



Pressekonferenz anlässlich des 130. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Donnerstag, 2. Mai 2013, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Saal 22b des ICM München

Thementag: Zukunftssicherung durch Innovation

Themen und Referenten:

Neue Zertifizierungen in der Bauchchirurgie:

Wie Kliniken ihre chirurgische Qualität transparent nachweisen und verbessern können

Professor Dr. med. Heinz-Johannes Buhr

Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV); Ehemaliger Direktor der Chirurgischen Klinik und Hochschulambulanz I, Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie Charité - Universitätsmedizin Berlin

Verengte Beinschlagadern oder Aneurysmen:

Wie Gefäßchirurgen mit Hybrid-OPs ihre multimorbiden Patienten schonen

Professor Dr. med. Eike Sebastian Debus

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG), Direktor der Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin am Universitären Herzzentrum des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

Chirurgie benötigt sichere Implantate, Biomaterialien und Operationsverfahren:

Wie kann die chirurgische Forschung in Zukunft finanziert werden?

Professor Dr. med. Axel Haverich

Direktor der Klinik für Herz-, Thorax-, Transplantations- und Gefäßchirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover

Operationen bei Lungenkrebs

Neue Daten belegen: In großen Zentren ist das Sterblichkeitsrisiko am geringsten

Professor Dr. med. Bernward Passlick

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

sowie

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

Moderation:

Anne-Katrin Döbler

Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Stuttgart

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.chirurgie2013.de, www.dgch.de

Pressekontakt in München:

Pressebüro Raum 22a, ICM München

Tel.: 089 94979-409

Fax: 089 94979-854



Pressekonferenz anlässlich des 130. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Donnerstag, 2. Mai 2013, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Saal 22b des ICM München

Thementag: Zukunftssicherung durch Innovation

Inhalt:

- Pressemeldungen:**
- Gefährliches Aortenaneurysma bestmöglich behandeln
In Hybrid-Operationssälen Gefäßkranke schonend
operieren**
 - Mit Lungenkrebs in die Spezialklinik
Sterblichkeit nach Eingriff in OP-Zentren halb so groß**
 - Mehr Sicherheit bei Bauchoperationen
Können antibakterielle Nähte Wundinfektionen verhindern?**
 - Knochenmarkstammzellen gegen Magen-Darmkrebs
Chirurgen setzen auf bedachte klinische Forschung**

- Redemanuskripte:**
- Professor Dr. med. Heinz-Johannes Buhr
 - Professor Dr. med. Eike Sebastian Debus
 - Professor Dr. med. Axel Haverich
 - Professor Dr. med. Bernward Passlick

Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Curriculum Vitae der Referenten

Übersicht Freitags-Pressekonferenz des 130. Chirurgenkongresses in München

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: seddig@medizinkommunikation.org.

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.chirurgie2013.de, www.dgch.de

Pressekontakt in München:

Pressebüro Raum 22a, ICM München
Tel.: 089 94979-409
Fax: 089 94979-854



PRESSEMITTEILUNG

130. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCh)

Gefährliches Aortenaneurysma bestmöglich behandeln

In Hybrid-Operationssälen Gefäßkranke schonend operieren

München, 2. Mai 2013 – Der Riss einer erweiterten Bauchschlagader, eines sogenannten Bauchaortenaneurysmas (AAA), birgt tödliche Gefahr: Etwa die Hälfte dieser Patienten erreicht das Krankenhaus nicht mehr lebend. Aber auch eine vorbeugend durchgeführte Operation ist nicht ohne Risiko. Doch in sogenannten Hybrid-OP-Sälen lassen sich gefäßchirurgische Patienten jetzt noch sicherer behandeln. In Kombination mit individuell angepassten Gefäßprothesen und weiterentwickelter Kathetertechnik hat sich das Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten nun stark erweitert. Die neuen, auf die Bedürfnisse jedes einzelnen Patienten abgestimmten Therapien des Aortenaneurysmas erläutert der Hamburger Gefäßchirurg Professor Dr. med. E. Sebastian Debus der heutigen Pressekonferenz anlässlich des 130. Chirurgenkongresses in München.

Ab einem Alter von 60 Jahren haben Studien zufolge etwa 2,5 Prozent der Männer und 0,5 Prozent der Frauen über 60 Jahren ein AAA – meist, ohne davon zu wissen. Platzt die krankhafte Aussackung der Bauchschlagader, kann der Patient in kürzester Zeit innerlich verbluten. Doch mit einer Ultraschall-Untersuchung ist die Diagnose im Vorfeld leicht zu stellen. „Ab einem Durchmesser des AAA von etwa fünf Zentimetern raten wir zur Operation“, sagt Professor Debus, der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG) ist. „Je nach Alter und Gesundheit des Patienten greifen wir dabei auf unterschiedliche Techniken zurück.“

Die klassische Operation über einen großen Schnitt in der Bauchdecke weist nach aktueller Studienlage das beste Langzeitergebnis auf. Hierbei überbrückt der Gefäßchirurg die Schwachstelle in der Schlagader, indem er eine Kunststoffprothese einnäht. „Der Eingriff ist für die Patienten jedoch belastend, die Erholungszeit ist lang“, erläutert Debus. Deshalb komme sie nur für etwa 30 bis 40 Prozent der Betroffenen in Frage. „Denn in der AAA-Chirurgie haben wir es überwiegend mit systemerkrankten Risikopatienten zu tun“, so der Gefäßchirurg. Sie sind älter und leiden häufig unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Fettstoffwechselstörungen und Diabetes. „Bei diesen 60 bis 70 Prozent empfehlen wir als schonende Alternative die endovaskuläre Kathetertechnik.“ Hierbei schiebt der Gefäßchirurg





das Aortenimplantat über einen kleinen Zugang in der Leiste in die Blutbahn. Unter Röntgenkontrolle platziert er es in der Schlagader. Dabei muss er anatomische Hindernisse überwinden: „Man kann sich die Bauchschlagader wie ein verkalktes, gewundenes Wasserrohr vorstellen“, erläutert Debus. Zudem zweigten lebenswichtige Gefäße für Darm, Nieren, Leber und Rückenmark von ihr ab, die unbedingt geschont werden müssten. Doch dank sogenannter Hybrid-OPs könnten Gefäßchirurgen heute selbst schwierigste endovaskuläre Aorten-Eingriffe schonend und mit guten Erfolgsaussichten vornehmen. Dieser mit hochauflösender Röntgentechnik ausgestattete moderne Operationssaal erlaubt es Ärzten gleichzeitig zu operieren und zu durchleuchten. Treten Komplikationen auf, können Gefäßchirurgen sofort das Vorgehen ändern und die Bauchdecke eröffnen. Zudem lassen sich Gefäßprothesen der neuesten Generation individuell anpassen, das Material ist gleitfähig, biegsam und noch haltbarer. Hinzu kommt eine verbesserte Kathetertechnik, die – von der Leiste aus – selbst feinste Steuerungsprozesse im Gefäßsystem ermöglicht. Einen Nachteil habe das endovaskuläre Verfahren jedoch: Im Gegensatz zur offenen OP-Methode sei eine regelmäßige, oft lebenslange Überwachung der Patienten nötig, da diese Prothesen durch Eigenspannung verankert werden und daher im Einzelfall verrutschen können.

