



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

Termin: Mittwoch, 1. Mai 2013, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Saal 22b des ICM München

Thementag: Arbeitsplatz Chirurgie

Themen und Referenten:

Verleiten DRG`s und Bonuszahlungen zu unnötigen Operationen?

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

Wer wird uns in Zukunft operieren?

Wie Kliniken und Chirurgen sich auf die Generation Y einstellen müssen

Professor Dr. med. Hans-Peter Bruch

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC); Präsident der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände e.V. (GFB), ehem. Direktor der Klinik für Chirurgie der Universität zu Lübeck

Knochentransplantationen im Gesicht:

Wie Chirurgen mithilfe neuester Technik den Schädel exakt nachbilden

Professor Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld

Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG), Direktor der Klinik Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Ludwig-Maximilians-Universität München

Zwischen Ökonomie und Arztethos:

Wie können Ärzte unabhängig und im Sinne der Patienten entscheiden?

Professor Dr. med. Frank Ulrich Montgomery

Präsident der Bundesärztekammer (BÄK); Facharzt und Oberarzt für Radiologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Wie gut ist die Versorgung bei Darmkrebs und was bringt der Nationale Krebsplan?

Professor Dr. med. Stefan Post

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Direktor der Chirurgischen Klinik, Universitätsmedizin Mannheim

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



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: Mittwoch, 1. Mai 2013, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Saal 22b des ICM München

Thementag: Arbeitsplatz Chirurgie

Inhalt:

Pressemeldungen: **Qualität statt möglichst hohe Fallzahlen
Chirurgen für patientenorientierte Anreize in
Chefarztverträgen**

**Lernen von der Automobilindustrie
Neue Präzision bei Gesichtsoptionen**

Redemanuskripte der Referenten

Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Curriculum Vitae der Referenten

Übersicht Pressekonferenzen des 130. Chirurgenkongresses in Berlin

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)

Qualität statt möglichst hohe Fallzahlen

Chirurgen für patientenorientierte Anreize in Chefarztverträgen

Berlin, 5. Dezember 2012 – Nach einer aktuellen Untersuchung der Personalberatung Kienbaum ist die Zahl an Chefarztverträgen mit Bonuszahlungen seit 1995 auf heute 45 Prozent gestiegen. Die darin oftmals vereinbarten Boni für Ausweitungen von Menge und Art der Eingriffe, setzen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) zufolge falsche Anreize. Dadurch wachse der Druck auf den Arzt, entgegen seiner ärztlichen Pflicht im Sinne des Patienten zu behandeln. Würden finanzielle Anreize im Gehalt gesetzt, sollten diese sich nicht an Fallzahlen orientieren, so die chirurgische Fachgesellschaft. Stattdessen eignen sich als Kriterien beispielsweise Komplikationsraten, Qualität und auch die Zufriedenheit der Patienten. Ihre Position erläuterte die DGCH auf ihrer Jahrespressekonferenz am 5. Dezember 2012 in Berlin.

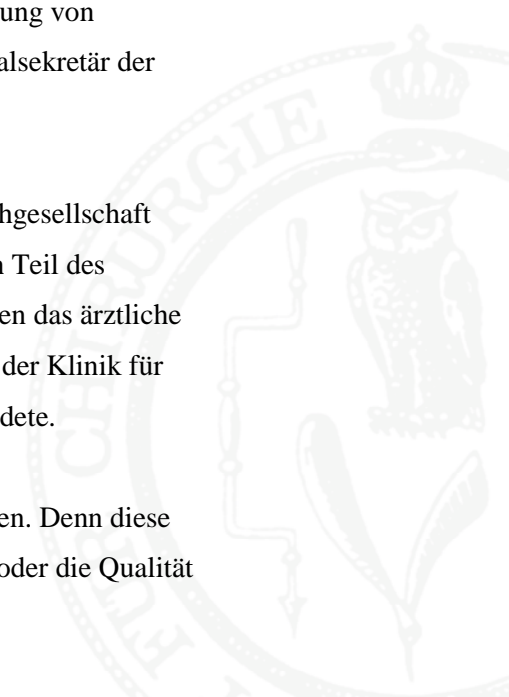
Nahezu die Hälfte aller neu abgeschlossenen Chefarztverträge umfassen laut Kienbaum mittlerweile variable Vergütungsvereinbarungen. Diese sind an Zielvereinbarungen zwischen Klinik und Arzt gebunden und Teil von dessen Gesamtvergütung bei abgesenktem Festgehalt. Wie der frühere Mustervertrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft empfahl und zuletzt der Göttinger Transplantationsskandal zu Tage förderte, werden darin auch finanzielle Vergütung bei Fallzahlsteigerung vereinbart. Die DGCH lehnt derartige quantifizierende Leistungssteigerungszahlen jedoch wiederholt ab: „Eine fallzahlorientierte Vergütung fördert eine großzügigere Indikationsstellung und eine Ausweitung von Eingriffen“, sagt Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer, Generalsekretär der DGCH.

