

Online-Pressekonferenz anlässlich des 139. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Donnerstag, 24. März 2022, 11.00 bis 12.30 Uhr

Link zur Teilnahme:

https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_Y1bPZINSRIKIZ_RE6LurSQ

Themen und Referenten:

Identität bewahren, Wissen mehren, Wandel gestalten: Highlights und Themen des Deutschen Chirurgen Kongresses (DCK) 2022

Professor Dr. med. Hauke Lang

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) 2021/2022;

Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie,

Universitätsmedizin Mainz

Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach: Bilanz nach den ersten 100 Tagen im Amt

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin;

Präsident des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen (BDC), Berlin

Warum benötigen wir in Deutschland unbedingt mehr Chirurgeninnen?

Sowie: Chirurgie ist mehr als nur operieren

Professor Dr. med. Natascha C. Nüssler

Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV);

Chefärztin der Klinik für Allgemein-, Viszeralchirurgie und Coloproktologie, München

Klinik Neuperlach

Komplikationen vermeiden – die erste Operation muss sitzen! Langzeitergebnisse zur kinderchirurgischen Versorgung angeborener Fehlbildungen

Professor Dr. med. Udo Rolle

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH);

Direktor der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie, Universitätsklinikum Frankfurt

Moderation:

Anne-Katrin Döbler, Kongress-Pressestelle DCK 2022, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich, Dr. Andreas Mehdorn

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-313, Telefax: 0711 8931-167

mehdorn@medizinkommunikation.org

www.dck2022.de | www.dgch.de

Pressemitteilung

Männerdomäne Chirurgie

Studie: Alleinige Behandlung durch männliche Chirurgen erhöht das postoperative Risiko weiblicher Patienten

Berlin/Leipzig, 24. März 2022 – Werden Frauen von männlichen Chirurgen operiert, haben sie nach dem Eingriff ein um bis zu 15 Prozent höheres Risiko für Komplikationen als Frauen, die von weiblichen Chirurgen behandelt wurden. Zu diesem Ergebnis kommt eine aktuelle Untersuchung kanadischer Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die in der Fachzeitschrift *JAMA Surgery* erschienen ist (1). Die Ergebnisse werfen ein Schlaglicht auf die Geschlechterfrage in der „Männerdomäne Chirurgie“. Denn in Deutschland liegt der Frauenanteil in der Chirurgie noch immer bei unter einem Viertel. Welche Auswirkungen dies auf die Patientensicherheit hat und was die Fachgesellschaften tun können, um mehr Medizinstudentinnen für die Chirurgie zu begeistern, ist Thema auf der heutigen Online-Pressekonferenz im Vorfeld des 139. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) von 11.00 bis 12.30 Uhr.

Um zu untersuchen, welche Auswirkungen das Geschlecht von Behandelnden und Behandelten auf das Operationsergebnis hat, analysierten die kanadischen Forscherinnen und Forscher retrospektiv die Behandlungsdaten von über 1,3 Millionen Erwachsenen ab 18 Jahren aus der kanadischen Provinz Ontario. Diese hatten sich zwischen 2007 und 2019 geplanten oder dringlichen chirurgischen Eingriffen unterzogen. Mehr als insgesamt 2.900 Chirurginnen und Chirurgen hatten die Operationen durchgeführt. Das Ergebnis der Untersuchung ist besorgniserregend: „In der Konstellation ‚Männlicher Operateur, weiblicher Patient‘ traten der Analyse zufolge deutlich häufiger postoperative Komplikationen bis hin zum Tod der Patientin auf“, sagt Professor Dr. med. Natascha C. Nüssler, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV). In anderen Geschlechterkonstellationen fand die Studie kein erhöhtes Risiko für Komplikationen.

Dass sich ein Geschlechterunterschied zwischen Arzt und Patient vornehmlich negativ auf die Gesundheit der weiblichen Behandelten auswirken kann, ist auch aus anderen Fächern bekannt. „Auch nach einem Herzinfarkt haben Patientinnen, die von einem Arzt behandelt werden, ein höheres Risiko

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich, Dr. Andreas Mehdorn
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-313, Telefax: 0711 8931-167
mehdorn@medizinkommunikation.org
www.dck2022.de | www.dgch.de



zu versterben als männliche Patienten, die von einer Ärztin behandelt werden“, so die Chefärztin für Allgemein- und Viszeralchirurgie der München Klinik Neuperlach (2). Zu den möglichen Ursachen sagt Nüssler: „Eine Erklärung wäre, dass männliche Ärzte die Schwere von Symptomen ihrer Patientinnen eher unterschätzen oder Frauen Hemmungen haben, gegenüber einem männlichen Arzt Schmerzen zu offenbaren.“

Ein Ausweg, diese gesundheitsgefährdenden negativen Gendereffekte zu reduzieren, seien gemischtgeschlechtliche Ärzteteams. „Dafür müsste der Frauenanteil in der Chirurgie jedoch deutlich steigen“, sagt die DGAV-Präsidentin. Denn laut Statistik der Bundesärztekammer lag dieser 2020 bei nur rund 22 Prozent (3). „Die Mehrheit der Medizinstudierenden ist zwar seit Jahren weiblich, doch scheint die Chirurgie für die meisten Studentinnen bei der Facharztwahl nicht attraktiv zu sein“, stellt Nüssler fest. Dies liege vermutlich auch an fehlenden weiblichen Vorbildern. „Während in der Viszeralchirurgie der Frauenanteil insgesamt bei knapp 30 Prozent liegt, sind Führungspositionen weiterhin nur zu wenig mehr als zehn Prozent weiblich besetzt“, konstatiert die Chefärztin.

