



**Pressekonferenz
anlässlich des 128. Kongresses
der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)**

Termin: Dienstag, 3. Mai 2011, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Saal 22b, ICM München

Thema: Chirurgische Infektionen

Themen und Referenten:

Professor Dr. med. Axel Haverich

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH); Direktor der Klinik für Herz-, Thorax-, Transplantations- und Gefäßchirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover

Professor Dr. med. Hartwig Bauer

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Multiresistente Bakterien: Prävention und Behandlung

Professor Dr. med. Markus W. Büchler

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV);
Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg

Behandlung thorakaler Infektionen

Professor Dr. med. Godehard Friedel

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT);
Chefarzt der Abteilung für Thoraxchirurgie, Robert-Bosch-Krankenhaus Klinik Schillerhöhe, Gerlingen

Infektion und Implantat

Professor Dr. med. Dieter Kohn

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC);
Leiter der Klinik für Orthopädie und orthopädische Chirurgie am Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg

Screeninguntersuchungen in der Gefäßmedizin

Professor Dr. med. Werner Lang

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG);
Leiter der Gefäßchirurgischen Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen

Infektionen in der plastischen und ästhetischen Chirurgie

Professor Dr. med. Peter M. Vogt

Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC);
Direktor der Klinik und Poliklinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Beate Schweizer, Christine Schoner
Pressestelle DGCH, Pf 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-295 /-573, Fax: 0711 8931-167
E-Mail: schweizer@medizinkommunikation.org,
schoner@medizinkommunikation.org
www.chirurgie2011.de
www.dgch.de

Pressekontakt in München vom 3. bis 6. Mai:

Pressebüro: Raum 22a, ICM München
Tel.: 089-94979409
Fax: 089-94979854



**Pressekonferenz
anlässlich des 128. Kongresses
der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)**

Termin: Dienstag, 3. Mai 2011, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Saal 22b, ICM München

Thema: Chirurgische Infektionen

Inhalt:

Pressemeldung: Chirurgische Infektionen verhindern
Multiresistente Bakterien erhöhen Sterblichkeit

Redemanuskripte: Professor Dr. med. Markus W. Bächler
Professor Dr. med. Godehard Friedel
Professor Dr. med. Dieter Kohn
Professor Dr. med. Werner Lang
Professor Dr. med. Peter M. Vogt

Curriculum Vitae der Referenten

Bestellformular für Fotos

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

Ihr Kontakt für Rückfragen:
Beate Schweizer, Christine Schoner
Pressestelle DGCH, Pf 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-295 /-573, Fax: 0711 8931-167
E-Mail: schweizer@medizinkommunikation.org,
schoner@medizinkommunikation.org
www.chirurgie2011.de
www.dgch.de

Pressekontakt in München vom 3. bis 6. Mai:
Pressebüro: Raum 22a, ICM München
Tel.: 089-94979409
Fax: 089-94979854



128. Chirurgenkongress, 3. bis 6. Mai 2011, ICM München

Chirurgische Infektionen verhindern

Multiresistente Bakterien erhöhen Sterblichkeit

München, 3. Mai 2011 – Infizieren sich Patienten nach chirurgischen Eingriffen mit multiresistenten Bakterien, erhöhen sich Therapiedauer, Therapiekosten und das Risiko, an der Infektion zu sterben. Angesichts der schweren Folgen und der wachsenden Anzahl solcher Keime in Krankenhäusern sind notwendige Präventionsmaßnahmen und erfolgreiche Therapiekonzepte Thema beim 128. Chirurgenkongress vom 3. bis 6. Mai 2011 in München.

Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA), Vancomycin-resistente Enterobakterien (VRE) oder multiresistente gramnegative Bakterien (MRGN) gelangen meistens mit infizierten Patienten in Krankenhäuser. Intensivpatienten, Patienten mit großflächigen Wunden, Diabetiker und Patienten aus Alters- oder Pflegeheimen sind besonders häufig betroffen. Ihre Behandlung kann sehr problematisch verlaufen: Nur noch wenige neue Antibiotika wirken gegen diese Keime. „Eine kürzlich publizierte Studie mit 119 699 Patienten von 537 europäischen Intensivstationen konnte nachweisen, dass intensivpflichtige Patienten mit Infektionen durch multiresistente Keime eine deutlich erhöhte Mortalität aufweisen“, meint Professor Dr. med. Markus W. Böhler, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV).

Lückenlose Hygienemaßnahmen sind die einzige Möglichkeit, die Ausbreitung der Keime auf einem niedrigen Niveau zu halten. Nur wenige Länder führen diese bisher durch: Kliniken in den Niederlanden untersuchen Patienten bereits vor der Aufnahme auf solche Keime und isolieren sie bei Bedarf. „Solche Screeningprogramme verhindern auch, dass sich zukünftig weitere, bei uns noch unbekanntere multiresistente Keime ausbreiten“, betont Professor Böhler. Eine weitere Maßnahme ist, dass Antibiotika nur noch bei Bedarf eingesetzt werden.

Welche Medikamente heute noch MRSA-, VRE- und MRGN-Infektionen bekämpfen können und welche Hygienemaßnahmen in der Chirurgie bundesweit notwendig sind, berichten Experten aus allen chirurgischen Fachrichtungen beim Thementag „Chirurgische Infektionen“ zum Auftakt des diesjährigen Chirurgenkongresses am 3. Mai 2011.

Die Thementage mit insgesamt vier Schwerpunkten sind neu im wissenschaftlichen Programm des 128. Chirurgenkongresses. Zu den Themen „Chirurgische Infektionen“, „Transplantation von Zellen, Geweben und Organen“, „Chirurgische Intensivmedizin“ sowie „Notfallmedizin/Katastrophenmanagement“ gibt es ganztägig Vortragsveranstaltungen mit abschließender Podiumsdiskussion. Das Programm gestaltet die DGCH gemeinsam mit den zehn Fachgesellschaften der Viszeral-, Unfall-, Gefäß-, Kinder-, Herz-, Thorax-, Neuro-, Kiefer- und plastischen Chirurgie sowie den Orthopäden. Posterpräsentationen, eine Industrieausstellung und Fortbildungskurse ergänzen das Fortbildungsangebot für Chirurgen aller Fachrichtungen.

