



# DCK 2024

Gemeinsam lernen und heilen

141. Deutscher Chirurgie Kongress  
16. – 18. April 2024, DCK.digital  
24. – 26. April 2024, Leipzig

Online-Pressekonferenz anlässlich  
des 141. Deutschen Chirurgie Kongresses (DCK 2024)  
„Gemeinsam lernen und heilen“

Termin: 15. April 2024, 10.00 bis 11.30 Uhr

Link zur Teilnahme: <https://attendee.gotowebinar.com/register/4565734566190714717>

## Themen und Referenten:

### 141. Deutscher Chirurgie Kongress (DCK 2024): Highlights

*Professorin Dr. med. Christiane Bruns*

Präsidentin 2023 / 2024 der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH);  
Direktorin der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie der  
Uniklinik Köln und stellvertretende Leiterin des Centrums für Integrierte Onkologie (CIO) Köln

### Innovationen in der Chirurgie: personalisierte Präzisionschirurgie, perioperative Medizin, Robotik, VR und KI am Beispiel Speiseröhrenkrebs

*Professorin Dr. med. Christiane Bruns*

### Diagnose Bauchfellkrebs: State of the Art der Therapie

*Professor Dr. med. Dr. h.c. Pompiliu Piso*

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV);  
Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Krankenhaus Barmherzige Brüder  
Regensburg

### Gesundheitsrisiko Kinderspielzeug – Update aus Sicht der Kinderchirurgie

*Professorin Dr. med. Felicitas Eckoldt*

Klinikdirektorin, Klinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Jena

### Kriegs- und Katastrophenverletzungen – für den Ernstfall bereit sein: Was erwartet Chirurginnen und Chirurgen?

*Professor Dr. Dietmar Pennig*

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)

### Krankenhausreform: jetzt die Weichen für eine gute Versorgung in der Chirurgie auch morgen sicherstellen

*Professor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen*

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

### Anpassung der chirurgischen Weiterbildung im Rahmen der Krankenhausreform: notwendige Schritte

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

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie (BDC)

*Moderation: Dr. Adelheid Liebendörfer, Pressestelle DCK 2024*

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH)

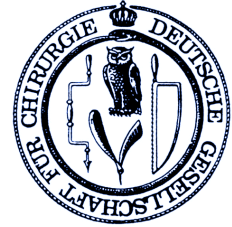
Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

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

[liebendoerfer@medizinkommunikation.org](mailto:liebendoerfer@medizinkommunikation.org)

[www.dck2024.de](http://www.dck2024.de) | [www.dgch.de](http://www.dgch.de)



## PRESSEMITTEILUNG

### Mut zur Veränderung – Zukunft mitgestalten

Viszeralchirurgin Prof. Christiane Bruns an die Spitze der DGCH gewählt

Berlin, im August 2023 – Professorin Dr. med. Christiane Bruns, Direktorin der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie der Uniklinik Köln und Mitglied der Leopoldina, ist zur Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) der Amtsperiode 2023 / 24 gewählt worden. Damit wird sie auch den Jahreskongress der Fachgesellschaft, den Deutschen Chirurgie Kongress (DCK), leiten. Er findet vom 24. bis 26. April 2024 in Leipzig unter dem Motto „Mut zur Veränderung – Zukunft mitgestalten“ statt. Darin steckt die Aufforderung, dringend notwendige Veränderungen des Gesundheitssystems in Deutschland „verantwortungsvoll, mutig und engagiert mitzugestalten“. Die Zukunft der Chirurgie in Deutschland wird durch große gesundheitspolitische Projekte wie die Krankenhausstrukturreform mit Zentrumsbildung und Mindestmengen, zunehmende Ambulantisierung mit noch vielen organisatorischen Problemen sowie die flächendeckende Digitalisierung in fortbestehender Diskussion mit dem Datenschutz geprägt sein. Dabei ist der neuen Präsidentin die Förderung des klinischen und wissenschaftlichen Nachwuchses ein besonderes Anliegen. So betont sie, dass die durch Forschung und Wissenschaft geschaffenen Werte nicht verloren gehen dürfen, nur dadurch könne Fortschritt zustande kommen.

Die Arbeitsschwerpunkte von Christiane Bruns sind die Chirurgie bei Krebserkrankungen von Speiseröhre, Magen und Bauchspeicheldrüse. Dabei setzt sie auf maßgeschneiderte chirurgische Therapien wie minimalinvasive Chirurgie sowie Roboter-gestützte Operationstechniken. Auf zell- und molekularbiologischer Ebene forscht sie zu Themen wie Gefäßneubildung im Tumor, Zellstreuung und Therapieresistenz. Darauf basierend entwickelt sie neue zielgerichtete individualisierte Therapieansätze („targeted therapy“). In der Lehre fördert sie Mentoring-Programme. Zuletzt hat sie Robotics für Jungassistentinnen und -assistenten in ihrer Klinik etabliert. Seit 2019 ist sie Prodekanin für Struktur und Entwicklung der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln. Professorin Bruns hat mehr als 450 Publikationen veröffentlicht.

Für ihre herausragenden Leistungen in der Chirurgie, ihr internationales Ansehen und ihre beispielhaften humanitären Dienste wurde sie in den Jahren 2021 und 2022 zum Ehrenmitglied des American College of Surgeons (ACS) und der American Surgical Association (ASA) ernannt. Zum Mitglied der Leopoldina, Nationalen Akademie der Wissenschaften, wurde sie im Jahr 2019 berufen. Seit dem Jahr 2016 vertritt sie das Wissenschaftsressort innerhalb der DGCH. Zudem hat sie Vorsitze bei verschiedenen nationalen und internationalen Fachgesellschaften inne und ist Teil des Editorial Boards mehrerer hochrangiger chirurgischer Fachzeitschriften.

Christiane Bruns studierte bis 1990 Humanmedizin an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf. 1992 begann sie an der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Thorax- und Gefäßchirurgie sowie in der Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Uniklinik Köln ihre Facharztausbildung für Chirurgie, die sie 2001 abschloss. Während dieser Zeit verbrachte sie einen 2-jährigen Forschungsaufenthalt am MD Anderson Cancer Center, Houston, Texas, USA, unterstützt durch ein Stipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Ihre Weiterbildung zur Viszeralchirurgin mit Stationen an der Uniklinik Köln und am Universitätsklinikum Regensburg beendete sie 2005 in der Chirurgischen Klinik und Poliklinik Großhadern des Klinikums der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU). Dort arbeitete sie ab 2003 als Oberärztin, erhielt die Zusatzbezeichnung Thoraxchirurgie und wurde 2005 Leitende Oberärztin der onkologischen Chirurgie. 2010 übernahm sie die Leitung des Pankreaszentrums München und wurde 2011 zur Stellvertretenden Direktorin der Chirurgischen Klinik und Poliklinik an der LMU ernannt. Sie wurde 2013 als Direktorin an die Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie an das Universitätsklinikum Magdeburg berufen. Im Jahr 2016 folgte sie dem Ruf an die Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie der Uniklinik Köln.

Hobbys der im Jahr 1965 Geborenen sind Dressurreiten, Skifahren und Weltliteratur. Befragt nach einem gelungenen Arbeitstag, gehören für sie dazu: „Zufriedene Patientinnen und Patienten, zufriedene und erfolgreiche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, anspruchsvolle onkologische Operationen mit guter Indikationsstellung und robotisch unterstützte Viszeralchirurgie in ihrer Perfektion.“ Neben fachlicher Qualifikation und hohem Engagement sind ihr als Chirurgin Nahbarkeit und Mitgefühl wichtig.

Nach der Neurochirurgin Professorin Gabriele Schackert in der Amtsperiode 2015 / 16 ist Professorin Christiane Bruns die zweite Frau an der Spitze der DGCH.



Professor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen, Generalsekretär der DGCH, freut sich auf die Zusammenarbeit: „Eine Spitzenchirurgin an der Spitze unserer Gesellschaft mit einem Kongress in der Stadt, von der Goethe sagte: *Mein Leipzig lob ich mir! Es ist ein Klein-Paris und bildet seine Leute!*“

*Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.*

*Fotos von Prof. Christiane Bruns (@Michael Wodak, Medizin Foto Köln, Universitätsklinik Köln) zum Download: <https://dck2024.de/presse/>*

Quellen:

<https://viszeral-tumorchirurgie.uk-koeln.de/klinik/direktorin-team/>

[https://www.leopoldina.org/fileadmin/redaktion/Mitglieder/CV\\_Bruns\\_Christiane\\_J.\\_D.pdf](https://www.leopoldina.org/fileadmin/redaktion/Mitglieder/CV_Bruns_Christiane_J._D.pdf)

<https://www.bdc.de/sehr-persoendlich-nachgefragt-bei-professorin-c-bruns/>



# DCK 2024

Gemeinsam lernen und heilen

141. Deutscher Chirurgie Kongress  
16. – 18. April 2024, DCK.digital  
24. – 26. April 2024, Leipzig

## PRESSEMITTEILUNG

141. Deutscher Chirurgie Kongress (DCK 2024) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)  
in Leipzig

Krebs der Speiseröhre: Spezialisierte Zentren bieten deutliche Überlebensvorteile  
Große Fortschritte bei der Therapie durch personalisierte Chirurgie

Berlin / Leipzig, 15. April 2024 – Krebs der Speiseröhre ist eine gefürchtete Diagnose. Denn oft ist es nötig, in ausgedehnten und belastenden Operationen viel Gewebe zu entfernen. Dies kann erhebliche Funktionseinbußen und Einschränkungen zur Folge haben, etwa Schluckbeschwerden oder eine Verletzung des Bronchialbaums in der Lunge. Gleichzeitig ist die Prognose eher schlecht, nur etwa 25 Prozent der Erkrankten leben 5 Jahre nach der Diagnose noch. Doch mittlerweile etabliert sich in spezialisierten Zentren eine personalisierte multimodale Krebschirurgie. Mit dem Erfolg, dass Patientinnen und Patienten nach ihrer Krebsdiagnose heute oft länger und mit höherer Lebensqualität leben – oder gar geheilt werden. Diese Therapieform nutzt die sprunghaften Innovationen der letzten Jahre. Sie fließen unter der Überschrift „maßgeschneiderte Präzisionschirurgie“, verbunden mit der Behandlung durch fachübergreifende Teams, zusammen. Dazu gehören etwa die Charakterisierung des Genoms der Tumorzellen, ebenso der Einsatz von Data Management und künstlicher Intelligenz (KI) bei Diagnose, Therapieplanung und zur Einschätzung der Prognose. Dies paaren Chirurginnen und Chirurgen mit modernen, präzisen und schonenden, oft Roboter-assistierten Operationstechniken. Hinzu kommen eine oft schon lang vor dem Eingriff beginnende, gezielte Optimierung der körperlichen und seelischen Verfassung der zu Operierenden durch perioperative Medizin und die sogenannte Prähabilitation. *Moderne Präzisionschirurgie bei Krebs des Verdauungstrakts ist auch ein Thema auf der heutigen Online-Pressekonferenz des DCK 2024.*

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173

[liebendoerfer@medizinkommunikation.org](mailto:liebendoerfer@medizinkommunikation.org)

[www.dck2024.de](http://www.dck2024.de) | [www.dgch.de](http://www.dgch.de)



# DCK 2024

Gemeinsam lernen und heilen

141. Deutscher Chirurgie Kongress  
16. – 18. April 2024, DCK.digital  
24. – 26. April 2024, Leipzig

Im Jahr 2020 erkrankten etwa 5.660 Männer und über 1.700 Frauen an Krebs der Speiseröhre, gut 4.600 Männer und 1.400 Frauen starben an den bösartigen Wucherungen (1). Zu den wichtigsten Risikofaktoren zählen Rauchen, Alkohol, Übergewicht und der sogenannte Reflux. Hier fließt regelmäßig der stark säurehaltige Magensaft in die Speiseröhre zurück, Betroffene spüren es durch chronisches Sodbrennen.

## Die Entscheidung zur jeweiligen Therapie ist komplex und individuell patientenbezogen

„Die klassische Therapie besteht in der Regel aus einem großen viszeralchirurgischen Eingriff. Dabei werden anteilig die Speiseröhre mit dem Tumor und sämtliche in der Nähe befindlichen Lymphknoten vollständig entfernt“, sagt Professorin Dr. med. Christiane Bruns, Direktorin der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie der Uniklinik Köln und Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) 2023 / 2024. Doch es gibt Fortschritte in der Therapie. „Mittlerweile richten wir uns bei der Behandlung von Tumoren im Verdauungstrakt sehr an den Voraussetzungen jedes einzelnen Patienten aus“, so die Viszeralchirurgin, die auch stellvertretende Leiterin des Centrums für Integrierte Onkologie (CIO) Köln ist. „So schauen wir uns dazu etwa die molekulare Charakteristik des Tumors an“, führt Bruns weiter aus. „Daraus können wir schließen, auf welche Medikamente der Krebs ansprechen wird und wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, dass er im Körper streut.“ Wichtig seien zur Planung der Behandlung neben Lage und Ausbreitung des Tumors auch die Konstitution sowie die Vorerkrankungen der Patienten. Auch deren Wünsche im Hinblick auf Lebensqualität und Lebenszeit spielen eine Rolle.

Die Therapieentscheidung bestimmen des Weiteren auch Fragen wie: „Kann man noch beobachtend abwarten (‘active surveillance’)?“ „Inwieweit ist es möglich, das Organ bei der Operation zu erhalten beziehungsweise wie aggressiv muss man Gewebe entfernen?“ „Welche Strahlen-, Chemo- oder seit Neuestem auch Immuntherapeutika gibt man zu welchem Zeitpunkt?“ Ist der Entschluss zur Operation getroffen, stehen die offene Chirurgie, minimalinvasive Verfahren sowie die robotisch unterstützte Chirurgie zur Wahl.

### Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173

[liebendoerfer@medizinkommunikation.org](mailto:liebendoerfer@medizinkommunikation.org)

[www.dck2024.de](http://www.dck2024.de) | [www.dgch.de](http://www.dgch.de)



# DCK 2024

Gemeinsam lernen und heilen

141. Deutscher Chirurgie Kongress  
16. – 18. April 2024, DCK.digital  
24. – 26. April 2024, Leipzig

## Robotisch unterstützte Chirurgie kann den entscheidenden Unterschied zu mehr oder weniger Lebensqualität nach der OP ausmachen

„Im Gegensatz zur offenen Chirurgie hat die minimalinvasive Roboter-unterstützte Chirurgie beim Speiseröhrenkrebs viele Vorteile“, sagt Bruns. „Diese ermöglicht eine mehrfache Vergrößerung des Operationsgebiets und bietet damit eine deutlich übersichtlichere Darstellung sämtlicher Strukturen. Zudem kann man mithilfe der Kameras Blickwinkel einstellen, die man bei der herkömmlichen Chirurgie so nicht hat.“ 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. Eine Präzision, die Nerven, Gefäße und andere empfindliche Strukturen auch bei radikalen Operationen bestmöglich schont. „Das kann nachher den entscheidenden Unterschied zu mehr oder weniger Lebensqualität ausmachen, etwa beim Transportieren des Speisebreis zum Magen“, erklärt die Chirurgin.

## Die Grenzen der operativen und onkologischen Therapie verschieben sich immer mehr

Durch die neuen Ansätze einer personalisierten und hochpräzisen Tumorchirurgie verschieben sich die Grenzen der operativen und onkologischen Therapie. „Bereits heute können wir einzelnen Betroffenen mit einer nur gering gestreuten Tumorerkrankung im Magen-Darm-Trakt ohne große Dynamik – einer sogenannten Oligometastasierung – eine längere Überlebenszeit bieten. Auf dieser Basis – sie umfasst klinische Studien sowie molekularbiologische Forschung – entwickeln wir ein besseres Verständnis für die Besonderheiten dieser Krebszellen“, führt Professorin Bruns aus. Sie hofft, künftig damit auch Patienten mit deutlich weiter fortgeschrittenen Tumorerkrankungen eine bessere Prognose bieten zu können.

## Die weitere Anfahrt in ein Tumorzentrum zahlt sich meist aus

All dies setzt jedoch voraus, dass sich die Betroffenen zur Behandlung in ein von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziertes Tumorzentrum begeben. „Damit sind hohe Fallzahlen und eine

### Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173

[liebendoerfer@medizinkommunikation.org](mailto:liebendoerfer@medizinkommunikation.org)

[www.dck2024.de](http://www.dck2024.de) | [www.dgch.de](http://www.dgch.de)



# DCK 2024

Gemeinsam lernen und heilen

141. Deutscher Chirurgie Kongress  
16. – 18. April 2024, DCK.digital  
24. – 26. April 2024, Leipzig

entsprechend große Erfahrung gegeben. Es wird in Prozessen gedacht und in optimaler interdisziplinärer Infrastruktur im Sinne jedes einzelnen Patienten gehandelt“, so Bruns. Und nur hier finden sich gebündelte fachübergreifende Expertise bis hin zur kostspieligen Ausstattung mit neuester Medizintechnik. „Ein Zentrum kann den Unterschied machen, ich rate deshalb allen Betroffenen, im Zweifel eine weitere Anfahrt dafür in Kauf zu nehmen.“

„Die geplante Krankenhausreform berücksichtigt die Zentralisierung von komplexen Leistungen. Ich bin gespannt, wie personalisierte Therapien, die ja auch ein interdisziplinäres Vorgehen erfordern, umgesetzt werden können“, kommentiert Professor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen, Generalsekretär der DGCH.

*Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.*

*Auch auf der heutigen Online-Pressekonferenz am 15. April von 10.00 bis 11.30 Uhr des teilhybriden 141. Deutschen Chirurgie Kongresses (DCK 2024) sind Therapiefortschritte bei der Behandlung von Tumoren des Magen-Darm-Trakts durch personalisierte Präzisionschirurgie ein Thema. Der Kongress findet vom 24. bis 26. April 2024 in Leipzig statt. Zuvor gibt es vom 16. bis 18. April 2024 das ausschließlich digitale Format DCK.digital mit Nachmittags- und Abendsitzungen.*

Quellen:

- (1) <https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Speiserohrenkrebs/speiserohrenkrebs.html>

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173

[liebendoerfer@medizinkommunikation.org](mailto:liebendoerfer@medizinkommunikation.org)

[www.dck2024.de](http://www.dck2024.de) | [www.dgch.de](http://www.dgch.de)





# DCK 2024

Gemeinsam lernen und heilen

141. Deutscher Chirurgie Kongress  
16. – 18. April 2024, DCK.digital  
24. – 26. April 2024, Leipzig

## Terminhinweis Gastvortrag auf dem DCK 2024

### Are we ready for clinical surgical AI?

Prof. Dr. Lena Maier-Hein\*

*Geschäftsführende Direktorin NCT Heidelberg, Leiterin der Abteilung Intelligente Medizinische Systeme am DKFZ*

**Termin:** Mittwoch, 24. April, 18.18 bis 18.33 Uhr

**Ort:** Saal 1, HYBRID / LIVESTREAM

**Link:** <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/presentation/668328>

\*Prof. Dr. Lena Maier-Hein hat für ihre Pionierarbeit zur Methodenentwicklung der KI-basierten Bildgebung bei onkologischen Operationen soeben den Deutschen Krebspreis 2024 in der Kategorie „Translationale Krebsforschung“ erhalten.