Gerade diese Tatsache mache die Chirurgie für Studentinnen, die ein Weiterbildungsfach suchen, unattraktiv. „Die Anziehungskraft eines Faches für Studierende und Berufsanfänger hängt stark mit Role Models zusammen“, sagt Nüssler. „Um dies zu ändern, lässt die DGAV 2022 erstmals alle ihre Sitzungen auf dem Chirurgenkongress gemeinsam von einer Chirurgin und einem Chirurgen leiten“, berichtet die Expertin. Die DGAV habe sich außerdem verpflichtet, diese paritätische Verteilung der Sitzungsleitungen auch zukünftig beizubehalten. „Damit wollen wir die Sichtbarkeit der vielen hochqualifizierten Kolleginnen erhöhen, damit sie Studentinnen und Berufsanfängerinnen als Vorbilder dienen können“, so die DGAV-Präsidentin.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Quellen:

- (1) Wallis CJD, Jerath A, Coburn N, Klaassen Z, Luckenbaugh AN, Magee DE, Hird AE, Armstrong K, Ravi B, Esnaola NF, Guzman JCA, Bass B, Detsky AS, Satkunasingam R. Association of Surgeon-Patient Sex Concordance With Postoperative Outcomes. *JAMA Surg.* 2022 Feb 1;157(2):146-156. doi: 10.1001/jamasurg.2021.6339.
- (2) Greenwood BN, Carnahan S, Huang L. Patient-physician gender concordance and increased mortality among female heart attack patients. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2018 Aug 21; 115(34):8569-8574. doi: 10.1073/pnas.1800097115. Epub 2018 Aug 6. PMID: 30082406; PMCID: PMC6112736. Ärztestatistik der Bundesärztekammer, 2021 Apr 08: <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2020/>

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich, Dr. Andreas Mehdorn
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-313, Telefax: 0711 8931-167
mehdorn@medizinkommunikation.org
www.dck2022.de | www.dgch.de

Pressemitteilung

Operationen bei Neugeborenen mit Fehlbildungen

Kinderchirurgen: Kompetenzen bündeln, Versorgung verbessern

Berlin/Leipzig, 24. März 2022 – Jeweils rund 250 Kinder kommen in Deutschland pro Jahr mit einer Fehlbildung der Speiseröhre, einer sogenannten Ösophagusatresie, oder des Anorektums auf die Welt. Während Säuglinge mit einer fehlgebildeten Speiseröhre die Nahrung nicht aufnehmen beziehungsweise transportieren können, machen Fehlbildungen des Enddarms oder des Anus die Ausscheidung von Stuhl auf unterschiedliche Weise unmöglich. Beide Arten von Fehlbildungen müssen daher in komplexen kinderchirurgischen Eingriffen kurz nach der Geburt korrigiert werden. Warum es bei diesen und anderen angeborenen Fehlbildungen bei Neugeborenen und Kleinkindern sinnvoll sein kann, kinderchirurgische Kompetenzen in Zentren zu bündeln, ist ein Thema auf der heutigen Online-Presskonferenz im Vorfeld des 139. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) von 11.00 bis 12.30 Uhr. Der Deutsche Chirurgen Kongress (DCK) 2022 findet vom 6. bis 8. April in Leipzig statt.

Etwa jedes 15. Neugeborene kommt mit einer Fehlbildung der inneren Organe, der Knochen oder anderer Körperteile auf die Welt (1). Fehlbildungen prägen nicht nur das Leben der betroffenen Kinder, sie stellen auch eine Herausforderung für die ärztliche Versorgung dar. „Dabei geht es heutzutage bei der Behandlung einer angeborenen Fehlbildung in der Regel nicht mehr um die Frage, ob das Kind überlebt“, sagt Professor Dr. med. Udo Rolle, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) und Direktor der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie am Universitätsklinikum Frankfurt am Main. „Dank moderner kinderchirurgischer Operationsmethoden und guter interdisziplinärer perioperativer Versorgung können wir uns heute darauf fokussieren, die Fehlbildung nicht nur zu beheben, sondern den Neugeborenen und Kleinkindern auch ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität zu verschaffen“, so Rolle.

Gerade bei angeborenen Fehlbildungen entscheide die Qualität des Eingriffes darüber, wie die kleinen Patientinnen und Patienten den Rest ihres Lebens verbringen. Die Kinderchirurgie ist daher besonders sensibilisiert, Komplikationen zu vermeiden und ein exzellentes Behandlungsergebnis zu erzielen.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich, Dr. Andreas Mehdorn

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-313, Telefax: 0711 8931-167

mehdorn@medizinkommunikation.org

www.dck2022.de | www.dgch.de

„Der erste Eingriff muss sitzen“, betont der DGKCH-Präsident und fügt hinzu: „Ob eine Operation eine Fehlbildung wie gewünscht korrigieren kann, hängt in hohem Maße von der Erfahrung der Chirurgeninnen und Chirurgen ab.“ So liegen für verschiedene Arten von Fehlbildungen Studien vor, die dafür sprechen, die Versorgung solch komplexer Eingriffe in Spezialzentren mit besonderer Expertise zu bündeln (2).