Auch Vorgaben, Material- und Personalkosten zu verringern, sieht die Fachgesellschaft äußerst kritisch. „Wenn das variable Gehalt zusätzlich einen beträchtlichen Teil des Gesamtverdienstes ausmacht, ist der Druck auf den Arzt sehr hoch, entgegen das ärztliche Ethos zu handeln“, so Meyer, der in diesem Jahr seine Chefarztstätigkeit in der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Städtischen Klinikum Solingen beendete.

Zielvereinbarungen dürfen der DGCH zufolge keine falschen Anreize setzen. Denn diese könnten den Arzt dazu verleiten, entgegen dem Patientenwohl zu handeln oder die Qualität



Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie





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

der Versorgung zu schmälern. Grundsätzlich lehnt die Fachgesellschaft leistungsorientierte Boni jedoch nicht ab. „Belohnungen, die sich an der Qualität der Behandlung oder der Mitarbeiterführung orientieren, würden den Patienten in den Mittelpunkt stellen“, so Meyer. Als Beispiel nennt er Parameter wie hohe Patientenzufriedenheit, eine niedrige Rate an Komplikationen und Zweiteingriffen oder auch die Qualität der ärztlichen Weiterbildung und Mitarbeiterführung.

Die DGCH sieht ein Umdenken und eine Änderung in den Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen als Voraussetzung dafür, weiterhin eine primär krankheits- und patientenorientierte Medizin betreiben zu können und damit in allen medizinischen Bereichen glaubwürdig zu bleiben. Im Rahmen einer Pressekonferenz am 5. Dezember 2012 in Berlin diskutierten Experten der DGCH dieses Thema.

Literatur:

T. Nölling 2012: Zielvereinbarungen in Chefarztdienstverträgen,
in: Mitteilungen der DGCH, 2/2012, www.dgch.de





PRESSEMITTEILUNG

130. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Lernen von der Automobilindustrie

Neue Präzision bei Gesichtsoptionen

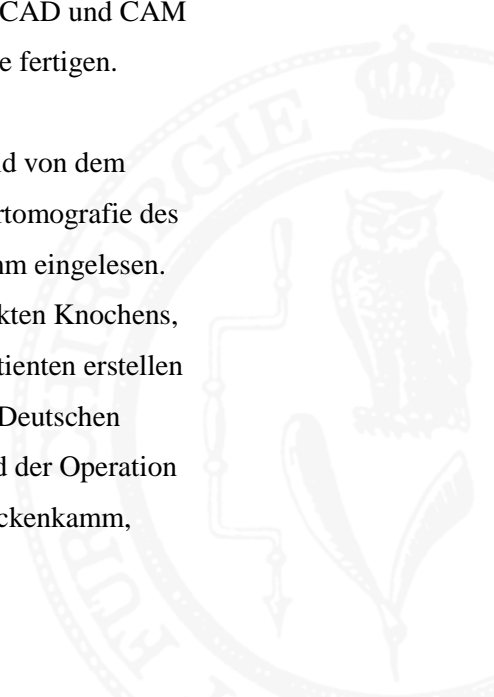
München, 1. Mai 2013 – Nach schweren Unfallverletzungen, Entzündungen oder Krebsoperationen im Gesicht müssen Chirurgen manchmal Teile von Unter- oder Oberkiefer ersetzen. Das Ergebnis sollte präzise sein. Denn jede Ungenauigkeit spürt und sieht der Patient. Für die komplexe Operation nutzen Gesichtschirurgen heute zunehmend Computertechnologie aus der Automobilindustrie. Sie ermöglicht es den Ärzten, Knochen aus anderen Körperregionen millimetergenau auszuschneiden und an das Gesicht anzupassen. Das verbessert das Operationsergebnis und verkürzt die Operationszeit. Wie Gesichtschirurgen die neue Technik im Operationssaal einsetzen, um das Gesicht des Patienten so originalgetreu wie möglich wiederherzustellen, erläutert ein Experte auf der heutigen Pressekonferenz in München im Rahmen des 130. Chirurgenkongresses.

