



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
129. Kongress

24. – 27. April 2012 ICC-Berlin



**Chirurgie
in Partnerschaft**

Präsident 2011/12:
Prof. Dr. Markus W. Büchler

Pressekonferenz anlässlich des 129. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Dienstag, 24. April 2012, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Raum 42, ICC – Internationales Congress Centrum Berlin, Messegelände – Eingang:
Kleiner Stern

Thementag: Forschung und Studien

Themen und Referenten:

Organersatz, neue Operationsverfahren, Grundlagenforschung: Chirurgische Innovationen benötigen mehr klinische Studien

Professor Dr. med. Markus W. Büchler

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH); Ärztlicher Direktor der Abteilung für
Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie der Universitätsklinik Heidelberg

Neue Wege zur Einheit der Chirurgie: Gemeinsam stark für Patienten, Ärzte und Politik

Professor Dr. med. Hans-Peter Bruch

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC); Direktor der Klinik für Chirurgie der
Universität zu Lübeck

Top-Ärzte für die bestmögliche Therapie – Wie bilden wir Chirurgen noch besser aus?

Professor Dr. med. Karl-Walter Jauch

2. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Direktor der
Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Klinikum Großhadern der Ludwig Maximilian Universität,
München

Volksleiden Rückenschmerz: Werden Patienten zu häufig operiert?

Professor Dr. med. Bernd Kladny

Leiter der Sektion Rehabilitation der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische
Chirurgie (DGOOC) und President elect 2013; Chefarzt Fachklinik Herzogenaurach, Abteilung
Orthopädie und Traumatologie, Herzogenaurach

Operationen bei Lungenkrebs auch zukünftig auf dem neuesten Stand?

Forschung für Thoraxchirurgen in Deutschland fördern

Professor Dr. med. Bernward Passlick

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT), Ärztlicher Direktor der Abteilung
für Thoraxchirurgie, Chirurgische Universitätsklinik Freiburg

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Anne-Katrin Döbler, Christine Schoner, Christina Seddig

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-573

Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: schoner@medizinkommunikation.org;

www.chirurgie2012.de, www.dgch.de

Pressekontakt in Berlin:

Pressebüro Raum 50, ICC Berlin

Tel.: 030 /3038 - 7550

Fax: 030/3038 -81013





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
129. Kongress

24. – 27. April 2012 ICC-Berlin



Chirurgie
in Partnerschaft

Thementage:

- **Forschung und Studien**
Dienstag, 24. April 2012, ICC Berlin
- **Chirurgie in Partnerschaft**
Mittwoch, 25. April 2012, ICC Berlin
- **Perioperative und Intensivmedizin**
Donnerstag, 26. April 2012, ICC Berlin
- **Organisation und Management**
Freitag, 27. April 2012, ICC Berlin

Präsident 2011/12:
Prof. Dr. Markus W. Büchler





PRESSEMITTEILUNG

129. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Präsident 2011/12:

Prof. Dr. Markus W. Büchler

Fortgeschrittenen Darmkrebs vor der Chemotherapie operieren?

Chirurgen starten großangelegte Versorgungsstudie

Berlin, 24. April 2012 – Krebs des Dick- und Enddarms – das sogenannte kolorektale Karzinom – ist die zweithäufigste Krebserkrankung in den westlichen Ländern. Jährlich erkranken in Europa etwa 430 000 Menschen, und rund 200 000 sterben daran. Bis heute gibt es weltweit keine große Versorgungsstudie, die mögliche Vorteile der chirurgischen Therapie im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung untersucht. Diese Wissenslücke will das Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) mit der kürzlich gestarteten multizentrischen, klinischen SYNCHRONOUS-Studie schließen. Weshalb derartige klinische Studien für bessere Behandlungsergebnisse in der Chirurgie unverzichtbar sind, erläutert Kongresspräsident Professor Dr. med. Markus W. Büchler auf der heutigen Eröffnungspressekonferenz des 129. Chirurgenkongresses in Berlin. Klinische Studien und Forschung in der Chirurgie sind ein Schwerpunktthema zum Kongressauftakt.

Die SYNCHRONOUS-Studie untersucht, ob das chirurgische Entfernen des Darmtumors vor einer Chemotherapie den Krankheitsverlauf günstig beeinflusst. Sie schließt Patienten mit fortgeschrittenem, unheilbarem Darmkrebs im Stadium IV ein, deren Darmgeschwulst bisher keine lokalen Komplikationen, wie etwa Darmverschluss oder Blutungen, verursacht. Unbehandelt beträgt die Lebenserwartung dieser Patienten im Schnitt zwölf Monate, mit einer medikamentösen Chemotherapie etwa 24 Monate. Es gibt Hinweise auf einen positiven Effekt, wenn der Tumor vor der Chemotherapie entfernt wird. Demgegenüber steht das Risiko von OP-Komplikationen. Außerdem verzögert sich durch den Eingriff der Beginn der Chemotherapie. An der Versorgungsstudie nehmen 80 Kliniken in ganz Deutschland teil. Die Patienten werden nach dem Zufallsprinzip einer der beiden Behandlungsgruppen zugeteilt. „Diese Randomisierung“ ist notwendig, um eine möglichst hohe wissenschaftliche





Aussagekraft der Studie zu garantieren“, so Professor. Dr. med. Jürgen Weitz, Studienleiter und leitender Oberarzt an der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg. Sie sei nur deshalb ethisch vertretbar, weil Ärzte keine Daten darüber hätten, welche Behandlungsstrategie wirksamer sei. Den Patienten der Gruppe I wird vor der Chemotherapie der Darmtumor entfernt, die Patienten der Gruppe II erhalten sofort die Chemotherapie. Die Patienten werden drei Jahre lang betreut und regelmäßig zu ihrem Gesundheitszustand und ihrer Lebensqualität befragt.

Mit ihrer Teilnahme an der von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten SYNCHRONOUS-Studie tragen die Patienten dazu bei, die Behandlung von Darmkrebspatienten zukünftig zu verbessern.

„Therapieentscheidungen müssen auf wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen beruhen“, fordert Professor Bächler, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). „Die Fachrichtung des erstdiagnostizierenden Arztes darf nicht ausschlaggebend für die Weiterbehandlung sein nach dem Motto: Ist er Onkologe, erhält der Patient eine Chemotherapie, ist er Chirurg, wird zunächst operiert“, ergänzt Professor Weitz.

Die DGCH gründete deshalb im Jahr 2003 das Studienzentrum SDGC, das nach den Prinzipien der Good Clinical Practice (GCP) systematisch wichtige Versorgungsfragen aus dem chirurgischen Alltag wie OP-Techniken und Behandlungsstrategien untersucht. „Ohne versorgungsnahe Forschung gibt es keine evidenzbasierte Medizin und ohne sie keinen medizinischen Fortschritt“, fasst Privatdozent Dr. med. Markus Diener, Leiter des SDGC, zusammen. Leider sind Versorgungsstudien Mangelware in der Chirurgie. Die Gründe dafür sind vielfältig. Der Aufwand einer klinischen Studie ist immens. „Sechs bis zehn Jahre konzentrierte Arbeit stecken in einer einzigen Studie – und sie kann mehrere Millionen Euro kosten“, so Diener. Die Finanzierung dieser Forschung ist bisher nicht geregelt. Darüber hinaus mangelt es an Forschern. Das liegt daran, dass Veröffentlichungen, die Eintrittskarte für eine wissenschaftliche Karriere, viel leichter im Labor als mit klinischen Studien zu erzielen sind.