## Ausgewählte Terminhinweise / Sitzungen zu chirurgischen Eingriffen im Verdauungstrakt auf dem DCK 2024

### Aktuelle Studien in der Magen- und Ösophaguschirurgie (CAOGI)

**Termin:** Mittwoch, 24. April, 08.00 bis 09.00 Uhr

**Ort:** Plenar 1 (Übertragung via Livestream vom DCK 2024 in Leipzig)

- Defining Benchmarks for Gastric Cancer Surgery – A Global Multicenter Analysis
- Watchful Waiting versus Operation bei klinischen “Complete Respondern”
- Aktuelle Studien zu chirurgischen Techniken
- Treatment of EGJ Cancer within or outside Clinical Trials – what are the outcomes?

**Link:** <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/session/112738>

### Komplikationsmanagement in der Ösophaguschirurgie

**Termin:** Mittwoch, 24. April, 09.15 bis 10.45 Uhr

**Ort:** Plenar 1

- Intraoperative Komplikationen – was ist typisch und was ist zu tun?
- Management der Duodenalstumpfsuffizienz
- Postoperatives Komplikationsmanagement – endoskopisch
- Bronchusverletzungen – wie behandeln und wann Tracheotomie?
- Hiatal Herniation after minimally invasive esophagectomy – Treatment pathway and the role of robotic surgery

**Link:** <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/session/112743>

#### Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173

[liebendoerfer@medizinkommunikation.org](mailto:liebendoerfer@medizinkommunikation.org)

[www.dck2024.de](http://www.dck2024.de) | [www.dgch.de](http://www.dgch.de)



# DCK 2024

Gemeinsam lernen und heilen

141. Deutscher Chirurgie Kongress  
16. – 18. April 2024, DCK.digital  
24. – 26. April 2024, Leipzig

## Academic surgical oncology – integrated approach from basic research to clinical health care for upper GI and HPB cancer

Termin: Donnerstag, 25. April, 08.00 bis 08.18 Uhr

Ort: Mehrzweckfläche (MZF) 3 (Übertragung via Livestream vom DCK 2024 in Leipzig)

Teil der Session: Joint JSS / DGCH Session

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/presentation/659106>

## Die Entwicklung der Ösophagustumorchirurgie – von Pioniertaten zu Hightech

Termin: Donnerstag, 25. April, 09.15 bis 09.36 Uhr

Ort: Saal 1 (Übertragung via Livestream vom DCK 2024 in Leipzig)

- Teil der Session: Geschichte der Chirurgie aktuell

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/presentation/657286>

## TIVITA – HSI Ösophaguskarzinom

Termin: Donnerstag, 25. April, 17.42 bis 17.51 Uhr

Ort: Saal 1 (Übertragung via Livestream vom DCK 2024 in Leipzig)

- Teil der Session: CTAC Preisträgersitzung – Innovationen für die digitale Chirurgie

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/presentation/656498>

## Onkologische Viszeralchirurgie – Aktuelle Publikationen, die man kennen muss!

Termin: Freitag, 26. April, 11.15 bis 12.45 Uhr

Ort: Mehrzweckfläche (MZF) 3 (Übertragung via Livestream vom DCK 2024 in Leipzig)

- Hepatobiliäre Chirurgie
- Chirurgie des unteren Gastrointestinaltraktes
- Chirurgie des oberen Gastrointestinaltraktes
- Studienlage OGI onkologisch – was man wissen muss
- Endokrine Chirurgie

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/session/112889>

## State of the art in GI surgery – today and tomorrow

Termin: Freitag, 26. April, 14.00 bis 15.30 Uhr

Ort: Mehrzweckfläche (MZF) 3 (Übertragung via Livestream vom DCK 2024 in Leipzig)

State of the art in colon cancer surgery

- Surgery in Crohn's disease – state of the art
- Gastric cancer – the Asian perspective
- State of the art in esophageal cancer surgery in Europe

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/session/112850>

### Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173

[liebendoerfer@medizinkommunikation.org](mailto:liebendoerfer@medizinkommunikation.org)

[www.dck2024.de](http://www.dck2024.de) | [www.dgch.de](http://www.dgch.de)



# DCK 2024

Gemeinsam lernen und heilen

141. Deutscher Chirurgie Kongress  
16. – 18. April 2024, DCK.digital  
24. – 26. April 2024, Leipzig

## PRESSEMITTEILUNG

141. Deutscher Chirurgie Kongress (DCK 2024) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)  
in Leipzig

Bauchfellkrebs: große Fortschritte bei der Behandlung einiger Patientengruppen  
Spezialisierte chirurgische Behandlung des Primärtumors ist jedoch entscheidend

Berlin / Leipzig, 15. April 2024 – Krebs des Bauchfells ist eine besonders bösartige Erkrankung mit oft tödlichem Ausgang. Meist handelt es sich um Metastasen von Krebs des Dickdarms, Mastdarms, Magens oder der Eierstöcke. Doch bei einzelnen Patientinnen und Patienten kann die Kombination mehrerer Therapieverfahren die Überlebensdauer deutlich verbessern. Die Behandlung ist jedoch äußerst belastend und komplikationsträchtig. Damit es möglichst gar nicht erst zu den sogenannten peritonealen Metastasen komme, sei es zentral, den streuenden Krebs (Ersttumor) möglichst frühzeitig zu erkennen und umfassend zu entfernen, sagt Professor Dr. med. Dr. h.c. Pompiliu Piso aus Regensburg im Vorfeld des 141. Deutschen Chirurgie Kongresses (DCK 2024). Deshalb solle man seine Krebserkrankung in Zentren behandeln lassen, die auf chirurgische Onkologie spezialisiert sind. Die dort praktizierte fachübergreifende Präzisionsmedizin und -chirurgie mit ihren multimodalen Behandlungskonzepten verbessere die Wahrscheinlichkeit, dass der Primärtumor nicht streue – falls die Metastasen nicht schon gleichzeitig aufgetreten sind. Zudem rät er, alle Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen und Symptome wie anhaltende Bauchschmerzen, Blut im Stuhl und neu auftretende Unregelmäßigkeiten bei der Verdauung abklären zu lassen. *Die moderne chirurgische Behandlung von Tumoren ist ein Thema auf der heutigen Online-Presskonferenz des DCK 2024.*

Jedes Jahr erhalten Zehntausende Menschen die Diagnose Bauchfellkrebs. Dies bedeutet meist, dass ihre Krebserkrankung schon weit fortgeschritten ist. Dann haben sich Zellen von

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173

[liebendoerfer@medizinkommunikation.org](mailto:liebendoerfer@medizinkommunikation.org)

[www.dck2024.de](http://www.dck2024.de) | [www.dgch.de](http://www.dgch.de)



# DCK 2024

Gemeinsam lernen und heilen

141. Deutscher Chirurgie Kongress  
16. – 18. April 2024, DCK.digital  
24. – 26. April 2024, Leipzig

bösartigen Geschwülsten aus Magen, Darm oder Eierstöcken auf das Bauchfell, Peritoneum genannt, ausgebreitet und dort Tochtergeschwülste gebildet. Das Bauchfell kleidet den gesamten Bauchraum aus und umhüllt die inneren Organe. Es produziert eine Flüssigkeit, die die Organe gleiten lässt und sie versorgt. Gleichzeitig erleichtert diese „Gleitschmiere“ das Ausbreiten von Krebszellen im Bauchraum.

## Fast alle Bauchtumoren können in das Bauchfell metastasieren

„Grundsätzlich können fast alle Bauchtumoren Metastasen am Bauchfell verursachen“, sagt Piso, Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV). „Am häufigsten ist dies beim Magenkarzinom der Fall. Fast die Hälfte der Rückfallerkrankungen nach der Operation findet sich hier.“ Auch bei etwa 10 Prozent der Patientinnen und Patienten mit Darmkrebs treten Metastasen im Bauchfell auf. „Aber selbst Tumoren außerhalb des Bauchraumes, etwa Brustkrebs, können im Verlauf Bauchfellkrebs verursachen“, so Piso. In seltenen Fällen können auch Zellen des Bauchfells selbst bösartig entarten.

In der Vergangenheit galt Bauchfellkrebs als nicht heilbar. Die Operation wurde abgebrochen und die Betroffenen wurden rein palliativ behandelt. Die Restlebenszeit betrug nur wenige Monate.

## Multimodale Behandlung von Krebs des Bauchfells

Doch mittlerweile gibt es für Patienten mit wenigen und gut operierbaren Metastasen im Bauchfell Therapieangebote, die ihre Prognose deutlich verbessern können. Meist werden mehrere Behandlungen miteinander kombiniert. Der erste und wichtigste Schritt ist dabei die sogenannte zytoreduktive Chirurgie (CRS). Hier entfernen Chirurginnen und Chirurgen das Bauchfell und alle sichtbaren Tumoren so radikal wie möglich aus dem Körper. Die CRS wird begleitet durch die sogenannte hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC). Dabei handelt es sich um eine maschinelle Spülung des Bauchraums mit einer auf 42 Grad Celsius erwärmten Lösung. Sie enthält Zytostatika, die weitestmöglich auf die Merkmale des Tumors

### Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173

[liebendoerfer@medizinkommunikation.org](mailto:liebendoerfer@medizinkommunikation.org)

[www.dck2024.de](http://www.dck2024.de) | [www.dgch.de](http://www.dgch.de)



# DCK 2024

Gemeinsam lernen und heilen

141. Deutscher Chirurgie Kongress  
16. – 18. April 2024, DCK.digital  
24. – 26. April 2024, Leipzig

zugeschnitten sind. „Gegenüber einer intravenösen Chemotherapie können die Medikamente viel höher dosiert werden, weil die eingesetzten Therapeutika kaum in den Blutkreislauf gelangen“, erläutert Piso. Daher ist mit weniger Nebenwirkungen zu rechnen. Ein weiterer Pluspunkt betrifft die Wärme der Spülung, sie verstärkt die Wirkung der Zellgifte. OP und Spülung können zusätzlich mit einer intravenösen Chemotherapie kombiniert werden.

## Personalisierte Therapie von Anfang an

Piso betont die Notwendigkeit einer personalisierten Krebstherapie von Anfang an, denn: „Krebs ist nicht gleich Krebs.“ Eine Generalisierung der Therapie sei deshalb nicht möglich: „Die Prognose und beste Behandlung variieren stark und erfordern eine Diskussion in einem fachübergreifenden Tumorboard.“ Wichtig sei die Orientierung an den vielfältigen genetischen Merkmalen der Tumortypen und den individuellen Patientenfaktoren. Zu Letzteren zählen die spezifischen anatomischen Gegebenheiten, etwa Ausbreitung des Tumors und Voroperationen, Begleiterkrankungen und der Patientenwille. Piso empfiehlt deshalb allen Betroffenen mit Bauchfellkrebs, eine zweite Meinung in einem anerkannten Kompetenz- oder Referenzzentrum einzuholen.

## Bessere Prognose in auf Krebschirurgie spezialisierten Zentren

Professorin Dr. med. Christiane Bruns, Direktorin der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie der Uniklinik Köln und Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) 2023 / 2024, betont: „Es ist wichtig, zur Erstbehandlung in ein auf Krebschirurgie spezialisiertes Zentrum zu gehen. Dort können alle Möglichkeiten der Behandlung auf die Erkrankten maßgeschneidert und zielgerichtet ausgeschöpft und mit den Möglichkeiten einer modernen Chirurgie – von KI-gestützter Vorhersage der Erfolgsaussichten bis hin zu robotisch unterstützter Chirurgie – kombiniert werden.“

## Sind Metastasen erst einmal da, kehren sie oft zurück

Denn sind Metastasen erst einmal da, sei die Gefahr groß, dass sie zurückkehren. „Aber auch wenn bei Bauchfellkrebs eine Heilung eher selten ist, können wir die Erkrankung je nach Tumorart heute deutlich häufiger so kontrollieren, dass eine gute Lebensqualität über die

### Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173

[liebendoerfer@medizinkommunikation.org](mailto:liebendoerfer@medizinkommunikation.org)

[www.dck2024.de](http://www.dck2024.de) | [www.dgch.de](http://www.dgch.de)



# DCK 2024

Gemeinsam lernen und heilen

141. Deutscher Chirurgie Kongress  
16. – 18. April 2024, DCK.digital  
24. – 26. April 2024, Leipzig

verbleibende Lebenszeit möglich ist“, so die Viszeralchirurgin, die auch stellvertretende Direktorin des Centrums für Integrierte Onkologie (CIO) Köln ist.

*Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.*

*Auf dem 141. Deutschen Chirurgie Kongress (DCK 2024) diskutieren Expertinnen und Experten über den aktuellen Stand der chirurgischen Optionen und perioperativen Therapien bei Krebs und wie diese, eingebettet in multimodale Behandlungspläne, die Überlebenschancen verbessern können– von der Analyse der molekularen Besonderheiten des jeweiligen Tumors über KI-gestützte Einschätzung von Risiken, virtuelle Operationsplanung bis hin zu robotergestützter Chirurgie. Sessionplaner:*

<https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag>

## Ausgewählte Vorträge zum Thema Bauchfellmetastasen auf dem DCK 2024

Extending the indication for CRS and HIPEC in PMP of appendical origin – a clinical analysis.

Termin: Dienstag, 16. April, 18.20 bis 18.25 Uhr

Ort: Stream 2, LIVE-ÜBERTRAGUNG

- Teil der Session: Kolorektale Chirurgie und Proktologie I

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/presentation/656942>

Einflussfaktoren auf den finanziellen Erlös nach zytoreduktiver Chirurgie und HIPEC im deutschen DRG-System für Krankenhäuser

Termin: Mittwoch, 17. April, 17.00 bis 17.06 Uhr

Ort: Stream 2, LIVE-ÜBERTRAGUNG

- Teil der Session: Varia I

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/presentation/656988>

Zytoreduktive Chirurgie und hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) beim kindlichen abdominellen Rhabdomyosarkom. Erfahrungsbericht eines pädiatrischen onkochirurgischen Referenzzentrums

Termin: Mittwoch, 24. April, 10.05 bis 10.15 Uhr

Ort: Saal 3

- Teil der Session: Kinderendokrinologie I

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/presentation/658057>

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173

[liebendoerfer@medizinkommunikation.org](mailto:liebendoerfer@medizinkommunikation.org)

[www.dck2024.de](http://www.dck2024.de) | [www.dgch.de](http://www.dgch.de)



# DCK 2024

Gemeinsam lernen und heilen

141. Deutscher Chirurgie Kongress  
16. – 18. April 2024, DCK.digital  
24. – 26. April 2024, Leipzig

Cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC) in children – a case series of 5 patients undergoing 6 CRS-HIPEC procedures)

Termin: Mittwoch, 24. April, 10.15 bis 10.25 Uhr

Ort: Saal 3

- Teil der Session: Kinderonkologie I

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/presentation/658058>

Complete tumor resection and Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (HIPEC) for prevention and treatment of peritoneal metastases in patients with colorectal cancer – a meta-analysis

Termin: Mittwoch, 24. April, 11.59 bis 12.03 Uhr

Ort: Vortrag 10

- Teil der Session: Kolorektale Chirurgie und Proktologie III

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/presentation/657102>

Prädiktive Faktoren des Outcomes nach zytoreduktiver Chirurgie und HIPEC beim kolorektalen Karzinom

Termin: Mittwoch, 24. April, 11.47 bis 11.51 Uhr

Ort: Vortrag 10

- Teil der Session: Kolorektale Chirurgie und Proktologie III

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/presentation/657099>

Relevante laufende Studien: HIPEC

Termin: Mittwoch, 24. April, 14.22 bis 14.33 Uhr

Ort: Mehrzweckfläche (MZF) 1

- Teil der Session: Relevante Studien in der gastrointestinalen Chirurgie – unterer GI-Trakt (ACO)

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/presentation/656890>

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173

[liebendoerfer@medizinkommunikation.org](mailto:liebendoerfer@medizinkommunikation.org)

[www.dck2024.de](http://www.dck2024.de) | [www.dgch.de](http://www.dgch.de)

## Grußwort zum 141. Deutschen Chirurgie Kongress (DCK 2024) (Auszug)

*Professorin Dr. med. Christiane Bruns*

Präsidentin 2023 / 2024 der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH);  
Direktorin der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie der  
Uniklinik Köln und stellvertretende Leiterin des Centrums für Integrierte Onkologie (CIO) Köln

Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
liebe Studierende, Pflegekräfte und Angehörige des Rettungsdienstes

(...) Im 153. Jahr des Bestehens der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gilt es in Anbetracht der aktuellen Ereignisse umso mehr, sich darauf zu besinnen, was die DGCH auszeichnet und welche gesellschaftliche Verantwortung wir gemeinsam haben. Neben Beständigkeit, Verlässlichkeit und Transparenz sowie humanitärer Zuwendung in verschiedenen Katastrophensituationen ist es das Erfüllen des grundsätzlichen Vertrauens, das in unsere Gesellschaft und unser Handeln gesetzt wird, insbesondere seitens der Patienten und ihrer Angehörigen sowie des chirurgischen Nachwuchses. Gemeinsam müssen wir darauf achten, dass die durch Forschung und Wissenschaft geschaffenen Werte nicht verloren gehen, und die Erkenntnis pflegen, dass Fortschritt nur durch Wissenschaft und Forschung zustande kommt.

Der 141. Deutsche Chirurgie Kongress findet turnusgemäß vom 24. bis 26. April 2024 im Congress Center Leipzig statt.