Terminhinweise:

Thementage

- **Chirurgische Infektionen**
Dienstag, 3. Mai 2011, 9.00 bis 17.30 Uhr, Saal 14b, ICM München
- **Transplantation von Zellen, Geweben und Organen**
Mittwoch, 4. Mai 2011, 8.30 bis 17.30 Uhr, Saal 14b, ICM München
- **Chirurgische Intensivmedizin**
Donnerstag, 5. Mai 2011, 8.30 bis 17.30 Uhr, Saal 14b, ICM München
- **Notfallversorgung / Katastrophenmanagement**
Freitag, 6. Mai 2011, 8.30 bis 14.30 Uhr, Saal 14b, ICM München

Multiresistente Bakterien: Prävention und Behandlung

Professor Dr. med. Markus W. Bächler, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV); Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg

Als der schottische Bakteriologe Alexander Fleming zu Beginn des letzten Jahrhunderts das Antibiotikum Penicillin entdeckte, schienen Infektionskrankheiten ihren Schrecken zu verlieren. Durch seinen breiten Einsatz und die Isolierung und Synthetisierung weiterer antimikrobieller Wirkstoffe konnten große Erfolge gegen eine Reihe von Infektionskrankheiten erzielt werden. Doch die unreflektierte Antibiotikatherapie führte bald zur Entwicklung von Resistenzen bei einer Vielzahl von Keimen, es entstanden sogenannte multiresistente Bakterien. Diese werden heute gerne auch als Hospitalkeime bezeichnet, da sowohl ihre Entstehung als auch ihre Verbreitung mit dem Einsatz von immer weiterentwickelten Antibiotika mit breitem Wirkspektrum in Krankenhäusern in Verbindung gebracht werden. Gefürchtet und auch in der Bevölkerung allgemein bekannt ist vor allem der Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA), heute haben aber auch Keime wie Vancomycin-resistente Enterobakterien (VRE) oder multiresistente gramnegative Bakterien (MRGN) eine zunehmende Bedeutung. Den multiresistenten Keimen gemeinsam ist, dass meist nur noch wenige neuartige und teure Antibiotika zur Therapie zur Verfügung stehen.

Eine Reihe von Hospitalkeimen führen bei infizierten beziehungsweise besiedelten Patienten nicht nur zu einem verlängerten Krankenhausaufenthalt und höheren Therapiekosten, sondern auch zu einer erhöhten Sterblichkeit. Eine gerade erst publizierte Studie mit 119 699 Patienten von 537 Intensivstationen Europas konnte nachweisen, dass intensivpflichtige Patienten mit Infektionen durch multiresistente Keime eine deutlich erhöhte Mortalität aufweisen (Lambert et al., *Lancet Infect Dis* 2011). Die Mehrkosten, die einem Krankenhaus beziehungsweise den gesetzlichen Krankenkassen pro MRSA-Patient entstehen, beziffern sich auf circa 8 000 bis 10 000 Euro beziehungsweise 6 900 bis 13 900 US-Dollar. Ähnliche Kosten entstehen auch durch andere multiresistente Keime, wie zum Beispiel MRGN oder *Clostridium-difficile*-Infektionen.

Eine Reihe von Studien konnte belegen, dass die MRSA-Inzidenz positiv mit dem Einsatz von Breitspektrum-Antibiotika korreliert, wohingegen zwischen der MRSA-Inzidenz und dem Händedesinfektionsmitteleinsatz eine negative Korrelation vorliegt (zum Beispiel Kaier et al., *Infect Control Hosp Epidemiol* 2009). Für den Mediziner und insbesondere auch den Chirurgen bedeutet dies, dass die unkritische Verabreichung von Breitbandantibiotika unbedingt zu reduzieren ist, da durch den sogenannten Selektionsdruck die Entstehung von Antibiotikaresistenzen bei den Keimen gefördert wird. Andererseits kann durch Einhaltung von strikten Hygienemaßnahmen, wie zum Beispiel der konsequenten Händedesinfektion nach jedem Patientenkontakt und entsprechenden Isolations-

maßnahmen bei Patienten mit multiresistenten Bakterien, die Verbreitung von Hospitalkeimen eingedämmt werden. Die an unserer Klinik getroffenen Maßnahmen zeigen hier erste Erfolge.

Einige wenige Länder, wie zum Beispiel die Niederlande, haben bereits seit mehreren Jahren strenge Screeningprogramme etabliert, mit denen Träger von multiresistenten Keimen schon vor Aufnahme in eine Klinik identifiziert und dann entsprechend im Krankenhaus isoliert werden. Dies hat dazu geführt, dass im Gegensatz zu vielen, vor allem südlichen Ländern sich die Durchseuchung der Bevölkerung mit zum Beispiel MRSA auf einem sehr niedrigen Niveau stabilisiert hat. Mit zunehmenden auch internationalen Patientenströmen haben diese Screeningmaßnahmen eine ganz wesentliche Bedeutung erlangt, um auch eine flächenhafte Ausbreitung von bei uns bisher nicht anzutreffenden multiresistenten Keimen zu verhindern.

Ziel der heutigen Medizin und vor allem auch der Chirurgie ist der möglichst zurückhaltende Einsatz von Antibiotika generell. Breitband- und sogenannte Reserveantibiotika sollten nur selektiv eingesetzt werden. Demgegenüber hat man jedoch zunehmend schwerranke oder immunsupprimierte Patienten (zum Beispiel nach Organ- oder Knochenmarktransplantation), bei denen Infektsituationen nur mit hochwirksamen Antibiotika zu beherrschen sind. Ein Umdenken muss auch in den Ländern mit frei verkäuflichen Antibiotika erfolgen, die oftmals bereits extrem hohe Raten an multiresistenten Keimen in der Gesamtbevölkerung aufweisen (EARSS Annual Report 2008). Durch verbesserte Hygienemaßnahmen in den Krankenhäusern und Etablierung von Screeningmaßnahmen bei Risikopatienten wird der Verbreitung der multiresistenten Keime Einhalt geboten. Trotzdem wird auch in Zukunft die Entwicklung immer neuerer Antibiotika forciert werden müssen.

Literatur:

Clinical outcomes of health-care-associated infections and antimicrobial resistance in patients admitted to European intensive-care units: a cohort study. Lambert et al., Lancet Infect Dis 2011; 11:30-38

Two time-series analyses of the impact of antibiotic consumption and alcohol-based hand disinfection on the incidences of nosocomial methicillin-resistant Staphylococcus aureus infection and Clostridium difficile infection. Kaier K. et al., Infect Control Hosp Epidemiol 2009; 30(4):346-353

European Antimicrobial Resistance Surveillance System, EARSS, Annual Report 2008

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, Mai 2011

Pleuraempyem

Professor Dr. med. Godehard Friedel, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT); Chefarzt der Abteilung für Thoraxchirurgie, Robert-Bosch-Krankenhaus Klinik Schillerhöhe, Gerlingen