Dies treffe vor allem dann zu, wenn eine Fehlbildung nur bei sehr wenigen Neugeborenen pro Jahr auftrete – etwa die Ösophagusatresie oder die anorektale Fehlbildung, die mit einer Inzidenz von jeweils 250 Fällen pro Jahr in Deutschland zu den seltenen Fehlbildungen zählen. In einer Operation kurz nach der Geburt verbinden die Kinderchirurgin oder der Kinderchirurg die beiden Ösophagussegmente oder stellen auf andere Art und Weise die Durchlässigkeit der Speiseröhre her. „Je häufiger ein Operateur diesen hochkomplexen Eingriff vorher bereits durchgeführt hat, desto seltener treten während und unmittelbar nach der Operation Komplikationen auf, die wiederum die Patienten, ihre Familie und auch das Gesundheitssystem belasten“, so Rolle. Das gilt auch insbesondere für Korrekturingriffe bei anorektalen Fehlbildungen. Daher fordert der DGKCH-Präsident, die Behandlung seltener Fehlbildungen auf spezialisierte Zentren zu konzentrieren. „So stellen wir eine hohe Behandlungsqualität bei dem so wichtigen Ersteingriff sicher“, so Rolle. Auch die weitere Betreuung nach dem Eingriff sollte in spezialisierten Zentren erfolgen.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Quellen:

- (1) Queißer-Luft A, Spranger J: Fehlbildungen bei Neugeborenen. Dtsch Arztebl 2006; 103(38): A-2464 / B-2136 / C-2060
- (2) Elrod J, Boettcher M, Mohr C, Reinshagen K: An analysis of the care structure for congenital malformations in Germany. Dtsch Arztebl Int 2021; 118: 601–2. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0213

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich, Dr. Andreas Mehdorn
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-313, Telefax: 0711 8931-167
mehdorn@medizinkommunikation.org
www.dck2022.de | www.dgch.de

STATEMENT

Identität bewahren, Wissen mehren, Wandel gestalten: Highlights und Themen des Deutschen Chirurgen Kongresses (DCK) 2022

Professor Dr. med. Hauke Lang

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) 2021/2022;

Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie,

Universitätsmedizin Mainz

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie lädt zu ihrem 139. Kongress vom 06. bis zum 08. April 2022 nach Leipzig ein (DCK 2022). Neben den einzelnen Fachgesellschaften der DGCH werden auch wieder Vertreter und Vertreterinnen des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen, der Bundeswehr, des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe und der Rettungsdienste am DCK 2022 teilnehmen. Diese interdisziplinäre Zusammenarbeit verbunden mit einer tiefen gegenseitigen Wertschätzung wird dazu beitragen, den DCK im Jahr des 150-jährigen Gründungsjubiläums der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu einer exceptionellen Veranstaltung werden zu lassen.

Corona stellte und stellt noch immer die Organisation und Durchführung von wissenschaftlichen Kongressen und Fachtagungen vor große Herausforderungen. Der DCK musste 2020 pandemiebedingt komplett abgesagt werden. 2021 wurde dann ein überwiegend digitaler Kongress abgehalten, dessen neue Formate hervorragend angenommen wurden. Die Online-Sitzungen erfreuten sich hoher Teilnehmerzahlen, die bisweilen weit über denen in den vergangenen Jahren lagen.

Trotz des guten wissenschaftlichen Programmes und der Diskussionen in den einzelnen Sitzungen vermissen viele Teilnehmer und Teilnehmerinnen aber einen essenziellen Faktor, der Kongresse zu einer besonderen Veranstaltung werden lässt: Nichts kann die Inspiration ersetzen, die durch einen persönlichen Gedankenaustausch oder ein Gespräch zwischen und unter Kollegen entsteht.

Daher freuen wir uns, dass zum aktuellen Zeitpunkt der DCK 2022 weiterhin als Präsenzkongress geplant ist. Allerdings werden wesentliche Anteile des Kongresses auch wieder online zur Verfügung stehen. Bewährt hat sich zudem der rein virtuelle Präkongress mit Kurzvorträgen sowie Sitzungen der chirurgischen Forschung.

Die Themenschwerpunkte des DCK 2022 lauten

- Innovation, Fortschritt, Digitalisierung
- Spannungsfeld: Humanität – Ökonomisierung
- Nachwuchsförderung
- Interdisziplinarität

Sie stehen unter dem Motto „Identität bewahren, Wissen mehren und Wandel gestalten“.

Die Pandemie hat uns gezeigt, dass es immer wieder Situationen geben wird, an die wir uns anpassen müssen, sowohl im beruflichen als auch im privaten Leben. Und so steht auch die Chirurgie, vielleicht mehr noch als alle anderen Disziplinen, vor großen Herausforderungen.