Präsident 2011/12:
Prof. Dr. Markus W. Bächler



PRESSEMITTEILUNG

129. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

**Diabetes: Operation statt Insulin auch bei Normalgewichtigen?
Magenbypass kann Typ-2-Diabetes kurieren**

Berlin, 24. April 2012 – Ein Magenbypass, der bei extremer Fettleibigkeit einen Gewichtsverlust erzwingt, kann Menschen mit Typ-2-Diabetes mellitus in drei Viertel der Fälle von ihrer Stoffwechselstörung befreien. Dieser Effekt hält einer aktuellen Studie zufolge auch zwei Jahre nach dem Eingriff an. Ob eine Operation auch weniger übergewichtigen Diabetikern hilft, auf Insulingaben zu verzichten, untersuchen derzeit Mediziner am Universitätsklinikum Heidelberg in einer klinischen Studie. Die Forscher interessiert dabei auch, ob die Operation außerdem die schädlichen Folgen des erhöhten Blutzuckers an Gefäßen oder Nerven verhindern kann. Über erste Ergebnisse und die Risiken und Chancen der Diabeteschirurgie berichtet Kongresspräsident Professor Markus W. Bächler auf dem 129. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH).

Bei einem Magenbypass wird die Nahrung anders als beim Magenband aus einem verkleinerten Magen direkt in den Dünndarm geleitet. Die Nahrung umgeht damit dauerhaft den Zwölffingerdarm. Die Vereinigung mit den Verdauungssäften der Bauchspeicheldrüse und den Gallensäuren, welche die Nährstoffe aus der Nahrung aufschließen, erfolgt erst im unteren Teil des Dünndarms. Die Operation ist heute als Schlüsselloch-Operation möglich. Das Risiko, an der Operation zu versterben, liegt trotz der Hochrisikopatienten bei geringen 0,35 Prozent. Die Patienten können nach wenigen Tagen die Klinik verlassen.

„Die Magenverkleinerung zwingt zu kleineren Mahlzeiten. Zudem ist durch die funktionelle Verkürzung des Dünndarms die Verdauung energiereicher Fette und Kohlenhydrate deutlich vermindert“, erklärt Professor Dr. med. Markus W. Bächler, Ärztlicher Direktor der Abteilung für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie der Universitätsklinik Heidelberg. Bei extremer Fettleibigkeit habe sich die Magenbypass-Operation bewährt. Sie werde in Deutschland für Menschen mit einem Body-Mass-Index (BMI) über 35 angeboten. Neu ist der Einsatz bei Menschen mit Typ-2-Diabetes mellitus, die in der Regel übergewichtig mit einem BMI ab 25, aber nicht unbedingt extrem fettleibig sind. „Nicht alle Fettleibigen haben einen Diabetes“,



Präsident 2011/12:

Prof. Dr. Markus W. Büchler

berichtet Professor Büchler. „Wenn dieser aber besteht, kommt es nach der Operation bei bis zu 93 Prozent der Patienten zu einer sogenannten Remission beziehungsweise Verbesserung des Blutzuckers.“ Dieser normalisiere sich oft schon nach wenigen Tagen, noch bevor die Gewichtsabnahme einsetze. In Heidelberg untersucht das Team um Professor Büchler deshalb, bei welchen Patienten die Operation auch zur Kurierung des Typ-2-Diabetes mellitus angeboten werden kann.

Professor Büchler verweist auf zwei Studien, die im März auf der Jahrestagung des American College of Cardiology in Chicago vorgestellt wurden. „Es handelt sich um die ersten großen Studien, in denen die Operation direkt mit der medikamentösen Diabetestherapie verglichen wurde“, berichtet der Chirurg. „In beiden Studien erzielte der Magenbypass bei den schwer Übergewichtigen die bessere Wirkung. In einer Studie hatten 42 Prozent der Diabetiker zwei Jahre nach der Operation einen normalen Langzeitblutzuckerwert HBA_{1c}, in der anderen Gruppe erzielten sogar 75 Prozent eine Heilung.“ Medikamente konnten dagegen den Diabetes erwartungsgemäß nicht heilen. „Einige blutzuckersenkende Medikamente haben außerdem den Nachteil, dass sie eine Gewichtszunahme fördern und damit den Stoffwechsel zusätzlich belasten“, sagt Büchler.

Das Ziel der Diabetesbehandlung ist allerdings nicht allein die Normalisierung des Blutzuckers, sondern auch die Vermeidung der Begleiterkrankungen wie Bluthochdruck, hohe Blutfettwerte und der Folgeschäden an Herz, Nieren und Nerven. Ob die Operation diese Komplikationen verhindere und langfristig die Lebenserwartung der Diabetiker verlängere, sei noch nicht geklärt. „Dies wird in der sogenannten DiaSurg-2-Studie, die im Juni am Universitätsklinikum in Heidelberg startet, untersucht“, so Professor Büchler. Diabetikern, die nicht extrem fettleibig sind, sollte derzeit nicht außerhalb klinischer Studien zur Operation geraten werden.

Die Vorsicht gründet sich auf die nicht abschließend untersuchten Langzeitfolgen der Operation. Die funktionelle Darmverkürzung schränkt die Aufnahme von Vitaminen und Spurenelementen ein. Ein Mangel an Vitamin D und Kalzium kann beispielsweise langfristig den Knochenstoffwechsel stören und eine Osteoporose begünstigen. Professor Büchler: „Die Adipositaschirurgie ist keine Lifestyle-Operation, nach der die Patienten ihr früheres Leben fortsetzen können.“ Deshalb sollte in Zentren sichergestellt sein, dass Patienten nach der Operation von Ernährungs- und Sportmedizinern und Psychologen betreut werden.





medizinischen stellt die DGCH auch gesundheits- und forschungspolitische Themen in den Fokus. Die Grand-Slam-Kontrahenten argumentieren für und wider die Privatisierung von Universitätskliniken und eine betriebswirtschaftliche Zusatzausbildung für Ärzte.

Präsident 2011/12:
Prof. Dr. Markus W. Bächler

Mit dem neuen Vortragskonzept des Grand Slams will die DGCH den Nachwuchs mit aktuellen Themen begeistern. „Wie bei einem Poetry Slam werden die Experten ihre Meinung in kurzer Zeit unterhaltsam auf den Punkt bringen“, sagt Kongresspräsident Professor Dr. med. Markus W. Bächler. Welcher Kontrahent die schlagkräftigeren Argumente hat, entscheidet anschließend das Publikum. Täglich ehrt die DGCH den besten Vortrag der vier Experten mit einem iPad 3. Aber auch die Zuschauer gehen nicht leer aus. Der Veranstalter verlost pro Sitzung einen Buchgutschein im Wert von 200 Euro. Für Medizinstudenten ist die Teilnahme am Chirurgenkongress kostenlos. Das Kongressprogramm und weitere Informationen finden Interessierte unter www.chirurgie2012.de.

Terminhinweise:

Grand Slam – Forschung und Studien

Dienstag, 24. April 2012, 13.00 bis 14.30 Uhr, Saal 3, ICC Berlin

Grand Slam – Eingriffe am Herzen und Gefäßsystem

Mittwoch, 25. April 2012, 13.00 bis 14.30 Uhr, Saal 3, ICC Berlin

Grand Slam – Übergewicht und Rückenschmerz

Donnerstag, 26. April 2012, 14.00 bis 15.30 Uhr, Saal 3, ICC Berlin

Grand Slam – Management

Freitag, 27. April 2012, 15.00 bis 16.30 Uhr, Saal 3, ICC Berlin



Terminhinweise:

Kongresssitzungen zum Thema:

Burnout – betrifft es auch uns?

Dienstag, 24. April 2012, 16.30 bis 17.30 Uhr
Saal 4/5, ICC Berlin

- Burnout: Ein Thema für die BÄK?
F. U. Montgomery, Bundesärztekammer, Berlin
- Präventive Maßnahmen: Können wir von der Industrie lernen?
R. Göldner, Volkswagen AG, Wolfsburg
- Manana-Kompetenz: Burnout war gestern?
Dr. med. Gunter Frank, Heidelberg

Personalmanagement und Personalfriedenheit

Freitag, 27. April 2012, 10.30 bis 11.30 Uhr
Dachgartenfoyer, ICC Berlin

Forum „Junge Kinderchirurgie“ – Ausbildung – Klinischer Alltag – „Tipps und Tricks“

Freitag, 27. April 2012, 10.30 bis 11.30 Uhr
Saal 10, ICC Berlin

Präsident 2011/12:
Prof. Dr. Markus W. Bächler

Thementag Forschung und Studien:

Chirurgische Innovationen benötigen mehr klinische Studien

Prof. Dr. med. Markus W. Buechler, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH),
Ärztlicher Direktor der Abteilung für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie der
Universitätsklinik Heidelberg

Ziel der chirurgischen Forschung ist es, die Behandlungsergebnisse für Patienten zu verbessern. Demnach müssen die Entscheidungsfindung und das chirurgische Handeln auf validen und reproduzierbaren Ergebnissen aus klinischen Studien beruhen. Der Anspruch, die chirurgische Therapie auf der besten verfügbaren Evidenz zu begründen, ist selbstverständlich und entspricht dem Konzept der evidenzbasierten Chirurgie.

