle Heilung des Pankreaskarzinoms ist die chirurgische kurative Resektion des Karzinoms (R0-Status). Die chirurgischen Resektionstechniken haben sich in den letzten Jahren weiterentwickelt. Pankreasoperationen sind an High-Volume-Zentren nicht nur sicherer (s. u.), sondern durch die Implementierung von schichtengerechten und radikaleren OP-Techniken („Artery-First Approach, Uncinate-First Approach, Triangle-Operation, Gefäßresektionen) onkologisch besser geworden. So konnte das Überleben nach kurativer Resektion in den letzten Jahren bei identischer adjuvanter Chemotherapie mit Gemcitabin in der Kontrollgruppe (Oettle et al., JAMA 2007; Conroy et al., NEJM 2018) um über 12 Monate allein durch die Chirurgie verbessert werden.

Zudem bestehen heute zahlreiche neue Systemtherapieoptionen, die zusätzlich zur Resektion die Prognose erheblich verbessern (S3-Leitlinie). Für Patient*innen mit R0- oder R1-reseziertem Pankreaskarzinom in gutem Allgemeinzustand hat sich die adjuvante Therapie mit modifiziertem (m)FOLFIRINOX als Therapie der Wahl etabliert (PRODIGE-24-Studie). Das mittlere Gesamtüberleben ist hier mit 54 Monaten und einer 5-Jahres-Überlebensrate von circa 50 Prozent exzellent (1).

Pankreaskarzinome, die **primär lokal nicht resektabel** sind, können unterschieden werden in anatomisch-technisch (bei Infiltration von Gefäßen oder Nachbarorganen), biologisch (bei hoher

Aggressivität, hoher Tumormarker), nicht resektable Tumoren sowie Karzinome bei aufgrund von Komorbiditäten nicht operablen Patient*innen. In den letzten Jahren wurden die Kriterien in international anerkannten Leitlinien definiert (Isaji et al., Pancreatology 2018).

Sowohl bei den grenzwertig resektablen (nicht sicher R0-resektablen) und den lokal fortgeschrittenen (primär irresektablen) Pankreaskarzinomen wird vor der Operation eine Systemtherapie (**neoadjuvante Therapie**) durchgeführt. Bei Ersteren zeigt eine neoadjuvante Kurzzeittherapie einen signifikanten Überlebensvorteil im Vergleich zur sofortigen Operation. Die neoadjuvante Chemotherapie mit entweder Gemcitabin plus Capecitabin oder FOLFIRINOX zeigt aktuellen Studien zufolge das beste Überleben im Vergleich zur sofortigen Operation (2, 4; ESPAC-5 Trial). Bei lokal fortgeschrittenen Pankreaskarzinomen führt die intensivierete Kombinationschemotherapie dazu, dass circa 30 Prozent der primär nicht resektablen Tumoren sekundär reseziert werden können (3, 4). Für diese Art der Therapie stehen mit NAB-Paclitaxel plus Gemcitabin und mFOLFIRINOX aktuell zwei als gleichwertig zu betrachtende Konversionschemotherapieregime zur Verfügung. Nach sekundär erfolgter chirurgischer Resektion des Pankreaskarzinoms besteht nicht nur ein klarer Überlebensvorteil bei Patient*innen, sondern auch die Chance auf Langzeitüberleben.

Pankreasoperationen nach neoadjuvanter Therapie sind komplex und umfassen neben ausgedehnten Gefäßresektionen und -rekonstruktionen (sowohl der Pfortader, Mesenterialvenen, auch arterielle Resektionen) auch die Resektion benachbarter Organe (Multiviszeralresektionen). Diese können an speziellen Zentren sicher durchgeführt werden (Kleive et al., Br J Surg 2017; Fusai et al., Surgery 2020).