„CAD steht für Computer-Aided Design oder zu Deutsch: rechnerunterstütztes Konstruieren“, erläutert Professor Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld, der an der Ludwig-Maximilians-Universität München die Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie leitet. Und CAM ist die Abkürzung für Computer-Assisted Manufacturing: rechnerunterstützte Fertigung. „Die Technik wird in der Industrie verwendet, um dreidimensionale Modelle zu zeichnen und daraus dann die entsprechenden Werkstücke herzustellen.“ Doch nicht nur Werkzeuge oder Autoteile lassen sich mittels CAD und CAM erstellen: Gesichtschirurgen können mit deren Hilfe auch Kiefertransplantate fertigen.

Die Arbeit der Chirurgen beginnt bereits vor der Operation: Um sich ein Bild von dem Ausmaß der Schäden zu machen, fertigen die Ärzte zunächst eine Computertomografie des erkrankten Kiefers an. Die Abmessungen werden dann in ein CAD-Programm eingelesen. „Auf dem Bildschirm erhalten wir ein dreidimensionales Modell des erkrankten Knochens, anhand dessen wir eine individuelle, maßstabsgetreue Schablone für den Patienten erstellen können“, sagt Ehrenfeld, Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG). Während der Operation nutzen die Chirurgen die Schablone, um ein geeignetes Transplantat aus Beckenkamm,



Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie





Wadenbein oder Schulterblatt auszuwählen. „Im Gegensatz zu früher entnehmen wir damit nur noch so viel Knochen, wie wir benötigen“, so der Experte.

Das Transplantat wird dann so modelliert, dass es exakt in die Lücke des Kiefers passt, die sich durch die Entfernung des erkrankten Knochens ergibt. Dabei ist es entscheidend, die Transplantate präzise an die spezielle Anatomie des Gesichtsskelettes anzupassen. „Jede Ungenauigkeit würde der Patient nachher beim Kauen oder Sprechen spüren“, erläutert Ehrenfeld. Auch die Metallplatten, mit denen das Knochentransplantat am Kiefer befestigt wird, können die Chirurgen anhand der Schablone bereits vor der Operation in die geeignete Form biegen.

Die Münchner Chirurgen haben die Erfahrung gemacht, dass die Vorplanung am Rechner die Operationszeiten deutlich verkürzt. „Dank der exakten dreidimensionalen Positionierung sind auch die Operationsergebnisse besser“, sagt Ehrenfeld. „Die Patienten haben weniger Probleme beim Kauen und die Veränderungen im Gesichtsbild sind geringer.“ Bislang wird das neue Verfahren in Deutschland erst an wenigen Kliniken angewandt. Ehrenfeld rechnet aber damit, dass es sich in den nächsten Jahren durchsetzen wird: „Die CAD/CAM-Verfahren werden wie in der Automobilindustrie schon bald zum Standard werden.“

Terminhinweise:

Vortragssitzung: Wiederherstellung Schädel/Gesicht

Termin: Mittwoch, 1. Mai 2013, 16.45 bis 18.15 Uhr

Ort: Saal 12, ICM München

Vortragssitzung: Ästhetische Gesichtschirurgie

Termin: Mittwoch, 1. Mai 2013, 10.15 bis 11.45 Uhr

Ort: Saal 12, ICM München

Vortragssitzung: Schädeltrauma

Termin: Mittwoch, 1. Mai 2013, 14.30 bis 16.00 Uhr

Ort: Saal 12, ICM München



DGNC
Deutsche Gesellschaft
für Neurochirurgie



Wer wird uns in Zukunft operieren?

Wie Kliniken und Chirurgen sich auf die Generation Y einstellen müssen

Professor Dr. med. Hans-Peter Bruch, Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC); Präsident der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände e. V. (GFB), ehem. Direktor der Klinik für Chirurgie der Universität zu Lübeck

Die Generation Y hält Einzug in unsere Kliniken. Die Elterngeneration hat den immerwährenden wirtschaftlichen Aufschwung gelebt und gelernt, wie wichtig eine gute Ausbildung ist. Alle Ressourcen der Kleinfamilien sind auf diese Generation konzentriert. Sie ist in großem Wohlstand aufgewachsen. Materielle Not ist ihr in der Regel fremd. Sie ist hervorragend ausgebildet. Vertrauen, Kommunikation und soziale Geborgenheit sind Voraussetzung für ihr Wohlbefinden. Die elektronischen Medien werden intuitiv beherrscht. Man weiß mit Nichtwissen umzugehen. Wissensmanagement und Fehlerkultur sind selbstverständlich. Viele verfügen über Auslandserfahrung und sprechen mehrere Sprachen. Die Generation Y ist selbstbewusst und begegnet Autoritäten auf Augenhöhe.