Chirurgische Therapie, chirurgische Instrumente und andere Medizinprodukte in der Chirurgie sowie chirurgische Diagnoseverfahren müssen auf ihren Nutzen und ihre Wirksamkeit überprüft werden. Der Begriff Nutzen sollte hierbei patientenorientiert formuliert und gesehen werden. Nutzen für den Patienten bedeutet also zum Beispiel Heilung bei malignen Erkrankungen, Lebensverlängerung bei unheilbaren Tumorerkrankungen, Verbesserung der Lebensqualität, Verringerung der eingriffsspezifischen Komplikations- und Sterberaten. Neben einzelnen Prozeduren müssen in der Chirurgie auch gesamtstrategische Behandlungskonzepte wie zum Beispiel die minimalinvasive Chirurgie, onkologische neo- und adjuvante Behandlungskonzepte und multidisziplinäre Therapiekonzepte evaluiert werden. Es ist folglich notwendig, die zur Verfügung stehenden Ressourcen im Gesundheitswesen für Therapien einzusetzen, die dem Patienten auch wirklich nutzen.

Chirurgische, insbesondere randomisierte Multicenterstudien zeigen immer wieder Resultate, die die chirurgische Realität verändern, denn ohne Studien ist eine verzerrungsfreie und zuverlässige Beurteilung der Behandlungsergebnisse nicht möglich. Darüber hinaus benötigen wir gute und standardisierte chirurgische Studien, um unsere Behandlungsergebnisse national und international vergleichbar zu machen. Diese Studien sollen dann als evidenzbasierte Entscheidungsgrundlage für Ärzte, Patienten, Krankenkassen und Gesundheitspolitiker dienen. Letztlich müssen diese Studienergebnisse dazu führen, dass unwirksame Behandlungsmethoden nicht weiter angewendet werden und stattdessen wirksamere eingesetzt werden können.

Das Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC; www.sdgc.de) und das chirurgische Studiennetzwerk CHIRNet (www.chir-net.de), welches aus acht chirurgischen Regionalzentren in Deutschland besteht, unterstützen diesen Ansatz in Deutschland. Seit Gründung des SDGC im Jahre 2003 hat sich eine tragfähige Infrastruktur für die Durchführung randomisierter Multicenterstudien entwickelt. So wurden seit 2003 mehr als 3400 Patienten in zwölf multizentrische, randomisiert kontrollierte Studien des SDGC und des CHIR-Net eingeschlossen.

Klinische Forschung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und sollte öffentlich gefördert werden. Industrie- und private Förderung kann klinische Forschung unterstützen und in der translationalen Forschung eine Rolle spielen. Die chirurgische Forschung muss jedoch unabhängig von Partikularinteressen bleiben. Somit muss die Federführung und Verantwortung bei der Festlegung der Forschungsinhalte und der Durchführung von klinischen Studien zur Nutzenbewertung von Behandlungsmethoden am Patienten in chirurgischer Hand bleiben. Dies ist nur mit einem unabhängigen Förderer gewährleistet.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, April 2012

Operieren statt fasten und Insulin spritzen? Chancen und Grenzen der Diabetes- und Adipositaschirurgie

Prof. Dr. med. Markus W. Buechler, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH),
Ärztlicher Direktor der Abteilung für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie der
Universitätsklinik Heidelberg

Die Sinnhaftigkeit der Übergewichtschirurgie in Bezug auf dauerhaften Gewichtsverlust wird nicht mehr angezweifelt. Die aus der SOS-(„Swedish Obese Subjects“-)Studie gewonnenen Langzeitdaten über nunmehr fast 20 Jahre zeigen klar, dass die Adipositaschirurgie den Patienten nicht nur dabei hilft, dauerhaft abzunehmen, sondern auch, dass die Patienten seltener an malignen Tumoren erkranken und länger leben.⁽¹⁾ Außerdem kommt es zu einer positiven Beeinflussung des metabolischen Syndroms, welches unter anderem arterielle Hypertonie, Dyslipidämie und vor allem Diabetes mellitus umfasst.

So zeigt die SOS-Studie, dass sich bei 72 Prozent der Patienten zwei Jahre nach einem operativen Übergewichtseingriff der Diabetes mellitus in Remission befand. Nach zehn Jahren hatte sich die Zahl dieser „geheilten“ Patienten zwar wieder halbiert, lag damit aber immer noch weit höher als in der Patientengruppe, die sich keiner Operation unterzogen hatte. Überraschenderweise konnte in vielen Fällen die Diabetes-Remission bereits unmittelbar postoperativ beobachtet werden und war damit unabhängig vom Gewichtsverlust.

Die Anzahl der Patienten mit Diabetes mellitus steigt weltweit an. Gemäß dem *Deutschen Gesundheitsbericht 2012* sind neun Prozent der deutschen Bevölkerung von der Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 betroffen. 40 Prozent dieser Patienten sind insulinpflichtig. Deutschland gehört hiermit zu den Ländern mit der höchsten Diabetesrate europaweit. Besonders Patienten mit insulinpflichtigem Diabetes haben keine realistische Chance, aus der Insulinabhängigkeit mit all ihren Folgen herauszukommen. Mit der Erkenntnis, dass nach einem bariatrischen Eingriff Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 deutlich weniger oder gar keine Diabetesmedikation mehr benötigen, hat sich in den letzten Jahren das Feld der Diabeteschirurgie oder auch „metabolischen“ Chirurgie entwickelt.

In den letzten Jahren haben Ärzte und Wissenschaftler weltweit versucht, die Wirkmechanismen zu beschreiben. Wir wissen heute, dass der „Diabetesheilung“ nach einem Magenbypass verschiedene Mechanismen zugrunde liegen. Sicher ist, dass die Diabetes-Remission bei vielen Patienten unmittelbar nach der Operation einsetzt und somit ein Teil der Remission unabhängig von der Gewichtsreduktion ist. Es herrscht auch Klarheit darüber, dass in dieser ersten postoperativen Phase verschiedene Hormone von Bedeutung sind, deren genaue Wechselwirkung heute noch nicht verstanden wird. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass noch weitere Faktoren bei der Diabetes-Remission nach einer Operation eine Rolle spielen wie zum Beispiel die Menge des viszeralen Fetts, die Dauer der Insulinpflichtigkeit vor der Operation und das Ausgangskörpergewicht.