Die Chirurgie wird sich wandeln und an sozioökonomische Rahmenbedingungen und den technischen Fortschritt anpassen müssen. Es werden Bereiche der Chirurgie wegfallen und andere hinzukommen. Wie gravierend diese Veränderungen sein werden, hängt entscheidend davon ab, wie sehr sich die Chirurgie aktiv an diesem Wandel beteiligt und ihn inhaltlich mitgestaltet.

Aber die Chirurgie muss auch ihre Identität bewahren, der Patient sollte immer im Mittelpunkt des chirurgischen Handelns stehen. Grundvoraussetzung hierfür sind ein enges Vertrauensverhältnis zwischen Chirurg und Patient und eine offene empathische Kommunikation. Auch permanentes Reflektieren und Hinterfragen des eigenen Tuns und Handelns sind integraler Bestandteil des chirurgischen Selbstverständnisses. An diesen traditionellen Werten festzuhalten, ist für die Chirurgie unabdingbar.

Es ist eine schöne und gute Tradition, dass die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ein Gastland hat, in diesem Jahr Italien und die SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA. Die DGCH pflegt seit vielen Jahren sehr enge Kontakte und einen regen wissenschaftlichen Austausch mit ihren Kollegen aus Italien. Der Kontakt geht dabei weit über das fachliche Interesse und den wissenschaftlichen Austausch hinaus, denn es bestehen vielfach schon jahrelang sehr enge persönliche Freundschaften.

Nach den pandemiebedingten Einschränkungen sehnen wir uns nicht nur nach einer Normalisierung des öffentlichen Lebens, sondern auch nach einer Rückkehr des beruflichen Alltags und nach fachlich-wissenschaftlichem Austausch und Interaktion in einer persönlichen Atmosphäre.

Wir alle freuen uns sehr auf diesen Kongress.

Überschattet wird unsere Freude auf unseren Kongress aber durch die Ereignisse in der Ukraine. Unsere Gedanken und Sorgen gelten allen Menschen, die in dieser Region, aber auch in der ganzen Welt unter kriegerischen Auseinandersetzungen zu leiden haben. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie drückt ihre uneingeschränkte Solidarität mit den Kolleginnen und Kollegen in der Ukraine aus und wird weiterhin durch persönliche Kontakte zur Ärzteschaft und zu Kliniken sowie in Abstimmung mit anderen Institutionen direkt humanitäre Hilfe anbieten.

STATEMENT

Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach: Bilanz nach den ersten 100 Tagen im Amt

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

Auch wenn bereits frühzeitig das eigene Interesse bekundet wurde, erfolgte die Benennung des Kandidaten für dieses Amt relativ spät, aber letztlich ist Karl Lauterbach dann am 8. Dezember 2021 tatsächlich als sogenannter „Gesundheitsminister der Herzen“ ernannt worden. Durch seine zahlreichen Auftritte in den verschiedensten Talkshows war er bereits in den letzten Monaten als gefragter Experte mit typischem Kölner Dialekt und Kenntnis jeweils neuester Studien bei Kontakten zur Harvard Universität der Bevölkerung bestens bekannt. Bei Amtsantritt muss ihm bewusst gewesen sein, dass er nicht nur erhebliche Problemfelder seines Vorgängers Jens Spahn zu übernehmen hat, sondern auch hoch ambitionierte Reformen, wie im Kapitel „Pflege und Gesundheit“ des Koalitionsprogramms aufgeführt, auf ihn zukommen werden. Trotzdem verkündete der neue Minister in seiner ersten Ansprache, dass keine Leistungskürzungen im Gesundheitswesen erwartet werden müssten. Das Gesundheitssystem soll gestärkt werden, wobei die Gesundheitspolitik durch evidenzbasierte Medizin mitbestimmt werden wird. Eine weitere Konkretisierung der sicherlich sinnvollen Veränderungen im Gesundheitswesen, wie sektorenübergreifende Versorgung, Förderung der Ambulantisierung oder Einrichtung eines Bund-Länder-Paktes zur Krankenhausstrukturreform, verzögern sich nun allerdings erheblich. Zum einen ist die Covid-19-Pandemie bei Weitem noch nicht ausgestanden, zum anderen kann die gigantische Flüchtlingswelle der letzten Wochen aus der Ukraine wegen der Kriegswirren zudem die Kapazitätsgrenzen unseres Gesundheitswesens erheblich belasten oder sogar überschreiten. Es verwundert deshalb nicht, dass Karl Lauterbach am 13. Januar 2022 bei der parlamentarischen Vorstellung der Vorhaben seines Ministeriums die Corona-Pandemie in den Mittelpunkt seiner damaligen Rede stellte. Gleichzeitig setzte er sich vehement für eine allgemeine Impfpflicht der Bevölkerung gegen Covid-19 ein. Obwohl diese für Erwachsene von 61 Prozent der Bürger befürwortet wird, sind die angestrebten Ziele der Impfkampagnen, die den Bund mehr als 300 Millionen Euro gekostet haben sollen, deutlich verfehlt worden. Auch wenn nach Meinung der Politik eine rechtssichere Ausgestaltung der allgemeinen Impfpflicht möglich wäre, wurde von der Bundesregierung kein eigener Vorschlag vorgelegt. Es wurden lediglich fraktionsübergreifende Gruppenanträge erarbeitet, die erst jetzt im Parlament beraten werden sollen. Am 10. Dezember 2021 wurde lediglich eine einrichtungsbezogene Impfpflicht für medizinische und pflegerische Einrichtungen verabschiedet, die am 16. März 2022 in Kraft getreten ist. Danach müssen nicht geimpftes Personal oder Personal mit fehlendem Attest für eine Kontraindikation zur Impfung damit rechnen, durch das zuständige Gesundheitsamt ein Zugangs- oder Beschäftigungsverbot zu erhalten. Die Diskussion über diesen Erlass war in allen Bundesländern aus Sorge um weiteren Personalmangel

