



Gegründet 1872
Sitz Berlin

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Mittwoch, 4. Dezember 2013, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Langenbeck-Virchow-Haus, Bibliothek der DGCH, Luisenstraße 59, 10117 Berlin

Themen und Referenten:

Sicherheit von Medizinprodukten in der Chirurgie

Professor Dr. med. Joachim Jähne

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung in Hannover

Welche Veränderungen zeichnen sich in der Gesundheitspolitik ab?

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Hannover

INEK-Ratio statt Fallzahlen – Ökonomieprimat gegen Patientenwohl

Professor Dr. med. Hans-Peter Bruch

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC), Berlin

Wie steigert die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie die chirurgische Qualität für den Patienten?

Professor Dr. med. Heinz-Johannes Buhr

Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Berlin

Die Transitionsmedizin in der Kinderchirurgie – eine Herausforderung

Professor Dr. med. Bernd Tillig

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH), Chefarzt der Klinik für Kinder- und Neugeborenenchirurgie, Kinderurologie, Vivantes Klinikum Neukölln und Klinikum im Friedrichshain, Berlin

ACTION Kampagne zur Aufklärung, Prävention und Information der Arteriosklerose

Professor Dr. med. Eike Sebastian Debus

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG), Direktor der Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin/Deutsches Aortenzentrum Hamburg, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Kontakt für Journalisten:

DGCH Pressestelle

Anna Julia Voormann/Irina Lorenz-Meyer

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Berliner Büro:

Langenbeck-Virchow-Haus

Luisenstraße 59, 10117 Berlin

Telefon: 0711 8931-642 /-552

Fax: 0711 8931-984

lorenz-meyer@medizinkommunikation.org

www.dgch.de



Gegründet 1872
Sitz Berlin

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Mittwoch, 4. Dezember 2013, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Langenbeck-Virchow-Haus, Bibliothek der DGCH, Luisenstraße 59, 10117 Berlin

Inhalt:

**Pressemitteilungen: Sicherheit und Nutzen von Medizinprodukten:
DGCH fordert strengere Kontrollen**

**Mangelhafte Versorgung von Jugendlichen mit Fehlbildungen:
Kinderchirurgen fordern strukturierte Übergabe in die
Erwachsenenmedizin**

**Arterienverkalkung immer häufiger:
Gefäßschäden gefährden Menschenleben und treiben Kosten hoch**

Redemanuskripte: Professor Dr. med. Joachim Jähne
Professor Dr. med. Hans-Peter Bruch
Professor Dr. med. Heinz-Johannes Buhr
Professor Dr. med. Bernd Tillig
Professor Dr. med. E. Sebastian Debus

Curriculum Vitae der Referenten

Bestellformular für Fotos

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

Kontakt für Journalisten:

DGCH Pressestelle
Anna Julia Voormann/Irina Lorenz-Meyer
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Berliner Büro:
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 59, 10117 Berlin
Telefon: 0711 8931-642 /-552
Fax: 0711 8931-984
lorenz-meyer@medizinkommunikation.org
www.dgch.de



Gegründet 1872
Sitz Berlin

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Sicherheit und Nutzen von Medizinprodukten:

DGCH fordert strengere Kontrollen

Berlin, 4. Dezember 2013 – Neue Medizinprodukte wie Kunstgelenke, Einmalspritzen oder chirurgische Instrumente müssen bisher lediglich den Nachweis über Sicherheit und Funktionstauglichkeit erbringen, nicht aber ihren Nutzen unter Beweis stellen. Dies kritisiert die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) insbesondere bei Medizinprodukten der höchsten Risikoklasse III, in die beispielsweise Herzkatheter und Implantate fallen. Im Sinne der Patientensicherheit fordert die DGCH hierfür international einheitliche, gesetzliche Vorgaben. Diese und weitere Fragen diskutieren Experten auf der heutigen Pressekonferenz der DGCH in Berlin.

Die Qualität von Medizinprodukten der Risikoklasse III spiele eine entscheidende Rolle, wenn es darum geht, größtmögliche Patientensicherheit zu erreichen, meint DGCH-Präsident Professor Dr. med. Joachim Jähne. „Die Erfahrungen der Vergangenheit haben gezeigt, dass die europaweiten Zulassungsstellen nicht notwendigerweise die Sicherheit neuer Produkte garantieren, da die Kriterien dieser Zulassungsstellen teils erheblich divergieren“, bemängelt der Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie am Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung in Hannover.

Medizinprodukte aus Deutschland sind weltweit gefragt und gesamtwirtschaftlich von großer Bedeutung: Der Anteil Deutschlands am Welthandel für Medizintechnik beträgt 14,7 Prozent. „Die hohe Zahl der Risikomeldungen bei Medizinprodukten aus aller Welt gibt jedoch Anlass zur Forderung, dass Qualität und Nutzen länderübergreifend strengeren Kontrollen unterzogen werden müssen“, betont Professor Jähne. Allein im Jahr 2012 wurden in Deutschland 4 153 Risikomeldungen für Medizinprodukte der Klasse III ausgegeben. Die



Gegründet 1872
Sitz Berlin

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

DGCH unterstützt daher eine Initiative der EU-Kommission, die Medizinprodukteverordnung zu verschärfen und strengere Kriterien für die Zulassungsstellen durchzusetzen.

Die DGCH befürwortet zudem klinische Studien zur Sicherheit neuer Medizinprodukte. Diese Studien sollten zusammen mit der Medizinprodukteindustrie erfolgen, um das gemeinsame Ziel der Patientensicherheit zu gewährleisten, fordert die DGCH. „Am ehesten geeignet“, so Jähne, „sind klinische, randomisierte Studien, um neben der Sicherheit und Funktionstauglichkeit auch den Nutzenbeweis zu erbringen.“ Um valide Ergebnisse zu erreichen, hat die DGCH in Heidelberg eigens ein Studienzentrum für klinische Studien errichtet. Daran ist ein Netzwerk aus acht Zentren und 323 kooperierenden Kliniken angeschlossen. Damit verfügt die DGCH über die personellen und infrastrukturellen Voraussetzungen, um solche Studien im Interesse der Patienten und der Medizintechnikindustrie effektiv und effizient durchzuführen.

