



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

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

Ort: Saal 22b des ICM München

Thementag: Patientensicherheit, Leitlinien und personalisierte Chirurgie

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-Maximilians-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

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

„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

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

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



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
130. Kongress
30. April - 3. Mai 2013 • ICM München



CHIRURGIE MIT
LEIDENSCHAFT
& AUGENMAß

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

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

Ort: Saal 22b des ICM München

Thementag: Patientensicherheit, Leitlinien und personalisierte Chirurgie

Inhalt:

Pressemeldungen: **Chirurgen müssen mehr kommunizieren
Neues Patientenrechtegesetz stärkt Arzt-Patienten-Gespräch**

Redemanuskripte: Professor Dr. med. Claus-Dieter Heidecke

 Professor Dr. med. Reinhard Hoffmann

 Professor Dr. med. Gabriele Schackert

 Professor Dr. med. Peter M. Vogt

 Professor Dr. med. Armin Welz

Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Curriculum Vitae der Referenten

Bestellformular für Fotos

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

Chirurgen müssen mehr kommunizieren

Neues Patientenrechtegesetz stärkt Arzt-Patienten-Gespräch

München, 3. Mai 2013 – Vor jeder Operation oder Therapie müssen Ärzte ihre Patienten über den Eingriff informieren, dessen Risiken aufzeigen und erläutern, welche Alternativen es gibt. Nach dem neuen Patientenrechtegesetz müssen auch Chirurgen intensiver als bisher aufklären und informieren, stellt die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) fest. Die Vertretung aller chirurgischen Fächer begrüßt diese Aufwertung des Arzt-Patienten-Gesprächs – auch vor dem Hintergrund aktueller Diskussionen um unnötige Operationen. Denn der Patientenwille müsse in der ärztlichen Entscheidung im Mittelpunkt stehen. Doch das ausführliche Gespräch erfordert Zeit. Ein DGCH-Experte kritisiert, dass hierfür im System der Fallpauschalen die entsprechenden Ressourcen bislang fehlen.

Seit dem 26. Februar 2013 gilt das neue Patientenrechtegesetz. Es legt unter anderem die Informations- und Aufklärungspflichten des Arztes explizit fest. Ärzte müssen ihre Patienten vor der Therapie verständlich, umfassend und rechtzeitig aufklären. Dazu gehört auch, über alternative Therapien zu informieren, etwa über medikamentöse oder physiotherapeutische Verfahren, die alternativ zur Operation in Frage kommen. „Die ‚sprechende Medizin‘ erhält damit einen höheren Stellenwert und wird richtungsweisend im Patientenrechtegesetz verankert“, betont Professor Dr. med. Claus-Dieter Heidecke von der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Qualität und Sicherheit (CAQS) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH).

Zudem müssen der Krankheitsverlauf und der ärztliche Entscheidungsprozess für den Patienten transparent dokumentiert werden. Information, Aufklärung und Dokumentation sind laut DGCH zentrale Komponenten einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung. „Eine maßgebliche Änderung ist, dass die Kommunikation mit dem Patienten und der individuelle Patientenwille stärker als bisher bei der ärztlichen Entscheidung im Mittelpunkt stehen müssen“, erläutert Heidecke die erhofften Auswirkungen des Gesetzes auf den medizinischen Alltag. „Nach den Diskussionen um falsche Anreize zur Mengenausweitung und unnötige Indikationsstellung ist das Arzt-Patienten-Gespräch ein unerlässlicher Schritt, um das Vertrauen des Patienten zu gewinnen“, ergänzt Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-





Präsident 2012/2013

Prof. Dr. Karl-Walter Jauch

Joachim Meyer, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin.

Nur so könne der Arzt auch die individuellen Bedürfnisse und Wünsche des Patienten respektieren.

Allerdings sei bislang nicht geklärt, wie Ärzte den zusätzlichen Aufwand für ausführlichere Patientengespräche in der Klinik bewerkstelligen können. „Gerade in den chirurgischen Fächern muss hierfür mehr Zeit zur Verfügung stehen“, bemerkt Heidecke. Sonst ginge dies zwangsläufig zu Lasten der chirurgischen Kerntätigkeit, des Operierens. „Hier benötigen wir zusätzliche Ressourcen“, fordert Heidecke, der als Direktor die Abteilung für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie an der Klinik und Poliklinik für Chirurgie der Universität Greifswald leitet.

Über die Umsetzung des Patientenrechtegesetzes im medizinischen Alltag und darüber, ob die gesetzlichen Regelungen die Rechte des Patienten ausreichend stärken, diskutieren Experten im Rahmen der heutigen Pressekonferenz auf dem Chirurgenkongress.