Wie auch Patienten mit verengten Beinschlagadern von den neuen Behandlungsmöglichkeiten profitieren, darüber informiert Professor Debus im Rahmen der heutigen Pressekonferenz auf dem 130. Chirurgenkongress. Dieser findet vom 30. April bis 3. Mai 2013 in München statt.

Literaturhinweis:

Lederle et al. N Engl J Med Nov. 2012
Long-Term Comparison of Endovascular and Open Repair of Abdominal Aortic Aneurysm.
DOI: 10.1056/NEJMoa1207481.

Terminhinweise:

Kongressvortrag

Hybrid-OP in der Gefäßchirurgie

Termin: Donnerstag, 2. Mai 2013, 10.30 bis 12.00 Uhr

Ort: Saal 12, ICM München

Kongressvortrag

Hybridoperation eines thorakoabdominellen Aortenaneurysmas

Termin: Freitag, 3. Mai 2013, 8.30 bis 10.00 Uhr

Ort: ICM München





PRESSEMITTEILUNG

130. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

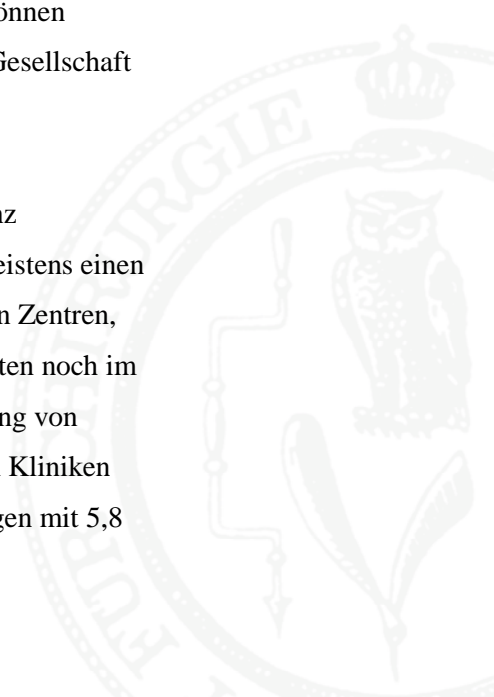
Mit Lungenkrebs in die Spezialklinik

Sterblichkeit nach Eingriff in OP-Zentren halb so groß

München, 2. Mai 2013 – In Kliniken, die jährlich mehr als 100 Patienten mit Lungenkrebs operieren, ist die Sterberate nahezu um die Hälfte geringer. Dies zeigen Daten des Statistischen Bundesamts. Lungenkrebs operativ zu entfernen ist häufig die einzige Chance, die Patienten zu heilen. Die aktuellen Ergebnisse belegen, dass die hochkomplexen Operationen an spezialisierten Behandlungszentren besser gelingen – je früher der Eingriff, desto erfolgreicher. Die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) fordert daher, die Eingriffe ausschließlich in dafür geeigneten Krankenhäusern durchzuführen. Der Experte erläutert auf der heutigen Pressekonferenz im Rahmen des Chirurgenkongresses in München die aktuellen Daten zu Lungenkrebsoperationen. Während des Kongresses diskutieren Chirurgen aller Fächer, inwiefern Mindestoperationszahlen die Versorgungsqualität verbessern.

In der Bundesrepublik Deutschland erkranken jährlich mehr als 45 000 Patienten neu an einem Lungentumor. Im Jahr 2010 haben Chirurgen mehr als 10 400 Lungenoperationen durchgeführt. „Eine Operation ist nur bei etwa 30 bis 40 Prozent der Patienten mit Lungenkrebs möglich“, erläutert Professor Dr. med. Bernward Passlick, der an der Universität Freiburg eine der größten Spezialkliniken für Thoraxchirurgie in Deutschland leitet. Wenn ein Eingriff möglich ist, sind die Behandlungschancen gut. „Etwa 70 bis 80 Prozent der Patienten, die wir im Frühstadium operieren, können geheilt werden“, sagt Passlick im Vorfeld der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) in München.

Lungenoperationen seien jedoch bei den häufig betagten Patienten nicht ganz ungefährlich. Um den Tumor sicher zu beseitigen, müssen die Chirurgen meistens einen Lungenlappen, selten einen Lungenflügel entfernen. Auch an ausgewiesenen Zentren, die mehr als 100 Patienten im Jahr operieren, sterben 3,2 Prozent der Patienten noch im Krankenhaus an den Folgen der Operation, wie Passlick in einer Aufarbeitung von Daten des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2010 belegt. An kleineren Kliniken mit weniger als 25 Eingriffen pro Jahr war die Krankenhaussterberate dagegen mit 5,8





Prozent nahezu doppelt so hoch. Auch in Krankenhäusern mit 26 bis 50 Eingriffen pro Jahr starben noch 4,8 Prozent der Patienten in der Klinik.

„Untersuchungen aus den USA und aus Kanada zeigen, dass es sich nicht um ein deutsches Problem handelt“, sagt Passlick, der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) ist. Die höhere Krankenhaussterblichkeit bei wenigen Eingriffen sei nicht etwa auf eine verminderte Geschicklichkeit der Chirurgen an kleinen Kliniken zurückzuführen. „Entscheidend für einen dauerhaft hohen Standard ist ein eingespieltes Team, in dem Spezialisten der verschiedenen Disziplinen wie Anästhesie, Thoraxchirurgie, Physiotherapie, spezialisierte Krankenpflege und Endoskopie zusammenarbeiten“, so der Experte. Diese Voraussetzungen seien, wie die Zahlen belegen, offenbar nur an ausgewiesenen Zentren möglich. Die DGT fordert daher, dass die hoch spezialisierten Eingriffe ausschließlich in dafür geeigneten Krankenhäusern vorgenommen werden.

Wie gut die Behandlungsqualität bei Lungenkrebsoperationen in Deutschland ist und wie sie verbessert werden kann, darüber informiert Professor Passlick bei der heutigen Pressekonferenz im Rahmen des Chirurgenkongresses in München.

Terminhinweis:

Kongressvortrag:

Lungenkarzinom: S3-Leitlinien noch aktuell?

Termin: Freitag, 3. Mai 2013, 8.30 bis 10.00 Uhr

Ort: Saal 3, ICM München



DGNC
Deutsche Gesellschaft
für Neurochirurgie





PRESSEMITTEILUNG

130. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Mehr Sicherheit bei Bauchoperationen

Können antibakterielle Nähte Wundinfektionen verhindern?

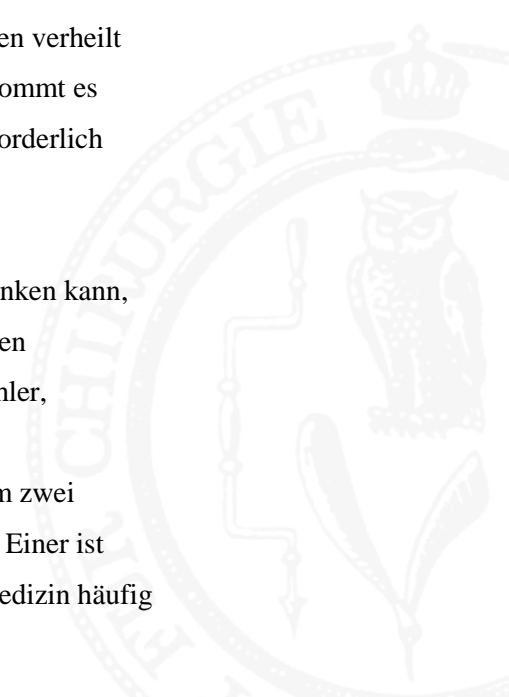
München, 2. Mai 2013 – Nach großen Bauchoperationen kommt es bei etwa jedem achten Patienten zu Infektionen im Bereich der Operationswunde. In einer großen klinischen Studie prüft die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) derzeit, ob ein Nahtmaterial, das mit einer bakterienabtötenden Substanz beschichtet ist, diese Komplikation verhindern kann. Die Studie gehört zu den Projekten des 2003 gegründeten Studienzentrums der DGCH. Auf dem 130. Chirurgenkongress präsentierten die Forscher in München den aktuellen Stand zur Studie und deren Entwicklung seit 2010.

