

Interview mit

Prof. Dr. Markus W. Büchler

Geschäftsführender Direktor und
Ordinarius für Chirurgie am
Universitätsklinikum Heidelberg



Foto: Uniklinikum Heidelberg

Fortschritte in der onkologischen Chirurgie - Rückblick, Gegenwart, Ausblick

Kurzvita:

Professor Dr. Markus W. Büchler ist Geschäftsführender Direktor und Ordinarius für Chirurgie am Universitätsklinikum Heidelberg. Nach seinem Medizinstudium in Heidelberg und Berlin begann er seine chirurgische Ausbildung an der Universität Ulm, wo er 1987 stellvertretender Klinikdirektor wurde. 1993 wurde er Professor für Chirurgie und Klinikdirektor an der Universität Bern. 2001 kehrte er nach Deutschland zurück, um in Heidelberg die Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie zu leiten. Zusätzlich leitet er heute die chirurgischen Abteilungen im Krankenhaus Salem in Heidelberg sowie in den Krankenhäusern in Sinsheim, Eberbach und Heppenheim. Er ist ein international anerkannter Experte auf dem Gebiet der Chirurgie, insbesondere der Pankreaschirurgie. Mehr als 2000 von ihm veröffentlichte wissenschaftliche Manuskripte konzentrieren sich hauptsächlich auf die molekularen Grundlagen von Krebserkrankungen der Verdauungsorgane und Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse sowie auf klinisch-chirurgische Probleme. Er war unter anderem Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, des European Pancreatic Club und der International Hepato-Pancreato-Biliary Association. Er ist Mitglied der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina und unter anderem Ehrenmitglied der American Surgical Association und der Royal Colleges of Surgeons of England and Scotland. Professor Büchler ist im Editorial Board zahlreicher wissenschaftlicher Zeitschriften und wurde vielfach ausgezeichnet, 2021 beispielsweise mit dem Deutschen Krebspreis. [Tabellarischer CV](#).

Mit Prof. Büchler (MB) sprach der Vorstandsvorsitzende der Stiftung LebensBlicke Prof. Dr. J. F. Riemann (JFR).

JFR: Sie blicken auf viele Jahrzehnte chirurgischer Tätigkeit zurück. Was waren für Sie in der Chirurgie die wichtigsten Meilensteine in dieser Zeit?

MB: 1) Die Entwicklung der kurativen onkologischen Chirurgie mit wesentlicher Verbesserung des Überlebens der Patienten bei gastrointestinalen und anderen soliden Tumoren. Beispiel Kolonkarzinom mit 60-80% 5- Jahresheilungsraten.

2) Die Entstehung einer wirklich interdisziplinären onkologischen Therapie (neoadjuvant, adjuvant, palliativ) unter Beteiligung von Gastroenterologen, Medizinischen Onkologen, Strahlentherapeuten und Chirurgen.

3) Die Einführung minimal invasiver chirurgischer Techniken einschließlich der Robotischen Chirurgie.

4) Die Einführung präventiver Konzepte in die klinische Onkologie und damit die Möglichkeit, weitaus mehr Patienten in Frühstadien der Krebserkrankung kurativ, mit sehr guten Überlebenschancen, zu operieren.

JFR: Sie haben in Bern, später dann vor allem in Heidelberg viele zertifizierte Zentren aufgebaut, die u. a. den Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse, der Leber und des Darms gewidmet sind. Was erfordert eine solche Zertifizierung? Sollten Eingriffe an den genannten Organen nur noch in zertifizierten Zentren vorgenommen werden?

MB: Qualitätssicherung ist ein wesentlicher Bestandteil exzellenter onkologischer Therapie. Zertifizierungen von Onkologischen Zentren tragen zur Verbesserung der Qualität und Nachhaltigkeit der Ergebnisse bei. Allerdings ist Zertifizierung nicht der alleinige Weg zur Qualität. In Deutschland hat sich die Zertifizierung von Zentren in den vergangenen Jahren auch zum Selbstzweck entwickelt. In ca. 10 Jahren wird jede Klinik zertifiziert sein: Gut oder schlecht? Wahrscheinlich gut für die betroffenen Patienten.

JFR: Die „Ulmer Schule“ hat sich national wie international einen großen Namen bei der Behandlung der chronischen Pankreatitis gemacht. Worin bestand der Durchbruch?

MB: Der Durchbruch kam mit der Entwicklung (1980) neuer organschonender Pankreas Operationen. Mein Lehrer, Hans Günther Beger, ist der Pionier moderner Pankreaschirurgie. Ihm verdanken wir die Duodenum Erhaltende Pankreaskopfresektion, eine einmalige chirurgische Erfindung im Sinne einer besseren Lebensqualität für die Patienten nach Chirurgie. .

JFR: Wie hat sich für Sie die chirurgische Therapie des Pankreas-Karzinoms entwickelt? Gibt es bei dieser immer noch als schwer zu behandelnden Tumorerkrankung des Verdauungstraktes echte Fortschritte?