DGNC
Deutsche Gesellschaft
für Neurochirurgie



Patientenrechtegesetz und Qualitätsmanagement: Auswirkung auf die Chirurgie mit Fokus auf Patientenpartizipation und -sicherheit

Professor Dr. med. Claus-Dieter Heidecke, Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Qualität und Sicherheit (CAQS) der DGCH, Direktor der Abteilung für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie an der Klinik und Poliklinik für Chirurgie der Universität Greifswald

Das Patientenrechtegesetz stärkt – zivilrechtlich – die Rechte von Patienten. Bereits vor dieser Gesetzesänderung waren Ärzte nach ihrer Berufsordnung verpflichtet, ausschließlich im Sinne und zum Wohle ihrer Patienten zu handeln. So gesehen ist das Patientenrechtegesetz in erster Linie eine Weiterentwicklung dieser Maxime. Mit einer zusammengefassten Kodifizierung im Bürgerlichen Gesetzbuch schafft es Transparenz über bestehende Gesetze auf dem Gebiet des Behandlungs- und Arzthaftungsrechts und eine systematische Einbeziehung der durch Richterrecht entwickelten rechtlichen Standards.

Neu ist, dass es neben dieser verbesserten Transparenz den individuellen Patientenwillen stärker als bisher in den Mittelpunkt ärztlicher Entscheidungsprozesse rückt. Dabei ändern sich für die Ärzte und die Chirurgen im Besonderen zwei Bereiche: die formalen Patienteninformations- und Aufklärungsmodalitäten sowie die Dokumentation. Beides sind zentrale Komponenten einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung. Neben einer guten und nachvollziehbaren Dokumentation des Krankheitsverlaufs und ärztlicher Entscheidungsprozesse sind insbesondere die Betonung einer individuellen und respektvollen Kommunikation sowie die stärkere Einbeziehung des Patienten in den Entscheidungsprozess entscheidende Veränderungen. Dies betrifft vor allem die Patienteninformation und -aufklärung über alternative Therapiemöglichkeiten, wo nichtoperative, interventionelle und operative Behandlungsangebote gleichwertig durch verschiedene Leistungserbringer vorgehalten werden. Hier haben chirurgische Fächer mitunter Nachholbedarf. Die „sprechende Medizin“ erhält hier einen höheren Stellenwert. Dies wird nun richtungsweisend im neuen Patientenrechtegesetz verankert.

Aufgrund der stattgehabten Arbeitsverdichtung im ärztlichen Alltag werden die Gesetzesänderungen (zwangsläufig) dazu führen, dass gerade in den chirurgischen Fächern mehr Zeit für diese Art der Kommunikation zur Verfügung stehen muss. Dies kann (wird) bedeuten, dass die dafür erforderlichen Zeitkontingente im Zweifelsfall zu Lasten der chirurgischen Kerntätigkeit, nämlich des Operierens, gehen werden. Für das Arzt-Patienten-Verhältnis stellt dies eine gute Entwicklung dar. Es ist aber zurzeit nicht klar, wer für diese erweiterten Kommunikations- und Aufklärungszeitkontingente aufkommen soll. Hier muss die Politik nun auch weitere Ressourcen zur Verfügung stellen.

Die Dokumentation von Behandlungsabläufen war und ist ein Prinzip der Qualitätssicherung. Der Gesetzgeber hat über die Qualitätssicherung hinaus weitere Instrumente des Qualitätsmanagements

vorgesehen Er verlangt von Gesundheitseinrichtungen die Einführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements und legt insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme fest. Dabei wird der Gemeinsame Bundesausschuss ermächtigt, einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme zu bestimmen, die in besonderem Maße geeignet erscheinen, Risiken und Fehlerquellen in der stationären Versorgung zu erkennen, auszuwerten und zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse beizutragen.

Damit hat der Gesetzgeber sich erstmals mit dem Thema „Unerwünschte Ereignisse“ als Folge menschlicher Fehlleistungen auseinandergesetzt. Untersuchungen zeigen, dass ungefähr 70 Prozent aller Zwischenfälle ihre Ursachen nicht in mangelndem medizinischem Fachwissen, sondern im Bereich der sogenannten Human Factors (HF) haben. Unter Human Factors wird eine Vielzahl von Faktoren zusammengefasst, die menschliches Verhalten und Leistungsfähigkeit in komplexen Situationen beeinflussen (sogenannte „Non-Technical Skills“). Der Gesetzgeber hat damit das Tor zur Diskussion der Verantwortlichkeit bei oftmals unvermeidbaren (und somit unverschuldeten) unerwünschten Ereignissen aufgestoßen. Diese Diskussion sollte unbedingt weitergeführt werden, da das Arzt-Patienten-Verhältnis unter der Trennung von unverschuldeten und verschuldeten Komplikationen („unerwünschten Ereignissen“) massiv leidet.

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

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

Traumaregister und Traumanetzwerk der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie: zwei
Seiten derselben Medaille

Das TraumaRegisterDGU® wurde im Jahr 1993 mit dem Ziel gegründet, die Sicherheit und die Qualität der Schwerverletztenversorgung zu verbessern. Es unterstützt die Qualitätssicherung in den Kliniken und den wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn im Feld der Versorgungsforschung und ist das weltweit umfangreichste Traumaregister.