„Rund 12 Prozent der operierten Patienten entwickeln nach dem großen Bauchschnitt oberflächliche oder tiefe Wundinfektionen“, erklärt Privatdozent Dr. med. Markus Diener vom Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC). Damit verbunden sind längere Klinikaufenthalte und womöglich ein erneuter Eingriff. Das Problem tritt nach Erfahrung des Ärztlichen Leiters des SDGC in den letzten Jahren zunehmend häufiger auf. „Wir operieren heute mehr ältere Menschen, die häufig an Typ-2-Diabetes erkrankt sind. Die Stoffwechselerkrankung behindert die Wundheilung.“ Bei den meisten Patienten bleibt es bei einer schmerzhaften Rötung, die den Heilungsverlauf vielleicht um einige Tage verzögert. Es kann aber auch zu tiefen Wundinfektionen kommen, die auf den Bauchraum übergreifen. Bei anderen verheilt die Operationswunde infolge der Wundinfektion nicht vollständig. Dann kommt es möglicherweise später zu einem Narbenbruch, der eine neue Operation erforderlich macht.

Ob ein antibakteriell beschichteter Faden die Rate der Wundinfektionen senken kann, untersucht seit 2010 eine groß angelegte Studie des in Heidelberg ansässigen Studienzentrums der DGCH. Darin vergleichen Professor Markus W. Buehler, geschäftsführender Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie der Universitätsklinik Heidelberg, und sein Team zwei Nahtmaterialien. Beide bestehen aus dem gleichen abbaubaren Kunststoff. Einer ist allerdings mit dem Desinfektionsmittel Triclosan beschichtet, ein in der Medizin häufig



DGNC
Deutsche Gesellschaft
für Neurochirurgie





Präsident 2012/2013
Prof. Dr. Karl-Walter Jauch

eingesetzter Bakterien-Stopper. Da sich beide Fäden äußerlich nicht unterscheiden, wird die Studie „doppelblind“ durchgeführt: Patient und Chirurg erfahren nicht, welcher Faden bei der Operation verwendet wurde. PD Diener: „So wird verhindert, dass die Erwartungshaltung oder Vorlieben das Untersuchungsergebnis beeinflussen.“

An der vor drei Jahren gestarteten Studie PROUD* beteiligen sich seit Beginn der multizentrischen Phase weitere 23 Kliniken. Innerhalb von nur 21 Monaten wurden 1127 Patienten rekrutiert. Den aktuellen Stand der Studie stellte das Studienzentrum der DGCH in seiner Sitzung auf dem 130. Chirurgenkongress vor. Die Studie wird von Johnson & Johnson finanziell unterstützt, deren Tochterfirma Ethicon das verwendete triclosan-beschichtete Nahtmaterial seit 2009 in Deutschland anbietet.

In den letzten Jahren konnten Chirurgen ihre Nahttechnik bereits optimieren. Studien wie INSECT* haben gezeigt, dass eine Naht mit einem fortlaufenden und langlebigen Faden spätere Narbenbrüche besser verhindert als Einzelnähte. Chirurgen verwenden aufgrund der Ergebnisse jetzt einen Faden, der erst nach mehreren Monaten vom Körper abgebaut wird. Das ist nicht unproblematisch, wie PD Diener erläutert: „Das Nahtmaterial kann zu einem Nährboden für Bakterien werden und damit schwere Infektionen im Bauchraum auslösen.“ Neue Verbesserungen erhoffen sich die Chirurgen daher von der PROUD-Studie.

*PROUD steht für: Prevention of abdominal wound infection

*INSECT steht für Interrupted or continuous slowly absorbable sutures for closure of primary elective midline abdominal incisions

Literaturhinweise:

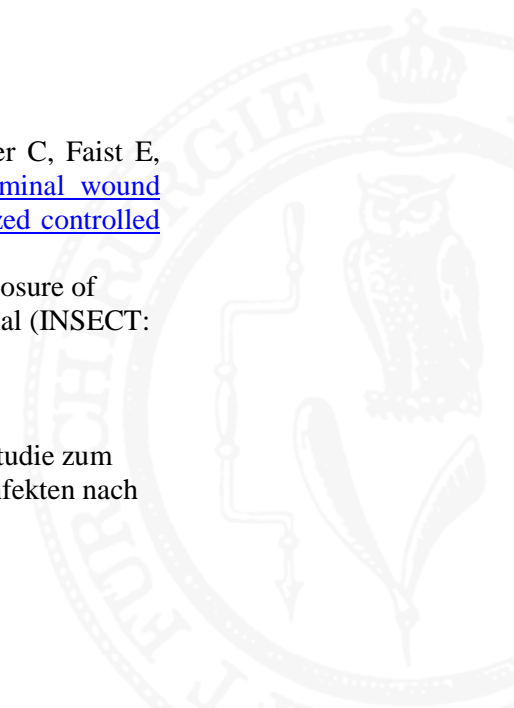
Heger U, Voss S, Knebel P, Doerr-Harim C, Neudecker J, Schuhmacher C, Faist E, Diener MK, Kieser M, Seiler CM, Büchler MW [Prevention of abdominal wound infection \(PROUD trial, DRKS00000390\): study protocol for a randomized controlled trial](#). Trials. 2011 Nov 21;12:245

Seiler CM et al.: Interrupted or continuous slowly absorbable sutures for closure of primary elective midline abdominal incisions: a multicenter randomized trial (INSECT: ISRCTN24023541). Ann Surg 2009, 249:576-582.