MB: Die Therapie des Pankreaskarzinoms hat sich in den vergangenen 20 Jahren stark verändert. Zusammen mit Claudio Bassi, John Neoptolemos und Christos Dervenis haben wir 1990 die European Study Group of Pancreatic Cancer (ESPAC) und die International Study Group of Pancreatic Surgery (ISGPS) gegründet. Wir konnten zum ersten Mal zeigen, dass adjuvante Chemotherapie das Überleben nach Chirurgie verbessert. Radikale Chirurgie (Triangle R0) hat in Kombination mit systemischer Therapie 5 Jahres Überlebensraten von 40 % möglich gemacht. Die Zukunft verspricht, dass wir diese schreckliche Krankheit, ähnlich wie bei anderen Krebserkrankungen, erfolgreich zu Leibe rücken.

JFR: Die onkologische Chirurgie war für Sie immer ein Eckpfeiler Ihrer chirurgischen Tätigkeit. Dazu gehört die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit vielen Partnerdisziplinen von der Gastroenterologie über die Pathologie bis hin zur Radiologie. Welche Rolle spielen in diesem Konzept die Tumorkonferenzen? Was haben sie verändert?

MB: Tumorkonferenzen sind sehr wichtig, um die beste Behandlung im interdisziplinären Gespräch, bisweilen auch im Disput, zu finden. Ähnlich den Zertifizierungen entwickelt sich die obligate Tumorkonferenz allerdings auch zwischenzeitlich häufig zum Selbstzweck. Frühstadien solider Tumoren (T 1 -2, N0, M0) sind in der Regel evidenzbasiert CHIRURGISCHE Indikationen. Metastasierte solide Tumorerkrankungen (M+) sind die Domäne systemischer (nicht chirurgischer) Therapie. Warum sollen die sehr vielen Patienten dieser Stadien in interdisziplinären Konferenzen besprochen werden? Das bindet immense Personal – und Zeitbudgets. Daher ist die Zeit reif für eine Konzentration interdisziplinärer Konferenzen auf die unklaren Fälle und die intermediären Tumorstadien, wo im Einzelfall entschieden werden muss. Die große Mehrheit der Tumorfälle braucht keine Tumorkonferenz.

JFR: Für Sie war auch die Prävention immer von besonderer Bedeutung. Eine sinnvolle und etablierte Prävention existiert neben dem Brustkrebs eigentlich nur für den Darmkrebs. Wie haben sich aus ihrer Sicht die Tumorstadien seit Einführung der Darmkrebs-Vorsorge verändert? Sehen Sie eine Häufung von fortgeschrittenen Stadien, die auch auf die chirurgische Tätigkeit großen Einfluss haben?

MB: Durch die Prävention, in meinem Fach vor allem beim Kolonkarzinom, haben sich die Tumorstadien eindeutig in Richtung CHIRURGISCH kurativ angehabter FÄLLE entwickelt. Prävention hat einen überwältigenden Effekt in der

Detektion nicht symptomatischer Frühstadien von gastrointestinalen Tumoren. Diese können in der Regel kurativ mit exzellenten Überlebensraten behandelt werden. Prävention von Tumorerkrankungen ist eine der größten Errungenschaften moderner Medizin. Der Heidelberger Virologe, Harald zur Hausen, hat dafür den Nobelpreis für Medizin erhalten.

JFR: Eine der für mich bemerkenswertesten Entwicklungen neben der Transplantationschirurgie sind auch die Fortschritte auf dem Gebiet der Leberchirurgie. Lebermetastasen beim kolorektalen Karzinom sind schon lange nicht mehr mit dem Schrecken verbunden, den sie einst hatten. Wann kann auch bei Lebermetastasen eines kolorektalen Karzinoms die Therapie noch kurativ sein? Hat die Häufigkeit kurativer Resektionen zugenommen?

MB: Die Leberchirurgie hat sich ähnlich der Transplantationschirurgie nachhaltig verändert und erreicht bei Tumorerkrankungen eindrucksvolle Ergebnisse. Lebermetastasen kolorektaler Tumore haben uns das Verdikt genommen, dass Tumoren im metastasierten Stadium nicht kurativ angebar seien. Wir erreichen heute Heilungsraten von 30-40 % bei chirurgisch angebaren Lebermetastasen ähnlich wie bei primären Leberkarzinomen. Insofern hat die Leberchirurgie in Zentren stark zugenommen zum Wohle unserer Patienten.

JFR: Die Zusammenarbeit zwischen Chirurgie und Gastroenterologie ist in den letzten Jahren erheblich gewachsen. Zum Teil sehr heftige Kontroversen, an die ich mich noch lebhaft erinnere, sind in den letzten Jahren einer kritischen, aber sehr konstruktiven Kooperation gewichen. Welche Rolle haben dabei neben der persönlichen Expertise in beiden Disziplinen evidenzbasierte Studien gespielt?