Seit Bestehen des Registers wurden über 100 000 Patientenfälle im Register dokumentiert. Die jährlich dokumentierte Zahl stieg zuletzt ähnlich sprunghaft an wie die Zahl der teilnehmenden Kliniken. 2011 wurden über 24 000 Fälle registriert. Nach Einbindung aller an der Traumaversorgung in Deutschland teilnehmenden Kliniken in das TraumaNetzwerk DGU® im Jahr 2013 wird eine repräsentative Darstellung der Schwerverletztenversorgung in Deutschland mit dann circa 30 000 Fällen pro Jahr möglich sein. Das TraumaRegister DGU® ist das weltweit umfangreichste Register für Schwerverletzte. Es kombiniert eng gefasste Einschlusskriterien (Fokussierung auf Schwerverletzte) mit einer flächendeckenden Erhebungsdichte (große Fallzahl). Zur Anpassung an den medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritt werden regelmäßige Datensatz-Revisionen durchgeführt. Eine hohe Datenqualität wird bei der Eingabe der Daten über automatisierte Vollständigkeitschecks und eine hohe Zahl von Plausibilitätskontrollen auf medizinischer Grundlage gewährleistet. Darüber hinaus werden randomisierte, stichprobenartige Überprüfungen in den Kliniken zum Abgleich der Originaldaten mit den Registerdaten durchgeführt.

Jede teilnehmende Klinik kann zu jeder Zeit einen aktuellen Kurzbericht über den Stand ihrer eigenen Daten per Mausklick selbst generieren. Darüber hinaus erhält jede Klinik einen individuellen Jahresbericht, in dem über 2000 Angaben ausgewertet und zum Teil grafisch präsentiert werden. Darunter befinden sich mehr als 500 Angaben, die individuell für jede einzelne Klinik ausgewertet und im Sinne eines Benchmarkings verschiedenen Referenzwerten gegenübergestellt werden.

Am TraumaNetzwerkDGU® sind derzeit 901 Kliniken angemeldet. Davon wurden 605 erfolgreich auditiert und 97 bereits re-auditert (Stand 12.2.2013). Ziele sind der Erhalt und die Verbesserung der flächendeckenden Versorgung von Schwerverletzten durch verbesserte Kommunikation, abgestimmte Versorgungsstandards und qualitätsgestützte Kooperationen von Traumazentren unterschiedlicher

Versorgungsstufen. Aktive Qualitätssicherung und Teilnahme der Kliniken am TraumaRegisterDGU® ist wesentlicher Bestandteil des TraumaNetzwerkDGU®.

TraumaRegisterDGU® und TraumaNetzwerkDGU® ergänzen sich damit und tragen ganz wesentlich zu dem international anerkannten und beispielgebenden Versorgungsstandard der Schwerverletzten in Deutschland bei. So konnte im Zeitraum von 2000 bis 2012 die dokumentierte Rate an verstorbenen Schwerverletzten in den Kliniken von 17,5 Prozent auf 10,2 Prozent (Prognose 12,1 Prozent) gesenkt werden. In den 90er-Jahren lagen diese Werte noch bei etwa 22 Prozent. Das heißt, neun von zehn Schwerverletzten, die die Kliniken erreichen, überleben heute. Diese Entwicklung ist sicher auch ein Erfolg der Verbesserung der beschriebenen Prozess- und Dokumentationsqualität – sehr zur Freude der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie als „Motor“ dieser Entwicklungen.

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

Intraoperative Navigation bei spinalen Eingriffen

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

Navigationsgestützte Operationsverfahren wurden klinisch erstmals im Bereich der spinalen und der kranialen Chirurgie eingesetzt. Unabhängig vom Navigationsmodus (Computertomografie [CT] oder C-Bogen/Röntgenarm) basieren alle Navigationseinheiten auf sogenannten Workstations, welche die zur Operation heranzuziehenden Bilder in einem Echtzeit-Modus in 2-D- oder 3-D-Qualität darstellen können. Die CT-basierte Navigation beruht auf einem Datensatz, den man entweder präoperativ (vor der Operation) oder intraoperativ (während der Operation, zum Beispiel O-Arm) generiert, in den Rechner transferiert und für die Planung aufbereitet. Im Falle präoperativ generierter Datensätze kann man eine entsprechende Planung des Eingriffes vornehmen, was in anatomisch schwierigen Regionen wie Übergang Kopf-Hals-Bereich, Halswirbelsäule oder obere Brustwirbelsäule von Nutzen ist.

Durch die spinale Navigation erhöht sich die Patientensicherheit, Fehllagen von Wirbelsäulenimplantaten können auf ein Minimum reduziert und die Größe des operativen Zuganges verkleinert werden. Das gilt insbesondere für komplexe Verletzungen der Wirbelsäule und schwierige anatomische Verhältnisse (Skoliose, Morbus Bechterew, andere Deformitäten). Studien zeigen, dass Instrumentierungen der Wirbelsäule in über 98 Prozent korrekt erfolgen. Des Weiteren besteht der Vorteil der Bildkontrolle direkt im Operationssaal. Kostenaufwendige und für den Patienten schmerzhafte Revisionsoperationen können vermieden werden.