Wie die große Audi-Studie zeigt, sucht die neue Generation in einem spannenden, facettenreichen beruflichen Umfeld Herausforderungen, die lohnen. Karriere und Führungsverantwortung sind sekundär. Netzwerke und gemeinsam erarbeitete Lösungen sind wichtig. Wissen und Sachverstand lösen hierarchische Strukturen ab. Eigenverantwortliches Arbeiten und Gestalten und die Verwirklichung der eigenen Persönlichkeit haben Vorrang im beruflichen Alltag.

Die drei F jedoch – Familie, Freizeit und Freunde – im Sinne der Work-Life-Balance genießen allerhöchste Priorität!

Die Chirurgie, hierarchisch strukturiert, extrem anstrengend und verantwortungsvoll, mit hoher Leistungsdichte und über weite Strecken wenig Möglichkeit zur Selbstverwirklichung, passt trotz ihres Facettenreichtums nur sehr eingeschränkt zum Selbstverständnis der Generation Y. Hinzu gesellen sich Vorgaben der Klinikadministratoren, die sich immer weiter von der Realität entfernen. „Gehorsam vor Patientenwohl“ – wie die FAZ titelte – verträgt sich nicht mit dem Lebensgefühl der neuen Generation.

Deshalb wird diese Generation das System strukturell und inhaltlich verändern. Dazu gehört, die Arbeitsabläufe in den Kliniken zu verbessern. Die Arbeitsplätze der Ärzte von Bürokratie und Dokumentation zu entrümpeln. Die Weiterbildungsordnung mit den Krankenhaus- und Praxisstrukturen kompatibel zu machen.

*Pressekonferenz anlässlich des 130. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Mittwoch, 1. Mai 2013, 11.30 bis 12.30 Uhr, ICM München*

Dann wird der schönste Beruf der Welt wieder Begeisterung wecken. Und: Dann wird es auch in Zukunft genügend hochtrainierte, empathische Chirurgen geben, die uns hervorragend operieren werden, wenn wir ihrer bedürfen.

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

Neue Techniken zur Wiederherstellung des Gesichtsschädels

Professor Dr. Dr. med. Michael Ehrenfeld, Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG), Direktor der Klinik Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Ludwig-Maximilians-Universität München

Teile des Unterkiefers oder Oberkiefers können aufgrund von Unfällen und Entzündungen verloren gehen oder im Rahmen von chirurgischen Tumorbehandlungen entfernt werden. Insbesondere ausgedehnte Defekte sind schwierig zu versorgen. Verfahren der Wahl sind heute immer noch körpereigene (autologe) Transplantate. Seit der Einführung der sogenannten mikrochirurgischen Knochentransplantation stehen biologisch hochwertige infektresistente Transplantate für den klinischen Einsatz zur Verfügung. Bei der mikrochirurgischen Knochentransplantation werden Transplantate samt versorgender Blutgefäße verpflanzt, die im Gesichts- und Halsbereich direkt mit ortsständigen Blutgefäßen verbunden (anastomosiert) werden, um eine sofortige Durchblutung und damit Vitalerhaltung der Transplantate zu gewährleisten.

Schwierig war es jedoch, die Knochentransplantate, die vom Beckenkamm, dem Wadenbein oder dem Schulterblatt entnommen wurden, an die spezielle Anatomie des Gesichtsskelettes anzupassen. Die Konturierung erfolgte dabei frei Hand mit Bohrern und Sägen. Sie war zeitaufwendig und häufig unpräzise.

Eine Neuentwicklung in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie ist die virtuelle Operationsplanung unter Verwendung dreidimensionaler Daten, die zuvor durch Computertomografie gewonnen werden. Die Daten werden in eine dafür entwickelte Planungssoftware eingelesen. Danach kann die gesamte Operation, sowohl die Knochenentfernung als auch die Knochentransplantation, im Computer dreidimensional geplant werden. Zur intraoperativen Umsetzung können sterilisierbare Schablonen im CAD/CAM-Verfahren (CAD = computer-aided design, CAM = computer-assisted manufacturing) hergestellt werden, die während der Operation zur präzisen Resektion und insbesondere zur Konturierung und Positionierung der Knochentransplantate eingesetzt werden. Zudem können die zur Befestigung der Knochentransplantate benötigten Metallplatten (Osteosyntheseplatten) bereits vor der Operation vorgebogen und an die spezielle klinische Situation angepasst werden.