Terminhinweise:

Kongressvortrag: Die PROUD-Studie - Eine randomisierte Multicenterstudie zum Einfluss von beschichtetem Nahtmaterial auf die Entwicklung von Wundinfekten nach abdominellem Wundverschluss

30. 4.2013, 9.00 bis 10.30 Uhr, Raum: Saal 21





PRESSEMITTEILUNG

130. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Knochenmarkstammzellen gegen Magen-Darmkrebs Chirurgen setzen auf bedachte klinische Forschung

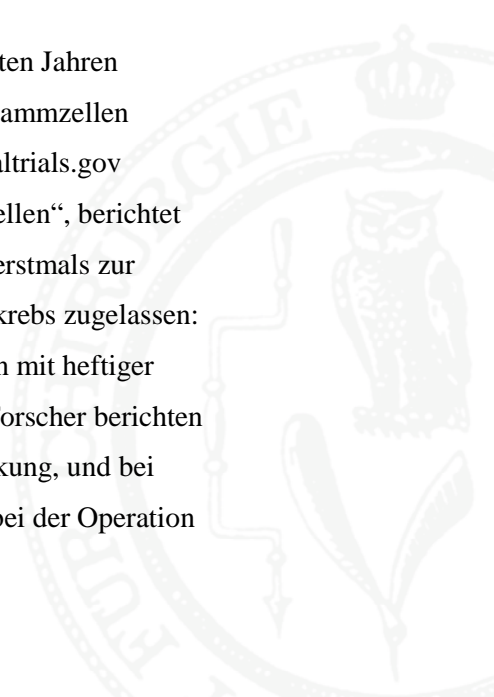
München, 2. Mai 2013 – Stammzellen aus dem Knochenmark, sogenannte mesenchymale Stammzellen (MSC), könnten zukünftig bei der Therapie von Magen- und Darmkrebs zum Einsatz kommen. MSC sind sehr wandlungsfähig, begünstigen die Wundheilung und steuern die körpereigene Abwehr. Sie wandern sogar gezielt zu Tumorzellen und können so als Boten für Wirkstoffe dienen. Für die Krebstherapie wären sie deshalb gut geeignet, berichtet eine Expertin anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Noch berge ihr klinischer Einsatz jedoch unbekannte Risiken. Diese, vor allem aber die Chancen von MCS für die Therapie von Erkrankungen im Verdauungstrakt, diskutieren Experten auf dem Chirurgenkongress, der vom 30. April bis 3. Mai 2013 in München stattfindet.

Wie ihr Gegenstück, die hämatopoetischen Stammzellen, die im Knochenmark die roten und weißen Blutzellen bilden, sind mesenchymale Stammzellen in der Lage, sich in unterschiedliche Zellen des Körpers zu wandeln. Sie begeben sich bevorzugt in Regionen, in denen das Gewebe geschädigt ist, zum Beispiel Wunden. „Dort sind sie in der Lage die Heilung zu beeinflussen und immunologische Prozesse zu regulieren“, erläutert Professor Dr. med. Christiane Bruns, die an der Klinik München-Großhadern die Abteilung Onkologische Chirurgie leitet.

Die therapeutischen Möglichkeiten haben verschiedene Forscher in den letzten Jahren ausgelotet. Nach ersten Versuchen an Tieren setzen Ärzte mesenchymale Stammzellen zunehmend in klinischen Studien am Menschen ein. „Die Datenbank clinicaltrials.gov verzeichnet mittlerweile mehr als 300 Einträge zu mesenchymalen Stammzellen“, berichtet Professor Bruns. In Kanada wurde im vergangenen Jahr ein MSC-Präparat erstmals zur Behandlung der lebensgefährlichen Graft-versus-Host-Erkrankung bei Blutkrebs zugelassen: Bei Leukämie sind Zelltransplantationen notwendig, auf die einige Patienten mit heftiger körperlicher Abstoßung reagieren. MSCs können dies verhindern. Andere Forscher berichten über Erfolge bei Morbus Crohn, einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung, und bei Leberzirrhose. Spanische Chirurgen spritzten mesenchymale Stammzellen bei der Operation von Analfisteln in den Wundbereich und förderten damit die Heilung.



DGNC
Deutsche Gesellschaft
für Neurochirurgie





Doch bislang ist der Einsatz von mesenchymalen Stammzellen am Patienten nur eingeschränkt möglich. Denn wie MSCs genau im Patienten an ihr Ziel gelangen und ihre immunologische Wirkung entfalten, ist mitunter nicht vollständig bekannt. „Deshalb sind klinische Studien wichtig, um Sicherheit und Wirksamkeit der Stammzelltherapien genau zu erforschen“, sagt Professor Bruns. Ihre Klinik wird sich an einer Studie mit Patienten beteiligen, die an fortgeschrittenen Adenokarzinomen des Magen-Darm-Traktes leiden. Die Forscher machen sich dabei zunutze, dass Krebszellen Signale aussenden, um die Blutversorgung des Tumors zu verbessern. „Ähnliche Signalstoffe locken auch mesenchymale Stammzellen an, die am Ziel den Zelltod der Krebszellen auslösen können“, erläutert Bruns. Der Beginn einer gemeinsamen Studie mit dem biopharmazeutischen Unternehmen apceth ist in den nächsten sechs bis neun Monaten geplant.

Terminhinweise:

Thementag: Zukunftssicherung durch Innovationen

Termin: Donnerstag, 2. Mai 2013

Kongresssitzung:

Tumorstammzellen und Stammzellentherapie

Termin: Dienstag, 30. April 2013, 13.30 bis 15.00 Uhr

Ort: Saal 2, ICM München

Mesenchymale Stammzellen in der Organ-Transplantation

Termin: Dienstag, 30. April 2013, 15.30 bis 17.00 Uhr



Qualitätsoffensive der DGAV (Qualitätskontrolle und Register)

Professor Dr. med. Heinz-Johannes Buhr, Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV); Ehemaliger Direktor der Chirurgischen Klinik und Hochschulambulanz I, Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie Charité - Universitätsmedizin Berlin

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) verfolgt zwei Ziele:

1. Permanente Qualitätssicherung und -verbesserung

„... überall dort, wo Behandlungsergebnisse gemessen werden, verbessert sich die Qualität dramatisch, doch stellt die konsequente Ergebnismessung in Deutschland leider immer noch die Ausnahme dar.“

*M. E. Porter, Harvard University, Cambridge, C. Guth, München
Springer-Verlag, Heidelberg, 2012, 223-57*

Durch die Erfassung chirurgischer Daten können zum Beispiel in den USA 66 Prozent der Kliniken, die sich beteiligen, die risikoadjustierte Mortalität senken und 82 Prozent die Komplikationsrate.

(„Does Surgical Quality Improve in the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program: An Evaluation of All Participating Hospitals.“ Hall BL, Hamilton BH, Richards K, Bilimoria KY, Cohen ME, Ko CY. Annals of Surgery. Sept. 2009; Volume 250, No. 3.)

Die amerikanische Chirurgengesellschaft ist somit in der Lage vorauszusagen, wie hoch die Reduktion der Komplikationen und die Einsparungen im Gesundheitswesen sind.

In Deutschland sind nur wenige Chirurgen in der Lage, Einzelheiten ihrer chirurgischen Ergebnisse jederzeit darzustellen. Die Analyse und Kenntnis der eigenen Ergebnisse sind aber Voraussetzung, um Verbesserungen der Ergebnisqualität vorzunehmen.

Die DGAV hat ein eigenes Dokumentationssystem entwickelt:

„Von Chirurgen für Chirurgen“

Das heißt, Risiken und Komorbiditäten der Patienten werden erfasst, sodass eine risikoadjustierte chirurgische Datenerfassung erfolgen kann. Nur eine risikoadjustierte Erfassung erlaubt eine wirkliche Aussage über die chirurgische Qualität und damit die Möglichkeit, die Ergebnisqualität zu verbessern.

Im DGAV-System kann die einzelne Klinik jederzeit die Entwicklung ihrer Ergebnisqualität einsehen. Am Ende des Jahres erfolgt ein Benchmarking und bei abweichender Qualität ein Peer Review (ein Mentoring-Programm).

Wenn genügend Daten gewonnen sind, soll ein Risikokalkulationssystem entwickelt werden, mit dem für jeden zu operierenden Patienten in dieser betreffenden Klinik die Risiken für Komplikationen errechnet werden können. Außerdem erlauben diese realitätsnahen Daten eine entsprechende Versorgungsforschung.