Das Wissen um den gewichtsunabhängigen Effekt chirurgischer Therapieverfahren auf den Diabetes mellitus Typ 2 hat dazu geführt, dass Chirurgen mit dem Einsatz bariatrischer OP- Verfahren auch bei leicht übergewichtigen beziehungsweise sogar normalgewichtigen Patienten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 2 begonnen haben. Inzwischen gibt es mehrere hochrangige Publikationen, die zeigen, dass die metabolische Chirurgie bei weit mehr als 90 Prozent der operierten normalgewichtigen Patienten zur Remission des Diabetes führt und dass dieser Effekt über mindestens zwei Jahre anhält.⁽³⁾ Wir wissen heute auch, dass sich bereits eineinhalb bis zwei Jahre postoperativ eine Reduktion von Diabetes bedingten Langzeitkomplikationen (zum Beispiel Retinopathie, Nephropathie oder Neuropathie) nachweisen lässt, was sich möglicherweise in einer besseren Lebensqualität und einer höheren Lebenserwartung niederschlagen könnte.⁽³⁾

Da chirurgische Verfahren wie der Magenbypass (RYGB) heutzutage eine sehr geringe Komplikationsrate aufweisen, die Häufigkeit von Diabetes mellitus jedoch weltweit immer noch zunimmt und eine konservative Behandlung niemals zu einer vollständigen Remission des Diabetes führt, ist die metabolische Chirurgie eine vielversprechende Therapieoption für insulinpflichtige Typ-2-Diabetiker. Aber auch die konservative Therapie des Diabetes mellitus erlebt grundlegende Änderungen. Der bisher in den Leitlinien angestrebte HbA_{1c}-Wert von 6,5 Prozent wird durch aktuelle Daten neu diskutiert. Die Überlebenskurve in Abhängigkeit vom HbA_{1c} wird U-förmig dargestellt. Das heißt, dass sowohl Patienten mit „optimalem“ HbA_{1c} < 6,5 Prozent als auch Patienten mit schlecht eingestelltem Diabetes (HbA_{1c} > 7,5 Prozent) eine erhöhte Mortalität aufweisen.⁽⁴⁾ Der HbA_{1c}-Wert wird als Prognosefaktor hiermit in Frage gestellt und zunehmend als Surrogatmarker wahrgenommen, der mit dem Progress der Nephro-, Retino- und Neuropathie korreliert. Aktuelle Studien fokussieren zunehmend auf die Veränderungen dieser sekundären Diabetesfolgen.^(3, 10)

Zur Einteilung der Diabetes-Remission wird der HbA_{1c} jedoch weiterhin verwendet. Eine partielle Diabetes-Remission ist zum Beispiel erreicht, wenn der Patient ohne Antidiabetika einen therapeutischen HbA_{1c} (6,5 bis sieben Prozent) erreicht. Von der kompletten Diabetes-Remission spricht man bei einem HbA_{1c} < 6,2 Prozent und Nüchternblutzucker < 126 g/dl ohne Medikamente.

Schaut man sich die aktuellen Publikationen zur metabolischen Chirurgie an, so sind die hochrangig publizierten Daten eindrücklich. Mingrone et al. zeigen in einer Studie an 60 Patienten, die entweder RYGB, biliopankreatische Diversion (BPD) oder eine konservative medikamentöse Therapie erhalten haben, eine 75 prozentige beziehungsweise eine 95 prozentige Remission des Diabetes nach entsprechender OP, während die medikamentös therapierte Kontrollgruppe zu 100 Prozent medikamentös weiterbehandelt werden musste.⁽²⁾ Vergleichbare Ergebnisse präsentierten dieses Jahr Schauer et al. bei 150 Patienten nach RYGB und GS.⁽⁵⁾ De Paula et al. beschrieben ähnliche Erfolge schon 2010 bei Patienten nach GS und Ileum Interposition mit Remissionserfolgen bis zu 81,3 Prozent,⁽³⁾ nachdem sie 2009 an nicht adipösen Diabetikern zeigten, dass durch Ileum Interposition

neben Diabetes-Remission auch Normalisierung von Blutdruck, Cholesterinwerten und Nierenfunktion unabhängig von der Gewichtsreduktion eingetreten sind.⁽⁶⁾

Metabolische Chirurgie sollte im Augenblick nur im Rahmen von Studien angewendet werden. Unsere Klinik führt momentan die „DiaSurg 1“ durch. Hier wird bei insulinpflichtigen Typ-2-Diabetikern mit einem BMI zwischen 25 und 35 kg/m² eine Magenbypass-Operation durchgeführt. Patienten, die in die Studie eingeschlossen werden sollen, müssen folgende Kriterien erfüllen: Die Erstdiagnose des Diabetes mellitus sollte mindestens zwei Jahre zurückliegen, der Abstand zwischen der Erstdiagnose und der Insulinpflichtigkeit muss mindestens ein Jahr betragen und der Patient seit mindestens drei Monaten Insulin erhalten. Um sicherzugehen, dass das Pankreas eine noch ausreichende Insulinrestproduktion gewährleisten kann, ist ein stimulierter C-Peptidwert von > 1,5 ng/dl erforderlich. Als Endpunkte werden die Häufigkeit und der Zeitpunkt der Diabetes-Remission sowie die Lebensqualität und Kosten untersucht. Die Rekrutierung wird voraussichtlich im April 2012 abgeschlossen sein. Erste Ergebnisse zeigen bei allen Patienten eine mindestens 50 prozentige Reduktion des Insulinbedarfs; 70 Prozent der Patienten sind nach einem halben Jahr insulinfrei. „DiaSurg 2“ ist eine Folgestudie, die voraussichtlich ab Juni 2012 laufen wird. Hier werden 200 Patienten mit Magenbypass 200 Patienten mit Insulintherapie gegenübergestellt. Die Studie wird als randomisiert kontrollierte Studie multizentrisch, deutschlandweit unter Führung der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg durchgeführt. Eingeschlossen werden gleiche Patienten wie in der „DiaSurg 1“-Studie. Untersucht werden neben Diabetes-Remission, Lebensqualität und Kosten vor allem die diabetesbedingten Komplikationen und die Sterblichkeit im Langzeitverlauf.

Kernaussage

Verfahren zur bariatrischen Chirurgie zeigen auch bei normalgewichtigen insulinpflichtigen Diabetikern eine signifikante Verbesserung der diabetischen Stoffwechsellage mit kompletter Remission bei weit über 70 Prozent der Patienten. Damit einhergehend zeigen erste Daten, dass typische diabetesassoziierte Folgeerkrankungen auch eine Verbesserung in ihrem Verlauf aufweisen. Die chirurgischen Verfahren zur metabolischen Chirurgie und die Nachsorge sind bislang nicht standardisiert und müssen lebenslang erfolgen. Dazu gehören neben der klinischen Untersuchung regelmäßige Blutuntersuchungen zur Statuserhebung des Mineral- und Vitaminhaushaltes.

1. Adams TD, Gress RE, Smith SC, Halverson RC, Simper SC, Rosamond WD, et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *N. Engl. J. Med.* 2007 Aug 23;357(8):753-61.
2. Mingrone G, Panunzi S, De Gaetano A, Guidone C, Iaconelli A, Leccesi L, et al. Bariatric Surgery versus Conventional Medical Therapy for Type 2 Diabetes. *New England Journal of Medicine.* 2012 Mar 26;10.1056/NEJMoa1200111.
3. De Paula AL, Stival AR, Macedo A, Ribamar J, Mancini M, Halpern A, et al. Prospective randomized controlled trial comparing 2 versions of laparoscopic ileal interposition associated

- with sleeve gastrectomy for patients with type 2 diabetes with BMI 21-34 kg/m²). *Surg Obes Relat Dis.* 2010 May-Jun;6(3):296-304. Epub 2009 Nov 10.
4. Currie CJ, Peters JR, Tynan A, Evans M, Heine RJ, Bracco OL, et al. Survival as a function of HbA_{1c} in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort study. *Lancet.* 2010 Feb 6;375(9713):481-489.
 5. Schauer PR, Kashyap SR, Wolski K, Brethauer SA, Kirwan JP, Pothier CE, et al. Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy in Obese Patients with Diabetes. *New England Journal of Medicine.* 2012 Mar 26;10.1056/NEJMoa1200225.
 6. DePaula AL, Macedo ALV, Mota BR, Schraibman V. Laparoscopic ileal interposition associated to a diverted sleeve gastrectomy is an effective operation for the treatment of type 2 diabetes mellitus patients with BMI 21-29. *Surg Endosc.* 2009 Jun;23(6):1313-20. Epub 2008 Oct. 2.
 7. Lee W-J, Chong K, Ser K-H, Lee Y-C, Chen S-C, Chen J-C, et al. Gastric bypass vs sleeve gastrectomy for type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *Arch Surg.* 2011 Feb;146(2):143-148.
 8. Lee WJ, Hur KY, Lakdawala M, Kasama K, Wong SK, Lee YC. Gastrointestinal metabolic surgery for the treatment of diabetic patients: a multi-institutional international study. *J. Gastrointest. Surg.* 2012 Jan;16(1):45-51-52. Epub 2011 Nov 1.
 9. Frenken M, Cho EY, Karcz WK, Grueneberger J, Kuesters S. Improvement of type 2 diabetes mellitus in obese and non-obese patients after the duodenal switch operation. *J Obes.* 2011;2011:860169.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, April 2012