Durch die virtuelle Planung und schablonengeführte Operation kann die Operationszeit deutlich verkürzt und durch exakte dreidimensionale Positionierung der Knochentransplantate die Ergebnisqualität deutlich verbessert werden. Bei der Knochenentnahme wird exakt die Menge entnommen, die jeweils benötigt wird.

Literatur Kieferrekonstruktionen:

1. Hallermann W, Olsen S, Bardyn T, Taghizadeh F, Banic A, Iizuka T: A New Method for Computer-Aided Operation Planning for Extensive Mandibular Reconstruction. *Plastic Reconstructive Surgery*. June 2006; 117(7):2431-2437.
2. Roser SM, Ramachandra S, Blair H, Grist W, Carlson GW, Christensen AM, Weimer KA, Steed MB: The Accuracy of Virtual Surgical Planning in Free Fibula Mandibular Reconstruction: Comparison of Planned and Final Results. *J Oral Maxillofac Surg*. Nov. 2010; 68(11):2824-2832.
3. Sharaf B, Levine JP, Hirsch DL, Bastidas JA, Schiff BA, Garfein ES: Importance of Computer-Aided Design and Manufacturing Technology in the Multidisciplinary Approach to Head and Neck Reconstruction. *J Craniofac Surg*. July 2010; 21(4): 1277-1280.
4. Antony AK, Chen WF, Kolokythas A, Weimer KA, Cohen MN: Use of Virtual Surgery and Stereolithography-Guided Osteotomy for Mandibular Reconstruction with the Free Fibula. *Plast Reconstr Surg*. Nov. 2011;128(5):1080-1084.

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

Zwischen Ökonomie und Arztethos: Indikationsstellung, Klinikmanagement

Professor Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK); Facharzt und Oberarzt für Radiologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Spätestens mit der Einführung diagnosebezogener Fallpauschalen haben sich die Krankenhäuser von Einrichtungen der Daseinsfürsorge in gewinnorientierte Unternehmen gewandelt. Die Folgen der Ökonomisierung haben sich gezeigt in der Diskussion um erfolgsabhängige Boni-Zahlungen bei Chefarztverträgen, aber auch bei der Frage nach ökonomischen Fehlanreizen im Zusammenhang mit den Vorfällen um manipulierte Patientendaten bei Organtransplantationen. Die Ärzteschaft hat in der Vergangenheit immer wieder darauf hingewiesen, dass die ärztliche Arbeit nicht vorrangig von wirtschaftlichen Kriterien geleitet werden darf. Aus unserer Sicht verstoßen rein wirtschaftliche Unternehmensziele gegen das ärztliche Berufsethos, vor allem wenn diese über die Therapiefreiheit des Arztes und das Patientenwohl gestellt werden. Ärztliche Leistungen und deren Honorierung dürfen sich ausschließlich an ihrer medizinischen Sinnhaftigkeit und ihrem Nutzen für den Patienten orientieren. Die Wahl der Behandlungsmethode darf nicht kostenbestimmt sein, sondern ihr Erfolg für den Patienten und dessen erklärter Wille müssen im Vordergrund jeder ärztlichen Behandlung stehen.

Wir halten es deshalb für äußerst bedenklich, wenn Chefarzte für das Erreichen bestimmter Mindestfallzahlen oder Operationsmengen honoriert werden. Operationsindikationen müssen in allen Fällen patienten- und krankheitsbezogen gestellt werden. Dabei dürfen rein ökonomische Kriterien keine Rolle spielen. Die bisher bestehenden quantitativen, ökonomisch ausgerichteten Parameter im Bereich der variablen Vergütung müssen durch medizinisch qualitative Kriterien ersetzt werden, wie zum Beispiel die Einführung von Qualitätskennzahlen, Fehlermelde- und Managementsystemen, aber auch Maßnahmen zur Verbesserung von Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Anfang des Jahres hat der Gesetzgeber ein wichtiges Anliegen der Ärzteschaft aufgegriffen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft sollte im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer bis zum 30. April 2013 Empfehlungen zu denjenigen Zielvereinbarungen abgeben, bei denen sich finanzielle Anreize auf einzelne Leistungen beziehen. Die Empfehlungen sollen insbesondere die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen sichern. Die Krankenhäuser müssen darüber hinaus in ihren jährlichen Qualitätsberichten erklären, dass sie sich an die Empfehlungen halten, oder offenlegen, welche leistungsbezogenen Zielvereinbarungen getroffen wurden.