2. Transparenz

Transparenz schafft Vertrauen.

Die DGAV hat daher eine neue Website www.transparente-chirurgie.de eingerichtet. Auf dieser Website sollen alle am Dokumentationssystem teilnehmenden Kliniken aufgeführt und vierteljährlich die Ergebnisdaten publiziert werden.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, Mai 2013

Hybrid-OP: Neues Instrument für neue Therapieoptionen

Professor Dr. med. Eike Sebastian Debus, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG), Direktor der Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin am Universitären Herzzentrum des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

Die Zukunft der Gefäßmedizin liegt in der Minimierung des Eingriffstraumas. Wir beschäftigen uns intensiv mit den Möglichkeiten der Individualisierung therapeutischer Möglichkeiten. So erleben wir Behandlungsverläufe, die uns selbst überraschen, weil sie noch vor wenigen Jahren nicht möglich waren. Mit der Transformation technischer Ausstattungen in den Operationssälen ergeben sich weitreichende Auswirkungen auf die Ablaufprozesse in der Behandlung unserer Patienten. Der Hybridarbeitsplatz ermöglicht nicht nur die Zusammenführung von invasiver Diagnostik und Therapie in einem Schritt, er ermöglicht ebenso eine Minimierung des Eingriffstraumas durch Kombination klassischer Operationstechniken mit katheterbasierten Verfahren. Aber auch rein perkutane Verfahren lassen sich hier umfassend durchführen. Dies wird auch durch Transformation minimalinvasiver Operationstechniken erreicht. Beispielhaft für diese Entwicklung sei die Therapie von Aorten-erkrankungen genannt: Eingriffe, die noch vor wenigen Jahren durch den Einsatz extrakorporaler Zirkulation und großflächige Eröffnung von Körperhöhlen mit einer hohen Komplikationsrate und langen Krankenhausliegezeiten verbunden waren, sind heute durch eine Punktion über einen Katheter möglich. Dies hat die Therapie aortaler Gefäßerkrankungen revolutioniert. Auch andere Gefäßerkrankungen, wie die arterielle Verschlusskrankheit, erleben eine ähnlich Wandlung.

Diese Techniken erfordern Expertise und Erfahrung. Eine Lernkurve und höchster technischer Anspruch dürfen jedoch keine Argumente gegen die Etablierung dieser Techniken sein – im Gegenteil stellt sich die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie seit Jahren intensiv diesen Herausforderungen. Ein intensives zertifiziertes Kurs- und Fortbildungsprogramm stellt die Weiterbildung der Gefäßchirurgen sicher. Heute gehört die endovaskuläre Therapie fest in das Portfolio der Gefäßchirurgie. Damit hat sich das Spektrum der Gefäßchirurgie entscheidend weiterentwickelt. Durch Implementierung unterschiedlicher Behandlungsformen in ein Fachgebiet wird es heute möglich, unabhängig von fachlichen Grenzen und Partikularinteressen, die jeweils individuell angepasste, optimale Therapieform für den Patienten zu wählen. Dies könnte weitreichende Folgen auch auf die Krankenhausstrukturen haben.

Krankenhausstrukturen werden sich damit möglicherweise ändern – vom Gefäßzentrum zum kardiovaskulären Kreislaufzentrum?

Todesursache Nummer eins sind kardiovaskuläre Erkrankungen, die etwa hälftig auf kardiale und vaskuläre Todesursachen aufgeteilt sind. Herz-Gefäß-Patienten leben statistisch zehn Jahre kürzer als die altersadjustierte Normalbevölkerung. Die Komorbidität unserer Patienten führt somit zwangsläufig zu der Überlegung, den bisherigen Gedanken des Gefäßzentrums als Organzentrum zum Herz- und Gefäßzentrum zu erweitern. Patienten profitieren von systematischem Screening in dem jeweils benachbarten Fach. Wenn wir uns auf diese Weise den

Komorbiditäten unserer Patienten intensiver widmen, gewinnen wir Einblicke in Nachbardisziplinen – so wie diese umgekehrt auch. Auf diese Weise eröffnet sich uns eine neue Welt, wodurch wir die Erkrankungen unserer Patienten ganz anders verstehen lernen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, Mai 2013

Chirurgie benötigt sichere Implantate, Biomaterialien und Operationsverfahren: Wie kann die chirurgische Forschung in Zukunft finanziert werden?

Professor Dr. med. Axel Haverich, Direktor der Klinik für Herz-, Thorax-, Transplantations- und Gefäßchirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover

Forschungsfinanzierung

Die Chirurgie in Deutschland trägt immens zur Verbesserung der Gesundheit unserer Bevölkerung bei. Bei vielen Tumoren bietet die Operation den einzig kurativen Ansatz. Bei der Mehrzahl der koronaren Herzkranken ist die Bypass-Chirurgie der nichtchirurgischen Behandlung weit überlegen, die medikamentöse Therapie von Gelenkserkrankungen ist stark limitiert und von bedeutsamen Nebenwirkungen geprägt. In der Kinderchirurgie ist die operative Korrektur angeborener Fehler häufig ohne jede Alternative.

Dennoch bleibt die öffentliche Finanzierung der Weiterentwicklung chirurgischer Techniken und Verfahren weit hinter ihrer Bedeutung für unsere Bevölkerung zurück. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) fördert ganz überwiegend Grundlagenforschung, als existiere der Bedarf klinisch relevanter chirurgischer Forschung gar nicht. Im Jahr 2010 gingen gerade einmal 2,8 Prozent (selbst ermittelte Zahlen) des DFG-Budgets für die Bio-Wissenschaften in die chirurgische Forschung. Es gab zwei von Chirurgen geleitete Sonderforschungsbereiche, die beide im sogenannten „peer review“-Begutachtungsprozess voreilig beendet wurden. In einer der Begutachtungen war nicht nur kein Chirurg, es war noch nicht einmal ein Kliniker vor Ort.

Ebenfalls durch den Begutachtungsprozess marginalisiert wurde die Chirurgie in den großen Fördermaßnahmen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), den Integrierten Forschungs- und Behandlungszentren (IFB) und den nationalen Gesundheitsforschungszentren, hier mit Ausnahme der Lungenforschung. In beiden zukunftsweisenden Förderlinien beträgt der Anteil der Chirurgie in der Personal- und Verbrauchsmittelfinanzierung unter ein Prozent, dies bei Erkrankungen des Herzens, der Lunge, bei Krebs und – vor allem – bei Infektionen. Im deutschen Gesundheitsforschungszentrum für Infektionskrankheiten sind sogar die drei für den deutschen Krankenhauspatienten bedrohlichsten Erkrankungen – die nosokomialen Infektionen, die Sepsis und die Implantatinfektionen – völlig unberücksichtigt geblieben. Durch Ausschluss aller chirurgischen Disziplinen beziehungsweise deren massive Unterfinanzierung in der Forschung werden für unsere Patienten höchst relevante Erkrankungen nicht untersucht sowie neue Verfahren zur Prävention oder Therapie wissenschaftlich gar nicht angefasst.