Das Pleuraempyem, auch eitrige Rippenfellentzündung genannt, ist erfreulicherweise eine relativ seltene Erkrankung. Ursachen sind Lungenentzündungen, Verletzungen des Thorax, vorangegangene Operationen am Brustkorb sowie eine allgemeine Sepsis. Zunehmend findet man heute auch Empyeme bei immunkompromittierten Patienten nach Chemotherapie oder bei HIV-Erkrankten. Das nicht, falsch oder zu spät behandelte Pleuraempyem hat jedoch eine sehr hohe Sterblichkeit, die zwischen zehn Prozent bei jungen, sonst gesunden Patienten und über 50 Prozent bei älteren Patienten liegt. Die Behandlung des Pleuraempyems muss stadiengerecht und unverzüglich erfolgen. Auf Grund der differenzierten therapeutischen Optionen sollte die Therapie des Pleuraempyems primär in thoraxchirurgischen Kliniken erfolgen und nicht erst dann, wie heute sehr häufig, wenn Komplikationen auftreten oder die Therapie versagt hat. In den größeren thoraxchirurgischen Abteilungen werden pro Jahr etwa 100 bis 200 Patienten mit Pleuraempyemen operiert. Die Sterblichkeit ist inzwischen sehr gering und liegt in diesen Kliniken bei ein bis zwei Prozent. Werden die Patienten frühzeitig zugewiesen, ist in der Mehrzahl eine sogenannte minimalinvasive thorakoskopische Behandlung ausreichend. Der Schlüssel der erfolgreichen Behandlung liegt jedoch in der Erfahrung des Operateurs, zu erkennen, wann eine minimalinvasive Behandlung nicht mehr zur Heilung führt und invasivere Methoden wie die Thorakotomie mit Dekortikation erforderlich sind.

Auch in der Thoraxchirurgie hat die sogenannte Vakuum-Therapie zu Verbesserungen vor allem in der Therapie von infizierten Pneumonektomiehöhlen, in der Behandlung des komplizierten Lungenabszesses und der Brustwandinfekte geführt. Mittels dieser Methode können heute in den meisten Fällen verstümmelnde Operationen wie partielle oder komplette Thorakoplastiken mit Entfernung der Rippen vermieden werden.

Pleuraempyeme und komplizierte Pleuritiden sowie Infektionen des Mediastinums und der Brustwand sollten frühzeitig in ausgewiesenen thoraxchirurgischen Kliniken behandelt werden. In nahezu allen Fällen ist dann eine Heilung ohne wesentliche funktionelle Defizite möglich.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, Mai 2011

Infektion und Implantat

Professor Dr. med. Dieter Kohn, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC); Leiter der Klinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie am Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg

Fremdkörper-assoziierte Infektionen sind nach wie vor schwierig zu behandeln. Die Infektion des Kunstgelenkes ist mittlerweile die gefürchtetste Komplikation in der Endoprothetik. Trotz zahlreicher prophylaktischer Maßnahmen beträgt die Infektionsrate nach primärer Hüftendoprothetik ein bis zwei Prozent, nach Revisionsendoprothetik vier bis fünf Prozent. Die Zahlen für die Knieendoprothetik sind ähnlich.

Bei diesen Infektionen handelt es sich nahezu ausschließlich um bakterielle Infektionen. Viren spielen keine, Pilze eine untergeordnete Rolle. Zumeist stammen die Bakterien, die zur Infektion von Wunde und Implantat führen, von der Haut des Patienten selbst. Am häufigsten werden solche Infektionen durch Staphylokokken verursacht. Durch die zunehmende Entwicklung neuer multiresistenter Keime, insbesondere von Methicillin-resistenten Staphylococcus-aureus (MRSA-)Stämmen, Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE) sowie sogenannten ESBL Keimen (erweitertes Spektrum von Beta-Laktamasen), hat sich die antibiotische Behandlung verkompliziert.

Das Problem des implantatassoziierten Infektes ist der Übergang der Bakterien von der planktonischen aktiven zur sessilen Erscheinungsform, der sogenannte Phasenwechsel. Sessile Bakterien vermehren sich unter dem Schutz eines „Biofilms“ auf der Oberfläche von Implantaten und breiten sich dort aus. Sie sind von der körpereigenen Abwehr unter dem Biofilm nicht angreifbar. Dieser Vorgang kann Monate bis Jahre dauern. Der Patient spürt davon nichts. Die klinisch manifeste periprothetische Infektion bricht aus, wenn ein Teil der Erreger wieder in die planktonische aktive Form übergeht und eine Entzündung im umgebenden Gewebe, sowohl im Bindegewebe als auch im Skelettsystem, hervorruft. Die sessilen Bakterien dienen dabei als Reservoir. Sie sind durch Antibiotika nicht angreifbar, woraus folgt, dass eine periprothetische Infektion nach Ausbildung des Biofilms durch eine Antibiotikatherapie allein nicht mehr behandelt werden kann. Gut zu therapieren sind nur sogenannte Frühinfekte, bei denen die Bakterien noch keine Chance hatten, ihren Schutzfilm auszubilden. Dies umfasst einen Zeitraum von bis zu sechs Wochen nach einer Implantation, falls es sich um eine intraoperative Infektion handelt. Ein ähnlicher Zeitraum gilt nach einer hämatogenen, also durch im Blut befindliche Bakterien verursachten Infektion.

Natürlich ist das Hauptaugenmerk auf das Vermeiden einer Protheseninfektion zu legen. Wirksame Maßnahmen dazu sind bestmögliche Hygiene im OP-Saal mit Reduktion der Zahl des anwesenden Personals, Verwendung eines sogenannten Laminar Airflows und die perioperative Prophylaxe mit Antibiotika.

Diagnostik

Bei jedem Schmerzzustand im Gebiet eines künstlichen Gelenkes muss an die Möglichkeit einer Infektion gedacht werden. Die typischen Infektionszeichen wie Schwellung, Überwärmung oder gar Austreten von Eiter sind nur in einem Drittel der betroffenen Fälle nachweisbar. Hier helfen Laboruntersuchungen (C-reaktives Protein, Blutkörperchenreaktion, Röntgenbild, Kernspintomografie, Szintigrafie mit Antigranulotyzenszintigrafie sowie die Fluorodesoxyglucose-Positronen-Emissionstomografie (FDG-PET). Letztere ist in der Lage, eine Infektion unwahrscheinlich erscheinen zu lassen. Keines der Verfahren verspricht für sich hundertprozentige diagnostische Sicherheit. Die meisten der Untersuchungsverfahren sind durch andere Entzündungen nicht bakterieller Art wie zum Beispiel die rheumatoide Arthritis beeinflussbar. Entscheidend ist der direkte Bakteriennachweis, der durch Punktion oder Biopsie erfolgt. Bereits für die Diagnostik erweist sich die Zusammenarbeit in einem eingespielten Team von orthopädischen Chirurgen, Radiologen, Nuklearmedizinern und Mikrobiologen als äußerst hilfreich.

Therapie

Die Therapie der implantatassoziierten Infektion bedarf in der Regel der chirurgischen Entfernung sämtlichen Fremdmaterials, also auch der Endoprothese.