Das Motto des DCK 2024 „Mut zur Veränderung – Zukunft mitgestalten“ zielt einerseits darauf ab, gemeinsam die zukünftige Ausrichtung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie unter den aktuellen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen verantwortungsvoll und engagiert mitzugestalten. Andererseits möchten wir vermitteln, dass wir zusammen den Mut aufbringen müssen und können, dringend notwendige Veränderungen des Gesundheitssystems in Deutschland kraftvoll und positiv zu begleiten. Nur wenn wir gemeinsam Veränderungen inhaltlich unterstützen, haben wir eine Chance auf Systemverbesserung.

Die Zukunft der Chirurgie in Deutschland wird geprägt sein durch große gesundheitspolitische Projekte wie die Krankenhausstrukturreform mit Zentrumsbildung und Mindestmengen, zunehmende Ambulantisierung mit noch vielen organisatorischen und strukturellen Problemen sowie dem schon längst überfälligen



Projekt der flächendeckenden Digitalisierung im fortbestehenden Kampf mit dem Datenschutz.

Bei diesen Mammutaufgaben müssen wir dringend darauf achten, dass die Aus- und Weiterbildung sowie generell die klinische und wissenschaftliche Nachwuchsförderung nicht vergessen werden. Durch kluge und innovative regionale, aber auch überregionale Kooperationsstrukturen, die inhaltlich von uns selbst mitgestaltet werden, können wir dem entgegenwirken und damit die Versorgung chirurgischer Patienten zukünftig weiter auf hohem Niveau in Deutschland sicherstellen. Dabei sollte die steigende Vielfalt unserer Bevölkerung auch in der Chirurgie unbedingt als Chance gesehen werden.

Zukünftig werden alle chirurgischen Fächer sowie auch viele interventionelle Nachbardisziplinen zunehmend durch modernste Technologie geprägt sein, unterstützt durch künstliche Intelligenz und Computer Vision. Das gelingt uns nur durch Einbinden der jüngeren Generation in Forschung und Entwicklung dieser Technologien in Zusammenarbeit mit unseren industriellen Partnern.

Inhaltlich wird sich die Chirurgie in allen Facetten auch deutlich in Richtung Therapiepersonalisierung entwickeln, was unter anderem zur maßgeschneiderten Erweiterung von OP-Indikationen führen kann. Entscheidend bleibt dabei in allen chirurgischen Bereichen das grundlegende Verständnis für die Biologie der Erkrankungen und das empathische, mitmenschliche Verständnis für die Patienten und ihre Angehörige.

Die Corona-Pandemie der letzten 3 Jahre hat uns alle zwangsläufig in unserem Kommunikationsverhalten umgeschult, wir haben gelernt, Online-Formate zum Wissens- und Informationsaustausch zu akzeptieren, ja, nahezu wertzuschätzen. Die Digitalisierung hat durch die Pandemie in vielen Lebensbereichen in der Tat einen Schub nach vorne erfahren und entsprechend hat sich auch die Kongresslandschaft von voll virtuellen bis hin zu unterschiedlichen Hybridformaten verändert.

Dennoch liegt uns allen etwas am sehr persönlichen Austausch, fernab von virtuellen Kommunikationsplattformen. Insofern werden wir auch 2024 einen Präsenzkongress mit einzelnen Hybridelementen anbieten, daneben aber den virtuellen Präkongress

DCK.digital in der Woche davor beibehalten, nicht zuletzt, um dem engagierten chirurgischen Nachwuchs und den Kolleg\*innen im Ausland möglichst viel Flexibilität und Partizipationsmöglichkeiten über virtuelle Sitzungen anzubieten. Befragt man den chirurgischen Nachwuchs, so scheint diese neue Flexibilität der Kongressgestaltung längst überfällig gewesen zu sein und ist zudem nachhaltig.

Neben der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sind traditionell die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) und die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) mit ihren Jahrestagungen an unserem Kongress beteiligt. Zudem werden die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG), die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) und zum wiederholten Male auch die Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (DGPRÄC) ihre jeweiligen Frühjahrstagungen auf dem gemeinsamen Kongress abhalten. Auch die weiteren Mitgliedsgesellschaften der DGCH, die ihre eigenen Jahrestagungen außerhalb des Chirurgie Kongresses abhalten, werden sich wieder aktiv in die Programmgestaltung des nächstjährigen Kongresses mit einbringen. Ebenfalls beteiligt sind der Berufsverband der Deutschen Chirurgie (BDC) sowie der Berufsverband für Pflegeberufe und die Rettungsdienste mit eigenen Programmpunkten.

Die Attraktivität des gemeinsamen Deutschen Chirurgie Kongresses 2024 besteht trotz aller Spezialisierung für alle Mitgliedsgesellschaften insbesondere darin, gemeinsam interdisziplinäre Sitzungen zu gestalten, gemeinsame Sitzungen mit den Partnerfächern wie Anästhesie und Intensivmedizin, innere Medizin und Pathologie zu entwickeln und im Verbund die großen gesundheitspolitischen Themen zu diskutieren. Themen, die uns alle interessieren, sind die perioperative Medizin, die Intensiv- und Notfallmedizin, unsere ureigene chirurgische Forschung sowie auch berufspolitische Themen wie Personaluntergrenzen und Arbeitsbedingungen des Nachwuchses, die wir dann zusammen mit unserem Berufsverband bearbeiten müssen. Derartige uns alle betreffende Themen müssen gemeinsam und gebündelt nach außen dargestellt und vertreten werden, damit sie mehr Gehör finden.

Großprojekte des Gesundheitswesens wie die bundesweite Umsetzung der Krankenhausstrukturreform mit einheitlichen Versorgungsstufen und definierten

Strukturvorgaben, die zunehmende Ambulantisierung sowie die Implementierung eines mehrdimensionalen Vergütungssystems sind „dicke Bretter“, die uns alle betreffen, uns auch Sorgen bereiten und die auf dem DCK 2024 zusammen weiter besprochen werden können.

Für den chirurgischen Nachwuchs bietet der DCK ideale Netzwerke untereinander, einerseits für zukünftige Verbundforschungsprojekte und multizentrische deutsche Studien, andererseits zur Schaffung einer grundlegenden Basis für die teamorientierte, moderne Patientenversorgung im klinischen Alltag.

Hervorheben möchte ich die intensive Kooperation mit der Bundeswehr, die über Jahre hinweg regelmäßig am DCK teilgenommen hat. Insbesondere in Anbetracht der verheerenden Kriegsgeschehnisse in der Ukraine ist diese Kooperation von ganz besonderer Wichtigkeit für unser gemeinsames Fach Chirurgie. Durch die erneute Teilnahme der Bundeswehr am DCK 2024 stellen wir sichtbar dar, dass die Bundeswehr ein entscheidender Teil unserer öffentlichen Gesellschaft ist.

Ein schon traditionelles Highlight des DCK ist der Organspendelauf. Der Startschuss für den Präsenzlaf vor Ort fällt am 23. April 2024 um 18.00 Uhr. Parallel dazu wird vom 23. bis 28. April 2024 erneut der virtuelle Lauf angeboten. Weltweit können Teilnehmende hierbei via Lauf-App auf die Strecke gehen. Die virtuelle Form der Teilnahme, die ebenfalls pandemiebedingt etabliert wurde, hat mittlerweile eine vielfach höhere Teilnehmerzahl erreicht, als der Lauf vor Ort. Dieses Ereignis hat sich über die letzten Jahre erfreulicherweise zu einem Markenzeichen der DGCH entwickelt und unterstützt wirkungsvoll das Thema Organspende in der Öffentlichkeit.

Für die Studierenden wird seitens des Perspektivforums der DGCH wieder ein eigener Programtag mit verschiedenen Sitzungen veranstaltet. Dieser Sitzungstag ermöglicht fokussiert kurze Einblicke in das facettenreiche Fach Chirurgie und wurde bereits in den Jahren zuvor als wertvolle Erfahrung für die weitere berufliche Entwicklung seitens der Studierenden wahrgenommen.

Gastnation zum 141. Deutschen Chirurgie Kongress 2024 sind die Vereinigten Staaten von Amerika. Wir erwarten eine Partnerdelegation des American College of Surgeons, die sich an den internationalen Sitzungen zu chirurgischen Themen wie auch gesundheitspolitischen Themen im Vergleich zu Deutschland und Europa beteiligen wird.

Abschließend darf ich Sie herzlich auch im Namen der Präsidenten aller Fachgesellschaften der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie auf den 141. Deutschen Chirurgen Kongress 2024 nach Leipzig einladen, den wir vom 24. bis 26. April 2024 im Congress Center Leipzig in Präsenz abhalten wollen. Erneut vorgeschaltet wird online der DCK.digital vom 16. bis 18. April 2024 stattfinden.

Ich freue mich, Sie gemeinsam mit meinem Team und den Präsidenten der DGCH-Mitgliedsgesellschaften persönlich in Leipzig begrüßen zu können, und verbleibe mit

herzlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Christiane J. Bruns  
Präsidentin der DGCH 2023 / 2024

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Köln, April 2024

Chirurgie 2024 · 95:261–267  
<https://doi.org/10.1007/s00104-024-02056-3>  
Angenommen: 7. Februar 2024  
Online publiziert: 27. Februar 2024  
© The Author(s), under exclusive licence to  
Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von  
Springer Nature 2024

**Redaktion**

C. Bruns, Köln  
T. Schmidt, Köln



# Maßgeschneiderte Chirurgie in der Behandlung gastroösophagealer Tumoren

Thomas Schmidt · Hans F. Fuchs · Michael N. Thomas · Dolores T. Müller ·  
Leandra Lukomski · Matthias Scholz · Christiane J. Bruns  
Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie, Uniklinik Köln, Köln,  
Deutschland

## In diesem Beitrag

- Maßgeschneiderte chirurgische Behandlungskonzepte beim Ösophaguskarzinom
- Überwachung statt Operation
- Optimale chirurgische Technik
- Sonderfall AEG II
- Vaskuläre Risikopatienten
- Oligometastasierte Ösophaguskarzinome

## Zusammenfassung

Die chirurgischen Optionen und insbesondere die perioperativen Therapien haben sich bei gastroösophagealen Karzinomen erheblich weiterentwickelt. Durch kurative multimodale Therapiekonzepte bei lokal fortgeschrittenen Karzinomen kann mittlerweile eine 5-Jahres-Überlebensrate von nahezu 50% erreicht werden. In Tumorboards und chirurgischen Fallbesprechungen stellt sich daher vermehrt die Frage, welche Art der Therapie individuellen Patienten mit ihren Vorerkrankungen die besten onkologischen und funktionellen Ergebnisse ermöglicht. Dabei gilt es, sorgfältig abzuwägen, ob in Zukunft auch organerhaltende Therapien in Betracht kommen oder in welcher Form minimal-invasive oder robotische Operationen Vorteile bieten können. Gleichzeitig verschieben sich gegenwärtig die Grenzen der operativen und onkologischen Therapie, um auch kurative Behandlungen für vorerkrankte Patienten oder Patienten mit einer oligometastatischen Erkrankung zu ermöglichen. Mit der Integration künstlicher Intelligenz in Entscheidungsprozesse stehen zunehmend neue Möglichkeiten der Informationsverarbeitung zur Verfügung, um in Zukunft noch mehr Daten in unsere Entscheidungsfindung einbeziehen zu können.

## Schlüsselwörter

Oligometastasierung · Ösophaguskarzinome · Künstliche Intelligenz · Multimodale Therapie · Kurative Behandlung

## Hintergrund

Die maßgeschneiderte Chirurgie umfasst eine Vielzahl verschiedener Aspekte in der chirurgischen Behandlung von Patienten mit gastroösophagealen Tumoren. Hierbei werden unterschiedliche chirurgische Techniken, die Sequenz und der Stellenwert von Operationen im interdisziplinären Therapieplan sowie individuelle Patienteneigenschaften kombiniert, um einen möglichst optimalen Therapieerfolg zu erzielen. Aufgrund der hohen postoperativen Morbidität [1] und unter dem Einfluss der Mindestmengenregelungen [2] wird die chirurgische Therapie des Ösophaguskarzinoms in Deutschland meist in spezialisierten Zentren durch-

geführt. In den Niederlanden kam es bereits zu einer Zentralisierung mit einer Qualitätsverbesserung für die Patienten [3].

Aufgrund der Komplexität des Eingriffes und der Therapie steht eine Reihe von Möglichkeiten bereit, um eine patientenindividuelle maßgeschneiderte Chirurgie anzubieten. Während das Alter per se selbst bei hochbetagten Patienten keinen Ausschlussgrund mehr für eine chirurgische Therapie darstellt [4, 5], müssen tumorspezifische und konstitutionelle Aspekte der Patienten bei der Therapieplanung in Betracht gezogen werden.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

### Maßgeschneiderte chirurgische Behandlungskonzepte beim Ösophaguskarzinom

Im interdisziplinären Tumorboard spielt das präzise Staging eine entscheidende Rolle für die maßgeschneiderte Behandlung. Dies ist von wesentlicher Bedeutung, um den optimalen Zeitpunkt und die geeignete Art der potenziell kurativen Therapie effizient zu planen.

Frühstadien des Ösophaguskarzinoms mit einer Tumorausdehnung lediglich auf die Mukosa (uT1a) lassen sich kurativ endoskopisch mittels EMR (endoskopische Mukosaresektion) oder ESD (endoskopische Submukosadisektion) behandeln [6]. In lokal fortgeschrittenen Stadien werden die Patienten in der Regel in multimodalen Therapiekonzepten behandelt. Patienten mit Adenokarzinomen werden mit perioperativer Chemotherapie nach dem FLOT(5-Fuorouracil, Leuvovorin, Oxaliplatin, Docetaxel)-Protokoll oder mit neoadjuvanter Radiochemotherapie nach dem CROSS(Carboplatin/Paclitaxel)-Protokoll [7] behandelt und Patienten mit Plattenepithelkarzinomen nach dem CROSS-Protokoll. Nach einer neoadjuvanter Radiochemotherapie wurde bei Patienten ohne komplettes pathologisches Ansprechen die Immuntherapie mit Nivolumab inzwischen etabliert [8]. Beide Therapiekonzepte werden derzeit in Studien verglichen, wobei wir in Deutschland noch auf die Daten der ESOPEC-Studie warten [9]. Die kürzlich veröffentlichten Daten der Neo-AEGIS-Studie vergleichen das CROSS-Protokoll mit dem älteren MAGIC-Chemotherapieprotokoll bei Adenokarzinomen des Ösophagus und des gastroösophagealen Übergangs [10, 11].

Seit 2018 wird auch das FLOT-Protokoll aufgrund der Ergebnisse der FLOT4-Studie genutzt [12]. 362 Patienten wurden in der Intention-to-treat-Analyse untersucht. Die Studie wurde im Dezember 2020 nach einer Interimsanalyse angebrochen. Das Gesamtüberleben war als primärer Endpunkt mit 48,0 Monaten (perioperative Chemotherapie) im Vergleich zu 49,2 Monaten (neoadjuvante Radiochemotherapie) nicht unterschiedlich. Dies zeigt sich auch in retrospektiven Auswertungen [13]. In neuen Protokollen wie in der Phase-II-DANTE-Studie werden PD-L1-Antikörper-Immunthe-

rapien zum FLOT-Protokoll hinzugefügt. Erste Daten zeigen eine Verbesserung im Ansprechen und mehr Patienten mit einem kompletten histopathologischen Ansprechen [14].

#### » KI und ML können Patientencharakteristika und Tumorbiopsien hinsichtlich optimaler Therapiestrategien auswerten

Da sich für perioperative Chemotherapien und neoadjuvante Radiochemotherapien ähnliche Ergebnisse zeigen und insbesondere Responder ein besonders langes Überleben haben, bietet sich hier die Möglichkeit, die prätherapeutischen Biopsien und die Patientencharakteristika mithilfe künstlicher Intelligenz (KI) und maschinellen Lernens (ML) auszuwerten, um das optimale Therapieschema vorherzusagen. In der eigenen Arbeitsgruppe in Köln wird zurzeit mithilfe neuronaler Netzwerke (NN) an der Prädiktion der optimalen Neoadjuvanz basierend auf diesen Daten gearbeitet [15]. Prinzipiell sollte dies in der Zukunft um Radiomics- und weitere MultiOMICS-Daten erweitert werden.

Zur Bewertung des Therapieansprechens und der Tumorregression wurden zuletzt Deep-Learning-Methoden mit Training eines neuronalen Netzwerks eingesetzt, das histopathologische Schnitte von Operationspräparaten nach einer neoadjuvanter Therapie beurteilt. Diese künstliche Intelligenz kann Pathologen unterstützen, die Interobserverübereinstimmung zu erhöhen und die Diagnosezeit zu verkürzen [16].

Neben diesen multimodalen Therapiekonzepten kommt in der Planung der Therapiesequenz in lokal begrenzten Stadien (cT1b/2 cN0) auch die primäre Resektion infrage.

#### Überwachung statt Operation

Ein neues Behandlungskonzept, das aktuell in unterschiedlichen internationalen Studien untersucht und kontrovers diskutiert wird, ist der Organerhalt der Speiseröhre nach potenziell kurativer Radiochemotherapie im Rahmen einer „active surveillance“, also einer aktiven Beobachtung. In Deutschland wird aktuell die ESORES-Pilotstudie zu Chirurgie „as needed“ vs. Chi-

rurgie „on principle“ bei vollständiger Remission nach neoadjuvanter Therapie von Ösophaguskarzinomen durchgeführt [17]. Ziel der Hauptstudie ist es, 670 Patienten zu entweder einer geplanten Operation nach neoadjuvanter Therapie zu randomisieren oder klinisch das Ansprechen engmaschig zu überprüfen und die Patienten nur zu operieren, wenn eine Tumorpersistenz oder ein wiederkehrender lokaler Tumor festgestellt wird.

In den Niederlanden wurde zu diesem Thema zunächst die preSANO(Surgery as needed of Oesophageal Cancer)-Studie an 6 Zentren mit 219 Patienten durchgeführt. Die Patienten erhielten eine neoadjuvante Radiochemotherapie und wurden im Anschluss nach 4 bis 6 Wochen per Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGD) mit tiefen Biopsien und Endosonographie untersucht. Falls ein komplettes Therapieansprechen gefunden wurde, wurden zusätzlich eine Positronenemissionstomographie-Computertomographie (PET-CT) und endosonographische Biopsien auffälliger Lymphknoten durchgeführt. 12 bis 14 Wochen nach der neoadjuvanter Therapie wurde bei den Patienten eine Ösophagektomie vorgenommen. Im Vergleich der verschiedenen diagnostischen Modalitäten zeigte sich, dass bei 10–31% der Patienten ein Tumor mit >10% residualem Tumor nicht gefunden wurde [18].