Während die Prognose im **metastasierten Stadium beim Pankreaskarzinom** (circa 50 Prozent aller Patient*innen bei Diagnose) oft auf wenige Monate beschränkt war, kann durch die palliative Chemotherapie von Gemcitabin mit Kombinationstherapien (Heinemann V et al., BMC Cancer 2008; Von Hoff et al., NEJM 2013) und vor allem durch FOLFIRINOX das Gesamtleben auf fast ein Jahr bei besserer Lebensqualität verbessert werden (Conroy et al., NEJM 2011). Die operative Therapie spielt im metastasierten Stadium nur in selektionierten Fällen eine Rolle. In retrospektiven Arbeiten wurde gezeigt, dass die pulmonale Metastasektomie nach PDAC eine sichere und effektive Herangehensweise darstellt. Insbesondere Patient*innen mit einem langen rezidivfreien Intervall nach der primären Pankreasresektion und solche mit gut differenzierten Tumoren scheinen von der Metastasektomie zu profitieren (5). Zum Stellenwert der Chirurgie bei hepatischer (Oligo-) Metastasierung zeigen kleinere Studien einen Vorteil für gewisse Patientensubpopulationen. Um hier weitere Evidenz zu schaffen, rekrutiert derzeit eine prospektive Studie und eine weitere wird die Rekrutierung zeitnah beginnen.

Präzisionsmedizin/zielgerichtete Therapie – während bei soliden Tumoren mittlerweile zahlreiche zielgerichtete Therapieoptionen zur Verfügung stehen, bleiben diese Innovationen Patient*innen mit Pankreaskarzinom größtenteils vorenthalten. Es gibt jedoch heute Subgruppen, die von einer zielgerichteten Therapie profitieren können.

So stellt für das metastasierte Pankreaskarzinom der PARP-Inhibitor Olaparib bei Vorliegen einer Keimbahn-BRCA-Mutation nach Ansprechen auf eine platinhaltige Therapie eine zugelassene und zielgerichtete Therapieoption dar (6, 7). Der ebenfalls zugelassene Tyrosinkinaseinhibitor Erlotinib spielt in der Praxis eine untergeordnete Rolle (8). Für die sehr kleine Subgruppe der Pankreaskarzinome mit NTRK-Fusion sind zwei NTRK-Inhibitoren in Deutschland zugelassen (9). In weiteren molekular definierten Subgruppen des Pankreaskarzinoms gibt es vielversprechende zielgerichtete Therapieansätze, die teils in aktuellen Studienkonzepten geprüft werden. Hierzu gehören die Subgruppen des KRAS-Wildtyp-PDAC (10), des homologen Rekombinations-defizienten PDAC (11) sowie Patient*innen mit MSI-high/dMMR-Tumoren (12) (Checkpoint-Inhibition). Wichtig ist somit, dass in bestimmten Subgruppen von Patient*innen mit Pankreaskarzinom eine erweiterte molekulare Diagnostik sinnvoll sein kann. Diese Patient*innen sollten in einem molekularen Tumorboard an einem Zentrum vorgestellt und im Rahmen von klinischen Studien behandelt werden.

Weiterführende Fachliteratur:

1. Conroy T, Hammel P, Hebbar M et al. (2018). FOLFIRINOX or Gemcitabine as Adjuvant Therapy for Pancreatic Cancer. *N Engl J Med* 379(25):2395–2406. doi: 10.1056/NEJMoa1809775 [EBM Ia].
2. Ghaneh P, Palmer D, Cicconi S et al. (2022). Immediate surgery compared with short-course neoadjuvant gemcitabine plus capecitabine, FOLFIRINOX, or chemoradiotherapy in patients with borderline resectable pancreatic cancer (ESPAC5): a four-arm, multicentre, randomised, phase 2 trial. *Lancet Gastroenterology Hepatology* 8(2):157–168.
3. Kunzmann V, Siveke JT, Algül H et al. (2021). Nab-paclitaxel plus gemcitabine versus nab-paclitaxel plus gemcitabine followed by FOLFIRINOX induction chemotherapy in locally advanced pancreatic cancer (NEOLAP-AIO-PAK-0113): a multicentre, randomised, phase 2 trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 6(2):128–138. doi: 10.1016/S2468-1253(20)30330-7.
4. Springfield C, Ferrone CR, Katz MHG et al.; Neoadjuvant therapy for pancreatic cancer. *Nature Reviews Clin Oncol* 2023.
5. Ilmer M, Schiergens TS, Renz BW et al. (2019). Oligometastatic pulmonary metastasis in pancreatic cancer patients: Safety and outcome of resection. *Surg Oncol* 31:16–21.
6. Golan T, Hammel P, Reni M et al. (2019). Maintenance Olaparib for Germline BRCA-Mutated Metastatic Pancreatic Cancer. *N Engl J Med*: 381(4):317-327. NEJMoa1903387.
7. Kindler HL, Hammel P, Reni M et al. (2022). Overall Survival Results From the POLO Trial: A Phase III Study of Active Maintenance Olaparib Versus Placebo for Germline BRCA-Mutated Metastatic Pancreatic Cancer. *J Clin Oncol* 40(34):3929–3939.