Im Rahmen der chirurgischen Revision muss infiziertes, nicht durchblutetes und nekrotisches Gewebe sorgfältig debridiert werden. Bei einem Frühinfekt kann die Gelenkprothese erhalten werden. Austauschbare Prothesenkomponenten sollten stets gewechselt werden. Bei einem Spätinfekt (mehr als sechs Wochen nach einer Operation) muss das von Bakterien kolonisierte Implantat entfernt werden. Ob während derselben Operation wieder eine neue Prothese eingebaut wird (sogenanntes einzeitiges Vorgehen) oder ob eine Zwischenphase mit einem Provisorium eingeschaltet werden muss (sogenanntes zweizeitiges Vorgehen), ist nach wie vor eine Einzelfallentscheidung und strittig.

Die antibiotische Therapie kann sowohl lokal als auch systemisch erfolgen. Im Rahmen der lokalen antibiotischen Therapie können antibiotikahaltige Kollagenschwämme oder Zementmedien (Ketten oder Interimsprothesen/Spacer) zum Einsatz kommen. In Abhängigkeit der Keim- und Resistenzlage kann der Zement mit zusätzlichen Antibiotika beladen werden, was zu Infekteradikationsraten von > 90 Prozent führt. In den letzten Jahren wurde das pharmakokinetische Potenzial von allogenen und autologen Knochentransplantaten sowie von alternativen Biomaterialien (Calciumpyrophosphat, Hydroxyapatit-Zement) untersucht. Langfristige klinische Erfahrungen fehlen noch. Ähnliches gilt auch für den Einsatz der Vakuum-Instillationstherapie.

Die systemische antibiotische Therapie sollte nach Rücksprache mit einem auf dem Gebiet der implantatassoziierten Infektionen erfahrenen Mikrobiologen resistenzgerecht erfolgen. Bei negativem Keimnachweis muss eine kalkulierte Breitspektrumantibiose verabreicht werden, wobei aufgrund ihrer Häufigkeit hauptsächlich das grampositive Spektrum abgedeckt werden sollte. Obwohl keine exakten Richtlinien über die Dauer der systemischen Antibiose existieren, wird häufig eine intravenöse Therapie über mindestens vier Wochen, gefolgt von einer oralen Phase über zwei weitere Wochen appliziert. Darüber hinaus muss die Multimorbidität der betroffenen Patienten mit berücksichtigt werden.

Die Diagnostik und Therapie des infizierten Implantates ist keine einfache Aufgabe. Sie erfordert eine hohe operative Expertise sowie eine langjährige Erfahrung auf dem Gebiet der septischen Chirurgie. Sie ist keine Aufgabe für den Einzelkämpfer, sondern bedarf der Präsenz der verschiedenen genannten Spezialdisziplinen.

Literatur:

Frommelt L: Diagnostik und Therapie implantatassoziiertes Infekte, Orthopäde 2009; 38: 806-811

Decking R, Flören M, Reichel H: Komplikationen in der Endoprothetik. In: Wirth CJ et al. Komplikationen in Orthopädie und Unfallchirurgie, Thieme, Stuttgart 2010

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, Mai 2011

Screeningtag „Erweiterung der Bauchsclagader (Bauchaortenaneurysma, BAA)“
Professor Dr. med. Werner Lang, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG); Leiter der Gefäßchirurgischen Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen

Wegen des großen Erfolgs des ersten BAA-Screenings im Jahre 2010 wird auch 2011 von der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V. ein Tag zur Information der Bevölkerung über krankhafte Erweiterungen der Bauchsclagader initiiert. Der Termin für den **zweiten BAA-Screeningtag** ist der **7. Mai 2011**.

Zweck des Screeningtages ist, die Aufmerksamkeit auf eine einfache Untersuchungsmethode zu lenken, mit der lebensgefährliche Erweiterungen der Bauchsclagader erkannt werden können.

Unter einem Aneurysma versteht man die Erweiterung einer Schlagader (Arterie). Diese Erweiterung kann in allen Körperregionen auftreten. Sie betrifft am häufigsten die Bauchsclagader (Bauchaortenaneurysma, abgekürzt BAA). Als kritischer Durchmesser wird eine Erweiterung auf über fünf Zentimeter gesehen.

Die Krankheitshäufigkeit (Prävalenz) eines BAA mit einem maximalen Durchmesser von 3,0 cm oder mehr ist altersabhängig und beträgt vier bis acht Prozent bei > 65-jährigen Männern und 0,5 bis 1,5 Prozent bei Frauen. Bei circa zehn Prozent aller BAA beträgt der Durchmesser $\geq 5,0$ cm. Aktive und frühere Raucher sind besonders gefährdet, darüber hinaus wird auch eine erbliche Veranlagung beobachtet. Frauen haben ein niedrigeres Risiko, sollten aber beim Vorliegen von Risikofaktoren (Nikotinabusus, Arteriosklerose) ebenfalls untersucht werden.

Was wird bei dem Screening untersucht?

Bei einem „Screening“ wird der Bauch abgetastet und eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt. Diese Untersuchung ist völlig schmerzlos und strahlenfrei. Erweiterungen der Bauchsclagader werden dadurch erkannt und können behandelt werden, bevor Komplikationen auftreten.

Das ultraschallgestützte Screening ist eine technisch einfache, kosteneffiziente Methode, um bei älteren Patienten die Sterblichkeit infolge dieser Erkrankung hochsignifikant zu senken. Aufgrund der medizinischen Kenntnisse über das Auftreten und die Häufigkeit der Erkrankung wird empfohlen, alle Männer ab dem 65. Lebensjahr systematisch zu untersuchen. Bei Frauen wird die Untersuchung in diesem Zeitraum empfohlen, wenn zusätzliche Risikofaktoren vorliegen, insbesondere eine Arteriosklerose. Ein nationales Ultraschall-Screening-Programm für BAA in Deutschland sollte nach Ansicht der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V. aus diesen Gründen rasch initiiert werden. Gefäßmedizinische Screening-Untersuchungen sind aktuell noch keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Einige Fakten in Kürze:

Das rupturierte Bauchaortenaneurysma (Riß der Bauchschlagader infolge des Aneurysmas) ist mit einer Sterblichkeit von > 80 Prozent in westlichen Industrienationen die zehnthäufigste Todesursache bei über 65-Jährigen.

Das Risiko eines Risses der Bauchschlagader nimmt mit dem Durchmesser zu und liegt ab fünf cm bei drei Prozent pro Jahr beziehungsweise in fünf Jahren kumulativ bei 25 Prozent.

Mehr als 80 Prozent der Patienten mit einem AAA sind beschwerdefrei.

Die elektive Behandlung des BAA stellt die einzig sichere Prävention einer Aneurysmaruptur dar. In vielen Fällen kann eine minimal-invasive Behandlung erfolgen.