Sichere Medizinprodukte im Spannungsfeld zwischen wirtschaftlichen Interessen und Patientensicherheit sind ein Thema der heutigen Pressekonferenz der DGCH in Berlin. Professor Jähne gibt zudem einen ersten Ausblick auf den 131. Kongress der DGCH im März 2014 in Berlin.

Kontakt für Journalisten:

DGCH Pressestelle
Anna Julia Voormann/Irina Lorenz-Meyer
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Berliner Büro:
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 59, 10117 Berlin
Telefon: 0711 8931-642 /-552
Fax: 0711 8931-167
lorenz-meyer@medizinkommunikation.org
www.dgch.de



Gegründet 1872
Sitz Berlin

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Mangelhafte Versorgung von Jugendlichen mit Fehlbildungen Kinderchirurgen fordern strukturierte Übergabe in die Erwachsenenmedizin

Berlin, 4. Dezember 2013 – Kinder mit schweren Fehlbildungen fallen beim Übergang in das Erwachsenenalter häufig aus der medizinischen Versorgung heraus. Dies kann ihren Gesundheitszustand massiv und dauerhaft verschlechtern und damit ihre Chancen auf ein weitgehend selbstbestimmtes Leben vermindern. Wie die „Transition“, der Übergang chronisch kranker Jugendlicher von der kinderchirurgischen Versorgung in die Erwachsenenmedizin, gelingen kann, diskutieren Experten auf der heutigen Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) in Berlin.

Fehlbildungen des Enddarms und des Afters, eine nicht durchgängige Speiseröhre oder ein offener Rücken: Über sieben Prozent aller Kinder, das entspricht etwa 49 000 Neugeborenen, kommen hierzulande jedes Jahr mit schweren Fehlbildungen zur Welt. Dank aufwendiger kinderchirurgischer Operationsverfahren und moderner Intensivmedizin hat sich die Überlebensrate betroffener Kinder in den letzten zwei Jahrzehnten zunehmend verbessert. Dennoch bleiben die Patienten häufig lebenslang behindert und leiden teilweise unter beträchtlichen Störungen wie Urin- und Stuhlinkontinenz, Schluckstörungen oder Krämpfen.

Bis zum Erwachsenenalter tragen fachübergreifende Betreuungskonzepte durch Kinderchirurgen, Kinderärzte, Sozialpädiater sowie Kinder- und Jugendpsychiater dazu bei, dass sich die Betroffenen – trotz aller Einschränkungen – möglichst normal entwickeln und die Schule besuchen können. „Doch die Pubertät ist eine Sollbruchstelle des gut eingespielten und strukturierten kinderchirurgisch-pädiatrischen Betreuungskonzepts“, erläutert Professor Dr. med. Bernd Tillig,



Gegründet 1872
Sitz Berlin

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH). „Gerade in dieser Phase, in der die jungen Menschen, verstärkt durch ihre Behinderung, besonders verletzlich und schwer zugänglich sind, müssen sie den Übergang vom vertrauten Kinderchirurgen zu fremden Spezialisten bewältigen“, erklärt der Experte. Dies gelänge oftmals schlecht oder gar nicht.

„Häufig brechen die jungen Patienten ihre Therapie ab, gehen nicht mehr zur Physiotherapie und hören auf, ihre Medikamente zu nehmen“, berichtet Tillig. Damit gingen mühsam errungene Therapiefortschritte – auch im Hinblick auf Alltag, Schule und Berufsausbildung – wieder verloren. „Teilweise für immer“, betont Professor Tillig. Der Chefarzt der Klinik für Kinder- und Neugeborenenchirurgie und Kinderurologie am Vivantes Klinikum Berlin verweist unter anderem auf die Bewertung des Sachverständigenrats Gesundheit, nachdem die Betreuung chronisch kranker Jugendlicher in der Übergangsphase in Deutschland „mangelhaft“ ist. „Es besteht dringender Handlungsbedarf“, so Tillig.

Die DGKCH fordert, Jugendliche beim Übergang in die Erwachsenenmedizin mit flächendeckenden Transitionskonzepten, wie etwa geeigneten wohnortnahen Weiterbetreuungseinrichtungen, zu unterstützen. Im Rahmen der heutigen Pressekonferenz in Berlin formuliert die Fachgesellschaft ihre Forderung an Gesetzgeber und Kostenträger nach Strukturen, die den Übergang in die Erwachsenenmedizin professionell begleiten können.

Kontakt für Journalisten:

DGCH Pressestelle
Anna Julia Voormann/Irina Lorenz-Meyer
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Berliner Büro:
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 59, 10117 Berlin
Telefon: 0711 8931-642 /-552
Fax: 0711 8931-167
lorenz-meyer@medizinkommunikation.org
www.dgch.de



Gegründet 1872
Sitz Berlin

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Arterienverkalkung immer häufiger

Gefäßschäden gefährden Menschenleben und treiben Kosten hoch

Berlin, 4. Dezember 2013 – Eine Umfrage mit rund 3,6 Millionen Teilnehmern in den USA hat gezeigt: Mit dem Alter steigt die Zahl der Gefäßkranken deutlich. Verengte Arterien in den Beinen, krankhaft erweiterte Gefäße im Bauch und Gefäßverschlüsse im Gehirn – all diese Symptome weisen auf Arteriosklerose hin, die den gesamten Organismus befällt. Die Folgen für den Patienten – amputierte Gliedmaßen, Herzinfarkt oder Schlaganfall – sind nicht selten tödlich. Auf die Gefahren von Gefäßschäden, deren Vorbeugung und Behandlung machen Experten heute im Rahmen einer Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) aufmerksam. Sie stellen dort auch die Ziele der „ACTION-Kampagne“ vor: „Arteriosklerose – Circulation und Training InformatiOns Netzwerk“ klärt die Bevölkerung über die Krankheit auf.