Aber dies kann nur ein erster Schritt sein. Wir brauchen grundsätzlich ein vernünftiges Verhältnis von Ethik und Ökonomie in der Medizin sowie klare Konzepte zur Nachwuchsgewinnung, Personalentwicklung und Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Das sind elementare Voraussetzungen, um die Patientenversorgung zu verbessern und die Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit zu erhalten.

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

Wie gut ist die Versorgung bei Darmkrebs und was bringt der Nationale Krebsplan?

Professor Dr. med. Stefan Post, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Direktor der Chirurgischen Klinik, Universitätsmedizin Mannheim

Mit 65 000 Neuerkrankungen ist Darmkrebs in unserem Land bei beiden Geschlechtern die zweithäufigste Krebsart. Auch wenn sich in den letzten Jahrzehnten die Heilungsaussichten schon deutlich verbessert haben, sind 27 000 Sterbefälle immer noch erschreckend viel. Die meisten dieser Fälle wären bei einer größeren Akzeptanz der Vorsorge und einer flächendeckenden Optimierung der Behandlung vermeidbar. Die jüngste Gesetzesänderung zur Umstellung der Vorsorge-Darmspiegelung auf ein Einladungsverfahren lässt auf eine Steigerung der Akzeptanz, die Einführung klinischer Krebsregister auf eine künftig bessere Datenbasis hoffen. Derzeit lässt sich aber leider lediglich punktuell abschätzen, wie gut die Versorgung wirklich ist.

Qualitätssicherung (QS) findet bisher nur auf freiwilliger Basis statt – vor allem auf Initiative der Fachgesellschaften DKG und DGAV. Die gesetzliche Initiative zur sektorübergreifenden QS scheint im Dschungel föderaler, sektoraler und Datenschutzinteressen stecken geblieben zu sein. Zwar gibt es bereits 250 zertifizierte Darmkrebszentren, diese versorgen aber lediglich ein Drittel aller neu diagnostizierten Fälle. Nur zu diesen Darmkrebszentren, die sicherlich eine Positiv-Selektion der engagiertesten Kliniken darstellen, haben wir Daten. Diese Zahlen zeigen eindrucksvoll, dass einerseits die durchschnittliche Qualität der Versorgung in den zertifizierten Zentren hoch ist, andererseits aber große Unterschiede zwischen einzelnen Zentren auffallen. Das Verbesserungspotenzial ist groß und vermutlich noch viel größer in allen Kliniken und Zentren, die sich einer Erfassung ihrer Daten und Ergebnisse bisher entziehen. Innerhalb der Zertifizierung arbeiten DKG und DGAV gemeinsam an Projekten, diejenigen Zentren zu unterstützen und zu beraten, deren Qualität unterdurchschnittlich ist. Der Nationale Krebsplan ist in weiten Teilen bisher nicht mehr als eine löbliche Absichtserklärung. Unter anderem definiert er folgende Ziele:

- Qualitativ hochwertige Versorgung für alle Krebspatienten
- Einheitliche Konzepte für Qualitätssicherung, Qualitätsförderung und Zertifizierung
- Transparente Darstellung der Versorgungsergebnisse

Im Interesse aller Betroffenen fordern wir Politik und Kostenträger auf, das Tempo zu erhöhen und konkrete Maßnahmen zu ergreifen, damit endlich flächendeckend und lückenlos die Qualität erfasst wird und allen Patienten mit Darmkrebs die optimale leitliniengerechte Behandlung zuteil werden kann. Hierbei sollten nicht neue Institutionen und Bürokratien aufgebaut werden, sondern die bewährten Konzepte der Fachgesellschaften zur Pflicht für alle werden. Der damit verbundene Mehraufwand muss vergütet werden.

Zum Nachschlagen:

<http://www.bmg.bund.de/praevention/nationaler-krebsplan.html>

http://www.onkozert.de/aktuelles_120620.htm

(Der Benchmarkingbericht 2013 wird im kommenden Monat auf www.onkozert.de publiziert werden.)