Basierend auf diesen Daten wird seit 2017 die SANO-Studie mit einem aktuell erweiterten Studienprotokoll durchgeführt [19, 20]. In der Phase-III-Studie werden in einer Clusterrandomisierung prospektiv Patienten mit einem kompletten klinischen Ansprechen untersucht, die dies in zwei konsekutiven klinischen Untersuchungen bezügliche des Ansprechens zeigten. Diese Patienten werden entweder zu einer standardmäßigen Operation oder zu einer engmaschigen „surveillance“ (Überwachung) randomisiert. Bei lokoregionärem Rezidiv wird eine Ösophagektomie angeboten. In der Studie wird das Gesamtüberleben als primärer Endpunkt untersucht.

Inzwischen wurde auch das Studienprotokoll zur SANO-2-Studie veröffentlicht. Es ist eine niederländische nationale prospektive Kohortenstudie, in der die Anzahl und die Schwere von „adverse events“ bei

Patienten unter aktiver Beobachtung den primären Endpunkt darstellen [21].

Auch in solchen Therapiekonzepten könnte in der Zukunft die Integration sämtlicher Daten mithilfe von KI, NN und ML eine verbesserte Prognose für ein dauerhaftes komplettes Ansprechen ermöglichen.

### Optimale chirurgische Technik

Innerhalb der kurativen multimodalen Therapieverfahren ist die thorakoabdominale Ivor-Lewis-Ösophagektomie mit Schlauchmagen das häufigste chirurgische Vorgehen. Mariette et al. konnten in einer randomisierten Phase-III-Studie zeigen, dass Patienten von einem minimal-invasiven Vorgehen profitieren, wobei zunächst die Überlegenheit des Hybridverfahrens mit laparoskopischer Schlauchmagenbildung und offener Thorakotomie gegenüber dem komplett offenen Vorgehen untersucht wurde [22]. Eine Metaanalyse mit individuellen Patientendaten aus den veröffentlichten randomisierten Studien zeigt, dass minimal-invasive Ösophagektomien insgesamt mit einem geringeren Risiko für das Auftreten postoperativer Komplikationen verbunden sind als offene Operationen [23].

#### » RAMIE führt zu signifikant höheren Textbook-Outcome-Ergebnissen

Es werden auch aktuell monozentrisch total minimal-invasive Vorgehen mit offenen

Operationen randomisiert untersucht [24]. Neue Studienergebnisse zeigen, dass ein komplett minimal-invasives Vorgehen mit robotisch assistierter minimal-invasiver Ösophagektomie (RAMIE) als modernes Operationsverfahren zu signifikant höheren Textbook-Outcome-Ergebnissen [25] mit einer postoperativen Clavien-Dindo-0-Klassifizierung ohne Komplikationen im Gegensatz zum Hybridverfahren führen können [26]. Ein optimales operatives Textbook-Outcome ist gleichzeitig mit einem verbesserten Langzeitüberleben der Patienten assoziiert [27], was gleichermaßen für Patienten mit Magenkarzinomen gilt [28]. Insbesondere für die RAMIE existiert aktuell noch eine Vielzahl von Techniken mit unterschiedlichen Anastomosentechniken [29].

Ob eine total minimal-invasive Operation wie z. B. durch RAMIE zu einer Reduktion der Morbidität führt, wird aktuell in der deutschen randomisiert kontrollierten MICKey-Studie untersucht. In dieser Überlegenheitsstudie sollen 152 Patienten 1:1 randomisiert werden, wobei die minimal-invasive Gruppe entweder klassisch laparoskopische und thorakoskopisch oder robotisch und hybrid-robotisch operiert werden kann [30]. Langfristig muss noch herausgearbeitet werden, welche Patienten speziell von welchem operativen Vorgehen profitieren. Es besteht insgesamt eine lange Lernkurve für diese komplexen Eingriffe, die in Zentren mit vielen Ösophagektomien (> 50/Jahr) verkürzt ist [31]. Um eine maßgeschneiderte Operation anzubieten, muss hierzu auch herausgearbeitet

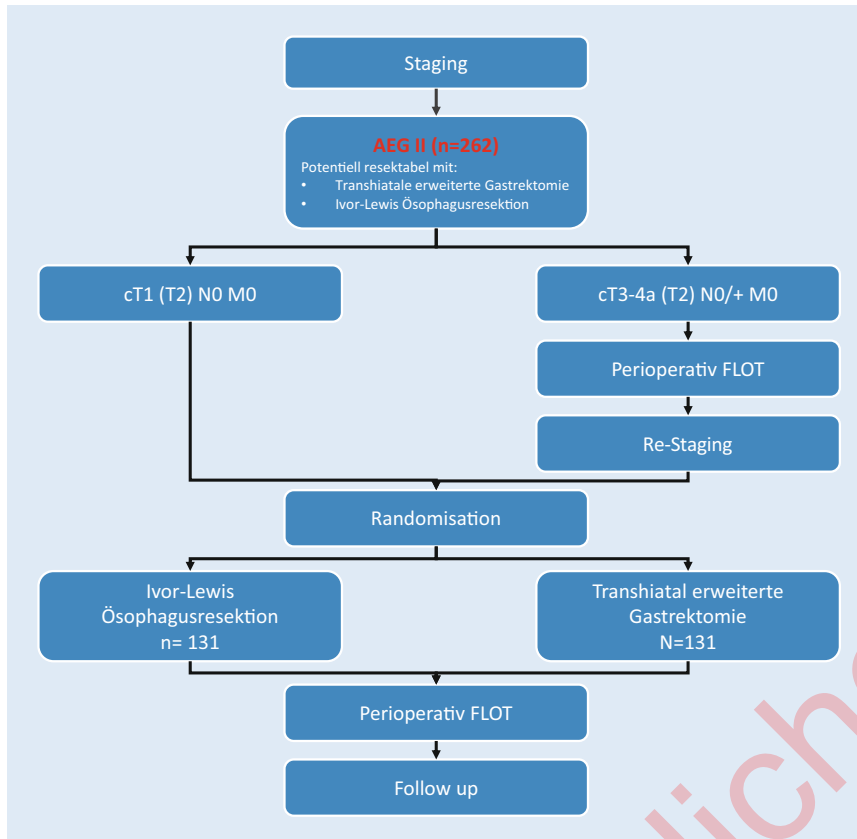
werden, welche Patienten möglicherweise von einer nach wie vor etwas schnelleren Hybridoperation profitieren, oder ob es bestimmte Vorerkrankungsprofile gibt, die einen Vorteil für eine Operationsmethode ergeben.

Während es bekannt ist, dass eine Sarkopenie zu erhöhten perioperativen Komplikationen und zu einem verminderten Gesamtüberleben der Patienten führt [32, 33], wurde zuletzt in einer Propensity-Score-gematchten Analyse dargestellt, dass Patienten, die eine robotische Ösophagektomie erhielten, im ersten postoperativen Jahr eine geringere Sarkopenie entwickelten als Patienten, die eine offene Ösophagektomie erhielten [34]. Dies ist ein Risikofaktor der zukünftig mit evaluiert werden sollte.

Neben der optimalen Operationsmethode wird im Rahmen der Zunahme minimal-invasiver Eingriffe, organerhaltender Therapien und nach regelhafter Durchführung neoadjuvanter Therapiekonzepte nun auch wieder vermehrt die Frage nach dem Ausmaß der Lymphadenektomie gestellt. Während bei anderen Tumorentitäten ein Sentinel-Lymphknoten-Mapping sinnvoll erscheint, ist dieses Konzept in der Ösophaguschirurgie bisher nicht etabliert. Durch Indocyaningrün (ICG) bestehen nun neue Möglichkeiten des Mappings von Lymphabflusswegen, insbesondere in der minimal-invasiven Chirurgie [35]. Im Rahmen der ESOMAP-Studie wurde dies nun auch bei der RAMIE untersucht [36]. Hierzu wurde ICG direkt präoperativ endoskopisch peritumoral injiziert. Intraope-

Hier steht eine Anzeige.





**Abb. 1** ▲ Studienschema der randomisierten Phase-III-CARDIA-Studie bei Patienten mit Adenokarzinom des gastroösophagealen Übergangs Typ II (AEG II). FLOT 5-Fluorouracil, Leucovorin, Oxaliplatin, Docetaxel

rativ wurden Lymphknoten mit und ohne ICG-Signal im D2-Kompartiment reseziert. Alle ICG-negativen Lymphknoten aus dem D2-Kompartiment waren tumorfrei. Solche Behandlungskonzepte könnten insbesondere in Zukunft zusammen mit einem potenziellen Organerhalt eine diagnostische peritumorale Lymphadenektomie ermöglichen. Möglicherweise ließe sich so das Tumorstaging optimieren und eine individuelle Ösophagektomie „if needed“ im Falle positiver Lymphknoten durchführen.

### Sonderfall AEG II

Nach wie vor ist die Frage unbeantwortet, wie man Patienten mit einem echten Kardiakarzinom, dem Adenokarzinom des gastroösophagealen Übergangs Typ II (AEG II), chirurgisch optimal behandelt. Es wird diskutiert, ob diese Patienten besser mit einer transhiatal erweiterten Gastrektomie oder mit einer abdominothorakalen Ivor-Lewis-Ösophagektomie behandelt werden sollten [37, 38]. Eine retrospek-

tive Studie in High-volume-Zentren mit 800 neoadjuvant vorbehandelten AEG-II-Patienten zeigte, dass eine transthorakale Ösophagektomie im Gegensatz zu einer transhiatal erweiterten Gastrektomie mit einem verlängertem Überleben und einer höheren Rate an R0-Resektionen assoziiert war [39]. Ein interessanter Aspekt ist hierbei, dass transhiatale Gastrektomien in der Regel als offene Operation (> 90%) und abdominothorakale Operationen nur in einem Viertel (24,8%) der Fälle als offene Operation durchgeführt wurden. Zur weiteren Beantwortung der optimalen Operation wird von der Kölner Arbeitsgruppe aktuell die multizentrische CARDIA-Studie durchgeführt ([40]; ■ Abb. 1). Der primäre Endpunkt ist das Überleben.

Sekundäre Analysen werden in der Zukunft darstellen müssen, ob es bestimmte Patientensubgruppen gibt, die idealerweise mit einer bestimmten Methode behandelt werden sollten. Hierbei wird sicher auch von entscheidender Bedeutung sein, postoperative Komplika-

tionen bei Patienten vorherzusagen und dies nach Möglichkeit auch spezifisch für unterschiedliche Operationsmethoden herauszuarbeiten. Für die Ivor-Lewis-Ösophagektomie konnte mithilfe maschinellen Lernens ein neuronales Netzwerk Komplikationen (≥ Clavian-Dindo-Grad 3a) am besten vorhersagen [41]. Solche Daten müssen für sämtliche alternative Operationsverfahren erstellt und validiert werden, um anschließend auch diese Daten in ein maßgeschneidertes Konzept mit einfließen zu lassen.

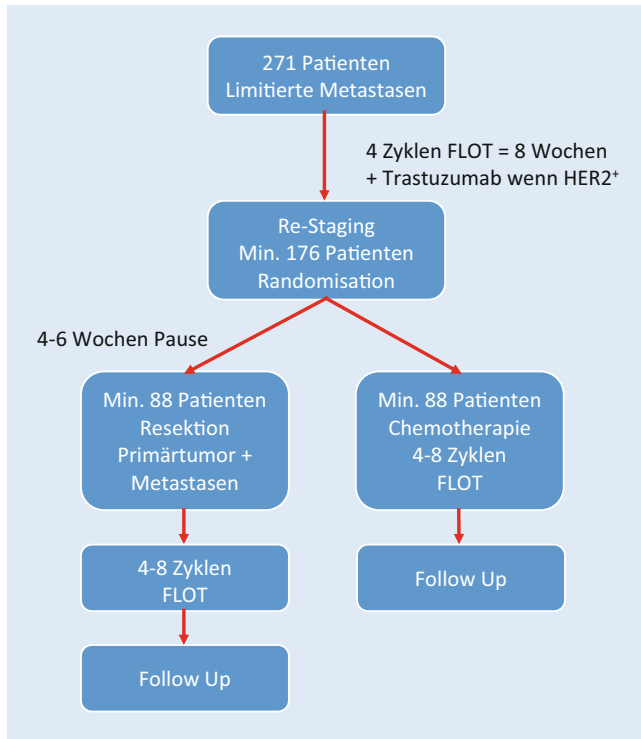
### Vaskuläre Risikopatienten

Für die Ivor-Lewis-Ösophagektomie besteht eine gute Datenlage, die darstellt, dass Patienten mit einem schlechten Gefäßstatus und Kalzifikationen der Aorta ein erhöhtes Auftreten von Anastomosensuffizienzen haben [42, 43]. Hierbei sind auch generelle Zeichen einer Atherosklerose wie Kalzifizierungen der Herzkrankgefäße von prognostischer Bedeutung [43]. Eine Anastomosensuffizienz kann durch eine reduzierte Mikro- und Markoperfusion des Magenschlauches zustande kommen.

### » Ischämische Präkonditionierung verbessert die Vaskularisation im Bereich der Anastomose

Um auch Patienten mit einem hohen vaskulärem Risikoprofil eine optimale Therapie zu ermöglichen, wurden verschiedene Arten der ischämischen Präkonditionierung des Magenschlauches untersucht, die zu heterogenen Ergebnissen geführt haben [44]. Um dieses Konzept weiter zu untersuchen, wurde die prospektive multizentrische ISCON-Studie bei Patienten mit starken vaskulären Kalzifikationen, nach dem NASCET-Score, durchgeführt. Hierbei wird eine laparoskopische ischämische Konditionierung durch Verschluss der A. gastrica sinistra und der Aa. gastrices brevis 12 bis 18 Tage vor Ösophagektomie durchgeführt [45]. Es wurden insgesamt 20 Hochrisikopatienten innerhalb der Studie behandelt und es konnte gezeigt werden, dass die ISCON („ischemic conditioning“-)Prozedur vor Ösophagektomie sicher ist. Es kam zu einer Anastomosensuffizienzrate von 15% innerhalb dieses





**Abb. 2** ◀ Studienschema der randomisierten Phase-III-RENAISSANCE/FLOT5-Studie bei Patienten mit limitiert metastasierten Adenokarzinomen des Magens oder Ösophagus. FLOT5-Fluorouracil, Leucovorin, Oxaliplatin, Docetaxel

Kollektives [46]. Translationale Zusatzuntersuchungen konnten eine Zunahme der Mikrogefäßdichte durch Neoangiogenese in der Magenmukosa nach der ISCON-Prozedur im Vergleich zu vorherigen Biopsien zeigen, was auf eine verbesserte Vaskularisation im Bereich der Anastomose schließen lässt [47]. Zukünftige randomisierte Studien müssen zeigen, ob es hierdurch zu einer signifikanten Risikoreduktion für Risikopatienten erreicht werden kann.

### Oligometastasierte Ösophaguskarzinome

Laut der aktuellen Leitlinien werden Patienten mit metastasierten Ösophaguskarzinomen mit einer palliativen Chemotherapie oder im Rahmen eines Best-supportive-care-Konzeptes behandelt. Als Zwischenstadium wird die Oligometastasierung mit einer lokal begrenzten Anzahl von Metastasen diskutiert [48]. Daten aus der 2017 publizierte FLOT3-Studie gaben einen Hinweis darauf, dass ausgewählte Patienten mit einer limitierten Metastasierung gastroösophagealer Karzinome von einer Resektion des Primärtumors und der limitierten Anzahl an Metastasen profitieren können. Innerhalb der Studie überlebten Patienten median 31,3 Mona-

te [49]. Ähnliche Daten zeigten sich auch in retrospektiven Analysen [50]. Was genau eine „oligometastasierte Situation“ bei gastroösophagealen Karzinomen ist, wird aktuell national und international definiert [51, 52]. Hierbei wird in der Regel 1 Organ mit  $\leq 3$  Metastasen oder eine extraregionale Lymphknotenstation als eine oligometastasierte Erkrankung angenommen.

Es zeigt sich in retrospektiven Daten, dass eine lokale Therapie der Metastasen mittels chirurgischer Resektion oder stereotaktischer Bestrahlung zusammen mit einer kurativ intendierten Therapie des Primärtumors im multimodalen Therapiekonzept mit Systemtherapie zu einem verlängerten Überleben der Patienten führt [53, 54]. Insgesamt können oligometastasierte Patienten bis zu 25% aller metastasierten Patienten mit gastroösophagealen Karzinomen in Zentren ausmachen [55]. Obwohl hierzu bisher keine Daten aus randomisiert kontrollierten Studien vorliegen, werden aktuell bereits Patienten mit maßgeschneiderten interdisziplinären und chirurgischen Therapien innerhalb von Zentren bei einer oligometastasierten Erkrankung behandelt.

In Deutschland wird zu diesem Thema aktuell die randomisierte FLOT5-

RENAISSANCE-Studie durchgeführt. Hier wird eine heterogene Patientenpopulation mit Magen- und Ösophaguskarzinomen eingeschlossen. Die Patienten werden entweder zu einer palliativen FLOT-Chemotherapie oder zu einer FLOT-Chemotherapie mit anschließender Chirurgie des Primärtumors und der Metastasen randomisiert (Abb. 2). Diese Daten werden uns zukünftig weiteren Aufschluss zu diesem Konzept ermöglichen. Aufgrund der Therapiemöglichkeiten mit stereotaktischen Bestrahlungen einzelner Lymphknotenmetastasen oder lokaler Resektion von Metastasen werden hierzu voraussichtlich weitere Studien mit strenger definierten Einschlusskriterien benötigt. Auch die optimale Therapie metachroner Oligometastasen muss in der Zukunft weiter aufgearbeitet und untersucht werden.

#### Fazit für die Praxis

- Die maßgeschneiderte Chirurgie für gastroösophageale Tumoren erfordert eine differenzierte Planung, die chirurgische Techniken, Therapiesequenzen und individuelle Patientenmerkmale berücksichtigt.
- Neue Ansätze, wie die „active surveillance“ nach Radiochemotherapie, werden in internationalen Studien erforscht und könnten eine alternative Option zur Standardoperation sein.
- Die operative Technik, insbesondere minimal-invasive Ansätze wie die robotisch assistierte Ösophagektomie (RAMIE), beeinflusst das postoperative Ergebnis.
- Die Frage der optimalen Behandlung von Patienten mit Adenokarzinomen des gastroösophagealen Übergangs Typ II (AEG II) bleibt weiterhin ungelöst und wird durch multizentrische Studien wie die CARDIA-Studie untersucht.
- Die Risikoevaluation, insbesondere bei vaskulären Risikopatienten, wird durch innovative Konzepte wie die ischämische Präkonditionierung des Magenschlauches und durch künstliche Intelligenz (KI)-gestützte Vorhersagemodelle vorangetrieben.
- Zukünftige Forschung sollte sich auf die Integration von KI, innovative Therapieansätze und personalisierte Prognosemodelle konzentrieren, um die Behandlung von Patienten mit gastroösophagealen Tumoren weiter zu optimieren.