erheblich. „Großzügige Übergangsregelungen“ wurden angedroht und die Debatte darüber ist bei weiter bestehenden Fragen zu arbeitsrechtlichen Folgen bei Weitem noch nicht zu Ende. Auch die Corona-Pandemie lässt aktuell kein Ende erkennen, im Gegenteil, es werden aktuell täglich neue Rekordzahlen an Neuinfektionen gemeldet und Deutschland hat jetzt eine der höchsten Corona-Inzidenzen in Europa mit vielen tödlichen Verläufen. Die deutlich angestiegenen Positivraten der SARS-CoV-2-PCR-Tests bestätigen das dynamisch zunehmende Infektionsgeschehen, sodass der Gesundheitsminister bei weiterer nachdrücklicher Empfehlung zu einer Impfung die Gesamtlage deutlich schlechter einstuft als die vorherrschende Stimmung. In dieser Situation musste nun ein neues Infektionsschutzgesetz erarbeitet werden, da das bestehende zum 19. März dieses Jahres auslief. Der Entwurf des Gesetzes erfolgte durch den Gesundheitsminister in Zusammenarbeit mit dem Justizminister Buschmann, wobei die FDP vor allem für eine Lockerung der bisherigen Restriktionen eingetreten ist. Die neuen Regelungen, über die der Bundestag kürzlich diskutiert und abgestimmt hat, sehen nun sogenannte Basismaßnahmen und Maßnahmen in sogenannten Hotspot-Regionen vor. Bei den allgemeinen Vorgaben ist eine Masken- und Testpflicht dort notwendig, wo vulnerable Gruppen betroffen sind, wie in Pflegeheimen, Krankenhäusern oder ambulanten Einrichtungen, aber auch im öffentlichen Nahverkehr, bei Flugreisen, in Schulen et cetera. Bei der Hotspot-Regelung müssen die betroffenen Gebiete definiert und die nachfolgenden Entscheidungen medizinisch begründet sein, wobei die jeweiligen Länderparlamente zustimmen müssen. Eine Übergangsfrist für die Einführung der neuen Regelungen soll bis maximal 2. April bestehen, während das neue Gesetz bis zum 23. September 2022 gültig sein soll. Bevor das neue Gesetz, das die Verantwortung zur angestrebten Beherrschung der Pandemie weitgehend an die Länderparlamente abtreten will, überhaupt den Bundestag passiert hat, werden erhebliche Bedenken geäußert und die möglichen Lockerungen generell von Medizinern wie Juristen als falsches Signal angesehen. Dabei wird mit breiter Mehrheit die Beibehaltung der allgemeinen bisherigen Maskenpflicht in allen Innenräumen, so auch im Einzelhandel, gefordert. Von juristischer Seite wird zudem eine klare Definition der Parameter zu den Hotspot-Maßnahmen bei bisher unbestimmten Rechtsbegriffen verlangt. Nach derzeitigem Stand wollen deshalb auch mehrere Bundesländer die Übergangsfrist bis zum 2. April 2022 nutzen. Nach bisherigen Umfragen zur Lockerung der Corona-Schutzmaßnahmen sind auch die Bürger unterschiedlicher Meinung, denn von 52 Prozent der Befragten wird eine Änderung der bisherigen Vorgaben in der jetzigen Situation als zu früh angesehen.

Zu den eigentlichen gesundheitspolitischen Themen hat sich der Gesundheitsminister bisher lediglich in Einzelgesprächen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung stichwortartig geäußert. Erwähnt wurden dabei die angestrebte Entbürokratisierung im Versorgungsalltag und die Digitalisierung im Gesundheitswesen, die nach seiner Meinung einen Mehrwert für Patienten und Behandler erbringen müssen. Deshalb seien auch die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und das elektronische Rezept vorerst gestoppt