<http://www.dgav.de/studoq/zertifizierungen.html>

(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. Hans-Peter Bruch
Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC);
Präsident der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände e. V. (GFB),
ehem. Direktor der Klinik für Chirurgie der Universität
zu Lübeck



Beruflicher Werdegang:

- 1974 Promotion zum Doktor der Medizin
- 1975 Beginn der Facharztausbildung an der Chirurgischen Universitätsklinik Würzburg
- 1980 von-Langenbeck-Preis der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zusammen mit Professor Dr. E. Schmidt
- 1981 Facharztanerkennung als Chirurg
- 1982 Ernennung zum Privatdozenten
- 1982 Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik Würzburg im Rahmen der Hand-, Unfall-, Gefäß- und Allgemein Chirurgie
- 1985 Leiter der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik Würzburg
- 1985 Anerkennung als Durchgangsarzt-Vertreter gemäß Leitnummer 23, Abs. 2 des Ärzteabkommens
- 1986 Teilgebietsbezeichnung Gefäßchirurgie
- 1986 Teilgebietsbezeichnung Unfallchirurgie
- 1986 Leitender Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik Würzburg
- 1986 Ernennung zum Professor für Chirurgie unter Berufung in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit
- 1988 Beratender Arzt des Heeres beim Terkom Süd
- 1990–2012 Direktor der Klinik für Chirurgie der Universität zu Lübeck

Mitgliedschaften und Vorse in wissenschaftlichen Vereinigungen:

- 1996–2004 Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Koloproktologie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
- 1996 European Officer of the University Colon and Rectum Surgeons
- 1997 Mitvorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Molekulare Diagnostik und Therapie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
- 1997 Teilgebietsbezeichnung Viszeralchirurgie
- 2004–2007 Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie

*Pressekonferenz anlässlich des 130. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Mittwoch, 1. Mai 2013, 11.30 bis 12.30 Uhr, ICM München*

- 2008–2009 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
- 2010 Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC)
- 2011 Vorsitzender der Gemeinsamen Weiterbildungskommission des BDC/DGCH und
 allen chirurgisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften und BVOU
- 2013 Präsident der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände e. V. (GFB)

Mitglied in zahlreichen Chirurgenvereinigungen des In- und Auslandes

Mitglied des Editorial Board diverser deutsch- und englischsprachiger Zeitschriften

Mitglied der Leopoldina seit 1999

Curriculum Vitae

Professor Dr. Dr. med. Michael Ehrenfeld

Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG), Direktor der Klinik Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Ludwig-Maximilians-Universität München



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|----------------|---|
| 1974–1979 | Zahnmedizinstudium, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main |
| 1977–1982 | Medizinstudium, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main |
| 1979 | Staatsexamen Zahnmedizin, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main |
| 1980 | Promotion Zahnmedizin, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main |
| Mai 1982 | Staatsexamen Medizin, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main |
| 1985 | Promotion Medizin, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main |
| 6/1982–10/1986 | Facharztausbildung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie in der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Direktor: Professor Dr. Dr. N. Schwenzer), Eberhard-Karls-Universität, Tübingen |
| 10/1987 | Oberarzt in der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universität Tübingen |
| 1988 | Hans-von-Seemen-Preis, Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie |
| 1989 | Habilitation, Eberhard-Karls-Universität, Tübingen |
| 1/1990 | Leitender Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universität Tübingen |
| 1990 | Martin-Waßmund-Preis, Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie |
| Seit 1996 | Professor und Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universität München |
| 1999–2004 | Chairman AO European Craniomaxillofacial Education and Steering Committee |
| 2004–2005 | Chairman AO International Craniomaxillofacial Education and Steering Committee |
| 2005–2012 | Chairman International AOCMF Specialty Board |

- Seit 2008 Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirates der Deutschen Gesellschaft für
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- 2012–2014 Vorsitzender des DÖSAK (Deutsch-Österreichisch-Schweizerischen Arbeitskreises
für Tumoren im Kiefer- und Gesichtsbereich

Betätigungsfelder:

Mikrochirurgie, Behandlung von Fehlbildungen, Traumatologie, plastische und
Wiederherstellungschirurgie, präprothetische Chirurgie inklusive dentaler Implantologie

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Frank Ulrich Montgomery
Präsident der Bundesärztekammer (BÄK); Facharzt und Oberarzt für
Radiologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

*1952



Beruflicher Werdegang:

Studium der Humanmedizin in Hamburg und Sydney

1979 Approbation und Promotion

Seit 1983 Vorsitzender des Marburger Bundes in Hamburg

Seit 1986 Facharzt für Radiologie und Oberarzt am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