## Korrespondenzadresse

**Univ.-Prof. Dr. Dr. med. Thomas Schmidt**

Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie, Uniklinik Köln  
Kerpenerstr. 62, 50937 Köln, Deutschland  
thomas.schmidt1@uk-koeln.de

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** T. Schmidt, H.F. Fuchs, M.N. Thomas, D.T. Müller, L. Lukowski, M. Scholz und C.J. Bruns geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

## Literatur

- Nimptsch U et al (2018) Hospital volume, in-hospital mortality, and failure to rescue in esophageal surgery. *Dtsch Arztebl Int* 115(47):793–800
- Lang H, Grimminger PP, Meyer HJ (2022) Minimum case volume regulations in surgery from the perspective of the specialist society (DGCH) : balancing act between science, politics, treatment reality and a range of other aspects. *Chirurg* 93(4):342–348
- Voeten DM et al (2021) Overall volume trends in esophageal cancer surgery results from the Dutch upper gastrointestinal cancer audit. *Ann Surg* 274(3):449–458
- Nienhueser H et al (2015) Surgery of gastric cancer and esophageal cancer: does age matter? *J Surg Oncol* 112(4):387–395
- Farrow NE et al (2021) Impact of age on surgical outcomes for locally advanced esophageal cancer. *Ann Thorac Surg* 111(3):996–1003
- committee A et al (2023) American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on endoscopic submucosal dissection for the management of early esophageal and gastric cancers: summary and recommendations. *Gastrointest Endosc* 98(3):271–284
- van Hagen P et al (2012) Preoperative chemoradiotherapy for esophageal or junctional cancer. *N Engl J Med* 366(22):2074–2084
- Kelly RJ et al (2021) Adjuvant nivolumab in resected esophageal or gastroesophageal junction cancer. *N Engl J Med* 384(13):1191–1203
- Hoepfner J et al (2016) ESOPEC: prospective randomized controlled multicenter phase III trial comparing perioperative chemotherapy (FLOT protocol) to neoadjuvant chemoradiation (CROSS protocol) in patients with adenocarcinoma of the esophagus (NCT02509286). *BMC Cancer* 16:503
- Cunningham D et al (2006) Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer. *N Engl J Med* 355(1):11–20
- Reynolds JV et al (2023) Trimodality therapy versus perioperative chemotherapy in the management of locally advanced adenocarcinoma of the oesophagus and oesophagogastric junction (Neo-AEGIS): an open-label, randomised, phase 3 trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 8(11):1015–1027
- Al-Batran SE et al (2019) Perioperative chemotherapy with fluorouracil plus leucovorin, oxaliplatin,

## Tailored surgery in the treatment of gastroesophageal cancer

The surgical options and particularly perioperative treatment, have significantly advanced in the case of gastroesophageal cancer. This progress enables a 5-year survival rate of nearly 50% to be achieved through curative multimodal treatment concepts for locally advanced cancer. Therefore, in tumor boards and surgical case discussions the question increasingly arises regarding the type of treatment that provides optimal oncological and functional outcomes for individual patients with pre-existing diseases. It is therefore essential to carefully assess whether organ-preserving treatment might also be considered in the future or in what way minimally invasive or robotic surgery can offer advantages. Simultaneously, the boundaries of surgical and oncological treatment are currently being shifted in order to enable curative forms of treatment for patients with pre-existing conditions or those with oligometastatic diseases. With the integration of artificial intelligence into decision-making processes, new possibilities for information processing are increasingly becoming available to incorporate even more data into making decisions in the future.

## Keywords

Oligometastasis · Esophageal cancer · Artificial intelligence · Multimodal treatment · Curative treatment

- and docetaxel versus fluorouracil or capecitabine plus cisplatin and epirubicin for locally advanced, resectable gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma (FLOT4): a randomised, phase 2/3 trial. *Lancet* 393(10184):1948–1957
- Gebauer F et al (2023) Long-term postsurgical outcomes of neoadjuvant chemoradiation (CROSS) versus chemotherapy (FLOT) for multimodal treatment of adenocarcinoma of the esophagus and the esophagogastric junction. *Ann Surg Oncol* 30(12):7422–7433
- Lorenzen S et al (2024) Perioperative atezolizumab plus fluorouracil, leucovorin, oxaliplatin, and docetaxel for resectable esophagogastric cancer: interim results from the randomized, multicenter, phase II/III DANTE/IKF-s633 trial. *J Clin Oncol* 42(4):410–420
- Jung JO et al (2023) Deep learning histology for prediction of lymph node metastases and tumor regression after neoadjuvant FLOT therapy of esophageal adenocarcinoma. Preprints with THE LANCET
- Tolkach Y et al (2023) Artificial intelligence for tumour tissue detection and histological regression grading in oesophageal adenocarcinomas: a retrospective algorithm development and validation study. *Lancet Digit Health* 5(5):e265–e275
- Weis J et al (2021) Study protocol of a prospective multicenter study on patient participation for the clinical trial: surgery as needed versus surgery on principle in post-neoadjuvant complete tumor response of esophageal cancer (ESORES). *Front Oncol* 11:789155
- Noordman BJ et al (2018) Detection of residual disease after neoadjuvant chemoradiotherapy for esophageal cancer (preSANO): a prospective multicentre, diagnostic cohort study. *Lancet Oncol* 19(7):965–974
- Eyck BM et al (2021) Updated protocol of the SANO trial: a stepped-wedge cluster randomised trial comparing surgery with active surveillance after neoadjuvant chemoradiotherapy for esophageal cancer. *Trials* 22(1):345
- Noordman BJ et al (2018) Neoadjuvant chemoradiotherapy plus surgery versus active surveillance for oesophageal cancer: a stepped-wedge cluster randomised trial. *BMC Cancer* 18(1):142
- van der Zijden CJ et al (2023) A prospective cohort study on active surveillance after neoadjuvant chemoradiotherapy for esophageal cancer: protocol of surgery as needed for oesophageal cancer-2. *BMC Cancer* 23(1):327
- Mariette C et al (2019) Hybrid minimally invasive esophagectomy for esophageal cancer. *N Engl J Med* 380(2):152–162
- Muller-Stich BP et al (2021) Meta-analysis of randomized controlled trials and individual patient data comparing minimally invasive with open esophagectomy for cancer. *Br J Surg* 108(9):1026–1033
- Nickel F et al (2021) Minimally Invasive Versus open AbdominoThoracic Esophagectomy for esophageal carcinoma (MIVATE) – study protocol for a randomized controlled trial DRKS00016773. *Trials* 22(1):41
- Kalff MC, van Berge Henegouwen MI, Gisbertz SS (2021) Textbook outcome for esophageal cancer surgery: an international consensus-based update of a quality measure. *Dis Esophagus* 34(7)
- Babic B et al (2022) Robot-assisted minimally invasive esophagectomy (RAMIE) vs. hybrid minimally invasive esophagectomy: propensity score matched short-term outcome analysis of a European high-volume center. *Surg Endosc* 36(10):7747–7755
- Kalff MC et al (2021) The association of textbook outcome and long-term survival after esophagectomy for esophageal cancer. *Ann Thorac Surg* 112(4):1134–1141
- Levy J et al (2022) Textbook outcome and survival in patients with gastric cancer: an analysis of the population registry of esophageal and stomach tumours in ontario (PRESTO). *Ann Surg* 275(1):140–148
- Kingma BF et al (2022) Worldwide Techniques and Outcomes in Robot-assisted Minimally Invasive Esophagectomy (RAMIE): results from the multicenter international registry. *Ann Surg* 276(5):e386–e392
- Klotz R et al (2023) Overall morbidity after total minimally invasive keyhole oesophagectomy

- versus hybrid oesophagectomy (the MICkey trial): study protocol for a multicentre randomized controlled trial. *Trials* 24(1):175
31. Claassen L et al (2022) Learning curves of Ivor Lewis totally minimally invasive esophagectomy by hospital and surgeon characteristics: a retrospective multinational cohort study. *Ann Surg* 275(5):911–918
  32. Chen F et al (2022) Impact of preoperative sarcopenia on postoperative complications and survival outcomes of patients with esophageal cancer: a meta-analysis of cohort studies. *Dis Esophagus* 35(9)
  33. Wang PY et al (2020) Sarcopenia and short-term outcomes after esophagectomy: a meta-analysis. *Ann Surg Oncol* 27(8):3041–3051
  34. Merboth F et al (2023) Robotic esophagectomy compared with open esophagectomy reduces sarcopenia within the first postoperative year: a propensity score-matched analysis. *J Thorac Oncol* 18(2):232–244
  35. Hachey KJ et al (2016) Safety and feasibility of near-infrared image-guided lymphatic mapping of regional lymph nodes in esophageal cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 152(2):546–554
  36. Muller DT et al (2023) Mapping the lymphatic drainage pattern of esophageal cancer with near-infrared fluorescent imaging during Robotic Assisted Minimally Invasive Ivor Lewis Esophagectomy (RAMIE)-first results of the prospective ESOMAP feasibility trial. *Cancers* 15(8)
  37. Blank S et al (2018) Surgical strategies in true adenocarcinoma of the esophagogastric junction (AEG II): thoracoabdominal or abdominal approach? *Gastric Cancer* 21(2):303–314
  38. Heger P et al (2019) Thoracoabdominal versus transhiatal surgical approaches for adenocarcinoma of the esophagogastric junction—a systematic review and meta-analysis. *Langenbecks Arch Surg* 404(1):103–113
  39. Wirsik NM et al (2023) Impact of the surgical approach for Neoadjuvantly treated gastroesophageal junction type II tumors: a multinational, high-volume center retrospective cohort analysis. *Ann Surg* 278(5):683–691
  40. Leers JM et al (2020) The CARDIA-trial protocol: a multinational, prospective, randomized, clinical trial comparing transthoracic esophagectomy with transhiatal extended gastrectomy in adenocarcinoma of the gastroesophageal junction (GEJ) type II. *BMC Cancer* 20(1):781
  41. Jung JO et al (2023) Prediction of postoperative complications after oesophagectomy using machine-learning methods. *Br J Surg* 110(10):1361–1366
  42. Chang DH et al (2018) Calcification score versus arterial stenosis grading: comparison of two CT-based methods for risk assessment of anastomotic leakage after esophagectomy and gastric pull-up. *Ther Clin Risk Manag* 14:721–727
  43. Borggreve AS et al (2018) Generalized cardiovascular disease on a preoperative CT scan is predictive for anastomotic leakage after esophagectomy. *Eur J Surg Oncol* 44(5):587–593
  44. Heger P et al (2017) Gastric preconditioning in advance of esophageal resection-systematic review and meta-analysis. *J Gastrointest Surg* 21(9):1523–1532
  45. Veen AV et al (2022) The ISCON-trial protocol: laparoscopic ischemic conditioning prior to esophagectomy in patients with esophageal cancer and arterial calcifications. *BMC Cancer* 22(1):144
  46. de Groot E et al (2023) Laparoscopic ischemic conditioning prior esophagectomy in selected patients: the ISCON trial. *Dis Esophagus* 36(11)
  47. Schiffmann LM et al (2023) Laparoscopic ischemic conditioning of the stomach prior to esophagectomy induces gastric neo-angiogenesis. *Eur J Surg Oncol* 49(11):107096
  48. Jung JO et al (2020) Oligometastatic Gastroesophageal Adenocarcinoma: molecular pathophysiology and current therapeutic approach. *Int J Mol Sci* 21(3)
  49. Al-Batran SE et al (2017) Effect of neoadjuvant chemotherapy followed by surgical resection on survival in patients with limited metastatic gastric or gastroesophageal junction cancer: the AIO-FLOT3 trial. *JAMA Oncol* 3(9):1237–1244
  50. Schmidt T et al (2015) Surgery in oesophago-gastric cancer with metastatic disease: treatment, prognosis and preoperative patient selection. *Eur J Surg Oncol* 41(10):1340–1347
  51. Kroese TE et al (2023) Definition, diagnosis and treatment of oligometastatic oesophagogastric cancer: a Delphi consensus study in Europe. *Eur J Cancer* 185:28–39
  52. Kroese TE et al (2022) Definition of oligometastatic esophagogastric cancer and impact of local oligometastasis-directed treatment: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer* 166:254–269
  53. Kroese TE et al (2022) Metastasectomy or stereotactic body radiation therapy with or without systemic therapy for oligometastatic esophagogastric cancer. *Ann Surg Oncol* 29(8):4848–4857
  54. Kroese TE et al (2022) Stereotactic radiotherapy or metastasectomy for oligometastatic esophagogastric cancer: a nationwide population-based cohort study. *Clin Transl Radiat Oncol* 37:109–115
  55. Kroese TE et al (2022) Incidence and survival of patients with oligometastatic esophagogastric cancer: A multicenter cohort study. *Radiother Oncol* 173:269–276

**Hinweis des Verlags.** Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

## STATEMENT

### Peritoneale Tumoren (Bauchfellkrebs)

*Professor Dr. med. Dr. h.c. Pompiliu Piso*

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV);  
Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Krankenhaus Barmherzige Brüder  
Regensburg

#### Wie häufig?

Es handelt sich um Zehntausende von Patientinnen und Patienten jährlich in Deutschland.

Weniger häufig, aber schwer zu behandeln: Tumoren, die vom Bauchfell ausgehen, zum Beispiel das maligne peritoneale Mesotheliom oder das Pseudomyxoma peritonei. Grundsätzlich können aber fast alle Bauchtumoren Metastasen am Bauchfell verursachen.

Am häufigsten ist dies beim Magenkarzinom der Fall. Fast die Hälfte der Rückfallerkrankungen nach Operation ist am Bauchfell lokalisiert.

Auch beim Darmkrebs ist das Bauchfell die zweithäufigste Lokalisation (nach der Leber) von Metastasen und wird bei 10 Prozent der Patientinnen und Patienten diagnostiziert. Aber selbst Tumoren außerhalb des Bauchraumes können im Verlauf Bauchfellkrebs verursachen, zum Beispiel der Brustkrebs.

#### Wie gut therapierbar?

In der Vergangenheit galten diese klinischen Situationen als nicht heilbar, wobei die intravenöse Chemotherapie hier weniger wirksam ist als zum Beispiel bei Lebermetastasen.

Es wurde nicht operiert und die Überlebenszeit der Patientinnen und Patienten betrug nur wenige Monate.

In den letzten Jahren hat sich allerdings gezeigt, dass bei gewissen Tumoren, wenn der Befall begrenzt ist und eine komplette chirurgische Entfernung aller sichtbaren Tumoren gelingt, die Prognose der Patientinnen und Patienten deutlich besser sein kann.

In der medikamentösen Tumorthherapie werden neue Medikamente zugelassen, weil sie um wenige Monate das Überleben in der Situation verlängern. Mit den speziellen Operationstechniken (parietale und viszerale Peritonektomien) kann das Überleben sogar um Jahre verlängert werden. Solche Verbesserungen der Überlebenszeiten wären nach systemischen Krebstherapien als ein Durchbruch in der Laienpresse bezeichnet worden, jedoch ist der Stellenwert der Krebschirurgie als Behandlungsoption für den Krebs nach wie vor unterschätzt (ESSO-Infografik).

### Was ist neu?

In einer zuletzt hochrangig publizierten Studie ist gezeigt worden, dass die Patientinnen und Patienten mit Metastasen eines Kolonkarzinoms im Median 42 Monate überleben können (Quenet et al.).

In Anbetracht der derzeit massiv steigenden Inzidenz des Dickdarmkrebses gerade bei jungen Patientinnen und Patienten in Europa wären noch effektivere Maßnahmen wichtig, wie zum Beispiel eine zusätzliche hypertherme, erhitzte, Chemotherapie im Bauchraum. Diese wird derzeit in einer Studie in Spanien untersucht (GECOP-Gruppe), nachdem hier auch eine abgeschlossene Studie zeigen konnte, dass die Rückfallrate am Bauchfell durch eine prophylaktische Therapie nach Entfernung des Tumors reduziert werden kann (Alvaro et al.). Eine ähnliche Studie wie die spanische läuft derzeit in den Niederlanden (CAIRO 6).

Beim Magenkarzinom ist die Situation etwas problematischer. Eine hochrangig publizierte Studie aus Deutschland zeigte nach Entfernung der Metastasen am Bauchfell zwar eine niedrigere Rate an Rückfällen am Bauchfell – allerdings ohne ein signifikant besseres Gesamtüberleben, wobei die damals eingesetzte Chemotherapie nicht dem heutigen Standard entspricht. In spezialisierten Zentren kann ein modernes multimodales Konzept das mediane Überleben auf 24 Monate erhöhen, dies ist kaum mit Chemotherapie zu erreichen (Steinhoff et al.).

Auch hier gilt: Die Vorbeugung gegen Metastasen wäre noch besser. Hierzu läuft eine gut rekrutierende Studie (PREVENT) derzeit in Deutschland, vorläufige Ergebnisse, die

auf dem US-amerikanischen Krebskongress vorgestellt werden, zeigen zumindest, dass die Patientinnen und Patienten nicht dadurch gefährdet werden.

### Wie ist die Situation in Deutschland?

Die Daten aller Patientinnen und Patienten werden zentral in einem Register der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie dokumentiert und evaluiert. Die Gesellschaft ist auch für die Zertifizierung von Zentren zuständig. Sie kooperiert intensiv mit der PSOGI, Peritoneal Surface Oncology Group International.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Regensburg, April 2024



## Welchen Stellenwert hat die chirurgische Onkologie im Rahmen der Krebstherapie?

### Die chirurgische Onkologie ist entscheidend für eine qualitativ hochwertige Krebstherapie

80%

aller Krebspatienten benötigen im Verlauf ihrer Krankheit einen chirurgischen Eingriff.

45 Mio.

chirurgische Eingriffe werden bis 2030 weltweit jährlich erforderlich sein.