8. Moore MJ, Goldstein D, Hamm J et al. (2007). Erlotinib plus gemcitabine compared with gemcitabine alone in patients with advanced pancreatic cancer: a phase III trial of the National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group. *J Clin Oncol* 25(15):1960-1966.
9. Schram AM, O'Reilly EM, O'Kane GM et al. (2021). Efficacy and safety of zenocutuzumab in advanced pancreas cancer and other solid tumors harboring NRG1 fusions. *Journal of Clinical Oncology* 39(15):3003-3003.
10. Windon AL, Loaiza-Bonilla A, Jensen CE et al. (2018). A KRAS wild type mutational status confers a survival advantage in pancreatic ductal adenocarcinoma. *J Gastrointest Oncol* 9(1):1-10.
11. Park W, Chen J, Chou JF et al. (2020). Genomic Methods Identify Homologous Recombination Deficiency in Pancreas Adenocarcinoma and Optimize Treatment Selection. *Clin Cancer Res* 26(13):3239-3247.
12. Marabelle A, Le DT, Ascierto PA et al. (2020). Efficacy of Pembrolizumab in Patients with Noncolorectal High Microsatellite Instability/Mismatch Repair-Deficient Cancer: Results from the Phase II KEYNOTE-158 Study. *J Clin Oncol* 38(1):1-10.

MIC/Robotik beim Pankreaskarzinom

In den letzten Jahren zeigt sich in der Viszeralchirurgie wie überhaupt in der Chirurgie ein Trend zur minimalinvasiven Chirurgie und auch robotisch-assistierte Chirurgie.

In den letzten Jahren zeigte sich auch bei der onkologischen Pankreaschirurgie, dass zunehmend minimalinvasive Techniken eingesetzt werden. Bisher existieren aber kaum qualitativ hochwertige Studien zur Einschätzung dieser neuen Techniken.

Bei der **Pankreaslinksresektion** wird der linke Anteil des Pankreas bei onkologischen Operationen mit Resektion der drainierenden Lymphknoten und der Milz entfernt. Es muss aber keine Rekonstruktion erfolgen. Im Rahmen einer randomisierten Multicenterstudie (LEOPARD) konnte gezeigt werden, dass die Pankreaslinksresektion onkologisch mit der konventionellen Linksresektion vergleichbar ist, aber Vorteile bei der postoperativ erhobenen Lebensqualität bestehen (Rooij et al., *Ann Surg* 2019). Die robotisch-assistierte Pankreaslinksresektion wurde bisher lediglich in retrospektiven Studien evaluiert. Metaanalysen zeigen ein vergleichbares onkologisches Ergebnis, allerdings bei erhöhten Kosten (Zhou et al., *Medicine* 2020; Hu et al., *J Comp Eff Res* 2020).

Für die Pankreaskopfresektion wurde in einer randomisierten Multicenterstudie gezeigt, dass die Laparoskopie mit einer erhöhten Mortalität und einer erhöhten Komplikationsrate einhergeht (van Hilst et al., *Lancet Gastr Hep* 2019). Die robotisch-assistierte Pankreaskopfresektion scheint sicherer als die Laparoskopie zu sein, allerdings existieren hierzu noch keine Daten. Die Anastomose zwischen Bauchspeicheldrüse und Darm als der komplikationsträchtigste Schritt der Operation ist entsprechend der Metaanalysen aktueller Studien auch robotisch aufgrund der fehlenden Haptik unsicherer als die offene Technik (Zhang et al., *Updates in Surgery* 2021).

Inwieweit sich die minimalinvasive Chirurgie in der Pankreaschirurgie weiterentwickeln wird, bleibt somit abzuwarten.