worden, vielmehr sollte eine Strategiebewertung durch das Bundesgesundheitsministerium erfolgen. Kurz darauf kam durch die Betreibergesellschaft Gematik die Mitteilung, dass diese Projekte fortgesetzt werden sollen. Eine weitere Kommunikationsschwierigkeit wie bei der Diskussion um die Dauer des Genesenen-Status? Ferner wurde eine Stärkung der Ambulantisierung mit Einführung eines neuen Finanzierungssystems angeführt. Noch in diesem Jahr ist die Reform der Notfallversorgung vorgesehen. Ingesamt sollen alle im Koalitionsvertrag aufgeführten Pläne in der jetzigen Legislaturperiode angegangen werden. Dieses ist auch auf dem Krankenhausgipfel am 16. März 2022 durch den parlamentarischen Staatssekretär Edgar Franke bestätigt worden. Verständnis für pandemiebedingte Bonuszahlungen an die medizinischen Fachangestellten zeigte der Minister zwar, verwies aber in diesem Fall an das Finanzministerium. Die Vorschläge zur Verteilung der Bonuszahlungen an Pflegekräfte im Krankenhaus und in Pflegeeinrichtungen von insgesamt einer Milliarde Euro werden vor allem von der Deutschen Krankenhausgesellschaft wegen der unterschiedlichen Prämienausschüttung für Pflegekräfte auf der Intensiv- oder Normalstation kritisiert. Erheblich mehr Unmut in der Ärzteschaft löste Karl Lauterbach mit seinen Aussagen zur neuen ärztlichen Gebührenordnung aus: Diese habe für ihn keine Priorität und müsse zudem überprüft werden, wobei er auch auf den Koalitionsvertrag verwies, nach dem das „Zusammenspiel“ zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung in dieser Legislaturperiode nicht angegangen werden soll.

Während einer Veranstaltung des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung wies der Minister lediglich bezüglich der großen Finanzlücke von rund 17 Milliarden Euro im kommenden Jahr darauf hin, dass die Verhandlungen zum Bundeszuschuss gerade erst begonnen hätten und damit derzeit keine Aussagen möglich seien. Es wurde vielmehr der Vorschlag der gesetzlichen Krankenversicherung zur Ausgabensenkung durch Reduktion der Mehrwertsteuer für Arzneimittel und Medizinprodukte auf sieben Prozent diskutiert. Angesprochen wurde auch die Überarbeitung der DRG-Fallpauschalen, eine Reform der Bedarfsplanung und der Krankenhausstrukturen sowie die Notfallversorgung. Alles also Punkte, die im Koalitionspapier aufgeführt sind und nun mit entsprechendem innovativem Inhalt gefüllt werden müssen. Dieses sicherlich mit höherer Priorität als der ehrenwerte Hinweis des Ministers auf die gesundheitlichen Gefahren durch zu hohen Fleischkonsum und die Werbung für mehr vegetarische und vegane Ernährung.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, März 2022

STATEMENT

Warum benötigen wir in Deutschland unbedingt mehr Chirurgeninnen?

Sowie: Chirurgie ist mehr als nur operieren

Professor Dr. med. Natascha C. Nüssler

Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV);
Chefärztin der Klinik für Allgemein-, Viszeralchirurgie und Coloproktologie, München
Klinik Neuperlach

Die deutsche Chirurgie hat ein eklatantes Nachwuchsproblem. Das ist nicht nur bedauerlich, sondern sogar gefährlich. Die Tatsache, dass inzwischen die Mehrzahl der Medizinstudierenden weiblich ist, verschärft die Lage noch, da Frauen die sogenannte große Chirurgie seltener anstreben. In der Viszeralchirurgie ist der Anteil von Frauen in den letzten Jahren zwar langsam gestiegen auf inzwischen knapp 30 Prozent, Führungspositionen sind allerdings weiterhin nur in wenig mehr als zehn Prozent mit Frauen besetzt.

Der Mangel an Chirurgeninnen erschwert indessen nicht nur die Lösung des wachsenden Nachwuchsproblems in der Chirurgie, sondern ist auch eine Gefahr für Patientinnen.

Die Attraktivität eines Faches für Studenten und Berufsanfänger hängt auch immer mit möglichen Vorbildern zusammen. Weibliche Vorbilder scheinen in der Viszeralchirurgie derzeit noch rar. Aber vielleicht ist auch einfach nur die Sichtbarkeit hochqualifizierter Kolleginnen zu gering. Um dies zu ändern, lässt die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) in diesem Jahr erstmals alle ihre Sitzungen auf dem Chirurgenkongress von einer Chirurgin und einem Chirurgen leiten. Die DGAV hat sich außerdem verpflichtet, diese paritätische Verteilung der Sitzungsleitungen auch zukünftig beizubehalten.

Dies kann aber nur ein erster Schritt sein, denn noch immer gibt es tief verwurzelte Vorbehalte gegenüber Frauen in der Chirurgie. So hat kürzlich eine kanadische Studie gezeigt (veröffentlicht von Fahima Dossa im November 2021 in JAMA Surgery. Doi:10.1001/jamasurg2021.5784), dass vor allem niedergelassene Ärzte (aber auch Ärztinnen!) ihre Kranken bevorzugt an männliche Kollegen überweisen, und zwar unabhängig von der Expertise der Chirurgeninnen beziehungsweise Chirurgen. Dieses Verhalten hat sich auch mit wachsender Zahl an Chirurgeninnen nicht verändert und es darf angenommen werden, dass ähnliche Vorurteile auch in Deutschland bestehen.