<25%

aller Krebspatienten werden weltweit sicher, kostengünstig oder rechtzeitig chirurgisch behandelt.



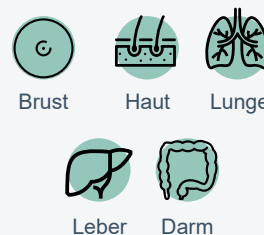
Die chirurgisch behandelbaren, aber nicht operierten Krebserkrankungen verursachen weltweit schätzungsweise **2.7 Millionen verlorene Lebensjahre**, inklusive durch Invalidität/Arbeitsunfähigkeit.

### Die chirurgische Onkologie erfüllt viele Aufgaben für Krebspatienten

Die chirurgische Resektion bietet nach wie vor die besten Heilungschancen bei soliden Krebserkrankungen, wenn diese frühzeitig erkannt werden.

- Reduzierung des Risikos, aufgrund von Erbkrankheiten an Krebs zu erkranken
- Diagnose und Einstufung von Tumoren
- Behandlung lokal fortgeschrittener und metastasierter Krebserkrankungen
- Erhaltung der Lebensqualität und Linderung der Symptome

Die chirurgische Onkologie kann die verbreitetsten und tödlichsten Krebserkrankungen heilen, wie etwa:



### Die chirurgische Onkologie ist kosteneffizient

Für die Mehrzahl der nicht metastasierten soliden Tumore ist die Operation die kosteneffizienteste Behandlung mit dem besten Kosten-Nutzen-Verhältnis.

■ KOSTEN EINER KREBSOPERATION  
■ KOSTEN EINER SYSTEMISCHEN THERAPIE

2000 2020

### Die chirurgische Onkologie hält Schritt mit der Innovation

Die Forschung arbeitet kontinuierlich an der Verbesserung von Technologien, Techniken und Verfahren der chirurgischen Onkologie, damit mehr Patienten von einer wirksamen, sicheren, minimalinvasiven und kosteneffizienten Behandlung profitieren können.



Innovationen, wie etwa Roboter-assistierte Operationstechniken, funktionelle Bildgebung und Künstliche Intelligenz (KI), eröffnen neue Horizonte zur Weiterentwicklung der Krebschirurgie.



# Eröffnung des Potenzials der chirurgischen Onkologie in Europa: Empfehlungen der ESSO

1

## Anerkennung der chirurgischen Onkologie als Fachgebiet und Vereinheitlichung der Ausbildung in ganz Europa



Die chirurgische Onkologie sollte in der EU als Fachdisziplin anerkannt werden.



Der Zugang zu hochwertiger und einheitlicher Ausbildung, bereitgestellt durch Gesellschaften für chirurgische Onkologie, sollte auf länderspezifischer Basis sichergestellt werden.



Die fortlaufende medizinische Ausbildung und Zertifizierung chirurgischer Onkologen sollte die übliche Praxis sein.



Die Anerkennung der chirurgischen Onkologie als Fachgebiet und die europaweite Vereinheitlichung der Ausbildung würden dazu beitragen:

Unterschiede in den Qualifikationen, Verfahren und Ergebnissen zu verringern

Ungleichheiten beim Zugang zu hochwertiger Krebstherapie zu beseitigen

2

## Förderung von Forschung und Innovation in der chirurgischen Onkologie



Der Fokus für Forschung und finanzielle Mittel sollte auf die lokale Behandlung nicht metastasierter Erkrankungen gelegt werden, was erheblichen Einfluss auf die Überlebenschancen hätte.



Innovative chirurgische Techniken, die die Erhaltung der Körperfunktionen und der Lebensqualität von Krebspatienten ermöglichen, sollten entwickelt und bewertet werden.



Die starke Einbeziehung chirurgischer Onkologen in die Entwicklung optimaler multimodaler Behandlungsregimes sollte gefördert werden.

Trotz ihres Heilungspotenzials ist die chirurgisch-onkologische Forschung im Vergleich zu Studien, die von der pharmazeutischen Industrie durchgeführt werden, nach wie vor **stark unterfinanziert.**



3

## Förderung der Rolle der chirurgischen Onkologie in der multidisziplinären Krebstherapie



Die interdisziplinäre Therapie, deren wesentlicher Bestandteil die chirurgische Onkologie ist, sollte europaweit konsequent allen Krebspatienten zur Verfügung gestellt werden.



Chirurgische Onkologen sollten interdisziplinäre Teams leiten, die für die Mehrzahl der Patienten mit soliden Tumoren die Behandlung koordinieren.



Die Zertifizierung und Akkreditierung chirurgischer Onkologen sowie interdisziplinärer (onkologischer) Behandlungseinheiten sollte europaweit vereinheitlicht werden, um eine hochwertige Versorgung sicher zu stellen.



## STATEMENT

### Warnung vor gefährlichem Spielzeug und Interessantes aus der kinderchirurgischen Forschung

*Professorin Dr. med. Felicitas Eckoldt*

Klinikdirektorin, Klinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Jena

Bereits 2007 (LDD 75 / 2007) wurde vor verschluckbarem Magnetspielzeug gewarnt. Immer wieder kommt es jedoch zu schweren Zwischenfällen mit zum Teil tödlichem Ausgang durch das Verschlucken mehrerer kleiner Magnetteile insbesondere von sogenannten Konstruktionsspielzeugen. 2018 reagierten der Landesverband Bayern des Kinderschutzbundes und das Bayerische Staatsministerium für Umwelt- und Verbraucherschutz auf einen weiteren Todesfall eines 4-jährigen Kindes mit einer Information an Eltern, Betreuungseinrichtungen, Schulen, Verbände und Arztpraxen. Auch durch die EU-Kommission wurden 2022 und 2023 Spielzeuge mit Magneten genauer untersucht und Normen festgelegt. Auf die CE-Kennzeichnung ist beim Kauf von Spielzeug zu achten, noch besser ist das GS-Zeichen für geprüfte Sicherheit. Und trotzdem hat sich Anfang 2024 wieder ein Todesfall eines Kindes durch verschluckte Magneten aus Spielzeugen ereignet. Mehrere Magneten können durch die gegenseitige Anziehung Darmwände derart fest aneinanderdrücken, dass es nicht nur zum Darmverschluss, sondern auch zum Absterben der Darmwand mit der Bildung von Löchern und Fisteln und in deren Folge zur Bauchfellentzündung, Sepsis und sogar trotz Notoperation zum Tod eines Kindes kommen kann. Es kann nicht oft genug vor Spielzeug mit von Kleinkindern verschluckbaren Teilen und insbesondere magnetischen Teilen gewarnt werden.

Ein fachlicher Schwerpunkt auf dem diesjährigen Chirurgie Kongress wird im Fach Kinderchirurgie auf der Forschung liegen. Hier geht es um neue Erkenntnisse zur Entstehung, zu den Folgen und zur Behandlung angeborener Fehlbildungen, wie zum Beispiel dem angeborenen Zwerchfelldefekt oder der angeborenen Innervationsstörung des Darmes. Forschergruppen beschäftigen sich hier mit möglichen Therapieoptionen, die sich aus der Verwendung von Stammzellen aus dem Fruchtwasser ergeben, aber auch mit der Modellierung von Erkrankungen unter dem Einsatz von künstlich gezüchteten Gewebepartikeln, sogenannten Organoiden, die bei der Erforschung der Krankheitsentstehung Tierversuche ersetzen können. Eingeleitet durch den Vortrag des Ehrengastes des Kongresses, Dr. Henri Ford (Kinderchirurg und derzeit Präsident des American College of Surgeons), werden wir uns in einer weiteren Forschungssitzung mit einer schweren Darmwandentzündung bei Neu- und Frühgeborenen, der sogenannten nekrotisierenden Enterokolitis, befassen. Auch hier gibt es neue Forschungsergebnisse zur Entstehung und Behandlung, die anhand von Tiermodellen und auch durch die Untersuchung

*Online-Presskonferenz anlässlich des DCK 2024  
141. Deutscher Chirurgie Kongress  
Montag, 15. April 2024, 10.00 bis 11.30 Uhr*

bestimmter Zellsysteme des Immunsystems, die die antibakterielle Abwehr einleiten, gewonnen wurden.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Jena, April 2024

## STATEMENT

### Kriegs- und Katastrophenverletzungen – für den Ernstfall bereit sein: Was erwartet Chirurgeninnen und Chirurgen?

*Professor Dr. Dietmar Pennig*

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)

Die Zeiten des friedlichen Miteinander in Europa scheinen vorbei zu sein. Mehr als 1 000 Patientinnen und Patienten aus der Ukraine haben zum einen die Wirklichkeit einer kriegerischen Auseinandersetzung, zum anderen aber auch das Spektrum von Kriegsverletzungen in die deutsche Krankenhauslandschaft getragen. Die Ertüchtigung der Bundeswehr hinsichtlich der apparativen Ausstattung und einer personellen Verstärkung ist nachvollziehbar und richtig. Aus Sicht der Ärzteschaft ist jedoch ein erheblicher Verbesserungsbedarf in Bezug auf die Vernetzung im zivil-militärischen Bereich notwendig. Im Jahr 2017 und im Jahr 2021 wurde jeweils von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ein entsprechendes gemeinsames Memorandum mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr unterzeichnet. Im internationalen Vergleich sieht Deutschland kein regelmäßiges Training von zivilen Chirurgeninnen und Chirurgen in den entsprechenden Kliniken der Bundeswehr im Sinne einer Rotation vor. Dies ist beispielsweise in Frankreich und insbesondere in den Vereinigten Staaten von Amerika beispielhaft vorhanden. Im Falle einer kriegerischen Auseinandersetzung auf deutschem Boden fehlen die entsprechend ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte, insbesondere im operativen Bereich. Weiterhin fehlt ein regelmäßig ausgeführtes Programm mit Übungen für den Massenansturm von Verletzten für ärztliches und pflegerisches Personal, die jeweils die Routineabläufe in Krankenhäusern unterbrechen würden und für die eine Finanzierung vonseiten der Politik und der Kostenträger seit Jahren gänzlich fehlt. Wir sehen hier eine schwerwiegende Unterlassung, die mit dem Schutz und der Versorgung sowohl der Soldatinnen und Soldaten als auch der Zivilbevölkerung im Sinne der Daseinsfürsorge nicht in Übereinstimmung zu bringen ist und dementsprechend eine nicht hinzunehmende Gefährdung darstellt. Die Anzahl der Betten in den fünf Bundeswehr-Krankenhäusern auch unter Beiziehung der neun berufsgenossenschaftlichen Krankenhäuser wäre im Fall einer kriegerischen Auseinandersetzung auf deutschem Boden sehr schnell erschöpft (laut Simulation in weniger als 48 Stunden), sodass die zivilen flächendeckenden Strukturen des TraumaNetzwerkes DGU mit 650 Krankenhäusern und einer zertifizierten Kommunikations- und Versorgungsstruktur zum Einsatz kommen müssten.

Hier fehlt jedoch neben strukturellen Voraussetzungen wie der Vorhaltung einer entsprechenden Anzahl von Notfallinstrumentarien eine gemeinsame zivil-militärische Stabsstelle zur Koordinierung der Verteilung der Verletzten und Schwerverletzten.

Die Forderungen der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie in Übereinstimmung mit den Fachgesellschaften in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie wurden an den Bundesminister für Verteidigung Boris Pistorius übermittelt.

Die notwendigen Schritte aus unserer Sicht sind:

- Bereitstellung von Mitteln für das spezifische Training einer erforderlichen Anzahl von Ärztinnen und Ärzten in der Behandlung von Kriegsverletzungen und deren Folgen
- Finanzierung von regelmäßigen Übungsmaßnahmen für die Kliniken des TraumaNetzwerkes DGU für den Massenanfall von Verletzten mit spezifischer Ausrichtung auf den kriegerischen Ernstfall
- Bereitstellung von Mitteln für die Einlagerung von Notfallinstrumentarien in zivilen Krankenhäusern
- Etablierung einer gemeinsamen zivil-militärischen Stabsstelle zur Koordinierung der Verteilung von Verletzten unter Einbeziehung der bestehenden Strukturen des TraumaNetzwerkes mit entsprechender finanzieller Ausstattung

Weiterführende Unterlagen:

- [Behandlung von Schwerverletzten aus der Ukraine: Kliniken bleiben auf den Kosten sitzen | DGOU](#)
- [DGOU zum geplanten Umbau des Sanitätsdienstes der Bundeswehr | DGU \(dgu-online.de\)](#)
- [Es braucht mehr Übung: Fachgesellschaften fordern festes Budget für Kliniken zur Vorbereitung auf einen Massenanfall von Verletzten | DGOU](#)
- [DKOU 2017: Unfallchirurgen trainieren den Einsatz bei Terroranschlägen | DGOU](#)
- [4. Notfallkonferenz der DGU: 5-Punkte-Plan 2.0 zur Versorgung von Verletzten in Kriegs-, Terror- und Katastrophensituationen | DGU \(dgu-online.de\)](#)

- [TraumaNetzwerk DGU bietet professionelle Strukturen bei der Versorgung Kriegsverletzter | DGU \(dgu-online.de\)](#)
- [Unfallchirurgen legen Instrumentenliste für Notfall-OP-Set vor | DGOU](#)
- [Krankenhäuser reagieren auf Bedrohung durch Attentate | DGU \(dgu-online.de\)](#)
- [Unfallchirurgen fordern Vorbereitung zur medizinischen Bewältigung von Terror- oder Amoksituationen in Kliniken | DGU \(dgu-online.de\)](#)
- [3. Notfallkonferenz der DGU: Diese Sicherheitsmaßnahmen schützen Krankenhäuser bei lebensbedrohlichen Einsatzlagen | DGU \(dgu-online.de\)](#)

Vielleicht auch interessant zum Thema Schockraum / ATLS:

- [Internationales Symposium am 1. und 2. September 2023: 20 Jahre Schockraum-Training in Deutschland | DGU \(dgu-online.de\)](#)
- [Neue Handlungsempfehlungen für bessere Überlebenschancen von Schwerverletzten erschienen | DGU \(dgu-online.de\)](#)

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, April 2024

## STATEMENT

### Kommentare zur Gesundheitsreform

*Professor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen*

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Der gordische Knoten, der in den letzten 5 Monaten zum quälenden Stillstand der Reformbemühungen geführt hatte, schien zerschlagen. Nach langem Ringen zwischen Bund und Ländern um eine Neuaufstellung der Kliniken mit Vorhaltepauschalen in Leistungsgruppen und einer Einteilung in Versorgungslevel kam es jetzt im Vermittlungsausschuss zu einem Kompromiss. Damit ist die von Gesundheitsminister Lauterbach verkündete Revolution noch nicht abgesagt. Was war geschehen? Das infrage stehende Transparenzgesetz sollte ursprünglich nicht auf die Abstimmung im Bundesrat angewiesen sein. Hier geht es ausschließlich um die Qualitätssicherung und Offenlegung der Strukturqualität der Krankenhäuser auf einer bundesweiten Website. Nach Zustimmung durch den Bundestag erwies sich das Gesetz doch als ratspflichtig und wurde von den Ländern mit knapper Mehrheit abgelehnt und an den Vermittlungsausschuss verwiesen. Das Argument war ein zu starker Eingriff in die Planungshoheit der Länder. Im Vermittlungsausschuss kam es dann bis zum 21. Februar 2024 nicht zu einem Verhandlungstermin. Interessanterweise hatte Minister Lauterbach das Transparenzgesetz mit dem eigentlichen Kernpunkt der Reform, dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (ein solches Wort kann es nur in der deutschen Sprache geben; deshalb kurz ab hier nur: KHVVG), als Junktim verknüpft. Die Länder haben im Vermittlungsausschuss jetzt zugestimmt, auch weil ihnen ein 50 milliardenschwerer Transformationsfond (verteilt über 10 Jahre) ab 2025 in Aussicht gestellt wurde. Zur Hälfte je finanziert von den Ländern und vom Gesundheitsfond. Ferner wurde versprochen, den Basisfallwert um 6,95 Prozent ab 1.7.2024 zum Ausgleich von Lohnsteigerungen und der Inflation anzuheben. Einzelne Länder beklagen, dass dieses Versprechen nicht eingehalten wird. Es bleibt zu hoffen, dass das Geld nicht mit der Gießkanne zur Verhinderung der Insolvenz von nicht bestandsfähigen Krankenhäusern ausgegeben wird. Der Bundesrat hat dem Transparenzgesetz zugestimmt und dieses ist damit in Kraft getreten.

### Wie geht es weiter?

Damit war der Weg für das KHVVG frei, das bisher nur als Arbeitsentwurf des BMG existierte. Ein durchgestoßener Referentenentwurf (noch inoffiziell), die Fassung datiert auf Mitte März, liegt nun auf unseren Schreibtischen. Am 24. April soll dieser dann abgestimmte Entwurf ins Bundeskabinett gehen und von hier aus in den Bundestag. Vorher erfolgt noch der Abgleich zwischen den Ministerien und dann wohl noch ein Anhörungsverfahren. Möglicherweise werden

wir über die AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) auch gefragt. Der Referentenentwurf soll neben der Organisation der klinischen Medizin in Leistungsgruppen „nur“ Regelungen zur Finanzierung, also zu den Vorhaltepauschalen, beinhalten. Dies soll nicht der Zustimmungspflicht des Bundesrates unterliegen. Der Zeitplan ermöglicht eine Beschlussfassung für das KHVVG vor der Sommerpause des Parlaments. Mit der Sommerpause schließt sich das „Fenster der Möglichkeiten“ und nach der Sommerpause wird wohl keine Partei mit einem solchen Gesetz in den Wahlkampf in drei Bundesländern ziehen. Dies würde eine Verschiebung in die nächste Legislaturperiode des Bundestags bedeuten.

### **Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)**

Dies ist das eigentliche Kernstück der Reform. Der im Jahr 2022 veröffentlichte Vorschlag der Regierungskommission des BMG sah drei wesentliche Komponenten vor:

1. Eine Abkehr der Finanzierung der Krankenhäuser von mengengetriebenen DRGs. Als Ersatz sollte eine Vorhaltefinanzierung von 60 Prozent für insgesamt 128 Leistungsgruppen eingeführt werden. 40 Prozent der Leistungen würden als „Rest-DRGs“ den Wettbewerb aufrechterhalten. Die Vorhaltefinanzierung soll die Krankenhäuser vom Hamsterrad der mengengetriebenen Leistungserbringung entlasten und stattdessen Qualität und Patientenzuwendung fördern. Ein Drittel der Vorhaltefinanzierung fließt in das bereits bestehende unabhängige Pflegebudget.
2. Ein System von passgenauen Leistungsgruppen (zum Teil interdisziplinär), die genauer als Fachabteilungen und DRGs Versorgungsstufen (Level) zugeordnet werden können.
3. Eine Einteilung der Krankenhäuser in Level sollte für Patienten Transparenz der Leistungserbringung und Qualität bringen, auch um lokale, regionale und überregionale Versorgungsstufen abzugrenzen.