Pankreaschirurgie

Fortschritte durch Zentralisierung – Mindestmengen – Struktur- und Prozessqualität

In den vergangenen Jahren hat eine zunehmende Zentralisierung der Pankreaschirurgie in Kombination mit einer verbesserten perioperativen Patientenversorgung und einer zunehmenden chirurgischen Expertise in sogenannten „High-Volume-Zentren“ zu einer Reduktion der perioperativen Letalität trotz Ausweitung der Radikalität der Operationen geführt.

Während die perioperative Letalität von Pankreasresektionen in Deutschland im Durchschnitt bei circa 10 Prozent liegt, ist die Letalität bei Zentren unter 5 Prozent und in High-Volume-Zentren trotz Operationen bei komplexeren und fortgeschritteneren Fällen zwischen 2 und 4 Prozent.

Die Erkenntnis, dass bessere Ergebnisse in Krankenhäusern erzielt werden, in denen spezifische Behandlungen mit hoher Frequenz und Routine durchgeführt werden, ist seit über 25 Jahren bekannt (Birkmeyer JD et al., NEJM 2002; van der Geest LGM et al., HPB 2016). Die Korrelation nimmt mit zunehmender Komplexität und zunehmendem Risiko des Eingriffs zu und ist bei onkologischen Operationen im Feld der Viszeralchirurgie wie der Pankreaschirurgie besonders stark ausgeprägt. Hieraus lässt sich die Sinnhaftigkeit der Bündelung dieser Eingriffe in hierfür spezialisierten Zentren im Sinne einer Zentrumschirurgie zur Verbesserung der Versorgungsqualität ableiten.

Umso erstaunlicher ist daher die Erkenntnis, dass im Vergleich zu seinen europäischen Nachbarländern in Deutschland die Zentralisierung von komplexen Operationen nur in geringem Ausmaß erfolgt ist. Auch die gültigen Mindestmengen sind im Vergleich zum europäischen Ausland niedrig und werden sicherlich in den nächsten Jahren gesteigert werden. Dies ist einerseits an DRG-Registerstudien erkennbar, die beispielsweise zeigen, dass im Zeitraum von 2009 bis 2014 an knapp 400 der 654 Krankenhäuser, an denen Pankreasresektionen durchgeführt wurden, im Mittel nur fünf solcher Operationen pro Jahr und Klinik vollzogen wurden (2). An weiteren 127 Kliniken erfolgten Pankreasresektionen im Durchschnitt nur 16 Mal pro Jahr, also in weniger als 1,5 Fällen pro Monat. In all diesen Krankenhäusern kann also nicht von einer Routine in der Versorgung dieser Patient*innen ausgegangen werden.

Die positiven Auswirkungen einer strikteren Einhaltung von Mindestmengen und Zentralisierung komplexer Operationen oder Behandlungen lässt sich an verschiedenen Beispielen erkennen. In den Niederlanden konnte mit Durchsetzung der Mindestanzahl von 10 Fällen pro Jahr in der Pankreaschirurgie die Sterblichkeit von 10 Prozent auf 5 Prozent halbiert werden (3).

Bei älteren Patient*innen besteht ohnehin Skepsis, ob sie den notwendigen Zugang zu Wohnort-fernen Zentren aufgrund der möglicherweise eingeschränkten Mobilität finden, wenn die lokalen Kliniken

bestimmte Behandlungen nicht mehr anbieten dürfen. Es zeigt sich jedoch, dass das Gegenteil der Fall ist und insbesondere ältere und sozial schwächere Patient*innen von der Zentrumschirurgie profitieren (Schlottmann et al., Ann Surg Oncol 2018).

Auf das deutsche Bundesgebiet bezogen, zeigt eine Simulation von Hentschker et al., dass sich die Anreizezeit für Patient*innen nach Schließung von Krankenhäusern, die die Mindestmengen für Ösophagus- oder Pankreaschirurgie nicht erfüllen, im Median nur um wenige Minuten erhöht (4).