Einheit der deutschen Chirurgie

Professor Dr. med. Hans-Peter Bruch, Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC); Direktor der Klinik für Chirurgie der Universität zu Lübeck

Im Rahmen der Einheit der deutschen Chirurgen geht es schlussendlich darum, auf Augenhöhe und in gegenseitigem Vertrauen ein gemeinsames Haus zu errichten, in welchem Verbände und Gesellschaften, gemeinsame Ziele definieren und aus der Kooperation einen Mehrwert beziehen. Die gesellschaftlichen Veränderungen, die auf uns zukommen und deren Auswirkungen auf die finanziellen Ressourcen, die dem Medizinsystem noch zur Verfügung stehen, machen es notwendig, dass die Chirurgengemeinschaft ihre Strukturen professionalisiert. Dies aber erfordert in der Regel einen großen Arbeitseinsatz, der im Nebenamt kaum mehr geleistet werden kann. Weiterbildung, Bewertung ärztlicher Leistungen, Begleitung von Gesetzen, europäische Strukturen und Regeln, Umgang mit Ärztekammern und Krankenversicherungen, Wissenschaftspolitik und Vernetzung, Leitlinien, Qualitätssicherung, Patientensicherheit, Öffentlichkeitsarbeit und vieles mehr müssen bedacht und bearbeitet werden.

Dies aber übersteigt die personellen und finanziellen Ressourcen auch großer Vereinigungen. Deshalb sollten wir darüber nachdenken, wie wir unsere Ressourcen bündeln, um den vielfältigen Bedürfnissen und Wünschen unserer Mitglieder besser gerecht zu werden. Es scheint demnach ein Gebot der Stunde, dass die chirurgischen Disziplinen in den wirklich wichtigen Fragen wieder zusammenfinden, ihre Strukturen strategisch ausrichten und interprofessionell vernetzen. Es gilt, gemeinsame Ziele zu definieren und Zielkoordinaten zu bestimmen.

So wäre am Anfang des Prozesses vielleicht die Frage zu stellen, was eine Gesellschaft stark macht. Wo finden sich Vorbilder, denen nachzustreben lohnt? Dabei ist ein Blick über die Landesgrenzen sinnvoll.

Die amerikanische und die englische Chirurgengemeinschaft sind so stark, weil sie professionell arbeiten und die zur Verfügung stehenden personellen und materiellen Ressourcen interdisziplinär optimal genutzt werden. Betrachten wir dagegen das Langenbeck-Virchow-Haus von einem unvoreingenommenen Standpunkt aus und stellen wir uns vor, es handele sich um eine gläserne Struktur, so würden wir erkennen, dass in vielen Räumen hervorragend qualifizierte, kluge und motivierte Menschen arbeiten, die von eben diesem Standpunkt aus gesehen für verschiedene Gesellschaften fast identische Aufgaben erfüllen. Kein Unternehmen könnte sich diesen Umgang mit der Ressource Mensch und Kapital leisten.

Könnten wir uns im ersten Schritt allein darauf einigen, zum Beispiel Verwaltungsaufgaben zu zentralisieren, würden wir mit Sicherheit einen erheblichen Teil der Arbeitskraft freisetzen, der dann für wichtigere Aufgaben zur Verfügung stünde.

Ich plädiere nachdrücklich dafür, dass wir, unterstützt durch einen externen Coach, gemeinsame Ziele formulieren, ähnlich einem Businessplan wünschenswerte Zeitvorgaben machen, Projektgruppen mit der Arbeit beauftragen und uns dann ähnlich wie bei einem wissenschaftlichen Projekt von den einfachen Grundlagen zu den komplizierten Sachverhalten vorarbeiten.

Dabei erscheint es wichtig, in jedem Falle die Sache über die Person zu stellen. So sollte es gelingen, die Einheit der deutschen Chirurgen herzustellen und dennoch die Vielheit der wissenschaftlichen Gesellschaften und Verbände beizubehalten.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, April 2012

Volksleiden Rückenschmerz: Werden Patienten zu häufig operiert?

Professor Dr. med. Bernd Kladny, Leiter der Sektion Rehabilitation der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und President elect 2013, Chefarzt Fachklinik Herzogenaurach, Abteilung Orthopädie und Traumatologie, Herzogenaurach

Rückenschmerzen stellen ein weitverbreitetes Phänomen dar. 70 bis 85 Prozent aller Menschen leiden einmal im Leben an einer Rückenschmerzepisode und bei immerhin 85 Prozent treten die Rückenschmerzen wiederholt auf. Bei dieser großen Anzahl scheint es zunächst verständlich und nachvollziehbar, dass seit Jahren die Operationszahlen an der Wirbelsäule steigen in dem Bemühen, gestörte und verschlissene Strukturen an der Wirbelsäule zu reparieren. Versteifungsoperationen haben innerhalb von fünf Jahren, von 2004 bis 2009, um 220 Prozent zugenommen, Bandscheibenoperationen im gleichen Zeitraum um 43 Prozent.

Allerdings ist der menschliche Körper wesentlich komplexer, als dass geklagte Beschwerden und Schmerzen krankhaft veränderten Strukturen einfach zugeordnet werden können. Es gibt genügend Menschen mit Bandscheibenvorfällen und Verschleiß an der Wirbelsäule, die keine Beschwerden haben. Akut aufgetretene Schmerzen ohne Hinweise auf ernsthafte Erkrankungen bilden sich unter symptomatischer Therapie mit guter Prognose in 70 bis 80 Prozent der Fälle wieder zurück. Man kennt die negativen Auswirkungen von psychosozialen Belastungen auf die Entstehung von chronischen Schmerzen, die nicht wegoperiert werden können.

Der genauen Befragung und exakten klinischen Untersuchung kommt eine besondere Bedeutung zu, da Bilder alleine die Ursache von Rückenschmerzen nur unzureichend klären. Eine Operation ist immer dann angezeigt, wenn ein medizinischer Notfall vorliegt, bei dem Gewebe auf Nervenstrukturen drückt und dies mit der Gefahr eines unwiederbringlichen Ausfalls von Körperfunktionen wie einer Blasen- oder Mastdarmstörung sowie dauerhaften Lähmungen verbunden ist. Bei allen anderen Eingriffen kann man operieren, muss aber nicht. Zahlreiche nicht operative Verfahren stehen in der Behandlung von Rückenschmerzen zur Verfügung. Die Operation kann bei richtiger Indikation einen ansonsten langwierigen, schmerzhaften Verlauf unter Umständen abkürzen. Dem stehen Operations- und Narkoserisiken gegenüber. Langfristig sind die statistisch erfassten Ergebnisse bei Bandscheibenpatienten mit und ohne Operation gleich. Aus diesem Grund ist die Vermittlung von Kenntnissen zur geeigneten diagnostischen Abklärung von Rückenschmerzen und operativer und nicht operativer Behandlungsverfahren wichtiger Bestandteil der Ausbildung zum gemeinsamen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie.