In NRW war bereits ein System von 64 Leistungsgruppen zur Krankenhausplanung eingeführt worden; im Unterschied zum BMG-Projekt, das die Finanzierung regeln wollte. In einem langen Diskurs einigten sich schließlich Bund und Länder auf ein System von 69 Leistungsgruppen, wobei die Länder die Levelteilung rigoros ablehnten, als wenn diese nicht bereits in Form von Versorgungsstufen seit 1981 vorhanden gewesen wäre. Die Kalkulationsgrundlage für die Vorhaltebudgets sollen die erzielten Mengen jeweils 2 Jahre vor dem Kalkulationsjahr darstellen. Die hierzu vorgesehene Stelle ist das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus), eine Tochter des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Mal abgesehen von internen Aussagen des InEK, dass sich die Vorhaltebudgets für einzelne Leistungsgruppen nur schwerlich kalkulieren lassen, ist dies doch wieder ein jährlich neu zu kalkulierendes mengengetriebenes

System. Es ist unklar, was geschieht, wenn ein Krankenhaus beziehungsweise eine Leistungsgruppe die vorberechnete Menge des Vorhaltebudgets mehrfach signifikant unterschreitet. Die rigorose Ablehnung der Länder der Einteilung der Häuser in 4 Level hat den Minister veranlasst, das Transparenzgesetz vorzuschalten und den gesamten Reformprozess mittels eines Junktims zu verbinden. Eine neuerliche Wende entzieht das KHVVG durch Rückzug auf eine alleinige Finanzierungsreform dem Einfluss der Länder. Wir können alle sehr gespannt sein, ob dies funktioniert. Sollte dieses Gesetz Anfang 2025 in Kraft treten, werden erste Zahlen zur Aufteilung von Vorhaltepauschalen und Rest-DRGs 2027 den Krankenhäusern mitgeteilt werden. Scharf geschaltet werden „Vorhaltebewertungsrelationen“ dann erst 2028. Unbeirrt wird NRW übrigens bis Ende 2024 seinen Krankenhäusern die Leistungsgruppen zugeteilt haben. Die Beratung des KHVVG soll am 24.4.2024 im Bundeskabinett erfolgen.

### **Vorschaltgesetz**

Die Reformbemühungen (Revolution nach Lauterbach) werden frühestens in 3–4 Jahren eine Wirkung zeigen. Bis dahin, so die berechtigte Befürchtung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), werden viele Krankenhäuser in erhebliche finanzielle Probleme kommen. Selbst oder besser gesagt besonders Universitätsklinika haben Defizite in Höhe von 120 Milliarden Euro (Maximalwert). Damit sind Verbindlichkeiten von einer halben Milliarde Euro verbunden. Das wird Wirtschaftsprüfer schon für den Jahresabschluss 2023 zu negativen Bestätigungsvermerken zwingen. Besonders bedrückt, dass in vielen Krankenhäusern die Existenzangst umgeht und eine beispiellose Insolvenzwelle heranrollt. Müssen Kliniken unkontrolliert schließen, wird das voraussichtlich vor allem ländliche Regionen treffen, demnach Standorte, die man im Sinne einer flächendeckenden Versorgung nicht verlieren möchte. Insofern sind die Reformvorhaben auch ein Sozialprojekt. Verständlicherweise rufen DKG und andere nach einer vorgeschalteten Finanzierung, jedoch haben der Bundeskanzler und der Finanzminister dieser in der Vergangenheit eine Absage erteilt. Umso mehr benötigen wir jetzt eine schnelle Einigung für den Start einer Klinikreform.

### **Transparenzgesetz**

Das Transparenzgesetz soll dem Ratsuchenden zum Beispiel vor einer Operation Hinweise geben, wo der bei ihm vorgesehene Eingriff besonders häufig gemacht wird und welche Anstrengungen das Krankenhaus oder die Einrichtung im niedergelassenen Bereich unternommen hat, eine adäquate Strukturqualität zur Verfügung zu stellen. Zunächst ist nicht von Ergebnisqualität die Rede, jedoch werden Mindestmengen eine große Rolle spielen. Dem IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) wird vom BMG die Rolle übertragen, entsprechende Daten bereits zum Mai 2024 zur Verfügung zu stellen.



Dieser Zeitplan erscheint prima vista unwahrscheinlich. Damit umgeht das BMG den G-BA, dessen Institut das IQTIG eigentlich ist. Dies hat auch schon zu heftigen Reaktionen von Professor Hecken, dem Leiter des G-BA geführt, der dieses Konstrukt als verfassungswidrig ablehnt. Auch ist die juristische Haftung bei einem „staatlichen“ Qualitätsindikatorsystem nicht unproblematisch. Ein medizinischer Beirat soll das Projekt begleiten und für Augenmaß sorgen. Positiv ist zu vermelden, dass etablierte Qualitätszertifikate der Fachgesellschaften erhalten bleiben, soweit sie einem Anforderungskatalog genügen, den der G-BA beim IQTIG in Auftrag gegeben hatte und der jetzt mit 17 Kriterien vorliegt.

### **Ambulantisierung**

Die Ambulantisierung ist Bestandteil der Reform. 20 Prozent der stationären Leistungen sollen zukünftig ambulant erbracht werden und so die Krankenhäuser auch personell entlasten. Ein Gutachten des privaten IGES Instituts nennt 2 500 neue AOP-Leistungen. Obwohl die Ambulantisierung mit einigen wenigen Eingriffen seit Januar 2024 scharf geschaltet ist, fehlen klare Vorgaben einer sektorengleichen Vergütung. Eine Hybrid-DRG soll es richten. Vorstellungen zur Aufteilung der Vergütung gibt es inzwischen vom BDC und vom BDA, jedoch sind diese nicht kritikfrei. Ein massives Problem ist die Frage der Weiterbildung, denn es sind gerade die einfachen Eingriffe, die sich für eine ambulante Versorgung eignen und damit auch für die erste Hälfte der Weiterbildung geeignet sind. Damit ambulante Chirurgie kostendeckend betrieben werden kann, müssen diese Eingriffe in hoher Menge pro Tag und mit hoher Schlagzahl ausgeführt werden. Damit wird eine Weiterbildung problematisch; auch müssen die Anforderungen an die personelle Durchführung angepasst werden, damit ein Weiterzubildender solche Eingriffe überhaupt durchführen kann. Krankenhäuser müssen räumliche und personelle Voraussetzungen schaffen, denn in den bestehenden Strukturen der Krankenhäuser gibt es keine Chance, dies kostengünstig abzubilden. Am wenigsten Sorgen bereitet die rein medizinische Seite; dies beweist ein Blick über die Landesgrenzen.

### **Weiterbildung**

Seit Beginn der Diskussion über Strukturreformen in der stationären Versorgung haben wir darauf hingewiesen, dass die Frage der Weiterbildung mitgedacht werden muss. Denn die gewollte Konsequenz der Reformen ist eine Zentralisierung komplexer Leistungen und eine Verlagerung einfacher Leistungen in den ambulanten Bereich beziehungsweise in Häuser niedrigerer Versorgungsstufen; auch dies ist eine Zentralisierung. Jedes Krankenhaus wird nicht mehr alles machen und in der Konsequenz wird es eine breite Exposition an Krankheitsbildern für den Weiterzubildenden nicht mehr geben. Ohne eine Verbundweiterbildung wird ein vollständiges Weiterbildungsportfolio nicht möglich sein. Die offene Frage ist, wer dies

organisiert. Wir denken, dass dieses Problem nicht auf die Schultern der Weiterzubildenden abgewälzt werden kann. Auch muss die Finanzierung der Weiterbildung transparent und unabhängig vom Weiterbilder geregelt werden, was zugegebenermaßen ein dickes Brett zu bohren ist. Zu dieser Thematik wird die gemeinsame Weiterbildungskommission von BDC und den chirurgischen Fachgesellschaften in Kürze ein Eckpunktepapier auf den Tisch legen. Die Nachwuchsorganisationen der chirurgischen Fachgesellschaften werden unabhängig hiervon ihre Vorstellungen ebenfalls zeitnah publizieren.

### **Die Rolle der AWMF**

In der AWMF wurde Anfang 2023 eine Ad-hoc-Kommission zu Versorgungsstrukturen gebildet, die sich aus Vertretern der klinischen Fachgesellschaften zusammensetzt und in teils wöchentlicher Frequenz unter der Moderation der AWMF die Vorschläge zur Reform der stationären Versorgung diskutiert hat und über die dann auch entsprechende Stellungnahmen an das BMG ergangen sind. Dies hat zum ersten Mal seit mehreren Jahrzehnten ärztlichen Sachverstand in die Debatten eingebracht, was auch vom Gesundheitsminister ausdrücklich wertschätzend anerkannt wurde. Wichtig erscheint auch, dass damit die Rolle der Fachgesellschaften vom Nimbus des Lobbyismus befreit werden konnte.

### **Digitalgesetz und Gesundheitsdatennutzungsgesetz**

Diese Gesetze fanden wenig Widerstand und sind demnach geräuschlos über die politische Bühne gegangen. Ihr Wert für die künftige Versorgung und Forschung in Deutschland ist aber nicht hoch genug einzuschätzen. Sie ermöglichen neben den Vorteilen der Digitalisierung eine bessere Datennutzung für die Versorgungsforschung und unter anderem erst die Möglichkeit, Systeme mit künstlicher Intelligenz und das Handling von Big Data unter Wahrung der Sicherheit persönlicher Daten einzusetzen. Möglichkeiten und Grenzen bedürfen einer gesonderten Betrachtung und eines erneuten Weißbuches der DGCH.

### **Benötigen wir überhaupt eine Reform?**

Wenn auch die Notwendigkeit von Reformen in der Gesundheitsversorgung nicht bezweifelt wird, möchte ich hier noch einmal die Notwendigkeit darlegen. Ein Jahrzehnt mit erheblichen Disruptionen hat begonnen. Hierzu zählen:

- neue (teure) Technologien: Digitalisierung, Telemedizin, KI, Robotik, Big-Data-Handling, personalisierte Medizin, molekulare Diagnostik, Vakzination in der Tumorthherapie
- Entbürokratisierung
- sektorenübergreifende Versorgung und Ambulantisierung

- besserer Abgleich von Angebot und Nachfrage: Notfallbehandlung, Steuerung von Patientenpfaden und -strömen
- Reduktion der Bedarfe durch Prävention
- effiziente Allokation von Personal und Kapital: bessere interprofessionelle Zusammenarbeit, mehr Verantwortung für die Pflege
- Umgang mit der ungünstigen Alterspyramide; in den nächsten 10 Jahren werden 7 Millionen Beschäftigte den Arbeitsmarkt altersbedingt verlassen, gleichzeitig wird es 16 Millionen Bürger geben, die altersbedingt eines Mehrbedarfs an medizinischer Versorgung bedürfen.

Der Treiber des Umbaus unseres Systems ist der jetzt schon spürbare eklatante Personalmangel. Babyboomer verlassen den Arbeitsmarkt, die Verbliebenen zeigen ein geändertes Arbeitsverhalten. Was knapp wird, wird teuer. Wir werden nicht deutlich mehr Personal bekommen, auch nicht aus dem Ausland. Ergo können nicht mehr alle Leistungen erbracht werden. Weitere Treiber der Krise sind steigende Energie- und Personalkosten, die nicht ausgeglichen werden, ferner die Inflation. Auch die Ambulantisierung verlangt Investitionen, die aus dem laufenden Betrieb erbracht werden müssen. Jahrelange Defizite der Digitalisierung müssen jetzt teuer ausgeglichen werden. Hinzu kommt in vielen Häusern ein enormer Investitionsstau, der unter anderem damit begründet ist, dass die Länder ihren Finanzierungsverpflichtungen nicht nachgekommen sind. Wir haben zu viele Betten in zu vielen Krankenhäusern, derzeit circa 1 700; dabei ergeben Kalkulationen, dass wir mit der Hälfte eine ausreichende Versorgung gewährleisten könnten. Dies gilt auch für eine zunehmend alternde Gesellschaft mit Erhöhung der Multimorbidität. Zur Krise tragen auch der Einbruch der Erlöse während der Pandemie und die ausbleibende Erholung nach der Pandemie bei. Auch müssen die erheblichen Kosten der Pandemie bewältigt werden.

Nachdem uns jahrelang gesagt wurde, wir hätten das beste Gesundheitssystem der Welt, muss man doch für viele Leistungen Qualitätsdefizite konstatieren. Wir geben zwar hinter den USA das meiste für unser Gesundheitssystem aus, erhalten dafür aber nur eine Qualität im unteren Drittel laut Benchmark-Analysen, gemessen an der Krankenhaussterblichkeit. Auch das Langzeitüberleben bei bestimmten Krebsdiagnosen zeigt ein erschreckendes Potenzial. So könnten nach Berechnungen der Krebsgesellschaft jährlich 20 000 Patientenjahre gerettet werden, wenn alle betroffenen Patienten leitliniengerecht in zertifizierten Zentren behandelt würden. Die flächendeckende Versorgung darf kein Dogma sein. Eine solche Versorgung benötige ich nur für relativ wenige Krankheitsentitäten, bei denen der Zeitfaktor in der Versorgung eine große Rolle spielt.

## Kommentare der DGCH

Als DGCH begrüßen wir, dass das ambulante Potenzial ausgeschöpft werden soll, dass eine Zentralisierung komplexer Leistungen geplant ist, dass Kapazitäten vor allen Dingen in Ballungsräumen gebündelt werden und sich damit auch Schwerpunkte herausbilden und dass eine finanzielle Reform durch Planung statt finanzgetriebener „kalter Liquidierung“ stattfinden soll. Am Ende sollten wir weniger Standorte haben, diese aber auskömmlich finanziert und ohne Personalnot. Durch das Transparenzgesetz und die Einführung von Vorhaltepauschalen in Leistungsgruppen erwarten wir eine Verbesserung der Qualität.

Allerdings besteht für uns noch in vielen Bereichen Diskussionsbedarf und deshalb plädieren wir für ein flexibles System mit Öffnungsklauseln. Wir empfehlen:

- eine bessere Differenzierung der Leistungsgruppen, zum Beispiel für die Leistungsgruppe „allgemeine Chirurgie“ und die nicht definierte Leistungsgruppe Viszeralchirurgie
- die Berücksichtigung auch „kleiner Fächer“, die keine eigene Leistungsgruppe bilden, wie zum Beispiel die endokrine Chirurgie
- Die Auswirkungen auf die Weiterbildung zum Facharzt müssen von vorneherein mitgedacht werden; die Weiterbildung muss komplett und zeitnah neu strukturiert werden, *auch wenn jetzt ein Hybridarzt eingeführt werden soll.*
- Die Vorhaltefinanzierung sollte von Fallzahlen unabhängig kalkuliert werden.
- Planungsziele müssen durch Versorgungsforschung definiert werden, *zum Beispiel durch Instrumente der Folgenabschätzung.*
- Das Reimbursement von ambulanten Leistungen muss kostendeckend ermöglicht werden.
- Der Einfluss auf die universitäre Ausbildung (Studium) und deren Finanzierung muss ebenfalls diskutiert werden.

In all diesen Bereichen haben wir klare Vorstellungen und werden diese über die AWMF einbringen. Der Knackpunkt ist die in vielen Fällen fehlende auskömmliche Finanzierung. Eine Reform wird es nicht zum Nulltarif geben.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, April 2024

## STATEMENT

### Krankenhausreform: Neugestaltung der Rahmenbedingungen für die ärztliche Weiterbildung im Gebiet Chirurgie dringend notwendig

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

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie (BDC)

Nachdem durch den Bundesrat das Transparenzgesetz angenommen worden ist, besteht derzeit für das eigentliche Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz weiterhin erheblicher Diskussionsbedarf bezüglich des vorliegenden Eckpunktepapiers. Generell sind sich allerdings alle Akteure im Gesundheitswesen darüber einig, dass die jetzigen Krankenhausstrukturen dringend einer Reform bedürfen. Bei weiterhin flächendeckender Versorgungsgarantie soll durch Spezialisierung und Zentralisierung die Qualität der vorhandenen medizinischen Versorgung weiter gesteigert werden; das heißt, zukünftig darf nicht mehr in jedem Krankenhaus das gesamte Spektrum von Erkrankungen, also „alles“, behandelt oder operiert werden. Ferner soll eine Ausweitung der Ambulantisierung angestrebt werden, um durch Verlagerung von bisher stationär behandelten Patienten in den ambulanten Bereich die sektorenübergreifende Versorgung zu steigern und gegebenenfalls auch den Bedarf an Pflegepersonal zu reduzieren. Eine solche Reform führt zwangsläufig auch dazu, dass nicht mehr alle Weiterbildungsinhalte im Gebiet Chirurgie an einem Ort oder einer Klinik erlangt werden können, sondern zukünftig intersektorale Verbünde zwischen ambulanten Einrichtungen und Kliniken notwendig werden. Nur dann können die in der Weiterbildung verlangten Kompetenzfähigkeiten im Gebiet Chirurgie erreicht werden. Neben der Politik und den Arbeitgebern in der Klinik und den Praxen sind vor allem die Bundes- und Landesärztekammern gefordert, die seit 2018 bestehende Musterweiterbildungsordnung entsprechend anzupassen. Allen Beteiligten im Gesundheitswesen muss dabei bewusst sein, dass es auf keinen Fall zu einem Verlust einer qualitativ hochwertigen Weiterbildung kommen darf, um auch in Zukunft eine adäquate medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen und zu garantieren. Es ist deshalb nur schwerlich nachvollziehbar, dass die Politik die ärztliche Weiterbildung bisher kaum berücksichtigt hat. Bei weiterem Hinausschieben einer Anpassung der fachärztlichen Weiterbildung im Rahmen der geplanten Krankenhausreform werden sowohl die Weiterzubildenden wie auch die Weiterbildungsbefugten mit zunehmend komplizierten Vorgaben konfrontiert werden, die sicherlich nicht die Attraktivität einer Weiterbildung im Gebiet Chirurgie steigern können. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass sich die Weiterbildung zum Facharzt verzögern könnte und obendrein noch finanzielle Einbußen in Kauf genommen werden müssten.