Die Operationsdauer kann insgesamt verkürzt, der Blutvolumenumsatz reduziert und die Strahlenbelastung, insbesondere für das Personal, verringert werden.

Der universelle Einsatz der computerassistierten Chirurgie im Bereich der Wirbelsäule hat durch die Einführung der navigierten, dreidimensionalen intraoperativen C-Arm- oder O-Arm-basierten Navigation einen so deutlichen Fortschritt erfahren, dass diese Technologie heute bereits im Akuttraumabereich eingesetzt werden kann.

Nachteilig sind die Mehrkosten, da neben den hohen Anschaffungskosten auch der Wartungsvertrag zu finanzieren ist.

Innerhalb der Wirbelsäulen Chirurgie besteht jedoch ein Dissens, ob die aufwendige Navigation zwingend erforderlich ist. So vertrauen zum Beispiel erfahrene Skoliosechirurgen, die insbesondere Kinder und Jugendliche bei ausgeprägten Deformitäten operativ versorgen (sogenannte „Freehander“), auf ihre Kenntnisse der anatomischen Landmarken, die es ihnen erlauben, die zur Stabilisation und Aufrichtung notwendigen Schrauben in hoher Perfektion zu setzen.

Experten aus Neurochirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie werden in einer interdisziplinären Sitzung zu den Fragen der Vorteile und Grenzen sowie der Indikationen, basierend auf ihren Erfahrungen, Stellung nehmen. Wir erwarten eine angeregte Diskussion.

Literatur:

Silbermann J, Riese F, Allam Y, Reichert T, Koeppert H, Gutberlet M. Computer tomography assessment of pedicle screw placement in **lumbar** and sacral **spine**: comparison between free-hand and O-arm based **navigation** techniques. Eur Spine J. 2011 Jun;20(6):875-81. doi: 10.1007/s00586-010-1683-4. Epub 2011, Jan 21.

Arand M, Teller S, Gebhard F, Schultheiss M, Keppler P. Clinical accuracy of fluoroscopic **navigation** at the thoracic and **lumbar spine**. Zentralbl Chir. 2008 Dec;133(6):597-601. doi: 10.1055/s-0028-1098695. Epub 2008, Dec 17. German.

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

Medizinprodukte & Patientensicherheit:

Weitreichende Transparenz für Anwender und Patienten gefordert!

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

Mit dem Skandal um fehlerhafte Brustimplantate der Firma PIP wurde die Frage nach der Sicherheit von Medizinprodukten erstmals breit diskutiert. Als plastischer und ästhetischer Chirurg sind für mich die Zulassung, Fachpublikationen, Kongressbeiträge, der Austausch mit Kollegen und eigene Erfahrungen mit einem Produkt maßgebliche Parameter, die meine Entscheidung in der täglichen Praxis zur Verwendung eines spezifischen Medizinproduktes beeinflussen. Das ist nicht ausreichend.

Transparenz gefordert

Wünschenswert sind daher neben den bereits vielfach von der DGPRÄC und anderen Akteuren gestellten Forderungen nach einem unabhängigen Zentralregister, staatlicher Zulassung, verpflichtenden klinischen Studien, Nutzenanalyse, unangekündigten Kontrollen der Hersteller sowie besonderer Kennzeichnung bei Markteinführung und Langzeitstudien vor allem eine deutlich erhöhte Transparenz. Es besteht ein großer Informationsbedarf für Produktdetails, wobei vorrangig Angaben zur Haltbarkeit und zu Komplikationen sind. Entsprechend der aktuellen Rechtslage erfahren Ärzte und auch Verbände zumeist erst von Problemen, wenn entweder der Hersteller oder das zuständige Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vor Komplikationen mit einem Produkt warnt. Es würde sehr helfen, wenn Meldungen an das BfArM, egal ob von Anwendern oder Herstellern, transparent würden. So ließe sich die Sensibilität der Anwender frühzeitig erhöhen. Ärzte könnten vor der Anwendung eines Produktes prüfen, ob es bereits Meldungen gibt, und ihre Patienten auch entsprechend aufklären. Als Verband könnte die DGPRÄC bedenkliche Entwicklungen frühzeitig erkennen, kommunizieren und damit sicher auch das viel gescholtene Meldeverhalten der Ärzte optimieren.