Eine groß angelegte US-Umfrage belegt, wie wichtig langfristige Strategien gegen Gefäßschäden sind, die Professor Dr. med. Eike Sebastian Debus, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG) fordert. Eine Verengung der hirnversorgenden Gefäße, verengte Arterien oder Blutgerinnsel traten bei zwei Prozent der 40- bis 50-jährigen Teilnehmer der Studie auf. Bei den 61- bis 70-Jährigen waren es sieben Prozent und bei den 80- bis 90-Jährigen über 22 Prozent. „Dies zeigt einmal mehr, dass wir früh gegensteuern müssen“, erklärt Professor Debus, der Direktor der Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin und des Deutschen Aortenzentrums am Hamburger Universitätsklinikum ist. „Und auch noch bei ersten Symptomen kann der Patient selbst aktiv werden, unterstützt durch seinen Arzt“. Gesunde Ernährung, Sport und der Verzicht auf Zigaretten seien ein erster und für viele Betroffene großer Schritt. Der nächste sind Medikamente oder operative Eingriffe.



Gegründet 1872
Sitz Berlin

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Präventionsprogramme haben gezeigt, dass gesunde Ernährung, Normwerte bei Körpergewicht und Blutdruck und die richtigen Medikamente die Schlaganfallrate um 40 Prozent senken können. Denn Vorsorge sei besser als Nachsorge, meint Professor Debus. „Die optimale Behandlung durch Gefäßmediziner entscheidet maßgeblich über die Lebensqualität des Patienten, aber auch die Prävention muss stärker werden“, so der Experte. „Menschen müssen erfahren, wie sie sich selbst schützen können und wo sie Hilfe finden, je früher desto besser.“ Dies ist Ziel der ACTION-Kampagne, mit der die DGG über Arteriosklerose und ihre Folgen aufklärt.

Den Auftakt bildete ein bundesweiter Gefäßtag im Oktober. In ganz Deutschland informierten sich Interessierte in Gefäßzentren, Kliniken und Praxen über Themen rund um Arteriosklerose. „Indem Projekte wie diese flächendeckend umgesetzt werden, kann es gelingen, Risiken für Betroffene einzudämmen und das Gesundheitssystem zu entlasten“, betont Professor Debus. In diesem Jahr stand der Gefäßtag unter dem Motto „periphere arterielle Verschlusskrankheit“ (pAVK), einer Erkrankung, die mit verengten Gefäßen in den Beinen einhergeht. Auf der heutigen Pressekonferenz in Berlin stellt Debus erneut die Ziele der ACTION-Kampagne vor. Weitere Informationen stehen auf der Homepage der DGG: www.gefaesschirurgie.de

Kontakt für Journalisten:

DGCH Pressestelle
Anna Julia Voormann/Irina Lorenz-Meyer
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Berliner Büro:
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 59, 10117 Berlin
Telefon: 0711 8931-642 /-552
Fax: 0711 8931-167
lorenz-meyer@medizinkommunikation.org
www.dgch.de

Sicherheit von Medizinprodukten in der Chirurgie

Professor Dr. med. Joachim Jähne, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH),
Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie am Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung
in Hannover

Die Steigerung der Patientensicherheit ist eines der großen Anliegen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Die Sicherheit von Medizinprodukten der Risikoklasse III (Herzkatheter, Implantate, Stents), die zwei Prozent aller Medizinprodukte ausmachen, spielt hierbei eine wichtige Rolle. Bisher müssen neue Medizinprodukte lediglich den Nachweis der Sicherheit und Funktionstauglichkeit, nicht aber den Nutznachweis erbringen. Die Erfahrungen der Vergangenheit haben gezeigt, dass die europaweiten Zulassungsstellen nicht notwendigerweise die Sicherheit neuer Produkte garantieren, da die Kriterien dieser Zulassungsstellen zum Teil erheblich divergieren. 2012 wurden in Deutschland 4 153 Risikomeldungen für Medizinprodukte der Klasse III erfasst (Quelle: www.bfarm.de). Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie unterstützt daher die Initiative der EU-Kommission zu strengeren Kriterien für die Zulassungsstellen. In Kenntnis der hohen gesamtwirtschaftlichen Bedeutung der Medizinprodukteindustrie – der Anteil Deutschlands am Welthandel für Medizintechnik beträgt 14,7 Prozent (Quelle: BEK) – plädiert die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie darüber hinaus für die Durchführung klinischer Studien, um die Sicherheit neuer Medizinprodukte zu verbessern. Diese Studien sollten gemeinsam mit der Medizinprodukteindustrie erfolgen, da die Patientensicherheit ein gemeinsames Ziel ist. Auch wenn in den USA trotz strengerer Kriterien seitens der Food and Drug Administration (FDA) zwischen 2005 und 2009 3 510 Medizinprodukte zurückgerufen wurden (Quelle: www.gao.gov), sind klinische, am besten randomisierte Studien am ehesten geeignet, neben der Sicherheit und Funktionstauglichkeit auch den Nutzenbeweis zu erbringen. Mit dem Studienzentrum für klinische Studien in Heidelberg und dem daran angeschlossenen Netzwerk aus acht Zentren und 323 kooperierenden Kliniken verfügt die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie über die personellen und infrastrukturellen Voraussetzungen, um solche Studien im Interesse der Patienten und der Medizintechnikindustrie effektiv und effizient durchzuführen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Dezember 2013

INEK-Ratio statt Fallzahlen – Ökonomieprimat gegen Patientenwohl

Professor Dr. med. Hans-Peter Bruch, Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC), Berlin

Die unerwünschten Folgen des rein ökonomischen Denkens im Medizinsystem spiegeln sich zunehmend in den Schlagzeilen wider und dies findet ganz langsam Eingang in das Bewusstsein der Menschen.