So bleibt die Erforschung so wichtiger Bereiche, wie die Fortentwicklung chirurgischer Verfahren und die Entwicklung neuer Implantate, die Domäne der Forschungs- und Entwicklungsabteilungen der Medizintechnikindustrie. Eine fachübergreifende, auch grundlagenorientierte Wissenschaft, wie sie gerade in den Bereichen nosokomialer Infektionen, chirurgischer Sepsis und Implantat-assoziiertes

Infektionen so dringend benötigt wird, findet hier aber nur äußerst begrenzt statt. Diese Forschung ist primär natürlich nicht produktbezogen.

So ist ein Großteil von kritisierten Entwicklungen bei Medizinprodukten weder den Herstellern noch den anwendenden Ärzten zuzuschreiben, sondern dem fehlenden öffentlichen Interesse, die akademische Forschung in diesem Bereich zu unterstützen und zu fördern.

Implantatsicherheit

Der additive Effekt der demografischen Entwicklung in Deutschland und der Innovationskraft unserer Medizintechnik führen zu einem kontinuierlichen Anstieg der Verwendung medizinischer Implantate. Diese Entwicklung ist in allen zehn Fachgesellschaften innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) zu beobachten, am ausgeprägtesten vielleicht in der Orthopädie/Unfallchirurgie, der Neurochirurgie und bei Operationen am Herzen und an den Blutgefäßen.

Die fortlaufende Verbesserung dieser Implantate (Herzklappen/Gelenkprothesen) sowie die Entwicklung vollständig neuer implantierbarer Technologien (Neurochirurgie, Gefäßchirurgie) sind wie alle technischen Neuerungen mit Risiken verbunden, nicht anders als in der Luft- und Raumfahrtindustrie oder bei der Herstellung von Automobilen. Die deutschen Chirurgen legen größten Wert darauf, an der Verbesserung der Sicherheit neuer Implantate aktiv mitzuwirken.

Trotz massiver Unterfinanzierung der chirurgischen Forschung in Deutschland gibt es akademische Institute, die das Thema Implantatforschung bearbeiten. Dies trifft für faktisch alle chirurgischen Disziplinen zu.

Die DGCH hat in einem Schreiben an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) angeboten, ein Netzwerk von fachübergreifenden Expertisen in der Implantatforschung aufzubauen. Entscheidend wird die Abbildung der gesamten Entwicklungskette sein. Hierzu gehören:

- Materialentwicklung und Testung (zum Beispiel Biokompatibilität)
- Kleintier-Screening
- Großtier- und Langzeitversuche
- Phase I – III klinische Prüfung und
- Langzeitbeobachtung in Register-Formaten

Dies schließt auch die niedergelassenen Chirurgen ein.

Naturngemäß sind die Materialentwicklung und -testung eher interdisziplinär und grundlagenforschungsorientiert. Für die tierexperimentellen Prüfungen sind vorhandene Expertisen auszubauen. Die klinischen Prüfungen sollten mit Hinblick auf die spätere Anwendung nicht ausschließlich im universitären Umfeld durchgeführt werden.

Wir haben sowohl dem BMG als auch dem BMBF verdeutlicht, dass diese Forschung nicht nur unmittelbar der Patientensicherheit in unseren Krankenhäusern dient, sondern auch massive gesundheitsökonomische Aspekte trägt. So haben wir jüngst die jährlichen bundesweiten Kosten für die Behandlung von Implantatinfektionen allein in den Fachbereichen Herzchirurgie, Hals-Nasen-Ohren, Gefäßchirurgie, dentale Implantate und Orthopädie auf circa eine Milliarde Euro beziffert.

Die DGCH hält den Aufbau eines nationalen Netzwerkes für Implantatforschung für unverzichtbar. Hierdurch kann sie die Industrie in ihrer Innovationsfähigkeit akademisch unterstützen und die zukünftige Sicherheit unserer (wachsenden Zahl von) Patienten verbessern.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, Mai 2013

Operationen bei Lungenkrebs: In großen Zentren ist das Risiko am geringsten

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

In der Bundesrepublik Deutschland erkranken jährlich mehr als 45 000 Patienten neu an einem Lungentumor. Bei vielen Patienten liegt zum Diagnosezeitpunkt bereits eine Fernmetastasierung vor, sodass nur noch eine palliative Chemotherapie mit ungünstigen Überlebenschancen möglich ist. Bei einem guten Drittel der Patienten liegt jedoch zum Diagnosezeitpunkt ein operables Tumorstadium vor. Wenn eine Operation möglich ist, sind in den frühen Tumorstadien die Heilungsaussichten gut, mit mehr als 70 bis 80 Prozent der Operierten im Tumorstadium I.

Seit Langem lassen Untersuchungen aus den USA und aus Kanada vermuten, dass das Operationsrisiko in Krankenhäusern, in denen häufig Operationen bei thorakalen Erkrankungen durchgeführt werden, geringer ist. Dies trifft insbesondere für Operationen bei Lungenkrebs zu. Nun konnte erstmals durch die Aufarbeitung von Daten des Statistischen Bundesamtes ein ähnlicher Befund für Deutschland erhoben werden.

Im Jahr 2010 wurden in Deutschland mehr als 10 400 Lungenresektionen bei Patienten mit Lungenkrebs durchgeführt. 15 Prozent dieser Eingriffe werden dabei in Krankenhäusern vorgenommen, bei denen weniger als 25 Eingriffe pro Jahr stattfinden. In diesen Häusern ist die Krankenhausletalität mit fast sechs Prozent etwa doppelt so hoch wie in Krankenhäusern, in denen mehr als 100 dieser Operationen pro Jahr vorgenommen werden. In diesen Zentren für Lungenkrebs-erkrankungen beträgt die Krankenhausletalität 3,2 Prozent. Damit ist diese immer noch deutlich geringer als in Häusern, bei denen zwischen 26 und 50 Eingriffe pro Jahr vorgenommen werden, hier beträgt die Krankenhaussterblichkeit 4,8 Prozent.