Beispiel USA

Vorbild im Bereich der Transparenz und gesteuerten Marktzulassung sind aus Professor Vogts Sicht die Vereinigten Staaten. Hier sind zum Beispiel Langzeitbeobachtungen, die die Hersteller zur Wiedertzulassung von Silikonimplantaten in den USA durchführen mussten, online abrufbar und geben auch für Anwender in Deutschland weitreichende Informationen zu Komplikationsraten und Lebensdauer der Implantate. So veröffentlicht die „US Food and Drug Administration“ (FDA), dass 20 Prozent der Implantate innerhalb von zehn Jahren ausgetauscht werden müssen und dass jedes zweite Implantat bei der onkologischen Rekonstruktion mittelfristig versagt. Derartige Unterlagen sind für den deutschen Markt leider nicht verfügbar, da für die Zulassung deutlich geringere Anforderungen gestellt werden. Exemplarisch möchte ich auf die unlängst für die USA erfolgte Zulassung von „Natrella“-Implantaten verweisen. Die hier geforderten Beobachtungen, die an eine

Markteinführung geknüpft sind, erhöhen die Kenntnis der Anwender und damit auch die Patientensicherheit aus meiner Sicht erheblich

Folgendes musste der Hersteller für eine FDA-Zulassung in den USA vorlegen:

- Fünf-Jahres-Nachbeobachtung von 3 500 Patientinnen („Natrella 410“-Implantate)
- Zehn-Jahres-Nachbeobachtung von 2 000 Patientinnen („Natrella 410“-Implantate) mit Langzeitkomplikationen (zum Beispiel Kapselkontraktur, Re- Operation, Entfernung, Ruptur) oder Angabe seltener Ereignisse (wie rheumatoide Arthritis, Mamma- und Lungenkarzinom) und reproduktive Komplikationen
- fünf Fallkontrollstudien zur Evaluation möglicher Zusammenhänge von „Natrella 410“ und anderer Silikonimplantate mit fünf seltenen Erkrankungen wie Bindegewebserkrankungen, neurologischen Erkrankungen, Malignomen von Hirn, Zervix/Vulva und Lymphomen
- Reflexion der Frauen auf die Patientenkenzeichnung
- Analyse von entfernten „Natrella 410“-Implantaten, die an den Hersteller zurückgehen

Eine derart umfassende Versorgungsforschung im Rahmen der Zulassung zu Lasten der Hersteller ist in Europa aktuell leider undenkbar und nicht vorgesehen. Mit der Installierung eines verpflichtenden unabhängigen Zentralregisters, dessen Eintragungen einsehbar sind und etwa vom BfArM in Kooperation mit den Fachgesellschaften jährlich ausgewertet werden, könnte zumindest eine Annäherung an diesen Standard erreicht werden. Diese Forderung wurde in der unlängst zur Diskussion vorgelegten Medizinprodukteabgabenverordnung leider nicht berücksichtigt. Sicherheit soll hier vor allem durch die Herausgabe von Implantat-Pässen und die längere Speicherung der Daten beim Arzt erreicht werden. Dies ist aus meiner Sicht zutiefst bedauerlich. Unregelmäßigkeiten wie im Fall PIP wären über ein Zentralregister sicher schneller aufgefallen und die Patienten hätten einfacher und umfassender zurückverfolgt werden können.

Sanktion statt Kommunikation

Anstelle verstärkter Kommunikation wurde im Zuge der Novellierung der Medizinprodukteabgabenverordnung nunmehr eine Sanktionierung der Ärzte vorgeschlagen, wenn diese nicht melden. Wir haben in einer Stellungnahme der DGPRÄC auch hier deutlich gemacht, dass dies der zweite Schritt vor dem ersten ist. Denn zunächst sollte der Informationsfluss optimiert werden. Es kann nicht sein, dass sämtliche Daten zu Medizinprodukten bei Herstellern, Benannten Stellen und BfArM lagern und für die Anwender nicht einsehbar sind. Ich fühle mich als Arzt, der die Produkte bei Patienten einsetzt und auf absolut sichere Medizinprodukte angewiesen ist, dadurch erheblich in meiner Beratungskompetenz eingeschränkt und kann mich derzeit weitgehend nur auf die Veröffentlichungen der US-Zulassungsbehörden stützen.

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

Wiederherstellende Operationen an Herzklappen

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

Wiederherstellende Operationen sind im Erwachsenenalter am häufigsten bei undichter Mitralklappe, der Segelklappe zwischen linker Vor- und Hauptkammer, erforderlich und möglich.

Gerade Undichtigkeiten der Mitralklappe bedingen eine in der Regel rasch auftretende Symptomatik im Sinne von Leistungsminderung und Atemnot bei leichter Belastung beziehungsweise im Endstadium auch in Ruhe. Das Leiden wirkt sich letztlich auch auf die Lunge und das rechte Herz aus. Die Erkrankung bedingt neben dem Leidensdruck eine gravierende Einschränkung der Lebenserwartung.

In der Bundesrepublik Deutschland wurden im Jahr 2012 nach der von der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) seit Jahren erhobenen Statistik mit Teilnahme aller herzchirurgischen Zentren circa 5500 Operationen an der Mitralklappe vorgenommen. Davon konnte erfreulicherweise in mehr als 3600 Fällen eine Wiederherstellung der eigenen Klappe erfolgen. Die Krankenhausmortalität war trotz des schweren Leidens hier mit 1,6 Prozent im internationalen Vergleich sehr niedrig. 60 Prozent dieser Operationen wurden zudem über verkleinerte Zugänge durchgeführt.