Deutschland ist Weltmeister in Krankenhausliegetagen! Es wird zu viel operiert! In Deutschland sind zu viele CT- und MR-Geräte aufgestellt! Es werden zu viele Krankenhausbetten vorgehalten!

Deutschland besitzt ein Strukturproblem!

Man könnte die Litanei fast beliebig fortsetzen.

Bei genauerer Betrachtung sind es aber die Geister des entgrenzten Marktes, die man rief, die man gerne wieder los wäre. Wer Marktwirtschaft und Wettbewerb will und den Markt entgrenzt, wer das Leiden des Individuums bepreist, der darf sich nicht wundern, wenn ökonomiegetriebene Entscheidungen getroffen werden, die mit sozialen Befindlichkeiten oder Nächstenliebe rein gar nichts zu tun haben.

Ein renommierter „Kliniksaniierer“ fasste es in den treffenden Satz:

„Empathische Medizin ist nicht die Medizin der Zukunft.“

Längst wird der Medizinmarkt nicht mehr von Angebot und Nachfrage gesteuert. Es erhebt sich vielmehr die Frage, wie noch Höchstpreise erzielt werden können. Eine Frage, die sich sehr einfach beantworten lässt, wenn man die sogenannte INEK-Ratio einer näheren Betrachtung unterzieht. Unter INEK-Ratio versteht man dabei den zu erwartenden Geldwert, der einer Klinik zufließt, wenn ein Patient/eine Patientin mit einer bestimmten Erkrankungskonstellation behandelt werden soll. Deckt der Geldwert die Kosten, den Overhead, und im Zweifelsfalle den Shareholder-Value, ist die Ratio positiv und das betroffene Individuum ist ein guter Patient/eine gute Patientin. Sind die Kosten nicht gedeckt, verletzt dies marktwirtschaftliche Prinzipien und kreative Lösungen sind gefragt.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, Dezember 2013

Wie steigert die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie die chirurgische Qualität für den Patienten?

Professor Dr. med. Heinz-Johannes Buhr, Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Berlin

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

1. Permanente Qualitätssicherung und –verbesserung

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

M. E. Porter, Harvard University, Cambridge, C. Guth, München, in
“Chancen für das deutsche Gesundheitssystem“, Springer-Verlag,
Heidelberg, 2012, 223–57

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

(„Does Surgical Quality Improve in the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program – An Evaluation of All Participating Hospitals.“ Bruce L. Hall, MD, PhD, MBA, FACS; Barton H. Hamilton, PhD; Karen Richards, BS; Karl Y. Bilimoria, MD, MS; Mark E. Cohen, PhD and Clifford Y Ko', MD, MS, MSHS, FACS. Annals of Surgery, Volume 250, Number 3, September 2009.)

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

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

Die DGAV hat ein eigenes Dokumentationssystem entwickelt:

„Von Chirurgen für Chirurgen“

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

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

Wenn genügend Daten gewonnen sind, soll ein Risikokalkulationssystem entwickelt werden, bei dem für jeden zu operierenden Patienten in dieser betreffenden Klinik die Risiken für Komplikationen

errechnet werden können. Außerdem erlauben diese realitätsnahen Daten eine entsprechende Versorgungsforschung.

2. Transparenz

Transparenz schafft Vertrauen.

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

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Dezember 2013

Arteriosklerose – Circulation und Training InformatiOns Netzwerk

Professor Dr. med. Eike Sebastian Debus, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG), Direktor der Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin/Deutsches Aortenzentrum Hamburg, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Bei der ACTION-(Arteriosklerose – Circulation und Training InformatiOns Netzwerk-)Kampagne handelt es sich um eine deutschlandweite Aktion der DGG zur Aufklärung, Information und Prävention der Arteriosklerose. So stand etwa der Gefäßtag am 12. Oktober 2013 ganz unter dem Zeichen der Kampagne. Degenerative Gefäßerkrankungen wie die Arteriosklerose manifestieren sich in höherem Lebensalter. Dies kommt deutlich in einer Umfrage bei 3,6 Millionen Teilnehmern in den USA zum Ausdruck [4]. In diesem Kollektiv fand sich über alle Teilnehmer eine Prävalenz der pAVK von 3,7 Prozent und bei mehr als 50 Prozent der Karotisstenose von 3,9 Prozent und des Aortenaneurysmas größer als drei Zentimeter von 0,9 Prozent. Die Prävalenz irgendeiner dieser drei Gefäßkrankheiten nahm von zwei Prozent (bei den 40- bis 50-Jährigen) über 3,5 Prozent (Patientenalter 51 bis 60 Jahre) und 7,1 Prozent (61 bis 70 Jahre) auf 13 Prozent (71 bis 80 Jahre) und 22,3 Prozent (81 bis 90 Jahre) zu. Insgesamt handelt es sich bei den Manifestationen der Arteriosklerose um ein sehr großes Krankengut, die deutsche Krankenhausstatistik vermeldet für das Jahr 2011 global unter dem Stichwort „Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren“ 255 396 Behandlungsfälle, unter dem Stichwort „Atherosklerose“ 184 675 stationäre Aufnahmen [5].