Weitere Fachinformationen:

www.gefaesschirurgie.de

<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&p=Aortenaneurysma&id=66223>

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, Mai 2011

Infektionen in der plastischen und ästhetischen Chirurgie

Professor Dr. med. Peter M. Vogt, Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC); Direktor der Klinik und Poliklinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover

Infektionen im Krankenhaus aber auch in der Niederlassung sind ein omnipräsentes Thema. Die Arbeiten zum Hygienegesetz sind vor dem Hintergrund, dass es aktuell lediglich in sieben Bundesländern Hygieneverordnungen gibt, von besonderer Bedeutung, um hier Lücken zu schließen und das Bewusstsein von Ärzten aber auch der Öffentlichkeit zu schärfen.

Das Problem weitet sich aus

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung wird das Thema weiter an Gewicht gewinnen. Bei über 70-jährigen Patienten kommt es überproportional oft zu Infektionen, nicht zuletzt, weil diese Patientengruppe häufig multimorbid ist, an Diabetes leidet und von Gefäßerkrankungen betroffen ist. Auch die zunehmende Antibiotikaresistenz der Keime stellt ein großes Problem dar. In der Medizinischen Hochschule Hannover werden bereits heute alle Patienten einem Screening nach multiresistenten Staphylococcus-aureus-Erregern (MRSA) unterzogen. Eine Investition, die sich aus meiner Sicht rechnet und Standard werden sollte. Das im Hygienegesetz vorgesehene vorgelagerte Screening im ambulanten Bereich ist nur dann sinnvoll, wenn ohne erhöhten Verwaltungsaufwand auch eine sektorübergreifende Datenlage hergestellt wird. Sinnvoller erscheint mir der Vorschlag der SPD, über das Infektionsgesetz ein Aufnahmescreening bundesweit zu regeln.

Isolation oder Antibiotika

Zur Behandlung von Krankenhausinfektionen stehen grundsätzlich zwei Wege zur Verfügung: Zum einen die gezielte Antibiotikatherapie. Hier würde die geplante Einrichtung einer neuen Kommission am Robert-Koch-Institut, die Empfehlungen für einen angemessenen Antibiotikaeinsatz erarbeitet, sicher helfen, weitere Resistenzen zu vermeiden. Zum anderen bleibt das klassische Mittel der Isolation. Dies ist zwar mit erheblichem Aufwand verbunden, aber ein sehr effektiver Weg die Ausweitung zu vermeiden.

Besonderheiten in der plastischen und ästhetischen Chirurgie

In der plastischen Chirurgie sind insbesondere Brandverletzte und immunkompromittierte Patienten nach Transplantationen gefährdet. Eine besondere Verantwortung lastet auf Ärzten und Kliniken grundsätzlich bei hochelektiven Eingriffen, wie etwa sogenannten Schönheitsoperationen. Dies gilt auch für Infektionen, obgleich diese hier recht selten vorkommen. In diesem Fall ist dann ein zuvor gesunder Mensch nicht nur erkrankt. Die Krankenkasse ist entsprechend §135b des SGB V zudem verpflichtet, die Patienten angemessen an den Folgekosten zu beteiligen, womit zu den gesundheitlichen auch noch finanzielle Probleme kommen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, Mai 2011

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Axel Haverich
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH);
Direktor der Klinik für Herz-, Thorax-, Transplantations- und
Gefäßchirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover

*1953



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------------|---|
| 10/1972–10/1978 | Studium der Humanmedizin |
| 12/1978–6/1985 | Wissenschaftlicher Assistent der Klinik für THG-Chirurgie |
| 7/1983–6/1984 | Stipendiat der DFG an der Stanford University in Kalifornien/USA |
| 24.6.1987 | Habilitation |
| 1993–1996 | C4-Professor, Universitätsklinik für Herz- und Gefäßchirurgie in Kiel |
| Seit 1996 | C4-Universitätsprofessor, Klinik für HTTG-Chirurgie an der MH Hannover
und Vorstandsmitglied des LEBAO |
| 2/1993 | Franz-Köhler-Preis gemeinsam mit Professor Dr. T. Wahlers |
| 1/1995 | Förderpreis für Wissenschaftler im Leibniz-Programm der Deutschen
Forschungsgemeinschaft (DFG) |
| 11/2002 | Niedersächsischer Staatspreis |
| 10/2007 | Verleihung der Ehrendoktorwürde der Universität Chisinau, Moldawien |
| Seit 10/1986 | Co-Editor “European Journal Cardio-thoracic Surgery” |
| Seit 2001 | Mitglied verschiedener Kommissionen und des Senats der DFG |
| Seit 5/2004 | Mitglied des Stiftungsbeirates der Tierärztlichen Hochschule Hannover |
| Seit 2/2007 | Präsident der Dt. Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie |
| Seit 2006 | Koordinator des Exzellenzclusters „REBIRTH“ der DFG |
| Seit 2007 | Sprecher des Sonderforschungsbereichs „Transregio 37“ der DFG |
| 2010/2011 | Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie |

Wissenschaftliche Schwerpunkte:

Transplantation, kardiovaskuläre Implantate, Aorten Chirurgie, Tissue Engineering

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Hartwig Bauer
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

* 1942



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------|---|
| 1967 | Studium der Medizin in München mit Staatsexamen und Promotion |
| 1967–1969 | Medizinalassistent am Kreiskrankenhaus Kipfenberg |
| 1969–1980 | Klinische Weiterbildung und wissenschaftliche Tätigkeit an der Chirurgischen Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München (Professor Dr. F. Holle) |
| 1971/1972 | Wehrdienst als Stabsarzt an der Sanitätsakademie der Bundeswehr in München |
| 1975 | Facharzt für Chirurgie (1979 Teilgebiet Unfallchirurgie, 1993 Schwerpunkt Viszeralchirurgie) |
| 1977 | Habilitation an der Ludwig-Maximilians-Universität München |
| 1980 | Ernennung zum Professor an der Ludwig-Maximilians-Universität München |
| 1981–2002 | Chefarzt der Chirurgischen Abteilung und Ärztlicher Direktor der Kreisklinik Altötting, Krankenhaus der III. Versorgungsstufe, Akademisches Lehrkrankenhaus der Technischen Universität München |
| Seit 2003 | Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie |

Schwerpunkt der wissenschaftlichen Tätigkeit vorwiegend auf dem Gebiet der gastroenterologischen Chirurgie, der Unfallchirurgie und Notfallmedizin

Weitere Arbeitsgebiete: Krankenhausökonomie, Klinikmanagement und Qualitätssicherung

Vorstands- beziehungsweise Präsidiumsmitglied verschiedener chirurgisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften und berufsständischer Vereinigungen

- | | |
|-----------|---|
| 1989 | Vorsitzender der Vereinigung Bayerischer Chirurgen |
| 1994-2010 | Schriftführer der Vereinigung Bayerischer Chirurgen |
| 1996/1997 | Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie |

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Markus W. Büchler
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und
Viszeralchirurgie (DGAV);
Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine, Viszeral- und
Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg

* 1955



Beruflicher Werdegang:

Professor Dr. med. Markus W. Büchler ist Geschäftsführender Direktor der Chirurgischen Klinik und gleichzeitig Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am Universitätsklinikum Heidelberg.