Nach internationalen Statistiken mit langen Verlaufsbeobachtungen nähert sich die Lebenserwartung der Kranken nach erfolgreicher Rekonstruktion im Frühstadium des Leidens wieder der alterskorrigierter Vergleichskollektive.

Somit stellt die operative Rekonstruktion der Mitralklappe das Therapieverfahren erster Wahl in der Behandlung der Mitralklappeninsuffizienz (Undichtigkeit der Mitralklappe) dar. Der Eingriff sollte vor Auftreten schwerer Symptome wie Atemnot bei leichter körperlicher Belastung oder gar in Ruhe erfolgen.

Unten als Beispiel ein intraoperativer Situs mit funktionstüchtiger Mitralklappe nach komplexer Korrektur der patienteneigenen Herzklappe. Gezeigt ist die Dichtigkeitsprüfung vor Beendigung des Eingriffs.

*Pressekonferenz anlässlich des 130. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Freitag, 3. Mai 2013, 11.30 bis 12.30 Uhr, ICM München*



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



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 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. 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. Dr. h. c. Karl-Walter Jauch
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Direktor der
Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Klinikum Großhadern der Ludwig
Maximilians Universität, München

*1952



Beruflicher Werdegang:

1971–1978	Studium der Humanmedizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
27.4.1978	Approbation
10.5.1978	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
15.7.1987	Anerkennung als Arzt für Gefäßchirurgie
30.12.1995	Anerkennung als Arzt für Viszeralchirurgie
30.4.1997	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)
15.6.1988	Habilitation „Die postoperative Insulinresistenz und ihre Beeinflussung durch das Kallikrein-Kinin-System“, LMU München
25.7.1988	Ernennung zum Privatdozenten für Chirurgie
10.2.1995	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 1.10.2002	Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians- Universität München – Campus Großhadern
Seit 1.1.2008	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
- 2013 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) 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. Claus-Dieter Heidecke
Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Qualität und Sicherheit (CAQS) der DGCH, Direktor der Abteilung für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie an der Klinik und Poliklinik für Chirurgie der Universität Greifswald

* 1954



Beruflicher Werdegang:

Studium der Humanmedizin in Regensburg und München (TU). Forschungsaufenthalt Harvard Medical School 1981–1983 als Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG). Assistenz- und später Oberarzt an der Chirurgischen Klinik des Klinikums rechts der Isar der TU München bei Professor Siewert. Facharzt für Chirurgie, Viszeralchirurgie und Thoraxchirurgie. Seit 2001 Inhaber des Lehrstuhls für Allgemeine und Viszeralchirurgie und Geschäftsführender Direktor der Chirurgischen Klinik der Universitätsmedizin Greifswald; 2002–2012 Studiendekan der Medizinischen Fakultät, seit 2012 stellvertretender Ärztlicher Direktor. 2009–2011 MBA-Studiengang Gesundheitsmanagement an der Hochschule Osnabrück. Seit 2009 Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Qualität und Sicherheit in der Chirurgie (CAQS) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Curriculum Vitae

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

* 1957



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|----------------|--|
| 1976–1983 | Studium der Humanmedizin an der Ruhr-Universität Bochum und an der Heinrich Heine Universität Düsseldorf |
| 25.8.1978 | Physikum |
| 30.8.1979 | 1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung |
| 19.3.1982 | 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung |
| 4/1983 | 3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
Praktisches Jahr am Klinikum Krefeld |
| 9.5.1983 | Approbation |
| 25.5.1983 | Erlangung des Doktorgrades für das Fach Humanmedizin
Dissertation: Insulinverluste an Infusionsmaterial.
Medizinische Klinik E, Heinrich Heine Universität Düsseldorf
(Professor Dr. M. Berger) |
| 1984–1992 | Assistenzarzt an der Medizinischen Hochschule Hannover, Zentrum für Chirurgie |
| 1992–1999 | Oberarzt und leitender Oberarzt an der Medizinischen Fakultät Charité der Humboldt-Universität zu Berlin, Campus Virchow Klinikum, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Direktor: Professor Dr. med. N. P. Haas |
| 19.5.1994 | Habilitation: Dreidimensionale Messung von Frakturspaltbewegungen mit einem computergesteuerten Magnetfeldwegaufnehmer. Ein neues bio-mechanisches Messverfahren. Erteilung der Venia legendi für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie durch die Freie Universität Berlin |
| 5/1999–12/2009 | Chefarzt Klinikum Offenbach, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
Zentrum für Schwerbrandverletzte (bis 2003) |
| 2001–2009 | Stellvertretender Ärztlicher Direktor, Klinikum Offenbach |
| 7.3.2000 | Erteilung der außerplanmäßigen Professur der Medizinischen Fakultät Charité der Humboldt-Universität zu Berlin |