Obwohl die Arteriosklerose eine generalisierte Erkrankung darstellt, manifestiert sie sich in vielen Spielarten und kann demzufolge unterschiedliche Organe betreffen. Da die bei Weitem häufigste Manifestationsform die periphere arterielle Verschlusskrankung ist, stand die pAVK beim ersten Gefäßtag zur ACTION-Kampagne im Mittelpunkt der Aufklärung. Jede Manifestationsform und -lokalisierung stellt jedoch ein Indiz für eine generalisierte Erkrankung des Organismus dar, das wissen wir inzwischen aus einer Vielzahl groß angelegter internationaler Studien. Da die betroffenen Patienten schon im Anfangsstadium eine erhöhte kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität aufweisen, muss es neben der Verhinderung des Fortschreitens einer immobilisierenden peripheren Gefäßerkrankung und der Verhinderung einer Amputation („Beininfarkt“) im Management der Patienten ebenso intensiv darum gehen, die übrigen kardiovaskulären Risiken im Sinne der sekundären und tertiären Prävention bestmöglich zu therapieren [1]. Wir wissen heute, dass das Zehnjahresrisiko für das Auftreten eines tödlichen kardiovaskulären Ereignisses geschlechtsspezifisch ist und direkt vom systolischen Blutdruck, dem Cholesterin und einer Nikotinanamnese abhängt: Das Risiko ist bei 60-jährigen Frauen ohne Risikofaktoren mit zwei Prozent am geringsten, dagegen bei 60-jährigen Männern mit systolischen RR-Werten von 180 mmHg und Raucheranamnese mit 21 Prozent mit Abstand am höchsten [3].

Neben der Information über Ursachen, Risiken und Epidemiologie der Arteriosklerose steht daher die Prävention im Mittelpunkt der Kampagne. Diese sollte schon im Schulalter beginnen und neben

regelmäßiger aerober körperlicher Aktivität (mindestens dreimal pro Woche 30 Minuten) aus einer ausgewogenen, fett- und salzarmen Ernährung bestehen [6]. Es ist von grundsätzlicher Bedeutung, dass die Prävalenz der Manifestationen der Artherosklerose durch Präventivmaßnahmen wie Verzicht auf das Rauchen, gesunde Ernährung, Vermeidung von Übergewicht und Einstellung des Blutdrucks sowie medikamentöse Therapie der Dyslipidämie in einem hohen Ausmaß reduziert werden könnte. Dies haben Präventionsprogramme gezeigt, die beispielhaft die alterskorrigierte Schlaganfallrate um 40 Prozent senken konnten. Um aber auf die Dauer Erfolg zu haben, müssen Präventionsprogramme bereits bei Kindern und Jugendlichen ansetzen. Pilotprojekte dieser Art gibt es auch bei uns. Es ist eine gesellschaftliche Aufgabe ersten Ranges, diese Projekte flächendeckend und konsequent umzusetzen, um so letztlich im Gesundheitssystem Milliardenbeträge einzusparen [2]. Die DGG hat es sich mit der ACTION-Kampagne zur Aufgabe gemacht, hierzu einen wichtigen Beitrag zu leisten. Künftig werden wir in jedem Jahr einen neuen Aspekt und eine andere Manifestationsform dieser so facettenreichen, fortschreitenden Erkrankung beleuchten und hierzu jeweils auch den Deutschen Gefäßtag der DGG nutzen.

Literatur:

1. Debus ES, Torsello G, Schmitz-Rixen Th, Flessenkämper I, Storck M, Wenk H, Grundmann RT. Ursachen und Risikofaktoren der Arteriosklerose. *Gefäßchirurgie*. Okt. 2013, 18:544-550.
2. Debus ES, Torsello G, Schmitz-Rixen Th, Hupp Th, Lang W, Noppeney Th, Oberhuber A, Grundmann RT. Manifestationen und Prävention der Arteriosklerose. *Gefäßchirurgie*. Nov. 2013, 18:644-651.
3. Perk J, De Backer G, Gohlke H et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *European Heart Journal*. 2012 Jul; 33:1635-701.
4. Savji N, Rockman CB, Skolnick AH et al. Association between advanced age and vascular disease in different arterial territories: a population database of over 3.6 million subjects. *J Am Coll Cardiol*. 2013 Apr; 61(16):1736-43.
5. Statistisches Bundesamt. Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) 2011. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2013, www.destatis.de
6. Stiftung zur Prävention der Arteriosklerose, Nürnberg. Präventions-Erziehungs-Programm, <http://www.praeventions-erziehungs-programm.de/index.htm>, abgerufen August 2013.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Dezember 2013

Transition in der Kinderchirurgie – eine Herausforderung

Professor Dr. med. Bernd Tillig, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH), Chefarzt der Klinik für Kinder- und Neugeborenenchirurgie, Kinderurologie, Vivantes Klinikum Neukölln und Klinikum im Friedrichshain, Berlin

In jedem Jahr werden in Deutschland circa 49 000 Kinder mit schweren, körperlichen und Organfehlbildungen geboren [1]. Das entspricht circa 7,3 Prozent aller Neugeborenen. Durch den medizinischen Fortschritt hat sich die Überlebensrate von Früh- und Neugeborenen mit schweren Fehlbildungen zunehmend verbessert. Viele dieser Kinder benötigen eine sehr aufwendige, operative und intensivmedizinische Behandlung. Zur Gewährleistung einer möglichst altersgerechten Entwicklung mit Schulbesuch und Eintritt in das Berufsleben beziehungsweise Zugang zum Studium und einer möglichst guten Lebensqualität sind meist spezielle interdisziplinäre Betreuungskonzepte während des gesamten Kindes- und Jugendalters erforderlich, die neben der Kinderchirurgie andere Spezialgebiete der Kindermedizin wie Sozialpädiatrie, Kindergastroenterologie sowie Neuropädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie einbeziehen.