Er wurde 1955 in Saarlouis geboren und wuchs in Dillingen und Sasbach auf. Sein Medizinstudium absolvierte Professor Büchler von 1974 bis 1980 an der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg und der Freien Universität Berlin. Im Jahr 1980 erhielt Professor Büchler seine Approbation als Arzt und im gleichen Jahr promovierte er. Seine chirurgische Weiterbildung begann Professor Büchler in Berlin im Jahr 1981 und setzte sie später am Universitätsklinikum in Ulm fort. 1987 wurde er Facharzt für Chirurgie. Im selben Jahr erhielt er die Venia Legendi für das Fach Chirurgie und wurde Oberarzt an der Chirurgischen Universitätsklinik in Ulm. 1991 wurde Professor Büchler zum Leitenden Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik in Ulm ernannt.

Im Jahr 1993 nahm Professor Büchler einen Ruf als Professor für Chirurgie und Direktor der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie der Universität Bern in der Schweiz an. Als er 2001 einen Ruf an die Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie des Universitätsklinikums Heidelberg erhielt, kehrte er nach Deutschland zurück. Im Jahr 2003 trat er die jetzige Position als Geschäftsführender Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik in Heidelberg an. Seit 2006 ist Professor Büchler ebenfalls Chefarzt der Abteilung Chirurgie des Krankenhauses Salem in Heidelberg und zusätzlich seit 2009 Chefarzt der Abteilung Chirurgie des Kreiskrankenhauses Sinsheim.

Professor Büchler ist ein Experte in der hepatobiliären Chirurgie, der Rektumchirurgie und insbesondere der Pankreaschirurgie. Seine zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen umfassen sowohl klinische Fragestellungen, insbesondere der Pankreas- und Rektumchirurgie, als auch Ergebnisse aus molekularbiologischen Untersuchungen, hier insbesondere des Pankreaskarzinoms und der chronischen Pankreatitis.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Godehard Friedel
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT);
Chefarzt der Abteilung für Thoraxchirurgie, Robert-Bosch-Krankenhaus
Klinik Schillerhöhe, Gerlingen

*1952



Beruflicher Werdegang:

Studium:

- 1974–1976 Diplom Chemie an der Universität Tübingen
- 1977–1983 Humanmedizin an der Universität Heidelberg
- 14.04.1983 Approbation Universität Heidelberg
- 02.05.1983 Promotion
- Durchflusszytometrische Studien der zellkinetischen Wirksamkeit der
Chemotherapeutika Cytarabin, Bleomycin und Peplomycin.
Erstellt am Institut für experimentelle Pathologie des Deutschen
Krebsforschungszentrums Heidelberg (Direktor: Professor Dr. K. Goerttler) in
der Zeit von 1979–1981
- Abschluss des Promotionsverfahrens mit der Note magna cum laude am
02.05.1983 an der Universität Heidelberg

Weiterbildung:

- 1983–1985 Unfallchirurgie Kreiskrankenhaus Sinsheim
- 1985–1988 Allgemein- und Gefäßchirurgie Kreiskrankenhaus Sinsheim
- 1988–1994 Thoraxchirurgie Klinik Schillerhöhe Gerlingen
- 1994–1997 Oberarzt Klinik Schillerhöhe Abt. für Thoraxchirurgie
- 1997–2006 Leitender Oberarzt Klinik Schillerhöhe Abt. für Thoraxchirurgie
- Seit 01.07.2006 Chefarzt Klinik Schillerhöhe Abt. für Thoraxchirurgie

Prüfungen:

- | | |
|------------|---|
| 28.03.1991 | Arzt für Chirurgie |
| 14.03.1996 | Arzt für Thoraxchirurgie |
| 15.04.2000 | Fellow of the European Board of Thoracic and Cardiovascular Surgeons
(FETCS) |
| 18.02.2003 | Privatdozent der Universität Tübingen |
| 04.08.2009 | Außerplanmäßiger Professor der Universität Tübingen |

Habilitation:

Verteilungsmuster und Bioaktivierung von Doxorubicin und HMR 1826 unter Normo- und Hyperthermie im humanen Ex-vivo-Lungenperfuisionsmodell des Bronchialkarzinoms. Erstellt an der Klinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie der Univ. Tübingen (Direktor Prof. Dr. G. Ziemer) und der Abt. für Thoraxchirurgie der Klinik Schillerhöhe der LVA Baden-Württemberg (Direktor Prof. Dr. H. Toomes) in der Zeit von 1997–2003. Abschluss 18.02.03 an der Univ. Tübingen.

Auszeichnungen:

- | | |
|------|---|
| 1995 | Thoraxchirurgisches Forschungsstipendium der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie |
| 2003 | Vortragspreis der Deutschen Gesellschaft für Senologie |
| 2004 | Posterpreis der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie |

Mitgliedschaften in wissenschaftlichen Fachgesellschaften:

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie
European Society of Thoracic Surgeons (ESTS)
International Association for the Study of Lung Cancer
European Respiratory Society
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie

Komitees:

Vorsitzender des Komitees für Qualitätssicherung der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie
Studienkommission Bronchialkarzinom der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie
Leitlinienkommission der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie
European Database Committee of the ESTS

Member of the International Registry of Lung Metastases, London
German Regent of the ESTS (2000–2007)
Member of the Thoracic Assembly European Respiratory Society
International Working Group Isolated Lung Perfusion
Leitlinienkommission Bronchialkarzinom der Universität Tübingen
Leitlinienkommission Bronchialkarzinom des onkologischen Schwerpunktes Stuttgart
Leitlinienkommission der Deutschen Krebsgesellschaft

Vorstand:

2003–2007 Beisitzer im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie
2007 Vizepräsident und Präsident 2008/2009 der Deutschen Gesellschaft für
Thoraxchirurgie
2009 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie
2009 Präsidiumsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Mitarbeit in wissenschaftlichen Fachzeitschriften:

GMS Thoracic Surgical Science – Assistant Editor
The Thoracic and Cardiovascular Surgeon – Advisory Editorial Board
The Journal of Cardiovascular Surgery – International Editorial Board
The Open Lung Cancer Journal – International Editorial Board
Lung Cancer – Reviewer
The Thoracic and Cardiovascular Surgeon – Reviewer
European Journal of Cardio-Thoracic Surgery – Reviewer
European Respiratory Journal – Reviewer
Respiration – Reviewer
Respiratory Medicine – Reviewer
Zentralblatt für Chirurgie – Reviewer
The Annals of Thoracic Surgery – Reviewer

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dieter Kohn
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische
Chirurgie (DGOOC);
Leiter der Klinik für Orthopädie und orthopädische Chirurgie am
Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg

* 1953



Beruflicher Werdegang:

- 9/1982– 9/1986 Wissenschaftlicher Assistent an der Orthopädischen Klinik und Poliklinik
Ludwig-Maximilians-Universität München (Direktor: Professor Dr. med. M.
Jäger)
- 10/1986–3/1988 Funktionsoberarzt an der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der LMU
München
- 4/1988–9/1989 Oberarzt an der Orthopädischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover
im Annastift (Direktor: Professor Dr. med. C. J. Wirth)
- 10/1989–3/1996 Leitender Oberarzt und Stellvertreter des Klinikdirektors der Orthopädischen
Klinik und Poliklinik der Medizinischen Hochschule Hannover im Annastift
(Direktor: Professor Dr. med. C. J. Wirth)

Wissenschaftlicher Werdegang:

- 1978 Promotion
- 1982 Anstoß zu wissenschaftlicher Arbeit durch Professor Dr. J. Gillquist, Direktor der
Abteilung für Sportorthopädie, Universität Linköping, während einer Hospitation
von Oktober bis Dezember in Schweden
- 1989 Vorlage der Habilitationsschrift: „Der plastische Ersatz des Innenmeniskus mit
körpereigenem Gewebe – eine experimentelle Untersuchung.“
- 1994 Außerplanmäßige Professur für Orthopädie an der Medizinischen Hochschule
Hannover
- 1996 Professor (C4) für Orthopädie an der Universität des Saarlandes

Ehrungen und Preise:

- 1986 John J. Joyce Award der International Arthroscopy Association (IAA),
Sydney/Australia

1987	Wissenschaftlicher Preis der Stiftung zur Förderung der Arthroskopie (SFA)
1988	Michael-Jäger-Preis der Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin (GOTS), München
1991	John J. Joyce Award der International Arthroscopy Association (IAA), Toronto/Canada
Seit 1991	Ehrenmitglied der American Orthopaedic Society for Sports Medicine (AOSSM)
Seit 2001	Fellow of the Royal College of Surgeons of Edinburgh (FRCS)
Seit 2004	Ehrenmitglied der Arthroscopy Association of North America (AANA)
Seit 2007	Mitglied der Deutschen Akademie der Wissenschaften Leopoldina

Leitende Funktion in wissenschaftlichen Gesellschaften:

1990–1998	Vorstandsmitglied der deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Arthroskopie (AGA)
1995–1998	Präsident der deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Arthroskopie (AGA)
2006–2008	Präsident der Gesellschaft für Orthopädisch Traumatologische-Sportmedizin (GOTS)
2008–2010	2. Vizepräsident der Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
Seit 2011	Präsident der Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)

Herausgeber/Beitrag für wissenschaftliche Zeitschriften:

- Der Orthopäde (Orthopäde), Schriftleiter
- American Journal of Sports Medicine (Am. J. Sports Med.), Editorial Board
- Journal of Arthroscopy, Editorial Board 2000-2005
- Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy (Knee Surg., Sports Traumatol., Arthrosc.), Board of Trustees

Leitung wissenschaftlicher Kurse und Kongresse:

- 10. Kongress der deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Arthroskopie (AGA), Hannover, 15./16.10.1993, D. Kohn, C. J. Wirth
- 18. Kongress der deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Arthroskopie (AGA), Saarbrücken, 21.-22.09.2001, S. Rupp, D. Kohn

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Werner Lang
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und
Gefäßmedizin (DGG);
Leiter der Gefäßchirurgischen Abteilung des Universitätsklinikums
Erlangen

* 1957



Beruflicher Werdegang:

1977–1983	Medizinstudium, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
1984	Promotion, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
1984–1985	Wehrpflichtiger Stabsarzt, Bundeswehr
1985–1986	Wissenschaftlicher Assistent, Anatomisches Institut I (Professor Dr. Dr. J. Rohen), Universität Erlangen-Nürnberg
1986–1993	Assistenzarzt, Chirurgische Klinik mit Poliklinik, Universitätsklinikum Erlangen
1993–1995	Oberarzt, Schwerpunkt Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Erlangen
Seit 1995	Leiter des Schwerpunkts Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Erlangen, seit 2008 eigenständige Abteilung für Gefäßchirurgie
1996	Habilitation, Lehrbefähigung und -befugnis
2003	Außerplanmäßiger Professor für Chirurgie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Zusatzqualifikationen:

1990	Laserschutzbeauftragter
1993	Anerkennung als Chirurg
1994	Anerkennung als Gefäßchirurg
1994	Anerkennung als Phlebologe
1995	Weiterbildungsermächtigter der Bayerischen Landesärztekammer für den Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1997	Weiterbildungsermächtigter der Bayerischen Landesärztekammer für die Zusatzbezeichnung Phlebologie

- 1997 Weiterbildungsmächtigter der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns für den vaskulären Ultraschall (Doppler-Sonografie)
- 2005 Fellow of the European Board of Vascular Surgery (FEBVS)

Mitglied in Herausbergremien von Fachzeitschriften:

Wissenschaftlicher Beirat:

- Seit 2005 Gefäßchirurgie
- Seit 2009 Phlebologie

Mitgliedschaften und Funktionen in Fachgesellschaften und Kommissionen:

Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie
- Berufsverband der Deutschen Chirurgen
- Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin
- European Society for Vascular and Endovascular Surgery
- Vereinigung der Bayerischen Chirurgen e.V.
- Österreichische Gesellschaft für Gefäßchirurgie
- Mitglied der Sachverständigenkommission beim Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

Kommissionen und Funktionen:

- Prüfungsausschuss der Bayerischen Landesärztekammer
- Ultraschallkommission der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie
- Prüfungsausschuss Europäische Facharztweiterbildung, European Society of Vascular and Endovascular Surgery
- Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie
- Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin 2011/2012

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Peter M. Vogt
Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven
und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC); Direktor der Klinik und
Poliklinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der
Medizinischen Hochschule Hannover



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------|--|
| 1977–1983 | Medizinstudium, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt/Main |
| 1984 | Promotion, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt/Main |
| 1985–1991 | Weiterbildung im Gebiet Chirurgie, Chirurgische Universitätsklinik Lübeck
(Professor Dr. F.W. Schildberg), Medizinische Hochschule Hannover:
Klinik für Abdominal- und Transplantationschirurgie (Professor Dr. R.
Pichlmayr), Unfallchirurgische Klinik (Professor Dr. H. Tscherne), Klinik für
Herz-,Thorax- und Gefäßchirurgie (Professor Dr. H.G. Borst) |
| 1991–1994 | Weiterbildung im Gebiet Plastische Chirurgie, Universitätsklinik für Plastische
Chirurgie, Handchirurgie und Schwerbrandverletzte, BG-Kliniken
„Bergmannsheil“, Ruhr-Universität, Bochum (Direktor: Professor Dr.
H.U. Steinau) |
| 1991–1993 | Weiterbildung im Gebiet Plastische Chirurgie, Division of Plastic Surgery,
Brigham and Women’s Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA
(Professor Dr. E. Eriksson) |
| 1994 | Habilitation für das Fach Chirurgie, Ruhr-Universität Bochum |
| 1994 | Teilgebietsanerkennung Plastische Chirurgie |
| 1995 | Anerkennung der Bezeichnung Handchirurgie |
| 1996 | Gebietsanerkennung Plastische Chirurgie |
| 1999 | Außerplanmäßige Professur für Plastische Chirurgie, Ruhr-Universität Bochum |
| 2000 | Anerkennung der fakultativen Weiterbildung Spezielle Plastisch-chirurgische
Intensivmedizin |
| 2000 | Berufung auf den C4-Lehrstuhl für Plastische-, Hand- und Wiederherstellungs-
chirurgie der Medizin, Hochschule Hannover |