Dabei ist die Diskriminierung von Chirurgeninnen sogar gefährlich: Denn Frauen, die von männlichen Chirurgen operiert werden, haben ein höheres Risiko, postoperativ Komplikationen zu erleiden. Eine derartige Risikosteigerung konnte in einer erst vor wenigen Monaten veröffentlichten Studie in der umgekehrten Konstellation (männlicher Patient / Chirurgin) hingegen nicht beobachtet werden (Wallis CJD et al. JAMA Surgery 2022;157(2):146-156. Doi:10.1001/jamasurg2021.6339). Dieser negative

Einfluss des Geschlechtsunterschieds zwischen Arzt und Patient ist übrigens nicht auf die Chirurgie beschränkt: Auch nach einem Herzinfarkt haben Patientinnen, die von einem Arzt behandelt werden, ein höheres Risiko zu versterben als männliche Patienten, die von einer Ärztin behandelt werden.

Die Ursachen hierfür sind noch nicht vollständig geklärt, aber Geschlechterunterschiede scheinen sich vor allem bei männlichen Ärzten und ihren weiblichen Patienten negativ auf das Arzt-Patienten-Verhältnis auszuwirken. Beispielhaft sei die Unterschätzung des Schweregrads der Symptome von weiblichen Patienten durch den Arzt genannt wie auch die Hemmung von Frauen, Schmerzen gegenüber einem männlichen Arzt zu offenbaren.

Gemischte Teams mit weiblichen und männlichen Chirurgen können vermutlich dazu beitragen, die negativen Effekte der Geschlechterdisparität zwischen Arzt und Patient zu minimieren.

Chirurgie ist mehr als nur operieren!

Der Erfolg einer Operation hängt nicht nur vom technischen Geschick des Chirurgen beziehungsweise der Chirurgin ab, sondern von vielen weiteren Faktoren vor und nach der Operation. Entscheidend ist es, für jede Patientin/jeden Patienten nicht nur die richtige Operation, sondern auch den richtigen Zeitpunkt und die optimale Vorbereitung auf den operativen Eingriff auszuwählen. Diese sogenannte perioperative Behandlung der Patientinnen und Patienten gehört untrennbar zum Verantwortungsbereich der Chirurginnen und Chirurgen und hat sich in der letzten Zeit erweitert. Denn durch den demografischen Wandel mit einer Überalterung der Gesellschaft nimmt die Zahl älterer und gebrechlicher Patientinnen und Patienten zu. Gebrechlichkeit, altersbedingter Muskelverlust (Sarkopenie) oder immer öfter auch eine unerkannte Mangelernährung sind nicht nur mit einem erhöhten Risiko für Komplikationen, sondern auch mit einer erhöhten Sterblichkeit nach einer Operation verbunden.

Die meisten Patientinnen und Patienten, die sich einer Operation unterziehen müssen, wollen diese so schnell wie möglich hinter sich bringen, insbesondere dann, wenn es sich um einen Eingriff bei einer Krebserkrankung handelt. In Deutschland sind dies in der Mehrheit ältere Patientinnen und Patienten, deren körperlicher Allgemeinzustand mit einem erhöhten Risiko einer Operation einhergeht. Um diesem Widerspruch von notwendiger Behandlung und schlechtem Allgemeinzustand zu begegnen, wurde das Konzept der Prähabilitation – eine Wortschöpfung aus „prä“ und „Rehabilitation“ – entwickelt. Ziel der Prähabilitation ist eine Verringerung des Komplikationsrisikos und damit eine möglichst rasche Erholung nach der Operation. Prähabilitation besteht aus einem individuell auf die zu Operierenden zugeschnittenen Maßnahmenbündel aus Ernährungs- und Physiotherapie, der Empfehlung zur perioperativen Nikotin- und Alkoholkarenz sowie einer psychoonkologischen

Anbindung. Ein weiterer fester Bestandteil ist auch das sogenannte Patient-Blood-Management. Dazu gehört neben blutsparenden Operationstechniken auch die präoperative Behandlung der vor allem bei Krebspatient*innen häufig anzutreffenden Blutarmut mittels Auffüllen der körpereigenen Eisenspeicher. Dadurch können bei den betroffenen Patientinnen und Patienten während und nach der Operation Bluttransfusionen vermieden werden.

Allerdings erfordern diese Maßnahmen Zeit, sodass die notwendige Operation im Einzelfall auch um mehrere Wochen verschoben werden muss. Es ist inzwischen aber belegt, dass eine derartige Verschiebung der Operation keinen Nachteil für die Patientinnen und Patienten mit sich bringt, sondern eher einen klaren Vorteil.

Das Konzept der Prähabilitation setzt sich allerdings erst langsam durch und so müssen nicht nur die Patientinnen und Patienten, sondern oft auch die Hausärztinnen und Hausärzte noch davon überzeugt werden, dass Prähabilitation und die damit verbundene Verschiebung des OP-Zeitpunkts zur Risikominimierung und damit wesentlich zum Erfolg der Operation beitragen können.

Prähabilitation wird Thema in verschiedenen Sitzungen des DCK sein, unter anderem am Mittwoch, 6. April 2022, 8:00 Uhr, Saal 2, und Donnerstag, 7. April 2022, 15:30 Uhr.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, März 2022

STATEMENT

Komplikationen vermeiden – die erste Operation muss sitzen! Langzeitergebnisse kinderchirurgischer Versorgung angeborener Fehlbildungen

Professor Dr. med. Udo Rolle

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH);

Direktor der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie, Universitätsklinikum Frankfurt

Die Kinderchirurgie ist für die Versorgung angeborener Fehlbildungen federführend zuständig. Dabei geht es neben dem kompetenten chirurgischen Eingriff vor allem um eine strukturierte Nachsorge.