Um dem chirurgischen Nachwuchs eine qualitativ hochwertige, strukturierte und entsprechend finanzierte Weiterbildung anbieten zu können, sollten nach Meinung der gemeinsamen Weiterbildungskommission des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zusammen mit den chirurgisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden folgende Kernanforderungen angestrebt werden:

- Die Weiterbildungsstätten müssen mit ihren Angeboten zu Inhalten und Kompetenzerwerb in einem digitalen Verzeichnis einsehbar sein. Zudem sollten lokale und regionale Weiterbildungsverbände aufgelistet sein, um die Rotationsmöglichkeiten realistisch und zeitentsprechend gestalten zu können.
- Voraussetzung für solche Weiterbildungsverbände sind rechtssichere Arbeitsverträge, Angleichung der Gehälter und Klärung der Berufshaftpflicht für die Weiterzubildenden bei Orts- beziehungsweise Arbeitgeberwechsel.
- Die Beantragung und Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis sollte unbürokratisch erfolgen und auch modular möglich sein, vor allem bezüglich der Inhalte. Die verschiedenen Leistungsgruppen müssen natürlich berücksichtigt werden und damit auch einer dynamischen Entwicklung ihrer Differenzierung nachfolgen können.
- Eine adäquate und transparente Refinanzierung der noch zu eruiierenden Kosten für die Weiterbildungsstätten sollte durch verschiedene Institutionen oder über eine Stiftung erfolgen, wie bereits in einigen europäischen Nachbarländern praktiziert.
- Bezüglich der Refinanzierung der Weiterbildung könnte im stationären Bereich bei den geplanten Vorhaltepauschalen eine finanzielle Zulage exklusiv für die Kliniken erfolgen, die eine fachärztliche Weiterbildung anbieten und in realiter auch durchführen.
- Im vertragsärztlichen Sektor ist eine finanzielle Weiterbildungsförderung grundsätzlich auch für das Gebiet Chirurgie und somit für die operativ tätigen Praxen und medizinischen Versorgungszentren zu öffnen.

Neben oben angeführten Punkten sollte zudem eine Versorgungs- und klinisch patientennahe Forschung während der Weiterbildung mindestens für einen Zeitraum von sechs Monaten generell anerkannt werden. Da die Weiterbildung vor allem im Rahmen der ärztlichen Berufstätigkeit stattfindet, sollten zur Supervision und Vermittlung spezieller Kompetenzen zusätzliche personelle Kapazitäten ermöglicht werden. Die berechtigten Forderungen der

nachfolgenden Medizinergeneration nach einer verbesserten Vereinbarkeit von Beruf und Familie / Freizeit sollten berücksichtigt und ausgebaut werden, wie flexible Arbeitszeiten, Voll- oder Teilzeitmodelle wie auch Lebensarbeitskonten und Verfügbarkeit von Kinderbetreuungsstätten.

Ziel muss es also sein, die Weiterbildung in dem Gebiet Chirurgie wieder attraktiver zu gestalten, damit sich nach der Reform die Frage erübrigt: „Wer kann mich in Zukunft überhaupt noch wo und wie operieren?“

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, April 2024



# DCK 2024

Gemeinsam lernen und heilen

141. Deutscher Chirurgie Kongress  
16. – 18. April 2024, DCK.digital  
24. – 26. April 2024, Leipzig

## Rundgang in der Young Surgeons & Future of Surgery Area

Sie interessieren sich für die neuesten Möglichkeiten der Visualisierung, Robotik, Lehre und Wiederverwendbarkeit (Sustainability) in der Chirurgie?

Dann nehmen Sie am Rundgang in der Young Surgeons & Future of Surgery Area auf dem DCK 2024 teil.

**Univ.-Prof. Dr. Hans F. Fuchs**, FACS FEBS (Hon.), Professor für Roboter-assistierte minimalinvasive Chirurgie an der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie der Uniklinik Köln, führt Sie durch, erläutert die Anwendungen und steht Ihnen für Fragen zur Verfügung.

*Die Teilnahme ist kostenlos.*

**Termin:** Donnerstag, 25. April 2024, 13.00 bis 14.00 Uhr

**Ort:** Treffpunkt Arena Future Corner, Halle 2, in der Industrieausstellung

**Anmeldung – oder Sie kommen einfach so vorbei:**

Pressestelle 141. Deutscher Chirurgie Kongress / DCK 2024

Dr. Adelheid Liebendörfer

Corinna Deckert

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173, -309

Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: [liebendoerfer@medizinkommunikation.org](mailto:liebendoerfer@medizinkommunikation.org)

[deckert@medizinkommunikation.org](mailto:deckert@medizinkommunikation.org)



## Ausgewählte Sitzungen auf dem DCK 2024 zu Katastrophen- und Kriegsverletzungen

### Zivil-militärische Zusammenarbeit für den NATO-Bündnisfall

**Termin:** Donnerstag, 25. April, 11.15 bis 12.45 Uhr

**Ort:** Plenar 2, LIVE-ÜBERTRAGUNG vom Kongress in Leipzig

- Strategische Planungen des Sanitätsdienstes der Bundeswehr unter dem Eindruck des Ukrainekrieges
- Podiumsdiskussion: Was könnte auf uns zukommen?

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/session/113458>

### Interdisziplinäre Schockraumkompetenz

**Termin:** Donnerstag, 25. April, 08.00 bis 09.00 Uhr

**Ort:** Plenar 2, LIVE-ÜBERTRAGUNG vom Kongress in Leipzig

- Warum ist der Unfallchirurg der "Trauma-Leader"?
- Wann Notfall-Laparotomie ohne CT und wie?
- Das Kind im Schockraum
- Schockraumkompetenz in der Pflege: worauf muss ich vorbereitet sein, was muss ich können?

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/session/112823>

### Interdisziplinäres Management penetrierender Verletzungen

**Termin:** Donnerstag, 25. April, 09.15 bis 10.45 Uhr

**Ort:** Plenar 2, LIVE-ÜBERTRAGUNG vom Kongress in Leipzig

- Thorako-abdominelle Schuss- und Stichverletzungen – Berliner Interdisziplinäres Vorgehen
- Erfahrungen aus dem Einsatzgebiet
- Worauf muss ich mich vorbereiten?
- Fallvorstellung

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/session/112822>

### Hot Topics Bundeswehr (and beyond?)

**Termin:** Freitag, 26. April, 09.15 bis 10.45 Uhr

**Ort:** Plenar 2, LIVE-ÜBERTRAGUNG vom Kongress in Leipzig

- Versorgungsrealität im Krieg in der Ukraine – Was müssen wir daraus lernen?
- Chirurgische Versorgung bei der Erdbebenhilfe in der Türkei
- Vollbluttransfusion beim Traumapatienten – ein Konzept für die Bundeswehr?
- Implementierung des „Patient Blood Management“ im Systemverbund der Bundeswehrkrankenhäuser

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/session/112890>

### Traumaversorgung nach Terroranschlägen und Kriegsverletzungen

**Termin:** Freitag, 26. April, 11.15 bis 12.45 Uhr

**Ort:** Plenar 2, LIVE-ÜBERTRAGUNG vom Kongress in Leipzig

- Erfahrungen aus der Koordination der Versorgung von Verletzten des Ukraine Krieges
- Klinische Erfahrungen in der Versorgung Verletzter aus dem Ukraine Krieg
- Sind wir in Deutschland vorbereitet?
- Thoraxtrauma in der Einsatzchirurgie
- Wann braucht es die Gefäßchirurgie?

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/session/112891>

## **Einsatzchirurgie und Ausbildungskonzepte der Bundeswehr**

**Termin:** Freitag, 26. April, 14.00 bis 15.30 Uhr

**Ort:** Plenar 2, LIVE-ÜBERTRAGUNG vom Kongress in Leipzig

- Chirurgisches Behandlungsspektrum im Irak-Einsatz – was wird benötigt?
- Forward Surgical Teams am Beispiel der Militärischen Evakuierungsoperation Sudan
- Einsatz- und Notfallchirurgie in Zeiten von MIC und Robotics – Wie erhalten wir die Kompetenz?
- Militärchirurgische Aus- und Weiterbildung unter den Vorgaben der MWBO 2018

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/session/112892>

## Ausgewählte Sitzungen auf dem DCK 2024 zum Einsatz von KI, VR, Robotik und Co.

### Moderne Aus-, Fort-, Weiterbildung in der Chirurgie - vom Vorbild bis zur Simulation

Termin: Dienstag, 16. April, 16.00 bis 17.30 Uhr

Ort: DCK.digital LIVESTREAM

- Using Virtual Reality for training surgeons in acetabulum surgery
- Verbesserung von teambasiertem interprofessionellem Lernen anhand einer Virtual Reality
- Neuartige Lehrkonzepte zur Interpretation von computertomografischen Bildern mittels Augmented Reality
- Evaluation of Holomedicine® Masterclass for advanced medical training
- Einführung eines Evidenz-basierten und Bedarfs-adaptierten chirurgischen Weiterbildungscurriculums - Ein best-practice Beispiel
- Surgical Wound Teaching - Easy to Implement for Improved Skills in the Future
- Implementation of a Transdisciplinary Digital Health Curriculum – A One-Year Experience of Knowledge Transfer and Networking in a Unique Digital Health Training Culture

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/session/112524>

### Robotik in der Thoraxchirurgie

Termin: Mittwoch, 24. April, 8.00 bis 9.00 Uhr

Ort: Saal 5

- Evidenz zur robotischen Lungenkrebschirurgie - Update 2024
- Evidenz zur mediastinalen Roboterchirurgie - Update 2024
- Robotische Chirurgie in der Thoraxchirurgie - Herausforderungen im Alltag
- Die robotisch-assistierte Resektion von thorakalen neurogenen Tumoren ist sicher und effektiv.
- Transthoracic Robot-assisted minimal-invasive diaphragmatic rupture repair: a case report
- Einsatz der Roboter-assistierten Thorakoskopie mit intraoperativer ICG-Fluoreszenzdarstellung zur gewebesparenden Resektion von Lungensequestern: Eine Fallserie

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/session/112733>

### Lernen in immersiven Welten aus der Perspektive der Chirurgie

Termin: Mittwoch, 24. April, 09.15 bis 10.45 Uhr

Ort: Saal 1, HYBRID / LIVESTREAM

- Von Simulation über eLearning bis Virtual Reality – medizinische Aus-, Fort- und Weiterbildung im Wandel der technischen Möglichkeiten
- Operieren lernen im Zeitalter der Simulation - Roboterassistierte vs. laparoskopische Methoden im Vergleich
- Bursa omentalis – Virtual reality zur Unterstützung des anatomischen / chirurgischen Lehre
- Immersion in der klinisch-praktischen Prüfung: Wie Virtuelle Realität die traditionellen OSCE-Stationen herausfordert
- Fehler erkennen und Leben retten – room of error in virtual reality

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/session/112896>

### Neues zu Robotik und Maschinelle Intelligenz (CTAC)

Termin: Mittwoch, 24. April, 11.15 bis 12.45 Uhr

Ort: Saal 1, HYBRID / LIVESTREAM

- Robotischer Ultraschall
- Elektromagnetische Ortung der Hand als neues Eingabegerät für die RAS

- Entwicklung einer Mensch-Maschine-Schnittstelle für laparoskopische Arbeitsabläufe in der robotisch assistierten Chirurgie
- Ergonomie & Robotische Chirurgie - Vergleich zwischen Medtronic HUGO und Intuitive Davinci
- Zunehmende Traumareduktion durch RAS?
- Neue Ansätze für die chirurgische Robotik

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/session/112677>

### **Einzelsetzung: Patientenselektion und Vorgehen für MIC / robotische Leberresektionen beim HCC mit Video**

**Termin:** Mittwoch, 24. April, 12.18 bis 12.39 Uhr

**Ort:** Mehrzweckfläche 1

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/presentation/656761>

### **Robotik in der DACH-Region: Ist Robotik „good to have“ oder ein echter Fortschritt in der operativen Medizin?**

**Termin:** Mittwoch, 24. April, 14.00 bis 15.00 Uhr

**Ort:** DCK Arena

- Anfänge und Konzeptionierung von Robotik Programmen
- Roboterassistierte Anastomosentechniken am Gastrointestinaltrakt
- Weiterentwicklung der rechtsseitigen minimal-invasiven Hemikolektomie: Integration von Robotik und Augmented Reality
- Onkologische Aspekte

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/session/113052>

### **VR, AR and beyond für Ausbildung und Training (CTAC)**

**Termin:** Freitag, 26. April, 08.00 bis 09.00 Uhr

**Ort:** Saal 1, HYBRID / LIVESTREAM

- Mixed Reality Navigation in Neurosurgery: A Novel Registration Approach Using a Laser Crosshair Simulator for Accuracy and Efficiency Enhancing
- Training der Arzt-zu-Arzt Übergabe in Virtueller Realität – Entwicklung und Zwischenevaluation eines innovativen Lehrkonzepts in der Chirurgie
- Augmented Reality in Pelvic Surgery – using Microsoft's® HoloLens 2 as intraoperative radiation-free navigation tool
- Real-time surgery augmentation through vibro-acoustic sensing to enhance situational awareness during laparoscopy
- VR Training für IOUS der Leber: Vergleich verschiedener Spielelemente
- Geo::Surg - Simulation jenseits der Grenzen des Krankenhauses

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/session/112857>

### **Apps, Künstliche Intelligenz und Machine Learning in der perioperativen Medizin (CAPM)**

**Termin:** Freitag, 26. April, 11.15 bis 12.45 Uhr

**Ort:** Vortrag 10

- Impulsvortrag: Apps, KI, Big Data und XR in der Medizin - Chancen und Risiken
- App-basierte Unterstützung in der Prähabilitation - was ist machbar, wo sind die pitfalls?
- Künstliche Intelligenz in der präoperativen Risikoevaluierung - besser als der Mensch?
- Prädiktion des postoperativen Outcomes in der Viszeralchirurgie durch Machine Learning-Algorithmen
- Verbesserung der Adhärenz postoperativer Fast Track / mPOM Maßnahmen durch moderne Informationstechnologien - wo stehen wir?

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/session/112651>

## Ausgewählte Sitzungen auf dem DCK 2024 zur Organtransplantation

### Transplantation – Aktuelle Themen (CAT)

**Termin:** Mittwoch, 24. April, 08.00 bis 09.00 Uhr

**Ort:** Plenar 2, LIVESTREAM

- Marginale Organe – Entscheidungsalgorithmus unter Berücksichtigung des Organmangels
- Ex-vivo Organperfusion – Current & future clinical trials
- Ex-vivo Organperfusion – Viability Assessment & beyond
- Transplantations-Onkologie – Revival im Kontext des Organmangels?

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/session/112748>

### Transplantationschirurgie

**Termin:** Mittwoch, 24. April, 13.00 bis 13.30 Uhr

**Ort:** Vortrag 10, LIVESTREAM

- Comparative Analysis of Mono Hypothermic Oxygenated Machine Perfusion (mHOPE) and Dual Hypothermic Oxygenated Machine Perfusion (dHOPE) Versus Static Cold Storage (SCS) in Liver Preservation Prior to Transplantation
- Three Decades of Liver Transplantation for Biliary atresia: Outcomes of 3721 Liver Transplants from CTS Registry
- Roboter-assistierte Lebendnierenspende – Eine Zentrumsanalyse von 107 Spendern
- 440 Consecutive Hand-Assisted-Retroperitoneoscopic-Donor-Nephrectomies (HARP). A Comprehensive Analysis of the Intraoperative Challenges and Potential Pitfalls.
- Preoperative C-reactive-protein-to-albumin ratio as a predictor of patient- and graft-survival after deceased-donor liver transplantation.
- Charakterisierung des biliären Mikrobioms der Spenderorgane bei Lebertransplantation in Korrelation mit dem klinischen Verlauf
- Sarcopenic obesity may predict worse liver regeneration after right graft living donor liver transplantation
- Successful temporary machine perfusion of marginal liver grafts early after retrieval or shortly before implantation

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/session/113066>

### Sitzung Organspende heute

**Termin:** Donnerstag, 25. April, 8.00 bis 9.00 Uhr

**Ort:** Saal 1, LIVESTREAM

- Entwicklungsoptionen in der Nierenlebendspende
- Welche Rolle spielt die Leberlebendspende für die zukünftige Transplantationschirurgie
- Der Zeit voraus: Die Zukunft der Lungentransplantation in Zeiten des Organmangels
- Welche Rolle spielt DCD, DBD und Lebendspende für die Zukunft der Transplantationsmedizin
- Organ Perfusionssysteme und Organ recovery units: Die Antwort auf den Organmangel?
- Xenotransplantation: Transplantationsmedizin in der Zukunft?

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/session/112782>

### Chirurgische Forschung: Transplantation

**Termin:** Donnerstag, 18. April, 14.00 bis 15.30 Uhr

**Ort:** Stream 3, LIVESTREAM

- Absent in melanoma (AIM)2 is crucially involved in the revascularization and endocrine function of transplanted pancreatic islets
- Heparan sulfate fine-tuned interleukin (IL)-1 signaling inhibits insulin secretion of grafted pancreatic islets

- Elderly liver grafts are more susceptible to ischemia-reperfusion after long cold ischemia than grafts from young donors – an ex vivo liver machine perfusion analysis in Sprague Dawley Rats
- Macrophage colony stimulating factor (CSF1) promotes liver regeneration during normothermic machine perfusion (NMP)
- Anzahl und Funktion von myeloiden Suppressorzellen (MDSCs) bei Patienten vor und nach Lebertransplantation

Link: <https://apps.m-anage.com/dck2024/de-DE/pag/session/112647>

**Organspendelauf Deutscher Chirurgie Kongress (DCK 2024): „Laufend helfen – Leben retten“**

Präsenzlauf: Dienstag, 23. April 2024, Leipzig

Virtueller Lauf: Dienstag, 23. April 2024 bis Sonntag, 28. April 2024

Infos: [www.dck2024.de](http://www.dck2024.de) / organspendelauf

Anmeldung: [www.organspendelauf.de](http://www.organspendelauf.de)



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, mit derzeit 5 700 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 Chirurgie Kongress (DCK) 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 22 700 Chirurgen. Es können so die gemeinsamen Interessen besser gebündelt und in einer starken Gemeinschaft nach außen vertreten werden.

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

Weitere Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie unter [www.dgch.de](http://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](mailto:info@dgch.de)