Zunehmende Bürokratie, Zeitdruck und unzureichende Vergütung stellen vermehrt Hemmnisse für eine sinnvolle Abklärung und nicht operative Therapie bei Rückenschmerzpatienten dar. Dagegen gibt es monetäre Anreize für die Durchführung von Operationen bei Wirbelsäulenleiden. Reißerische Schlagzeilen in den Medien glauben Missstände aufzudecken. Internetportale bieten ihre Dienste zur

Einholung einer Zweitmeinung an. Ferndiagnosen und die Beurteilung einer Operationsindikation ausschließlich über Datenleitung sind bei Rückenschmerzen seriös nicht möglich. Inwieweit der im Gesundheitswesen bewusst eingeführte Wettbewerb zu einer operativen Fehl- oder Überversorgung von Patienten mit Rückenschmerzen geführt hat, muss Gegenstand fundierter wissenschaftlicher Untersuchungen sein.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, April 2012

Thoraxchirurgie ist an den deutschen Universitätsklinika unterrepräsentiert

Professor Dr. med. Bernward Passlick, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT), Ärztlicher Direktor der Abteilung für Thoraxchirurgie, Chirurgische Universitätsklinik Freiburg

Obwohl pulmonale Erkrankungen eine enorme volkswirtschaftliche Bedeutung haben und die Malignome des Brustkorbs mit fast 43 000 Todesfällen im Jahr 2010 die Krebstodesstatistiken anführen, gibt es nur an weniger als 10 Prozent der deutschen Universitätsklinika eigenständige Abteilungen für Thoraxchirurgie. Daraus resultieren enorme Defizite im Hinblick auf originäre thoraxchirurgische Forschung und Lehre.

Die jetzige Situation hat historische Gründe: Traditionell hat sich die Thoraxchirurgie aus der operativen Lungenheilkunde entwickelt, die über Jahrzehnte in den ehemaligen Tuberkuloseheilstätten ohne universitäre Anbindung angesiedelt war. In diesen Einrichtungen erfolgt bis zum heutigen Tag die Krankenversorgung auf hohem Niveau, originäre thoraxchirurgische Forschung ist jedoch aufgrund der mangelnden strukturellen Voraussetzungen kaum möglich – und das, obwohl die Thoraxchirurgie bei vielen malignen thorakalen Erkrankungen die einzige Heilungschance bietet.

Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern, aber auch zu den USA, haben die deutschen medizinischen Fakultäten nur an wenigen Universitäten die Bedeutung des Fachs erkannt und somit eigenständige thoraxchirurgische Lehrstühle eingerichtet. Häufig wurde die Thoraxchirurgie in Kombination mit der Herzchirurgie oder als nachgeordnete Abteilung der Allgemeinchirurgie geführt, sodass sich nur wenig Eigendynamik entwickeln konnte. Es besteht daher ein erheblicher Nachholbedarf an universitären thoraxchirurgischen Einrichtungen. Nur so ist es möglich, Lehre und Forschung auf ein international vergleichbares Niveau zu führen. Das Defizit an universitären thoraxchirurgischen Strukturen spiegelt sich auch in der Analyse der Standorte deutscher Lungenkrebszentren wider: Nur drei von 24 zertifizierten Lungenkrebszentren sind an universitären Einrichtungen angesiedelt.

Die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie fordert daher die medizinischen Fakultäten auf, sich verstärkt um die Einrichtung von eigenständigen thoraxchirurgischen Lehrstühlen zu bemühen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, April 2012



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie mit derzeit 6.600 Mitgliedern wurde 1872 in Berlin gegründet. Sie gehört damit im 140. 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, ökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen unseres 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 Wissenschafts-Organisationen und allen Partnern im Gesundheitswesen.

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

Eine bereits bei Gründung der Gesellschaft 1872 formulierte Aufgabe, nämlich „die chirurgischen Arbeitskräfte zu einigen“, hat heute eine besondere Bedeutung erhalten. Vor dem Hintergrund der im Jahr 2003 neu strukturierten Weiterbildungsordnung mit einer gemeinsamen Basisausbildung aller chirurgischen Fächer (Common Trunk) 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. 2007 sind auch die Neurochirurgen und 2010 die Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen dieser Dachgesellschaft beigetreten. Sie vertritt mit ihren über die einzelnen Fachgesellschaften assoziierten Mitgliedern damit rd. 17.500 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 jetzt wieder in neuem Glanz erstanden. Dieses symbolträchtige Haus der Chirurgie mit seinem traditionsreichen Hörsaal ist der Sitz aller wissenschaftlich-chirurgischen Fachgesellschaften sowie des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen und repräsentiert auch in dieser räumlichen Vereinigung die große Gemeinschaft aller Chirurgen.

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

Prof. Dr. med. Hartwig Bauer
Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin

Tel. 030/28876290
Fax 030/28876299
Mail: DGChirurgie@t-online.de

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Markus W. Bächler
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH);
Ärztlicher Direktor der Abteilung für Allgemeine, Viszerale und
Transplantationschirurgie der Universitätsklinik Heidelberg

* 1955



Beruflicher Werdegang:

Professor Dr. med. Markus W. Bächler ist Geschäftsführender Direktor der Chirurgischen Klinik und gleichzeitig Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg.

Er wurde 1955 in Saarlouis geboren und wuchs in Dillingen und Sasbach auf. Sein Medizinstudium absolvierte Professor Bächler von 1974 bis 1980 an der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg und der Freien Universität Berlin. Im Jahr 1980 erhielt Professor Bächler seine Approbation als Arzt und im gleichen Jahr promovierte er. Seine chirurgische Weiterbildung begann Professor Bächler 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 Bächler zum Leitenden Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik in Ulm ernannt.

Im Jahr 1993 nahm Professor Bächler 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 Bächler ebenfalls Chefarzt der Abteilung Chirurgie des Krankenhauses Salem in Heidelberg und zusätzlich seit 2009 Chefarzt der Abteilung Chirurgie des Kreiskrankenhauses Sinsheim.

Professor Bächler 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

Prof. Dr. med. Hans-Peter Bruch
Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC);
Direktor der Klinik für Chirurgie der Universität zu Lübeck



Beruflicher Werdegang:

- 1974 Promotion zum Doktor der Medizin
- 1975 Beginn der Facharztausbildung an der Chirurgischen Universitätsklinik Würzburg
- 1980 von-Langenbeck-Preis der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zusammen mit Professor Dr. E. Schmidt
- 1981 Facharztanerkennung als Chirurg
- 1982 Ernennung zum Privatdozenten
- 1982 Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik Würzburg im Rahmen der Hand-, Unfall-, Gefäß- und Allgemein Chirurgie
- 1985 Leiter der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik Würzburg
- 1985 Anerkennung als Durchgangsarzt-Vertreter gemäß Leitnummer 23, Absatz 2 des Ärzteabkommens
- 1986 Teilgebietsbezeichnung Gefäßchirurgie
- 1986 Teilgebietsbezeichnung Unfallchirurgie
- 1986 Leitender Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik Würzburg
- 1986 Ernennung zum Professor für Chirurgie unter Berufung in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit
- 1988 Beratender Arzt des Heeres beim Terkom Süd
- Seit 1990 Direktor der Klinik für Chirurgie der Universität zu Lübeck

Mitgliedschaften und Vorsitze in wissenschaftlichen Vereinigungen:

- Seit 1992 Mitglied des Executive Board of the European Council of Coloproctology
- 1996–2004 Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Koloproktologie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
- 1996 European Officer of the University Colon and Rectal Surgeons
- 1997 Mitvorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Molekulare Diagnostik und Therapie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

1997	Teilgebietsbezeichnung Viszeralchirurgie
2004–2007	Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
2008–2009	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
01.07.2010	Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC)

- Mitglied in zahlreichen Chirurgenvereinigungen des In- und Auslandes
- Mitglied im Editorial Board diverser deutsch- und englischsprachiger Zeitschriften
- Mitglied der Leopoldina seit 1999

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Karl-Walter Jauch
2. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH),
Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Klinikum Großhadern
der Ludwig Maximilian Universität, München