Inzwischen stellt sich bei der Behandlung angeborener Fehlbildungen nicht mehr die Frage nach dem Überleben der Kinder, sondern nach der Lebensqualität danach.

Gerade kinderchirurgische Eingriffe aufgrund angeborener Fehlbildungen können sich auf das gesamte Leben der Patientinnen und Patienten auswirken. Daher sollte schon jeder erste chirurgische Eingriff nicht nur erfolgreich sein, sondern auch sicher und komplikationslos erfolgen.

Wir möchten anhand von zwei Beispielen diese These unterlegen:

Die Ösophagusatresie, also die Nicht-Durchgängigkeit der Speiseröhre, ist eine seltene Fehlbildung, die aber in Deutschland immerhin bei etwa 250 Neugeborenen im Jahr auftritt. Das Ziel der Operation ist es, die Durchgängigkeit der Speiseröhre herzustellen. Die betroffenen Kinder werden zurzeit in sehr vielen Kliniken versorgt. Es ist erwiesen, dass eine besondere Erfahrung bei diesen Operationen zu einer besseren Versorgungsqualität beiträgt.

Intraoperative oder frühe postoperative Komplikationen, wie zum Beispiel Nahtinsuffizienz und Rezidiv-Fistelungen, führen bekanntermaßen zu einem schlechteren Langzeitauskommen. Das bedeutet, dass diese Komplikationen neben den besonders betroffenen Patientinnen und Patienten auch deren Familien und das Gesundheitssystem belasten, da wiederkehrende Krankenhausaufenthalte und auch Operationen erforderlich sind.

Anorektale Fehlbildungen, die durch eine Fehlanlage des Enddarmes mit nicht regelrechter Position der Analöffnung charakterisiert sind, treten etwas häufiger als Speiseröhrenfehlbildungen auf.

Trotzdem ist es auch bei der Versorgung dieser Erkrankungen offensichtlich, dass die initialen chirurgischen Maßnahmen die Lebensqualität der betroffenen Kinder erheblich beeinflussen. Die üblicherweise durchzuführende Durchzugsoperation zur Schaffung eines Neo-Anus ist komplex und bedarf besonderer Erfahrung. Es ist bei diesen Kindern ebenfalls klar, dass frühe Komplikationen zu einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität führen. So leiden viele dieser Kinder unter Umständen ihr Leben lang unter Stuhlinkontinenz.

Bei jedem Kongress für Chirurgie und Kinderchirurgie ist die Vermeidung von Komplikationen ein besonderer Schwerpunkt. In der Kinderchirurgie kommt diesem Aspekt eine erhebliche Bedeutung zu, da die Komplikationen von Operationen im Kindesalter eine Relevanz und Auswirkungen für das ganze Leben der Patientinnen und Patienten haben können.

Die DGKCH unterstützt alle Forschungen und Initiativen, die das Ziel haben, kinderchirurgische Patientinnen und Patienten besser zu versorgen. Die momentane Fokussierung auf die Zentralisation der Diagnostik und Therapie angeborener Fehlbildungen wird durch klare internationale Beispiele und Publikationen bestätigt. Es ist bei diesem Prozess notwendig, alle Beteiligten an der Gestaltung des erforderlichen Prozesses der Zentralisation einzubeziehen. Neben den Ärztinnen und Ärzten sind damit insbesondere auch die Patientenvertretungen gemeint.

Es geht dabei vor allem um die betroffenen Kinder und Familien, aber auch um die Versorger, die Qualität der Aus- und Weiterbildung und die Forschung zu angeborenen Fehlbildungen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Frankfurt, März 2022



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, mit derzeit 6 000 Mitgliedern, wurde 1872 in Berlin gegründet. Sie gehört damit im 150. Jahr ihres Bestehens zu den ältesten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften.

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

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

Eine bereits bei Gründung der Gesellschaft 1872 formulierte Aufgabe, nämlich „die chirurgischen Arbeitskräfte zu einigen“, hat heute eine besondere Bedeutung erhalten. Vor dem Hintergrund der im Jahr 2018 neu strukturierten Weiterbildungsordnung ist es jetzt mit einer neuen Satzung gelungen, alle Säulen des Gebietes Chirurgie (Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Kinderchirurgie, Herzchirurgie, Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Thoraxchirurgie, Unfallchirurgie/Orthopädie und Viszeralchirurgie) mit ihren wissenschaftlichen Fachgesellschaften unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu vereinen. Bereits 2007 waren auch die Neurochirurgen und 2010 die Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen dieser Gesellschaft beigetreten. Sie vertritt mit ihren über die einzelnen Fachgesellschaften assoziierten Mitgliedern damit mehr als 20 000 Chirurgen. Es können so die gemeinsamen Interessen besser gebündelt und in einer starken Gemeinschaft nach außen vertreten werden.

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

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

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

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