1987–2002
und seit 2006 Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer

1989–2007 Bundesvorsitzender des Marburger Bundes

1994–2002
und seit 2006 Präsident der Ärztekammer Hamburg

2007–2011 Vizepäsident der Bundesärztekammer

1997–2002
2007–2011 Menschenrechtsbeauftragter der Bundesärztekammer

Seit 2011 Präsident der Bundesärztekammer

2012 Ehren-Professur der Stadt Hamburg

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Stefan Post
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und
Viszeralchirurgie (DGAV), Direktor der Chirurgischen Klinik,
Universitätsmedizin Mannheim



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-------------|--|
| 1973–1980 | Studium der Medizin an den Universitäten Düsseldorf und Denver/USA |
| 1980–1982 | Assistenzarzt in Wuppertal (Gynäkologie) und Meerbusch (Chirurgie) |
| 1982–1984 | Arzt im Entwicklungsdienst mit dem Deutschen Entwicklungsdienst am Newala District Hospital/Tansania |
| 1984–1990 | Assistenzarzt an der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg (Herfarth) |
| 1990–1991 | Forschungsjahr in München (Meßmer) |
| 1991–1994 | Facharzt/Oberarzt in Heidelberg mit Habilitation und Zusatzausbildung Gefäßchirurgie |
| 1994–1998 | Leitender Oberarzt und C3-Professor an der Uniklinik Göttingen |
| Seit 5/1998 | Direktor der Chirurgischen Klinik, Universitätsmedizin Mannheim, Inhaber des Lehrstuhls für Chirurgie der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg (Nachfolge Trede) |
| 2001 | Ruf auf den Lehrstuhl für Chirurgie der Universität Frankfurt abgelehnt |

Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte:

- Chirurgische Onkologie (Tumorbehandlung)
- Chirurgie des Dickdarms und Mastdarms (Darmkrebs, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)
- Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse (Pankreaskarzinom, Pankreatitis)
- Leberchirurgie
- Transplantationschirurgie
- Hernienchirurgie

Mitgliedschaften mit beruflichen Ämtern:

- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
 - Ständiger Delegierter bei der UEMS (Europäische Facharzt-Union) seit 2005
 - Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Entwicklungsländer CAEL (2000–2007)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
 - Präsident 2012/2013, im Vorstand seit 2010
 - Vorsitzender der Zertifizierungskommission seit 2007
- Deutsche Gesellschaft für Tropenchirurgie, 1. Vorsitzender 1999–2006
- Deutsche Krebsgesellschaft, Stellvertretender Vorsitzender der Zertifizierungskommission für Darmkrebszentren seit 2010, Delegierter im Lenkungsausschuss Leitlinien
- International Surgical Group, Sekretär seit 2006
- Südwestdeutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Präsident 2008/2009
- European Society of Coloproctology, Membership Officer im Vorstand seit 2005 und Vorsitzender des Membership Committee seit 2011
- British Journal of Surgery Society, Council Member (als einziger Deutscher) seit 2008, ab 2013 Vice-Chairman
- Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg
 - Mitglied im Fakultätsvorstand 1999–2001
 - Mitglied der Studienkommission 2005–2010
 - Stellvertretender Vorsitzender des Forschungsschwerpunkts Onkologie 2008–2012

Mitgliedschaften (ohne Ämter):

- Berufsverband der Deutschen Chirurgen
- Deutsche Crohn-Colitis Vereinigung
- Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie
- Deutsche Transplantationsgesellschaft
- Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen

Publikationen:

- über 270 Originalarbeiten
- über 30 Buchbeiträge
- über 35 Videos zur Operationstechnik
- 9 Softwareprogramme

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

Ort: Saal 22b des ICM München

Thementag: Zukunftssicherung durch Innovation

Themen und Referenten:

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

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

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), Abteilung für Thoraxchirurgie, Chirurgische Universitätsklinik Freiburg

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), Universitäres Herzzentrum GmbH, Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin, Hamburg

sowie

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCh), Berlin

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



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 der 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), 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: Mittwoch, 1. Mai 2013, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Saal 22b des ICM München

Thementag: Arbeitsplatz Chirurgie

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

- Professor Dr. med. Dr. h. c. Karl-Walter Jauch
- Professor Dr. med. Hans-Peter Bruch
- Professor Dr. Dr. med. Michael Ehrenfeld
- Professor Dr. med. Frank Ulrich Montgomery
- Professor Dr. med. Stefan Post
- 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