Wichtige Beispiele solcher schweren angeborenen Fehlbildungen sind die Ösophagusatresie (OA), eine Fehlanlage der Speiseröhre, wodurch die Speiseröhre nicht durchgängig ist, und anorektale Malformationen (ARM), Fehlbildungen des Enddarmes und des Afters, wobei sich die Analöffnung an der falschen Stelle befindet beziehungsweise gar nicht vorhanden ist. Eine besondere Patientengruppe stellen die Kinder mit Spina bifida oder Myelomenigozele dar, die neben der neurologischen Problematik, zum Beispiel dem Hydrozephalus, auch hinsichtlich ihrer urologisch-nephrologischen Funktion und ihrer Kontinenz langfristig beziehungsweise lebenslang einer intensiven Betreuung bedürfen.

Die Ergebnisse nach der operativen Korrektur dieser Fehlbildungen sind gekennzeichnet durch das Risiko von postoperativen Komplikationen, die zum Teil die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen. Kinder und Jugendliche nach Korrektur einer OA leiden zum Beispiel häufig an Schluckstörungen (65 Prozent) sowie teilweise an immer wieder auftretenden Verengungen der Speiseröhre (40 Prozent) und an einem Reflux von Mageninhalt in die Speiseröhre (40 Prozent) [2]. Im Erwachsenenalter werden sich diese Probleme fortsetzen und zum Teil noch verstärken.

Patienten mit ARM leiden oft an schwerwiegenden, sozial stark beeinträchtigenden, funktionellen Beeinträchtigungen wie Urininkontinenz (77 Prozent), Stuhlinkontinenz (72 Prozent), Verstopfung (65 Prozent) und Störungen der Sexualfunktion (50 Prozent) [3, 4, 5]. Verschiedene Studien zeigen bei bis zu 73 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit ARM eine relevant reduzierte Lebensqualität und die betroffenen Familien signalisieren den Bedarf an psychologischer und sozialer Unterstützung [6].

Durch eine solche Fehlbildung mit den daraus resultierenden, zahlreichen gesundheitlichen und psychosozialen Problemen wird die äußerst anspruchsvolle Entwicklungsphase des Erwachsenwerdens noch erheblich komplizierter. Die eingespielten und gut strukturierten kinderchirurgisch-pädiatrischen Betreuungskonzepte aus der Zeit des Heranwachsens müssen möglichst nahtlos überführt werden in das System der Erwachsenenmedizin. Hier jedoch fehlen größtenteils noch adäquate Strukturen, um diesen Übergang professionell im Interesse der Patienten begleiten zu können und die positiven Ergebnisse der kindermedizinischen Betreuung durch eine kontinuierliche Betreuung in das Erwachsenenalter und für das weitere Leben mitzunehmen und zu sichern.

Es existieren zahlreiche, meist lokale Konzepte und Modelle, um die Situation der Adoleszenten mit schweren Fehlbildungen zu verbessern. Das Hauptproblem besteht jedoch in deren Finanzierbarkeit. Das sogenannte „Berliner Transitions-Programm“ für Patienten mit Diabetes mellitus und Epilepsie ist das erste und derzeit einzige seiner Art, das von den Krankenkassen finanziert wird. Solche von der Kindermedizin auf die Erwachsenenmedizin übergreifenden Programme stoßen zudem oft durch regionale Versorgungssituationen an Grenzen. Oft fehlen wohnortnahe, adäquate Weiterbetreuungseinrichtungen beziehungsweise es liegt aufgrund der relativen Seltenheit der Fehlbildung regional keine ausreichende, erwachsenmedizinische Behandlungsexpertise vor.

Die Schaffung von finanzierbaren Strukturen für einen optimalen Übergang von Heranwachsenden mit schweren Fehlbildungen aus der kindermedizinischen Betreuung in das System der Erwachsenenmedizin (Transition) ist eine aktuelle Herausforderung und Aufgabe für die beteiligten medizinischen Fachgesellschaften, für die Gesundheitspolitik und die Krankenkassen.

Literatur:

- 1 Queißer-Luft, A. und Spranger, J.: Fehlbildungen bei Neugeborenen. Dtsch Arztebl 2006; 103(38): A-2464 / B-2136 / C-2060.
- 2 Spitz, L.: Oesophageal atresia. Orphanet Journal of Rare Diseases 2007, May 11; 2:24, doi: 10.1186/1750-1172-2-24.
- 3 Schmidt, D. et al.: Sexual function in adults with anorectal malformation: psychosocial adaptation. German Network for Congenital Uro-REctal Malformations (CURE-Net). *Pediatr Surg Int.* 2012 Aug;28(8):789-92, doi: 10.1007/s00383-012-3119-1.
- 4 Levitt, M.A. and Peña, A.: Anorectal malformations. Orphanet Journal of Rare Diseases 2007, 2:33, doi:10.1186/1750-1172-2-33.
- 5 Schmidt, D. et al.: Postoperative complications in adults with anorectal malformation: a need for transition. German Network for Congenital Uro-REctal Malformations (CURE-Net). *Pediatr Surg Int.* 2012 Aug;28(8):793-5, doi: 10.1007/s00383-012-3120-8.
- 6 Schmidt, D. et al.: Comorbidity and psychosocial need in children and adolescents with anorectal malformations. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie.* 2010; 59(1):38-51.



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie mit derzeit 6.600 Mitgliedern wurde 1872 in Berlin gegründet. Sie gehört damit im 140. Jahr ihres Bestehens zu den ältesten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften.