1.7.2004	Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Frankfurt am Main und Chefarzt der Unfallchirurgie
1.2.2008	Ärztlicher Geschäftsführer der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Frankfurt am Main und Chefarzt der Unfallchirurgie
18.8.2010	2. Vorsitzender, Verband Leitender Orthopäden und Unfallchirurgen Hessen e. V. (VLOU)
2013	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU); Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)

Mitgliedschaften und Positionen:

- Mitherausgeber „Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie“
- Mitherausgeber der „Zeitschrift Orthopädie und Unfallchirurgie up2date“
- Mitherausgeber Zeitschrift „Trauma und Berufskrankheit“
- Beirat Zeitschrift „Der Unfallchirurg“
- Vorsitzender des Berufsständischen Ausschusses Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
- Vorsitzender des Ausschusses für Versorgungs- und Fachspezifische Fragen Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Gewählter Präsident Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie 2013
- Mitglied der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Gabriele Schackert

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

* 1953



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|--------------|--|
| 1971–1977 | Studium der Humanmedizin an der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg |
| 1977 | Staatsexamen und Approbation als Arzt |
| 1977 | Promotion mit dem Thema: Das vaskuläre Neurom Feyrter-Reubi (Professor Dr. W. Doerr, Direktor des Pathologischen Institutes der Universität Heidelberg) |
| 1978–1984 | Facharztausbildung für Neurochirurgie: Universität Erlangen/Nürnberg (Professor Dr. W. Schiefer) und Universität Heidelberg (Professor Dr. St. Kunze) |
| 1984 | Facharztprüfung in Freiburg |
| 1984–1986 | Oberärztin der Klinik für Neurochirurgie Universität Heidelberg |
| 1986–1988 | Forschungsstipendium der Dr. Mildred Scheel-Stiftung für Krebsforschung am Department of Cell Biology, M.D. Anderson Hospital and Cancer Center, Houston/Texas, USA. Direktor: Professor Dr. I.J. Fidler |
| 1988–1993 | Oberärztin der Klinik für Neurochirurgie der Universität Heidelberg |
| 1990 | Habilitation im Fach Neurochirurgie, Thema: Entwicklung eines hämatogenen Hirnmetastasenmodells in der Maus. Untersuchungen zur Biologie und Therapie zerebraler Metastasen im Tierexperiment. |
| 1991 | Venia legendi für das Fach Neurochirurgie |
| 1993 | Berufung auf die C4-Professur für Neurochirurgie der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden |
| Seit 10/1993 | Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden |
| 3/1999 | Berufung auf C4-Professur für Neurochirurgie an der Universität Hamburg/Eppendorf - Ruf nicht angenommen |
| 2001 | Verleihung des Verdienstordens des Freistaates Sachsen |
| 2010–2012 | 2. Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) |
| 2012–2014 | 1. Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) |

Mitgliedschaften:

- Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie
- Mitglied der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Neuroonkologie
- Mitglied der European Association of Neurological Oncology
- Mitglied der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Gentherapie
- Mitglied der Deutschen Akademie für Neurochirurgie
- E.S.B. - European Skull Base Society (Italien)
- Deutsche Gesellschaft für Schädelbasis-Chirurgie
- Mitglied des Stiftungsrates der Stiftung Neurochirurgische Forschung
- Fachgutachter für das Fachgebiet Neurochirurgie der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) von 2000–2003
- Deutsche Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Neurochirurgie von 2000–2002
- Mitglied der EORTC
- Stellvertretender Sprecher der Neuroonkologischen Arbeitsgemeinschaft in der Krebsgesellschaft
- Reemtsma Stiftung, Max Planck Gesellschaft von 2002–2010
- Karl-Heinz Beckurts Stiftung, Max Planck Gesellschaft von 2002–2009
- Korrespondierendes Mitglied der American Academy of Neurological Surgeons
- Mitglied des Stiftungsrates der Sibylle Assmus Stiftung
- Berufung in den Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer von 2004–2007
- Berufung in den Medizintechnischen Ausschuss im Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)
- Mitglied der Academia Eurasiana Neurochirurgica

Curriculum Vitae

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



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------|--|
| 1977–1983 | Medizinstudium, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt/Main |
| 1984 | Promotion, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt/Main |
| 1985–1991 | Weiterbildung im Gebiet Chirurgie, Chirurgische Universitätsklinik Lübeck (Professor Dr. F.W. Schildberg), Medizinische Hochschule Hannover: Klinik für Abdominal- und Transplantationschirurgie (Professor Dr. R. Pichlmayr), Unfallchirurgische Klinik (Professor Dr. H. Tscherne), Klinik für Herz-,Thorax- und Gefäßchirurgie (Professor Dr. H.G. Borst) |
| 1991–1994 | Weiterbildung im Gebiet Plastische Chirurgie, Universitätsklinik für Plastische Chirurgie, Handchirurgie und Schwerbrandverletzte, BG-Kliniken „Bergmannsheil“, Ruhr-Universität, Bochum (Direktor: Professor Dr. H.U. Steinau) |
| 1991–1993 | Weiterbildung im Gebiet Plastische Chirurgie, Division of Plastic Surgery, Brigham and Women’s Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA (Professor Dr. E. Eriksson) |
| 1994 | Habilitation für das Fach Chirurgie, Ruhr-Universität Bochum |
| 1994 | Teilgebietsanerkennung Plastische Chirurgie |
| 1995 | Anerkennung der Bezeichnung Handchirurgie |
| 1996 | Gebietsanerkennung Plastische Chirurgie |
| 1999 | Außerplanmäßige Professur für Plastische Chirurgie, Ruhr-Universität Bochum |
| 2000 | Anerkennung der fakultativen Weiterbildung Spezielle plastisch-chirurgische Intensivmedizin |
| 2000 | Berufung auf den C4-Lehrstuhl für Plastische-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Medizin, Hochschule Hannover |
| 9/2004 | Ruf auf die ordentliche Professur für Wiederherstellungschirurgie der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich, Ablehnung des Rufes |