*1952



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------------|---|
| 1971–1978 | Studium der Humanmedizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg |
| 27.04.1978 | Approbation |
| 10.05.1978 | Promotion „Ergebnisse ein Jahr nach aortokoronarer Bypassoperation unter besonderer Berücksichtigung ergometrischer und hämodynamischer Befunde“
(Professor Roskamm, Freiburg/Bad Krozingen) |
| 6/1978–8/1979 | Truppenarzt (Bundeswehr) |
| 9/1979–10/1981 | Assistenzarzt an der Chirurgischen Klinik Villingen (Professor Dr. E. Pross) |
| 27.11.1985 | Anerkennung als Arzt für Chirurgie |
| 15.07.1987 | Anerkennung als Arzt für Gefäßchirurgie |
| 30.12.1995 | Anerkennung als Arzt für Viszeralchirurgie |
| 30.04.1997 | Anerkennung Physikalische Medizin |
| 11/1981–1/1988 | Assistent an der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Klinikum Großhadern,
LMU München (Professor Dr. Dr. h.c. G. Heberer; 3/1989 Professor Dr. Dr. h.c.
F.W. Schildberg) |
| 15.06.1988 | Habilitation „Die postoperative Insulinresistenz und ihre Beeinflussung durch das
Kallikrein-Kinin-System“, LMU München |
| 25.07.1988 | Ernennung zum Privatdozenten für Chirurgie |
| 10.02.1995 | Ernennung zum außerplanmäßigen Professor |
| 12/1996–9/2002 | Direktor der Klinik und Poliklinik für Chirurgie der Universität Regensburg |
| 2000–2002 | Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik Regensburg |
| Seit 01.10.2002 | Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-
Universität München – Campus Großhadern |
| Seit 01.01.2008 | Stellvertretender Ärztlicher Direktor der LMU München |

Mitgliedschaften:

- | | |
|-----------|---|
| 1976–2003 | Präsident der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) |
|-----------|---|

- 10/2000–9/2001 Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen,
Mitglied im Ausschuss der Bayerischen Chirurgen
- 2001 und 2006 Tagungspräsident der Deutschen Transplantationsgesellschaft
Mitglied und Beirat in verschiedenen Fachgesellschaften/Stiftungen und
öffentlichen Gremien
- 2000–2003 Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Endoskopie und Sonografie
- 2003–2006 Vorsitzender der Sektion Chirurgische Forschung der Deutschen Gesellschaft für
Chirurgie
- 2005–2006 Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie
- 2006 Tagungspräsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für
Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)
Mitglied des Eurotransplant Board seit 2005
Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der BÄK seit 2005
Mitglied des Wissenschaftsrats (Medizinausschuss) seit 2006
- 2010 Wahl zum Vizepräsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und
Kongresspräsident 2013

Wissenschaftliche/organisatorische Tätigkeiten und Selbstverwaltung:

- 1994–1997 Vorsitzender Ethikkommission der Uniklinik Regensburg
- 1998–2000 Stellvertretender Ärztlicher Direktor und Baubeauftragter der Uniklinik
Regensburg
- 2000 Gründung der Stiftung HTCR zur Forschung mit humanem Gewebe und
Zellmaterial

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dr. med. Bernd Kladny,
Leiter der Sektion Rehabilitation der Deutschen Gesellschaft für
Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und
President elect 2013;
Chefarzt Fachklinik Herzogenaurach, Abteilung Orthopädie und
Traumatologie, Herzogenaurach

*1960



Medizinische Ausbildung:

- 1981-1987 Studium der Medizin an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
- 10.11.87 Medizinisches Staatsexamen an der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg
- 24.11.87 Approbation als Arzt, Bayerisches Staatsministerium des Inneren
- 27.01.88 Promotion, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, „Möglichkeiten zur
ambulanten proktologischen Untersuchungsvorbereitung – Vergleich zwischen einem
Phosphat-Klyisma und einem Sorbit-Klyisma in einer randomisierten Doppel-Blind-
Studie“, Bewertung mit magna cum laude
- 21.12.88 Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz in der Röntgen-Diagnostik
- 03.03.94 Anerkennung Zusatzbezeichnung Chirotherapie
- 29.06.94 Anerkennung Arztbezeichnung Orthopäde einschließlich: Röntgendiagnostik des
Gebietes einschließlich des Strahlenschutzes, Sonographie des Gebietes einschließlich
der Säuglingshöften
- 30.08.95 Anerkennung Teilgebietsbezeichnung Rheumatologie
- 18.07.96 Habilitation: "Die Früharthrose des Kniegelenkes - Eine Studie zu Histomorphometrie
und Bildgebung des Gelenknorpels und des subchondralen Knochens", Orthopädische
Universitätsklinik Erlangen (Direktor: Professor Dr. D. Hohmann)
- 09.07.96 Anerkennung Zusatzbezeichnung Sportmedizin
- 15.01.97 Erteilung der Lehrbefugnis für das Fach Orthopädie durch das Bayerische
Staatsministerium für Unterricht, Kultus, Wissenschaft und Kunst
- 29.04.99 Anerkennung Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen
- 27.06.00 Anerkennung Zusatzbezeichnung Sozialmedizin
- 16.07.03 außerplanmäßiger Professor der Universität Erlangen-Nürnberg
- 07.09.05 Osteologe - DVO
- 17.02.06 Anerkennung Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
- 05.07.07 Anerkennung der Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik für das Organsystem Skelett

Beruflicher Werdegang:

- 1/88–1/89 wissenschaftlicher Assistent an der Orthopädischen Universitätsklinik Erlangen im Waldkrankenhaus St. Marien (Direktor Professor Dr. D. Hohmann)
- 2/89–4/90 wissenschaftlicher Assistent an der Unfallchirurgischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover (Direktor: Professor Dr. H. Tscherne)
im Rahmen der Rotation vom 01.11.89-30.04.90 als Assistent in der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie (Direktor: Professor Dr. A. Berger)
- 5/90–7/94 wissenschaftlicher Assistent an der Orthopädischen Universitätsklinik Erlangen im Waldkrankenhaus St. Marien (Direktor Professor Dr. D. Hohmann)
- 8/94–7/96 Oberarzt an der Orthopädischen Universitätsklinik Erlangen im Waldkrankenhaus St. Marien (Direktor Professor Dr. D. Hohmann)
- Seit 8/96 Chefarzt Fachklinik Herzogenaurach, Abteilung Orthopädie und Traumatologie

Ausgewählte Aktivitäten der letzten Jahre:

- Leitung Qualitätszirkel Osteologie an der Fachklinik Herzogenaurach
- Beirat Zeitschrift Orthopädische und Unfallchirurgische Praxis
- Beirat Zeitschrift Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin
- Mitarbeit bei der Erstellung des Gesundheitspfades Rücken der Bertelsmann-Stiftung (2007)
- Mitwirkung bei der Erstellung der Leitlinie „Physiotherapie und Bewegungstherapie bei Osteoporose“ des DVO (2008)
- Mitglied der Kommission zur Erstellung der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz der ÄZQ (Fertigstellung 2011)
- 2. Vorsitzender des Verbandes Leitender Orthopäden und Unfallchirurgen (VLOU) Landesverband Bayern
- Leitung der Sektion Physikalische Medizin und Rehabilitation der DGOOC (Sektion 3)
- Leitung der Sektion Rehabilitation – Physikalische Medizin – der DGOU
- Präsident der VSO (Vereinigung Süddeutscher Orthopäden e. V.) 2009
- Tagungspräsident des Jahrestreffens der VSO e. V. Baden-Baden 2009
- 2. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC e. V.) für 2012 und
- gewählter Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC e. V.) für das Jahr 2013

Auszeichnungen:

- 2009 Verleihung Hubert Waldmann Plakette durch den Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) für außerordentliche Verdienste um das Fachgebiet als höchste Auszeichnung des Berufsverbandes

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Bernward Passlick,
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT),
Ärztlicher Direktor der Abteilung für Thoraxchirurgie, Chirurgische
Universitätsklinik Freiburg



Beruflicher Werdegang:

1982–1989	Studium der Humanmedizin in Chieti, Italien, Göttingen, München und Boston, USA
1989	Promotion, Institut für Immunologie der LMU, München
1989–1995	Chirurgische Ausbildung: Chirurgische Klinik, Universität München, Thoraxchirurgie Lungenfachklinik Gauting, Chirurgische Klinik, Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf
1995	Facharztanerkennung Chirurgie
1997	Habilitation Ludwig-Maximilians-Universität München
1997	Schwerpunktbezeichnung Thoraxchirurgie
1999	Schwerpunktbezeichnung Gefäßchirurgie
2001	„Fellow of the European Board of Thoracic and Cardiovascular Surgeons“ (FETCS)
2003	Außerplanmäßiger Professor an der Universität München
2004	Universitätsprofessor Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg; Ärztlicher Direktor, Abteilung für Thoraxchirurgie, Universitätsklinikum Freiburg

Ämter und Funktionen (aktuelle Auszüge):

- **Deutsche Gesellschaft für Pneumologie (DGP)**
Sprecher Sektion Thoraxchirurgie 2005–2008
- **European Society of Thoracic Surgeons (ESTS)**
Vorstandsmitglied 2005-2009
- **Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)**
Präsidiumsmitglieder 2011–2013
- **Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)**
Präsident: 2011–2013
- **International Association for the Study of Lung Cancer (IASLC)**
Kongresspräsident 2012



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
129. Kongress

24. – 27. April 2012 ICC-Berlin



**Chirurgie
in Partnerschaft**

Präsident 2011/12:
Prof. Dr. Markus W. Büchler

Mittwoch, 25. April 2012, 11.30 bis 12.30 Uhr

Raum 42, ICC – Internationales Congress Centrum Berlin, Messegelände – Eingang: Kleiner Stern

Thementag: Chirurgie in Partnerschaft

Ihre Themen und Referenten

**Chirurgie in Partnerschaft für eine optimale Patientenversorgung –
Was sind die Ziele, wo liegen die Grenzen?**

Professor Dr. med. Markus W. Büchler

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH);

Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie,
Universität Heidelberg

Delegation ärztlicher Leistungen in der Chirurgie –

Was ist sinnvoll, was gefährlich?

Professor Dr. med. Hartwig Bauer

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

Digitalisierung der Chirurgie

Neue Möglichkeiten in der Implantat- und Gewebsversorgung im Gesicht durch 3-D

Professor Dr. med. Dr. med. dent. Nils-Claudius Gellrich

Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
(DGMKG); Direktor der Klinik und Poliklinik für MKG-Chirurgie an der Medizinischen
Hochschule Hannover

Altersbedingte Wirbelsäulenerkrankungen

Welche Therapien sind bei Arthrose, Bandscheibenvorfall & Co. effektiv?

Professor Dr. med. Jürgen Meixensberger

1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC);

Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Leipzig

Kardiologen oder Herzchirurgen: Wer operiert zukünftig am Herzen?

Professor Dr. med. Friedrich Wilhelm Mohr

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG);

Direktor der Klinik für Herzchirurgie am Herzzentrum der Universität Leipzig

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Anne-Katrin Döbler, Christine Schoner, Christina Seddig

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-573

Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: schoner@medizinkommunikation.org;

www.chirurgie2012.de, www.dgch.de

Pressekontakt in Berlin:

Pressebüro Raum 50, ICC Berlin

Tel.: 030 /3038 - 7550

Fax: 030/3038 -81013





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
129. Kongress

24. – 27. April 2012 ICC-Berlin



**Chirurgie
in Partnerschaft**

Präsident 2011/12:
Prof. Dr. Markus W. Büchler

Donnerstag, 26. April 2012, 11.30 bis 12.30 Uhr

Raum 42, ICC – Internationales Congress Centrum Berlin, Messegelände – Eingang:
Kleiner Stern

Ihre Themen und Referenten

Schmerzmanagement, Ernährung und Wundversorgung:

Thementag: Perioperative und Intensivmedizin

Professor Dr. med. Markus W. Büchler

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCh);

Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie,
Universität Heidelberg

Magen, Darm- und Speiseröhrenkrebs:

Der schmale Grat zwischen wichtigem Organerhalt und effizienter Krebstherapie

Professor Dr. med. Michael Betzler

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Klinik
für Allgemeine, Unfall- und Gefäßchirurgie, Alfried Krupp Krankenhaus Essen

Immer mehr Risikofreudige und Ältere, die sich wagen:

Schwere Verletzungen bei Risikosportarten zu Lande, zu Wasser und in der Luft

Professor Dr. med. Christoph Josten

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU); Direktor der Klinik und

Poliklinik für Unfall-, Wiederherstellungs- und Plastische Chirurgie am Universitätsklinikum
Leipzig

Verschluss der Beinschlagader, Gefäßengstellen oder Aneurysmen:

Wann ist der Katheter-Eingriff an Gefäßen die bessere Wahl?

Professor Dr. med. Werner Lang

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG);

Leiter der Gefäßchirurgischen Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen

Fehlerhafte Medizinprodukte und übersteigerte Patientenerwartungen –

Die Grenzen der 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:

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh)

Anne-Katrin Döbler, Christine Schoner, Christina Seddig

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-573

Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: schoner@medizinkommunikation.org;

www.chirurgie2012.de, www.dgch.de

Pressekontakt in Berlin:

Pressebüro Raum 50, ICC Berlin

Tel.: 030 /3038 - 7550

Fax: 030/3038 -81013





Freitag, 27. April 2012, 11.30 bis 12.30 Uhr

Raum 42, ICC – Internationales Congress Centrum Berlin, Messegelände

Ihre vorläufigen Themen und Referenten

Patientengerechte und moderne Klinikführung, Arzt-Patienten-Kommunikation:

Thementag: Organisation und Management

Professor Dr. med. Markus W. Büchler

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH); Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg

Patientensicherheit ist Chefsache

Die zentrale Bedeutung einer gelebten Sicherheitskultur in der Chirurgie

Professor Dr. med. Hartwig Bauer

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

Fehlbildungen an Lunge und Speiseröhre bei Säuglingen

Neue Behandlungskonzepte in der Früh- und Neugeborenenchirurgie

Professor Dr. med. Jörg Fuchs

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH); Ärztlicher Direktor der Kinderchirurgischen Klinik, Universität Tübingen

Ökonomischer Druck in der Chirurgie:

Wird vor allem zum Wohle des Krankenhauses operiert?

Professor Dr. med. Joachim Jähne

3. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie DGCH, Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung, Hannover

Pflege auf Augenhöhe: Neue Anforderungen an das Pflegepersonal von Morgen

Gisela Müller

Leiterin des Pflegedienstes, Chirurgische Klinik und Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Heidelberg

und

Edgar Reisch

Pflegedirektor und Mitglied des Vorstandes des Universitätsklinikums Heidelberg

Der Schnitt ist immer gleich – Müssen Frauen und Männer unterschiedlich operiert werden?

Professor Dr. med. Beate Rau

Sprecherin der AG Genderforschung der DGVS und DGAV, Oberärztin an der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie, Charité-Universitätsmedizin Campus Mitte

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Anne-Katrin Döbler, Christine Schoner, Christina Seddig

Telefon: 0711 8931-573

Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: schoner@medizinkommunikation.org;

Pressekontakt in Berlin:

Pressebüro Raum 50, ICC Berlin

Tel.: 030 /3038 - 7550

Fax: 030/3038 -81013





Bestellformular Fotos

**Pressekonferenz anlässlich des 129. Kongresses
der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)**

Termin: Dienstag, 24. April 2012, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Raum 42, ICC – Internationales Congress Centrum Berlin, Messegelände – Eingang: Kleiner Stern

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

- Professor Dr. med. Markus W. Bächler
- Professor Dr. med. Hans-Peter Bruch
- Professor Dr. med. Karl-Walter Jauch
- Professor Dr. med. Bernd Kladny
- Professor Dr. med. Bernward Passlick

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

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Anne-Katrin Döbler, Christine Schoner, Christina Seddig
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-573
Telefax: 0711 8931-167
E-Mail: schoner@medizinkommunikation.org;
www.chirurgie2012.de, www.dgch.de

Pressekontakt in Berlin:

Pressebüro Raum 50, ICC Berlin
Tel.: 030 /3038 - 7550
Fax: 030/3038 -81013