Zweck der Gesellschaft ist laut Satzung „die Förderung der wissenschaftlichen und praktischen Belange der Chirurgie“. Neben dem Fortschritt in Forschung und Klinik, dessen kritischer Evaluation und Umsetzung in eine flächendeckende Versorgung zählt dazu auch die Auseinandersetzung mit den politischen, ökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen unseres Faches. Die chirurgische Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie die Nachwuchsförderung durch Vergabe zahlreicher Preise und Stipendien an in- und ausländische junge Wissenschaftler sind weitere Kernaufgaben. Kontinuierliche Bemühungen gelten der Pflege internationaler Kontakte und der Beziehung zu den Nachbarfächern, zu Wissenschafts-Organisationen und allen Partnern im Gesundheitswesen.

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

Eine bereits bei Gründung der Gesellschaft 1872 formulierte Aufgabe, nämlich „die chirurgischen Arbeitskräfte zu einigen“, hat heute eine besondere Bedeutung erhalten. Vor dem Hintergrund der im Jahr 2003 neu strukturierten Weiterbildungsordnung mit einer gemeinsamen Basisausbildung aller chirurgischen Fächer (Common Trunk) ist es jetzt mit einer neuen Satzung gelungen, alle Säulen des Gebietes Chirurgie (Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Kinderchirurgie, Herzchirurgie, Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Thoraxchirurgie, Unfallchirurgie/Orthopädie und Viszeralchirurgie) mit ihren wissenschaftlichen Fachgesellschaften unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu vereinen. 2007 sind auch die Neurochirurgen und 2010 die Mund.-Kiefer-Gesichts-Chirurgen dieser Dachgesellschaft beigetreten. Sie vertritt mit ihren über die einzelnen Fachgesellschaften assoziierten Mitgliedern damit rd. 17.500 Chirurgen. Es können so die gemeinsamen Interessen besser gebündelt und in einer starken Gemeinschaft nach außen vertreten werden.

Nach jahrelangem Rechtsstreit wurde der Gesellschaft im Jahre 2002 ihre nach dem Krieg durch die DDR enteignete, 1915 gemeinsam mit der Berliner Medizinischen Gesellschaft errichtete Heimstätte, das Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin Mitte, wieder rücküberreignet. Renoviert ist es jetzt wieder in neuem Glanz erstanden. Dieses symbolträchtige Haus der Chirurgie mit seinem traditionsreichen Hörsaal ist der Sitz aller wissenschaftlich-chirurgischen Fachgesellschaften sowie des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen und repräsentiert auch in dieser räumlichen Vereinigung die große Gemeinschaft aller Chirurgen.

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

Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer
Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin

Tel. 030/28876290
Fax 030/28876299
Mail: info@dgch.de

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Joachim Jähne
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Chefarzt der
Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie am Diakoniekrankenhaus
Henriettenstiftung in Hannover



Beruflicher Werdegang:

1978–1984	Medizinstudium an den Universitäten Düsseldorf, Birmingham, Großbritannien, und Johns Hopkins University Baltimore, USA
1985	Promotion
1984–1990	Facharztausbildung an der Medizinischen Hochschule Hannover (Pichlmayr, Borst, Tscherne)
1990	Arzt für Chirurgie
1990–1991	Forschungsaufenthalt am Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, USA (DFG-Stipendium)
1992	Habilitation
1992	Oberarzt an der Medizinischen Hochschule Hannover
1994	Erwerb der Zusatzbezeichnung Rettungsmedizin
1996	Erwerb der Schwerpunktbezeichnung Viszeralchirurgie
1997	Außerplanmäßiger Professor an der Medizinischen Hochschule Hannover
1997	Anerkennung der Fachkunde „Labor Chirurgie“ und der Weiterbildung in der „speziellen chirurgischen Intensivmedizin“
2007	Erwerb des „Master of Business Administration“ (MBA) an der European Business School, Schloss Reichartshausen, Oestrich-Winkel
2012	Erwerb der Zusatzbezeichnung Spezielle Viszeralchirurgie
Seit 1998	Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie, Schwerpunkt für endokrine und onkologische Chirurgie, Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung gGmbH, Hannover
Seit 1/2013	Ärztlicher Geschäftsführer, Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung gGmbH

Mitgliedschaften und sonstige Aufgaben (Auswahl):

- Mitglied in zahlreichen nationalen und internationalen Fachgesellschaften
- Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 2013/2014
- Kuratoriumsmitglied des Zentrums für Gesundheitsethik an der Evangelischen Akademie Loccum
- Mitherausgeber der Fachzeitschrift „Der Chirurg“
- Editorial Board „Hepato-Gastroenterology“
- Editorial Board „Viszeralmedizin“
- Editorial Board „Langenbeck’s Archives of Surgery“
- Mitherausgeber des Buches „Was gibt es Neues in der Chirurgie?“

Curriculum Vitae

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

* 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 Medizinischen Hochschule 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

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Hans-Peter Bruch
Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC),
Berlin

* 1947



Beruflicher Werdegang:

Studium der Medizin und der Biochemie in Würzburg, 1974 Promotion zum Doktor der Medizin mit dem Thema „Bindungsstudien an Phosphoglukose-Isomerase“, Weiterbildung zum Facharzt für Allgemein Chirurgie, Gefäß- und Unfallchirurgie an der Universitätsklinik in Würzburg, 1980 Verleihung des von-Langenbeck-Preises der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gemeinsam mit Herrn Prof. Dr. Erich Schmidt, 1986 Ernennung zum Leitenden Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik in Würzburg und 1990 Berufung nach Lübeck. Mitgliedschaft in vielen wissenschaftlichen Vereinigungen, zahlreiche Ehrenämter, Mitglied im Editorial Board diverser deutsch- und englischsprachiger Zeitschriften, seit 1999 Mitglied der Leopoldina, seit 2010 Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC), seit 2011 Vorsitzender der gemeinsamen Weiterbildungskommission von BDC/DGCH und allen chirurgisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften und BVOU (Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie), seit 2013 Präsident der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände e.V. (GFB).