MB: Viszeral Chirurgie und Gastroenterologie sind Geschwister der besten Art. Beide Disziplinen haben sich sehr aufeinander zu bewegt und es gibt heute viele gemeinsame Viszeralmedizinische Zentren in deutschen Kliniken. Wenn sich beide Fächer im täglichen Leben und auf Augenhöhe zusammentun, erreicht man die nächste Dimension, die einem Fach alleine vorenthalten bleibt. Evidenz basierte Studien waren und sind entscheidende („practice changing,“) Instrumente unserer beider Fächer und am besten macht man diese gemeinsam. Wie wichtig für mich die gelebte Kooperation Gastroenterologie / Chirurgie ist, zeigt das Beispiel meiner eigenen Karriere. Als junger Assistenzarzt an der Universitätsklinik Ulm habe ich mich 1982

„zusammengetan“ mit einem ebenso jungen Gastroenterologen, Peter Malfertheiner. Im täglichen kreativen Diskurs in Klinik und Forschung haben wir unendlich viel voneinander gelernt und wir haben diese neue Dimension spielend erreicht. Ich wünsche jedem Viszeral Chirurgen das tägliche Gespräch mit dem gastroenterologischen Partner. Nichts hat mich beruflich weiter gebracht. Beide haben wir unsere Ziele erreicht. Leider war es uns nicht vergönnt, als Ordinarien am gleichen Ort zu arbeiten.

JFR: Wie sehen Sie die Entwicklung der Chirurgie an deutschen Universitätskliniken? Sind klinische und wissenschaftliche Forschung in der Chirurgie gut aufgestellt? Die Nationale Dekade gegen Krebs erwartet ja entsprechenden Input gerade von den großen Forschungsschwerpunkten.

MB: Ich sehe die Entwicklung der akademischen Chirurgie an Deutschen Universitätskliniken kritisch. Klinische und translationale Forschung sind in deutschen chirurgischen Universitätskliniken nicht gut aufgestellt. Die Chirurgie hat grundsätzlich keinen oder wenig Support durch die forschende Pharmaindustrie, was ihr einen deutlichen Wettbewerbsnachteil gegenüber der konservativen Medizin beschert. Dramatisch kommt hinzu, dass die Deutsche Forschungsgesellschaft (DFG) ihre Hausaufgaben, die chirurgischen Fächer nachhaltig mit Steuergeldern zu fördern, stark vernachlässigt hat. Man hat die Chirurgie in den vergangenen 15 Jahren praktisch vergessen. Die chirurgischen Fächer (alle „schneidenden“, Fachbereiche) behandeln mehr als ein Drittel aller Krankheiten in der westlichen Welt. Die Forschungsförderung in Deutschland für die chirurgischen Fächer erreicht relativ gesehen einen Bruchteil dieses DRITTELS. Chirurgen werden an Universitäten zu akademischen Handwerkern entwickelt. Lehrstuhlausschreibungen suchen nach robotisch aktiven Chirurgen. Die Art des Schneidens wird also Lehrstuhlinhalt. Hier besteht dringender Handlungsbedarf. Gastroenterologen haben es vorbildlich geschafft, ihre „Chirurgie“ (Endoskopie) zu akademisieren und eine breite klinische und translationale Forschung für ihr Fach unabdingbar zu machen. Hier kann man als Chirurg sehr viel lernen. Die Chirurgie ist akademisch auf dem Abmarsch.

JFR: Wo sehen Sie für die Zukunft neben der Robotik weitere Neuerungen, die auf die Chirurgie zukommen? Welche Rolle könnte die künstliche Intelligenz, welche die zunehmende Digitalisierung spielen?

MB: *Robotische* Chirurgie ist eine sehr sinnvolle Weiterentwicklung der minimal invasiven Chirurgie. Sie ist allerdings nur eine der vielen chirurgischen Techniken und insofern als chirurgisch THERAPEUTISCHES Instrument deutlich überbewertet. Hier entgeht die Chirurgie leider auch nicht dem Einfluss der Industrie, Umsatzinteressen hinter chirurgischer oder medizinischer Wertigkeit zu verstecken.

Künstliche Intelligenz ist hingegen ein sinnvolles Schlagwort für die Chirurgie der Zukunft. Ich hatte die Ehre in Heidelberg, Speyer eines SFB „Cognition Guided Surgery,“ zu sein. Hier liegen große Potentiale für die Chirurgie der Zukunft. Präzision, Navigation, Wissensbasierte Entscheidungsfindung.

JFR: Was haben Sie sich für die Zeit nach Ihrer Emeritierung vorgenommen?

MB: Familie. Reflexion. Schreiben. Krankenhaus Management. Ich bin derzeit Chefarzt in 5 chirurgischen Kliniken und seit 29 Jahren Ordinarius. Ich weiß also ziemlich gut, wie es geht.

Von 200% Beruf runter auf 50%. Chirurgie noch in gewissem Umfang und bei besonderer Notwendigkeit, solange mein Körper keine Qualitätseinschränkung verlangt. Unterstützung meiner Mitarbeiter, damit sie ihre Endposition erreichen. Pinienzucht.

Herzlichen Dank für dieses äußerst interessante Interview!