2006 Neuaufbau der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie auf dem Campus der Medizinischen Hochschule Hannover mit Etablierung des Zentrums für Schwerbrandverletzte

Klinische Schwerpunkte:

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

Wissenschaftliche Arbeitsgebiete:

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

Forschungsförderungen:

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

Visiting Professor unter anderem

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

Wissenschaftliche Auszeichnungen:

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

Veröffentlichungen:

Mehr als 300 Publikationen und Vorträge

Gesellschaften:

1999–2004	Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin (DGV)
2000–2005	Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie (DGPW)
Seit 2005	Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)
2005–2007	Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin (DGV)
2005–2009	Executive Board Member European Burns Association (EBA)
2006–2008	Beirat Verbrennungsmedizin der VDPC, DGPRÄC
2007–2008	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin (DGV)
Seit 2009	Sekretär der European Burns Association (EBA)
Seit 2009	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung (DGfW)
Seit 2010	Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)
2014/2015	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Curriculum Vitae

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

* 1952



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------------|---|
| 1/1974–11/1979 | Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München |
| 19.11.1979 | Ärztliche Prüfung |
| 23.11.1979 | Approbation als Arzt |
| 31.1.1980 | Promotion |
| 12/1979–10/1983 | Wissenschaftlicher Assistent an der Herzchirurgischen Klinik der Universität München (Direktor: Professor Dr. Dr. med. W. Klinner) |
| 1/1982–12/1982 | Wissenschaftlicher Assistent an der Chirurgischen Klinik der Universität München (Professor Dr. med. G. Heberer) |
| 1/1983–6/1983 | Institut für Exp. Chirurgie der Universität München
(Direktor: Professor Dr. med. W. Brendel) |
| 11/1983–3/1986 | Chirurgische Abteilung des Städt Krankenhauses Friedrichshafen
(Chefärzte: Professor Dr. med. A. Zehle, Professor Dr. med. H. D. Seitz) |
| 4/1986–12/1988 | Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Herzchirurg. Klinik der Universität München (Direktor: Professor Dr. Dr. med. W. Klinner) |
| 10/1986 | Anerkennung als Chirurg |
| 11/1986 | Oberarzt an der Herzchirurgischen Klinik der Univ. München
(Direktor: Professor Dr. Dr. med. W. Klinner) |
| 1/1989–10/1993 | 1. Oberarzt und ständiger Vertreter des Sektionsleiters an der Sektion Herzchirurgie der Chirurgischen Kliniken der Universität Ulm
(Leiter: Professor Dr. med. A. Hannekum) |
| 7/1990 | Habilitation für das Fach Chirurgie vor der Medizin. Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München |
| 11/1990 | Venia legendi für das Fach Chirurgie an der Universität Ulm |
| 11/1990 | Anerkennung für das Teilgebiet Thorax- und Kardiovaskularchirurgie |
| 4/1993 | Leitender Oberarzt der Abteilung Herzchirurgie der Chirurgischen Kliniken der Universität Ulm (Ärztlicher Direktor: Professor Dr. med. A. Hannekum) |

- 10/1993 Kommissarischer Universitätsprofessor für Herzchirurgie an der
Herzchirurgischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München
(Direktor: Professor Dr. med. Bruno Reichart)
- 11/1993 Anerkennung für das Teilgebiet Gefäßchirurgie
- 10/1994 Berufung an die Universität München auf eine Universitätsprofessur (C3) für
Herzchirurgie
- 10/1998 Direktor der Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie der Rheinischen Friedrich-
Wilhelms-Universität zu Bonn

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



Bestellformular Fotos

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

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

Ort: Saal 22b des ICM München

Thementag: Patientensicherheit, Leitlinien und personalisierte Chirurgie

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

- Professor Dr. med. Dr. h. c. Karl-Walter Jauch
- Professor Dr. med. Claus-Dieter Heidecke
- Professor Dr. med. Reinhard Hoffmann
- Professor Dr. med. Gabriele Schackert
- Professor Dr. med. Peter M. Vogt
- Professor Dr. med. Armin Welz
- 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