Diese Zentren müssen somit nicht nur die auf die Eingriffe spezialisierten Chirurgen aufweisen, sondern auch das für die gesamte perioperative Betreuung und insbesondere auch für das Komplikationsmanagement notwendige Personal sowie apparative Infrastruktur rund um die Uhr vorhalten. Gute Operationsergebnisse bei Hochrisikoeingriffen erfordern eben nicht nur eine handwerklich exzellente Leistung durch den Chirurgen oder die Chirurg*in, sondern ebenfalls eine hohe Struktur- und Prozessqualität. Dies wird an Untersuchungen deutlich, die im Speziellen die Mortalitätsrate als Folge von Komplikationen untersuchen (5). Dieser Umstand, der auch als „failure to rescue“ bezeichnet wird, tritt in großen Zentren seltener auf. Anders gesagt: Die Unterschiede im Risiko eines Patienten eine Komplikation bei einem Eingriff zu erleiden, sind nicht so deutlich von der Fallzahl des behandelnden Klinikums abhängig wie das Risiko, an dieser Komplikation zu versterben (5).

Es lassen sich durch Zentrumschirurgie jedoch nicht nur Vorteile in Bezug auf Mortalität, sondern auch auf das onkologische Ergebnis der Operationen erkennen. Das Langzeitüberleben und die Lebensqualität konnten zudem durch eine stringent interdisziplinäre Behandlung in Pankreaszentren mit modernen multimodalen Behandlungskonzepten substantiell verbessert werden (6).

Weiterführende Fachliteratur:

1. Birkmeyer JD et al. *Hospital volume and surgical mortality in the United States*. N Engl J Med, 2002. **346**(15): p. 1128-1137.
2. Krautz C et al. *Effect of Hospital Volume on In-hospital Morbidity and Mortality Following Pancreatic Surgery in Germany*. Ann Surg, 2018. **267**(3): p. 411-417.
3. de Wilde RF et al. *Impact of nationwide centralization of pancreaticoduodenectomy on hospital mortality*. Br J Surg, 2012. **99**(3): p. 404-410.
4. Hentschker C et al. *Volume-outcome relationship and minimum volume regulations in the German hospital sector – evidence from nationwide administrative hospital data for the years 2005–2007*. Health Econ Rev, 2018. **8**(1): p. 25.
5. El Amrani M et al. *Failure-to-rescue in Patients Undergoing Pancreatectomy: Is Hospital Volume a Standard for Quality Improvement Programs? Nationwide Analysis of 12,333 Patients*. Ann Surg, 2018. **268**(5): p. 799-807.

*Online-Presskonferenz anlässlich des DCK 2023
140. Deutscher Chirurgie Kongress
Donnerstag, 20. April 2023, 11.00 bis 12.30 Uhr*

6. Alsfasser G, Leicht H, Günster C et al. *Volume-outcome relationship in pancreatic surgery*. Br J Surg, 2016.
103(1): p. 136–143. doi: 10.1002/bjs.9958.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, April 2023

STATEMENT

60 Jahre Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH)

Professor Dr. med. Udo Rolle

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH);

Direktor der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie am Universitätsklinikum der J.W. Goethe-Universität Frankfurt

Die DGKCH wurde vor 60 Jahren als eigenständige Fachgesellschaft gegründet. Sie ist eine wissenschaftliche medizinische Fachgesellschaft, die weitere Aufgaben in Fort- und Weiterbildung sowie Berufspolitik wahrnimmt.

Traditionell ist die Kinderchirurgie aus der Allgemein Chirurgie hervorgegangen.

Die Kinder- und Jugendchirurgie ist eine Fachgesellschaft der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und vor allem akademisch (Forschung und Lehre) ein Bestandteil des Faches Chirurgie.

Eine eigenständige Facharztausbildung gab es in der ehemaligen DDR ab 1973 und in der BRD gibt es sie seit 1991.

Kernkompetenzen der operativen Kinder- und Jugendmedizin sind neben der allgemeinen Kinderchirurgie insbesondere die Neugeborenen- und Fehlbildungs Chirurgie, Kinderonkologie, Kinder- und Jugendurologie, Kindertraumatologie und plastische Kinderchirurgie.

Kinderchirurginnen und Kinderchirurgen versorgen alle Kinder vom Neugeborenenalter bis zur Vollendung des 17. Lebensjahres.