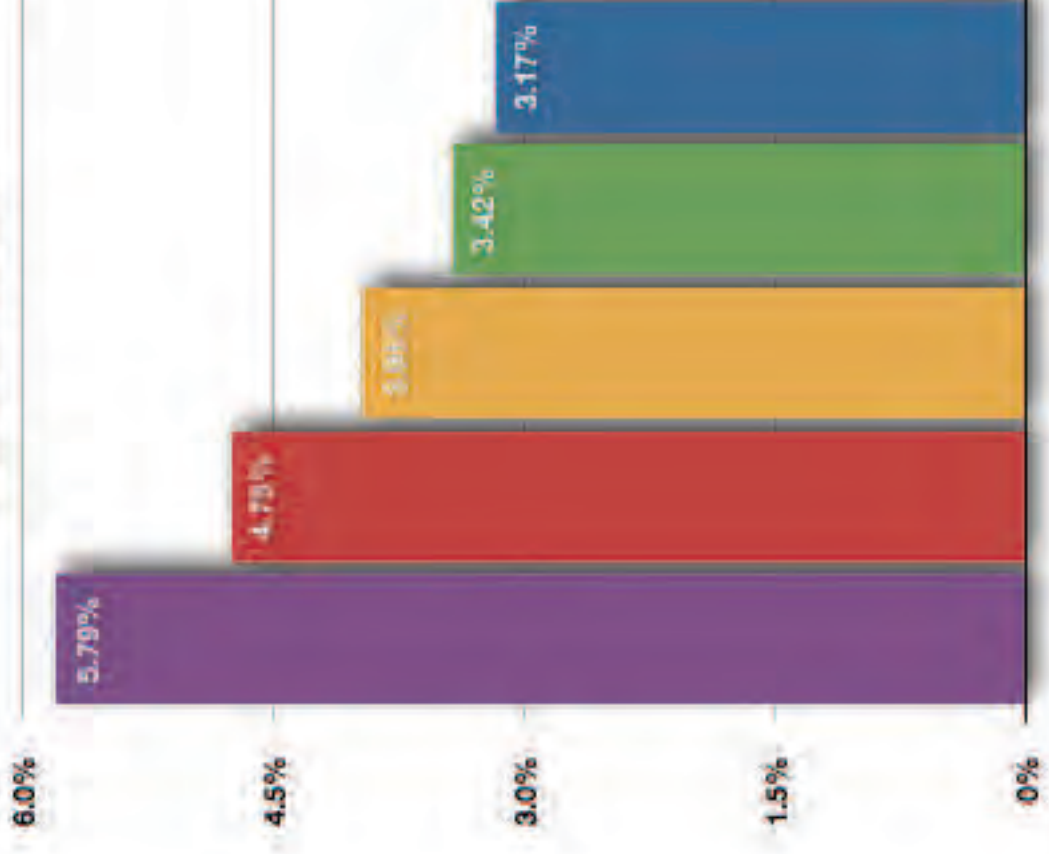
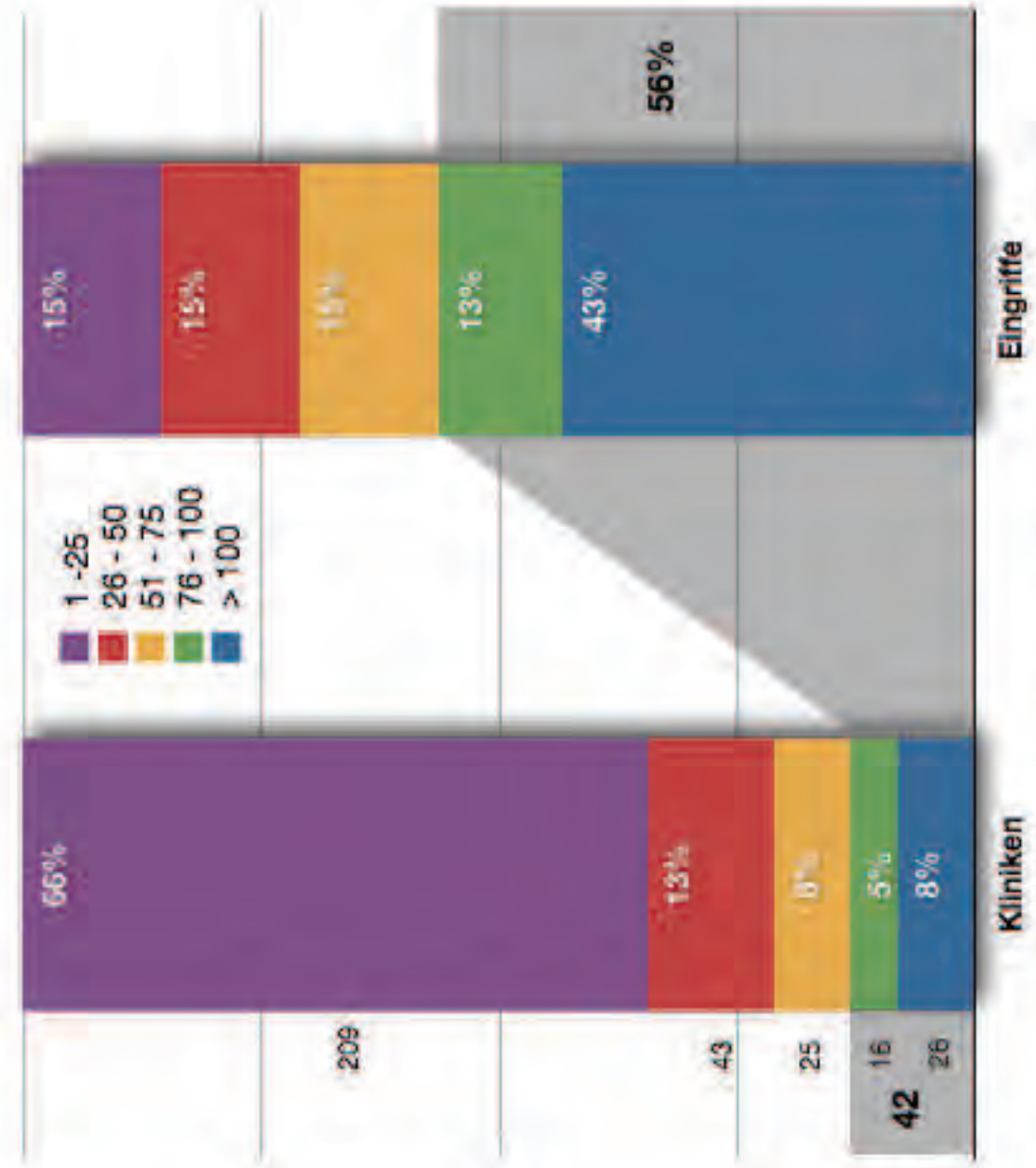
Die vorliegenden Daten legen somit nahe, dass in Krankenhäusern, in denen nur wenig Thorax-eingriffe vorgenommen werden, das Risiko einer schwerwiegenden Komplikation und eines ungünstigen Ausgangs deutlich höher ist.

Die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie fordert daher, dass die hoch spezialisierten Eingriffe nunmehr ausschließlich in dafür geeigneten Krankenhäusern vorgenommen werden, bei denen alle an einer erfolgreichen Operation beteiligten Disziplinen (Anästhesie, Thoraxchirurgie, Physiotherapie, spezialisierte Krankenpflege, Endoskopie) in ausreichendem Maße vorhanden sind, um einen dauerhaft hohen Standard zu gewährleisten.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, Mai 2013

anatomische Lungenresektionen bei Diagnose Lungenkarzinom (ICD C34) pro Jahr in 2010
 Marktanteile der Kliniken/Abteilungen gruppiert nach Anzahl der Resektionen/Jahr

Krankenhausletalität (Entlassgrund 079)
 nach anatomischer Lungenresektion
 bei Diagnose Lungenkarzinom (ICD C34)
 in den Klinik-Gruppen



© Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), DRG-Statistik / H. Hoffmann, U. Gerigk (2012)



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie mit derzeit 6.550 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 rund 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 rückübergeben. 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. Hans-Joachim Meyer
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. Heinz-Johannes Buhr
Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV); Ehemaliger Direktor der Chirurgischen Klinik und Hochschulambulanz I, Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie Charité - Universitätsmedizin Berlin



Beruflicher Werdegang:

Studium

SS 1966–WS 1968/1969 Medizinstudium Johannes Gutenberg Universität Mainz
10/1968 Physikum
SS 1969–WS 1971/1972 Medizinstudium Universität Düsseldorf
12/1971 Staatsexamen
12/1971 Promotion

Weiterbildung

4/1973–9/1994 Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg
Direktoren:
Professor Dr. med. F. Linder bis 31.3.1981
Professor Dr. med. Ch. Herfarth bis 1.10.1981