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Heinz-Johannes Buhr
Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und
Viszeralchirurgie (DGAV)



Beruflicher Werdegang:

Studium

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

Weiterbildung

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

Facharztanerkennungen

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

Wissenschaftliche Tätigkeit:

1976–1980 Experimentelle Arbeit am Institut für Experimentelle Chirurgie,
Heidelberg
1980 **Habilitation:**
Der traumatisch-hämorrhagische Schock im Langzeitversuch unter
Berücksichtigung des kapillären Wasser- und Eiweißaustritts
1987 **APL-Professur**
C4-Professur für Chirurgie am Universitätsklinikum
Benjamin Franklin, Freie Universität Berlin bzw. Charité –
Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin
2006/2007 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und
Viszeralchirurgie

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

Leitende berufliche Tätigkeit:

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

Berufspolitische Tätigkeit:

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

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Eike Sebastian Debus
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und
Gefäßmedizin (DGG), Direktor der Klinik und Poliklinik für
Gefäßmedizin/Deutsches Aortenzentrum Hamburg
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf



Beruflicher Werdegang:

Nach Abschluss der Schulausbildung in Groningen/NL, Marburg und Kiel zunächst Musikstudium an der Musikhochschule Lübeck. Parallel 1981 Beginn mit dem Medizinstudium an der Christian-Albrechts-Universität Kiel, später an der MAYO Clinic in Rochester/Minnesota, USA, und Zürich, Schweiz. Approbation 1988 in Kiel. Promotion 1989. 1989–1990 Assistent am Pathologischen Institut der Universität Würzburg, danach Beginn der chirurgischen Ausbildung (Universität Marburg). 1991 erneuter Wechsel nach Würzburg an die Chirurgische Universitätsklinik. 1997 Facharzt und Oberarzt der Klinik, 1998 European Board of Surgery Qualification (EBSQ). 1999 Habilitation und leitender Oberarzt der Abteilung vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie. 2000 Schwerpunktbezeichnung Gefäßchirurgie, 2002 European Board of Vascular Surgery (EBSQ-VASC). 2001/2002 berufsbegleitendes Studium in Health Care Management. 2003 Schwerpunktbezeichnung Viszeralchirurgie. 2003–2009 Chefarzt der Abteilung Allgemein-, Gefäß- und Viszeralchirurgie, von 2005 an Direktor der Chirurgischen Klinik an der Asklepios Klinik Harburg. Seit 1.10.2009 Direktor der Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin am Universitären Herzzentrum des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und Ordinarius für Gefäßchirurgie. Leiter des Comprehensive Wound Center des UKE.

Weitere Tätigkeiten:

- Präsident der DGG 2013/2014
- Mitgliedschaft im Editorial Board mehrerer nationaler und internationaler Zeitschriften
- Schriftleitung Journal of Wound Healing 2001–2007 und Gefäßchirurgie 2003–2012
- Beirat der Deutschen Herzstiftung e. V.
- Stipendiat der DGG sowie Preisträger mehrerer Fachgesellschaften. Mitglied verschiedener nationaler und internationaler chirurgischer und medizinischer Fachgesellschaften sowie im Medical Board „Chirurgie“ von Asklepios (bis 2009)
- DFG-Gutachter. Seit 2004 Vorstandsmitglied der DGG
- Präsidiumsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 2013/2014
- 2. Schriftführer der NWCH
- Gründungsvorstand der Vereinigung Norddeutscher Gefäßmediziner

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Bernd Tillig
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH),
Chefarzt der Klinik für Kinder- und Neugeborenenchirurgie,
Kinderurologie, Vivantes Klinikum Neukölln und Klinikum im
Friedrichshain, Berlin

* 1955



Beruflicher Werdegang:

1977–1983	Studium an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig
1983	Staatsexamen und Diplom
17.5.1983	Approbation
1985	Dissertation zur Promotion, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig
1987	Anerkennung als Facharzt für Kinderchirurgie
1994	Forschungspreis der Deutschen Akademie der Naturforscher „Leopoldina“
1995/1996	Kinderurologie, Stanford University, California
1998	Habilitation und Venia Legendi für Kinderchirurgie, Universität Bochum
2000	Forschungspreis der Deutschen Gesellschaft für Urologie
Bis 2003	Oberarzt, Kinderchirurgie, Universität Bochum
Seit 2004	Chefarzt der Klinik für Kinderchirurgie, Neugeborenenchirurgie und Kinderurologie, Vivantes Klinikum Neukölln und Friedrichshain
2008	Ernennung zum außerplanmäßigen Professor für Kinderchirurgie, Universität Bochum
Seit 2010	Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
2010–2013	Stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie
Seit 2011	zusätzlich Ärztlicher Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) Prenzlauer Berg, Zentrum für ambulante Kinder- und Jugendmedizin
Seit 1.11.2013	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie



Gegründet 1872
Sitz Berlin

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Bestellformular Fotos:

Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Mittwoch, 4. Dezember 2013, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Langenbeck-Virchow-Haus, Bibliothek der DGCH, Luisenstraße 59, 10117 Berlin

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

- Professor Dr. med. Joachim Jähne
- Professor Dr. med. Dr. med. h. c. Hans-Joachim Meyer
- Professor Dr. med. Hans-Peter Bruch
- Professor Dr. med. Heinz-Johannes Buhr
- Professor Dr. med. Bernd Tillig
- Professor Dr. med. Eike Sebastian Debus

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

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.

Kontakt für Journalisten:

DGCH Pressestelle

Anna Julia Voormann/Irina Lorenz-Meyer

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Berliner Büro:

Langenbeck-Virchow-Haus

Luisenstraße 59, 10117 Berlin

Telefon: 0711 8931-642 /-552

Fax: 0711 8931-984

lorenz-meyer@medizinkommunikation.org

www.dgch.de