Die Spezialisierung in unserem Fach ist erforderlich, um den Besonderheiten des sich entwickelnden Organismus Rechnung zu tragen. Dabei geht es nicht nur um die Versorgung der Kinder durch Kinderchirurg*innen, sondern vor allem auch um eine kindgerechte Betreuung durch spezialisierte Ärzt*innen und Pflege in den Krankenhäusern und Praxen.

Die Kinderchirurgie versucht momentan den Spagat zwischen hoch spezialisierter Versorgung seltener Krankheitsbilder und der kinderchirurgischen Versorgung in der Fläche. Es ist allerdings festzustellen, dass eine tatsächliche, flächendeckende Versorgung jeder kinderchirurgisch relevanten Erkrankung nicht möglich ist. Es bedarf der Kooperation mit Erwachsenenmediziner*innen, die in der Versorgung von Kindern erfahren sind.

Momentan gibt es verschiedene Initiativen zur Zentralisierung der kinderchirurgischen Kompetenz, insbesondere in der Fehlbildungschirurgie, Kinderonkochirurgie und komplexen Kinder- und Jugendurologie.

Die DGKCH begrüßt ausdrücklich die anstehende Krankenhausreform, in deren Entwürfen bereits die Besonderheiten der Kinder- und Jugendmedizin erkannt worden sind und bei zukünftigen Finanzierungskonzepten besonders berücksichtigt werden.

Mit großer Sorge sehen wir die Entwicklungen in der Kinderkrankenpflege. Die bereits bestehende Knappheit in der Kinderkrankenpflege wird durch neue Regelungen der Pflegeuntergrenzen, die natürlich vollkommen berechtigt sind, weiter aggraviert.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Frankfurt/Lissabon, April 2023

STATEMENT

Vorschläge der Regierungskommission zur Krankenhausreform aus Sicht der DGCH

Professor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH);

Univ.-Professor a. D. der Goethe-Universität Frankfurt am Main

Es liegen inzwischen 4 „Stellungnahmen und Empfehlungen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ vor. Wir haben das Reformvorhaben kurz nach Publikation der ersten Empfehlung öffentlich kommentiert: „Neue Krankenhausstrukturen/neue Finanzierungsprinzipien – Schritt in die richtige Richtung: Jetzt mutig sein, damit wir nicht alten Wein in neuen Schläuchen zu trinken haben“. Wir hatten verlangt, dass Expertise durch uns eingefordert werden muss; dies ist inzwischen geschehen. Das BMG hat über die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) die Fachexpertise der medizinischen Fachgesellschaften eingeholt. Die Ergebnisse werden zurzeit durch die AWMF zusammengefasst.

Die vom Gesundheitsminister Professor Lauterbach bezeichnete „Revolution“ beginnt wie jedes revolutionäre Ereignis mit einer Krise, die auch vor der Pandemie schon bestand und auf die die Pandemie wie ein Brennglas gewirkt hat. Die Krise im Gesundheitssystem besteht aus einem zunehmenden Personalproblem. Der Fachkräftemangel betrifft das gesamte Personal, fast mehr das Pflegepersonal als die Ärzteschaft. Der demografische Wandel sowie die damit einhergehende höhere Multimorbidität und die jetzt stattfindende Berentung der Babyboomer sind neben einer unbefriedigenden Arbeitssituation Teil des Problems. Hinzu kommen Probleme der Finanzierung der stationären Behandlung nicht nur im Investitions-, sondern auch im Erlössektor. So haben chirurgische Kliniken während der Pandemie bis zu circa 20 Prozent ihrer Erlöse eingebüßt und unerwarteterweise ist eine Erholung oder eine vermehrte Nachfrage im letzten Jahr bis jetzt ausgeblieben.

Die mengenabhängige Erlösgewinnung hat in der Versorgung eine partielle Unterversorgung, in lukrativen Bereichen eine Überversorgung und sogar eine Fehlversorgung ausgelöst. Ohne Zutun wird eine kalte Bereinigung des Gesundheitsmarktes ohne Versorgungssicherheit stattfinden beziehungsweise findet bereits statt. Mehr als 60 Prozent der Krankenhäuser haben Liquiditätsprobleme und circa 30 Prozent von circa 1 700 Häusern sind durch Insolvenz bedroht. Realistisch bedeutet dies erhebliche Mehrkosten für den Beitragszahler.