Facharztanerkennungen

8/1978 Facharzt Chirurgie
11/1980 Teilgebiet Unfallchirurgie
3/1989 Teilgebiet Gefäßchirurgie
Teilgebiet Viszeralchirurgie

Wissenschaftliche Tätigkeit:

1976–1980 Experimentelle Arbeit am Institut für Experimentelle Chirurgie, Heidelberg
1980 **Habilitation:**
Der traumatisch-hämorrhagische Schock im Langzeitversuch unter Berücksichtigung des kapillären Wasser- und Eiweißaustritts
1987 **APL-Professur**
C4-Professur für Chirurgie am Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Freie Universität Berlin bzw. Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin

2006/2007	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Seit 2007	Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
1987	APL-Professur
1994	Editor in Chief einer internationalen Zeitschrift: International Journal of Colorectal Disease (IJCD)
1994–10/2012	C4 Professur für Chirurgie am Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Freie Universität Berlin bzw. Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin

Leitende berufliche Tätigkeit:

1988	Leitender Oberarzt Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg (Personalmanagement Ärzte, Bibliothek, Fotound Grafik-Labor, Sekretariate)
1994–10/2012	C4 Professur für Chirurgie und Direktor Chirurgische Klinik und Poliklinik I Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Freie Universität Berlin bzw. Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin

Berufspolitische Tätigkeit:

Seit 2004	Mitglied des Vorstandes Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
Seit 2006	Mitglied des Vorstandes Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
2006/2007	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Seit 2007	Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (Wiederwahl 2010)

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Eike Sebastian Debus
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und
Gefäßmedizin (DGG), Direktor der Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin
am Universitären Herzzentrum des Universitätsklinikums Hamburg-
Eppendorf

* 1962



Beruflicher Werdegang:

Zunächst Musikstudium an der Musikhochschule Lübeck. Parallel 1981 Beginn mit dem
Medizinstudium an der Christian-Albrechts-Universität Kiel, später an der MAYO-Clinic in
Rochester/Minnesota/USA und Zürich/Schweiz. Approbation 1988 in Kiel. Promotion 1989.
1989 bis 1990 Assistent am Pathologischen Institut der Universität Würzburg, danach Beginn der
Chirurgischen Ausbildung (Universität Marburg).
1991 erneuter Wechsel nach Würzburg an die Chirurgische Universitätsklinik.
1997 Facharzt und Oberarzt der Klinik, 1998 European Board of Surgery Qualification (EBSQ).
1999 Habilitation und leitender Oberarzt der Abteilung vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie.
2000 Schwerpunktbezeichnung Gefäßchirurgie, 2002 European Board of Vascular Surgery (EBSQ-
VASC).
2001/2002 berufsbegleitendes Health Care Management Studium.
2003 Schwerpunktbezeichnung Viszeralchirurgie.
2003 bis 2009 Chefarzt Abteilung Allgemein-, Gefäß- und Viszeralchirurgie an der Asklepios Klinik
Harburg.
Seit 1.10.2009 Direktor der Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin am Universitären Herzzentrum
des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und Ordinarius für Gefäßchirurgie. Leiter des
Comprehensive Wound Center des UKE.

Weitere Tätigkeiten:

Mitgliedschaft im Editorial Board mehrerer nationaler und internationaler Zeitschriften, Schriftleitung
Journal of Wound Healing 2001 bis 2007 und Gefäßchirurgie 2003 bis 2012. Beirat der Deutschen
Herzstiftung e. V. Herausgeber und Autor mehrerer Lehrbücher und Buchbeiträge sowie zahlreicher
Publikationen. Stipendiat der DGG sowie Preisträger mehrerer Fachgesellschaften. Mitglied
verschiedener nationaler und internationaler chirurgischer und medizinischer Fachgesellschaften,
sowie Medical Board Chirurgie von Asklepios (bis 2009). Seit 2005 Vorstandsmitglied und incoming
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin. 2. Schriftführer der

*Pressekonferenz anlässlich des 130. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Donnerstag, 2. Mai 2013, 11.30 bis 12.30 Uhr, ICM München*

Vereinigung Nordwestdeutscher Chirurgen, Gründungsvorstand der Vereinigung Norddeutscher
Gefäßmediziner, Präsident mehrerer nationaler und internationaler Kongresse.

Curriculum Vitae

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

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

*1948



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------|--|
| 1967–1972 | Studium der Humanmedizin an der LMU München |
| 1972 | Promotion an der Universität Göttingen |
| 1973–1980 | Chirurgische Weiterbildung an der Medizinischen Hochschule Hannover |
| 1981 | Habilitation |
| 1988–1996 | Leitender Oberarzt der Klinik für Abdominal- und Transplantationschirurgie der
MH Hannover (Professor Dr. R. Pichlmayr) |
| 1996–2012 | Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des Städtischen
Klinikums Solingen |
| 2011 | Doctor honoris causa der Jagiellonien Universität Krakau |
| Seit 2012 | Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie |



Termin: Freitag, 3. Mai 2013, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Saal 22b des ICM München

Thementag: Patientensicherheit, Leitlinien und personalisierte Chirurgie

Vorläufige Themen und Referenten:

Fehlermanagement, Risikobewertung oder der Kampf gegen Keime:

Patientensicherheit vom Jungmediziner bis zum Klinikchef aktiv leben

Professor Dr. med. Dr. h.c. Karl-Walter Jauch

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

Patientenrechtegesetz: Welche Auswirkungen hat es in der Chirurgie?

Professor Dr. med. Claus-Dieter Heidecke

Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Qualität und Sicherheit (CAQS) der DGCH, Direktor die Abteilung für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie an der Klinik und Poliklinik für Chirurgie der Universität Greifswald

„Freehand“ oder navigationsgestützt:

Bei welchen Eingriffen an der Wirbelsäule lohnt sich eine navigierte OP?

Professor Dr. med. Gabriele Schackert

Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC), Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden

Sichere Brustimplantate?

Was sich dringend bei der Zulassung und Risikobewertung von Medizinprodukten ändern muss

Professor Dr. med. Peter M. Vogt

Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC), 3. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Direktor der Klinik und Poliklinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover

Schwerverletztenversorgung auf höchstem Niveau:

Das TraumaregisterDGU® wird „zwanzig“

Professor Dr. med. Reinhard Hoffmann

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU); Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Frankfurt am Main

Wiederherstellung von Herzklappen

Neueste Daten zu Risiken und Qualität der OP-Verfahren

Professor Dr. med. Armin Welz

1. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG), Direktor der Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, Rheinische-Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Sowie: Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer, Generalsekretär der DGCH

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.chirurgie2013.de, www.dgch.de

Pressekontakt in München:

Pressebüro Raum 22a, ICM München
Tel.: 089 94979-409
Fax: 089 94979-854



Bestellformular Fotos

Pressekonferenz anlässlich des 130. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Donnerstag, 2. Mai 2013, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Saal 22b des ICM München

Thementag: Zukunftssicherung durch Innovation

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

- Professor Dr. med. Heinz-Johannes Buhr
- Professor Dr. med. Eike Sebastian Debus
- Professor Dr. med. Axel Haverich
- Professor Dr. med. Bernward Passlick
- Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer

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.chirurgie2013.de, www.dgch.de

Pressekontakt in München:

Pressebüro Raum 22a, ICM München
Tel.: 089 94979-409
Fax: 089 94979-854