- 9/2004 Ruf auf die ordentliche Professur für Wiederherstellungschirurgie der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich, Ablehnung des Rufes
- 2006 Neuaufbau der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie auf dem Campus der Medizinischen Hochschule Hannover mit Etablierung des Zentrums für Schwerbrandverletzte

Visiting Professor unter anderem:

- Harvard Medical School
- University of Texas, MD Anderson Cancer Center Houston, TX, USA
- University of Texas, Shriners Hospitals for Children, Burns Hospital Galveston TX, USA
- Johns Hopkins University, Plastic and Reconstructive Nerve Surgery Center, Baltimore MD, USA
- Johns Hopkins University, Burn Center, Baltimore MD, USA
- University of Pittsburgh, Medical School, Department of Plastic and Reconstructive Surgery, Pittsburgh, USA
- Ohio State University, Division of Plastic Surgery, Columbus, OH, USA
- Medical College of Virginia, Richmond VA, USA
- University of Belgrade

Klinische Schwerpunkte:

- Rekonstruktive plastische Chirurgie
- Handchirurgie, Verbrennungsmedizin
- Plastisch-rekonstruktive Chirurgie von Extremitätentumoren, Nervenwiederherstellung
- Chronische Wunden, Critical Wound Care, plastische Mammachirurgie

Wissenschaftliche Arbeitsgebiete:

- Mikrochirurgie
- Transplantationschirurgie
- Chirurgische Onkologie
- Wundheilung, Tissue Engineering

Forschungsförderungen:

Projektförderungen seit 1985 unter anderem von der DFG, Harvard Medical School, Plastic Surgery Educational Foundation (USA), Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, diversen Biotechnologie-Unternehmen

Wissenschaftliche Auszeichnungen:

1992	Research Grant Award; Plastic Surgery Educational Foundation, Chicago, Ill, USA
6/1993	Joseph E. Murray Resident Award; New England Society of Plastic and Reconstructive Surgery, Newport, Rhode Island, USA
4/1994	Von-Langenbeck-Preis der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, München
4/1999	Stipendium als Fortbildungshilfe der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, München
2007	Innovationspreis der deutschen Hochschulmedizin
2007	Claudia-von-Schilling-Grant
2010	Edgar-Ungeheuer-Preis der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, München

Veröffentlichungen:

Mehr als 300 Publikationen und Vorträge

Gesellschaften:

1999–2004	Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin (DGV)
2000–2005	Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie (DGPW)
Seit 2005	Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)
2005–2007	Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin (DGV)
2005–2009	Executive Board Member European Burns Association (EBA)
2006–2008	Beirat Verbrennungsmedizin der VDPC, DGPRÄC
2007–2008	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin (DGV)
Seit 2009	Sekretär der European Burns Association (EBA)
Seit 2009	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung (DGfW)
Seit 2010	Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen

Key Publications:

- Vogt PM, Thompson S, Andree C, Liu P, Breuing K, Hatzis D, Brown H, Mulligan RC, Eriksson E (1994): Genetically modified keratinocytes transplanted to wounds reconstitute the epidermis. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* , 91: 9307-9311

- Vogt PM, Andree C, Breuing K, Liu P, Hatzis D, Eriksson E (1995): Wet, moist and dry repair, *Ann Plast Surg* 1995, 34:493-500

- Vogt PM, Lehnhardt M, Wagner D, Jansen V, Krieg H, Steinau HU (1998): Determination of Endogenous Growth Factors in Human Wound Fluid: Temporal Presence and Profiles of Secretion. *Plast Reconstr Surg*, 102(1): 117-123

- Vogt PM, Reimers K, Hauser J, Roßbach O, Bosse B, Drücke D, Fleischer W, Steinau HU (2001): PVP-Iodine Liposome Hydrogel Improves Epithelialization By Combining Moisture and Antisepsis – A New Concept In Wound Therapy. *Wound Rep Reg*, 9(2), 116-122

- Vogt PM, Reimer K, Hauser J, Roßbach O, Steinau HU, Bosse B, Muller S, Schmidt T, Fleischer W: PVP-Iodine in hydrosomes and hydrogel – A New Concept In Wound Therapy leads to enhanced epithelialization and reduced loss of skin grafts. *Burns*, 2006, 32(6):698-705

- Vogt PM, Steinau HU, Spies M, Kall S, Steiert A, Boorboor P, Vaske B, Jokuszies A: Outcome of Simultaneous and Staged Microvascular Free Tissue Transfer Connected to Arteriovenous Loops in Areas Lacking Recipient Vessels. *Plast Reconstr Surg* 2007

- Vogt PM, Gohritz A, Haubitz M, Steiert A: Reconstruction of Nasal Deformity in Wegener's Granulomatosis: Contraindication or Benefit?, *Aesthetic Plast Surg*. 2011, 35(2):156-161

- Vogt PM, Busche MN: Evaluation of infrastructure, equipment and training of 28 burn units/burn centers in Germany, Austria and Switzerland. *Burns*, 2010 Nov 17



Bestellformular Fotos

Pressekonferenz anlässlich des 128. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Dienstag, 3. Mai 2011, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Saal 22b, ICM München

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

- Professor Dr. med. Axel Haverich
- Professor Dr. med. Hartwig Bauer
- Professor Dr. med. Markus W. Buehler
- Professor Dr. med. Godehard Friedel
- Professor Dr. med. Dieter Kohn
- Professor Dr. med. Werner Lang
- Professor Dr. med. Peter M. Vogt

Vorname:	Name:
Redaktion:	Ressort:
Anschrift:	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	Unterschrift:

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Beate Schweizer, Christine Schoner
Pressestelle DGCH, Pf 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-295 /-573, Fax: 0711 8931-167
E-Mail: schweizer@medizinkommunikation.org,
schoner@medizinkommunikation.org
www.chirurgie2011.de
www.dgch.de

Pressekontakt in München vom 3. bis 6. Mai:

Pressebüro: Raum 22a, ICM München
Tel.: 089-94979409
Fax: 089-94979854

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.