Wir begrüßen deshalb die Initiativen des BMG und auch einzelner Landesregierungen, hier aktiv planerisch einzuschreiten. Unterschiedliche Bund-/Länderkonzepte haben sofort heftige (politisch motivierte) Kontroversen hervorgerufen. Zurzeit zeichnet sich folgender Stand der Diskussionen ab:

1. Die mengenabhängige Erlösgenerierung wird abgelöst durch eine 60-Prozent-(40-Prozent) Finanzierung der Vorhaltekosten im Sinne einer Daseinsfürsorge. Der Rest wird durch eine residuale DRG mengenabhängig abgerechnet.
2. Neben der Vorhaltefinanzierung ist die Strukturoptimierung des Systems das Ziel der Reform. Qualitätsvorgaben werden in einem pyramidenartigen System von 3 (oder mehr) Leveln und diesen zugeteilten Leistungsbereichen und Leistungsgruppen gestellt. Mindestvorgaben im Sinne einer Strukturqualität sollen definiert werden und die einzelnen Häuser können sich hierum bewerben. Komplexe Leistungen sollen in den höheren Leveln zentralisiert werden. Eine wohnortnahe Versorgung von Notfällen soll flächendeckend gewährleistet bleiben.
3. Eine Digitalisierungsoffensive soll Entbürokratisierung bringen.
4. Alle Maßnahmen sollen patientenzentriert erbracht werden. Für komplexe Leistungen soll es Mindestmengenregelungen geben.
5. Eine Ambulantisierung von circa 20 Prozent der Leistungen wird Teil der Reform sein und wurde ja vorher schon diskutiert.
6. Die geplante Krankenhausreform soll Veränderungsprozesse beschleunigen. Am Ende wird es weniger Betten geben, weil auch mehr ambulant am Krankenhaus gearbeitet wird. Die Kapazitäten werden stärker gebündelt und Schwerpunkte werden sich noch mehr herausbilden. Am Ende sind es weniger Standorte; diese dann aber auskömmlich finanziert. Bevor es so weit ist, müssen circa 20 bis 50 Milliarden Euro investiert werden.

Es ist eine Fülle von Details zu berücksichtigen. Wir (DGCH) bringen im Konsens mit unseren 10 chirurgischen Fachgesellschaften folgende Eckpunkte in die Diskussion ein, die Berücksichtigung finden müssen:

1. Integrierte Planung stationär/ambulant und dabei insbesondere Berücksichtigung einer sektorenübergreifenden Versorgung.
2. Konzentration komplexer Leistungen auf qualitativ starke Leistungserbringer – Qualitätsindikatoren erachten wir als wichtiger als Mindestmengen.
3. Starke Reduktion von Schnittstellenproblematik und Verwaltungsaufwand sowie Umsetzung einer echten Digitalisierung.
4. Verwendung dadurch frei werdender Ressourcen für bessere Personal- und Sachausstattung und Ausbau der ambulanten/teilstationären Versorgung – wichtig für die geplante Ambulantisierung.
5. Erhöhung der Attraktivität der Pflegeberufe und damit Verbesserung der Behandlungsqualität.

6. Saubere Trennung von Vorhaltekosten (60 Prozent) und eigentlicher Leistungsfinanzierung (Rest-DRG?) von Investitionskosten.
7. Sicherstellung und Modifizierung von Aus-, Fort- und Weiterbildung für alle Berufsgruppen
8. Umgang mit Leistungserbringern, die Einrichtungen zur Profitgenerierung betreiben und damit eine Verteilungsgerechtigkeit konterkarieren?
9. Etablierung beziehungsweise Ausbau einer fächer- und flächendeckenden Versorgungsforschung, um patientenzentrierte Medizin realisieren zu können und Qualitätsindikatoren zur Verfügung stellen zu können.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, April 2023



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, mit derzeit 6 000 Mitgliedern, wurde 1872 in Berlin gegründet. Sie gehört damit im 151. 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 Leipzig 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. Thomas Schmitz-Rixen
Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin

Tel.: 030 28876290
Fax: 030 28876299
Mail: info@dgch.de