



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
131. Kongress
25. bis 28. März 2014 • Messe Berlin – Südgelände

Chirurgie



zwischen
Faszination,
Mut und Demut

Präsident 2013/2014
Prof. Dr. Joachim Jähne

Eröffnungs-Presskonferenz anlässlich des 131. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Termin: Dienstag, 25. März 2014, 12.30 bis 13.30 Uhr

Ort: Messe Berlin – Eingang Südgelände, Raum Ulm, Zugang über
Ausstellungshalle 2.2.

Anschrift: Jafféstraße, 14055 Berlin

Thementag: Faszination und Technik – Chirurgie: ein Fach mit vielen Facetten

Themen und Referenten:

Chirurgie und Medizintechnik – wie sieht der „mitdenkende“ OP-Saal von morgen aus?

Professor Dr. med. Joachim Jähne

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

Professor Dr. med. Hubertus Feußner

Sprecher der Sektion minimal-invasive Computer- und Telematik assistierte Chirurgie der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Chirurgische Klinik und Poliklinik, Klinikum rechts der Isar, TU München

Wann sind prophylaktische Operationen in der Chirurgie bei gut- und bösartigen Erkrankungen angezeigt?

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

Eigenfett-Transplantation – aktuelle Entwicklungen in der wiederherstellenden und ästhetischen Chirurgie

Professor Dr. med. Jutta Liebau

Präsidentin der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen
(DGPRÄC); Chefärztin der Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Florence-Nightingale-Krankenhaus
der Kaiserswerther Diakonie Düsseldorf

Biobanken – unverzichtbare Grundlage für erfolgreiche Krebsforschung und Tumorbehandlung

Professor Dr. med. Peter Schirmacher

Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Pathologie (DGP); Ärztlicher Direktor des Pathologischen Instituts
am Universitätsklinikum Heidelberg

Die Medizin braucht verschiedene Talente: Warum der Numerus clausus bei der Studienplatzvergabe nicht allein ausschlaggebend sein sollte

Professor Dr. med. Matthias Anthuber

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV); Chefarzt der Klinik für
Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am Klinikum Augsburg

Hüft- und Kniearthrose – wann ist der richtige Zeitpunkt für die OP?

Professor Dr. med. Henning Windhagen

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Präsident der Deutschen
Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Ärztlicher Direktor der Orthopädischen
Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) im Annastift

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, Kerstin Ullrich

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-641/309

Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: ullrich@medizinkommunikation.org

www.chirurgie2014.de, www.dgch.de

Pressekontakt in Berlin

Raum Ulm, Messe Berlin – Südgelände

Dienstag, 25. März 2014, von 8.30 bis 18.00 Uhr

Mittwoch, 26. März 2014, von 8.00 bis 17.00 Uhr

Donnerstag, 27. März 2014, von 8.00 bis 17.00 Uhr

Freitag, 28. März 2014, von 8.00 bis 15.00 Uhr

Tel.: 030 3038 81-518

Fax: 030 3038 81-519





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
131. Kongress
25. bis 28. März 2014 • Messe Berlin – Südgelände

Chirurgie



zwischen
Faszination,
Mut und Demut

Präsident 2013/2014
Prof. Dr. Joachim Jähne

Eröffnungs-Presskonferenz anlässlich des 131. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Termin: Dienstag, 25. März 2014, 12.30 bis 13.30 Uhr

Ort: Messe Berlin – Eingang Südgelände, Raum Ulm, Zugang über
Ausstellungshalle 2.2.

Anschrift: Jafféstraße, 14055 Berlin

Thementag: Faszination und Technik – Chirurgie: ein Fach mit vielen Facetten

Inhalt:

Pressemeldungen

**3-D-Volumetrie, unblutige Gewebeschnitte, mitdenkende
Operationsäle – Digitale Medizintechnik ermöglicht
Eingriffe in hoffnungslosen Fällen**

**Weniger Gewicht für den Numerus clausus
Chirurgen plädieren für Reform der Medizinstudium-
Zulassung**

Redemanuskripte:

Professor Dr. med. Joachim Jähne
und
Professor Dr. med. Hubertus Feußner

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

Professor Dr. med. Jutta Liebau

Professor Dr. med. Peter Schirmacher

Professor Dr. med. Matthias Anthuber

Professor Dr. med. Henning Windhagen

Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Curricula Vitae der Referenten

Übersicht Pressekonferenzen des 131. Chirurgenkongresses in Berlin

Bestellformular für Fotos

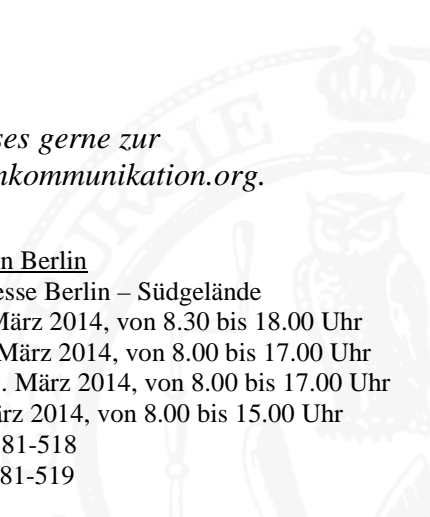
*Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dieses gerne zur
Verfügung. Bitte kontaktieren Sie uns per E-Mail unter: deckert@medizinkommunikation.org.*

Ihr Kontakt für Rückfragen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-641/309
Telefax: 0711 8931-167
E-Mail: ullrich@medizinkommunikation.org
www.chirurgie2014.de, www.dgch.de

Pressekontakt in Berlin

Raum Ulm, Messe Berlin – Südgelände
Dienstag, 25. März 2014, von 8.30 bis 18.00 Uhr
Mittwoch, 26. März 2014, von 8.00 bis 17.00 Uhr
Donnerstag, 27. März 2014, von 8.00 bis 17.00 Uhr
Freitag, 28. März 2014, von 8.00 bis 15.00 Uhr
Tel.: 030 3038 81-518
Fax: 030 3038 81-519





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

131. Kongress

25. bis 28. März 2014 • Messe Berlin – Südgelände

Chirurgie



zwischen
Faszination,
Mut und Demut

Präsident 2013/2014
Prof. Dr. Joachim Jähne



PRESSEMITTEILUNG

131. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

3-D-Volumetrie, unblutige Gewebeschnitte, mitdenkende Operationssäle Digitale Medizintechnik ermöglicht Eingriffe in hoffnungslosen Fällen

Berlin, 25. März 2014 – Die Technik im Operationssaal macht rasante Fortschritte. So sind heute dank 3-D-Bildern Tumoreingriffe möglich, die noch vor kurzem als aussichtslos galten. Plastische Innenaufnahmen zeigen dem Operateur während des Eingriffs, wie ein Stent im Gefäß sitzt, Ultraschall-Skalpelle und -Scheren durchtrennen Gewebe ohne einen Tropfen Blutverlust. Ein weiterer Durchbruch steht kurz bevor: mitdenkende Operationssysteme, die dem Chirurgen Vorschläge unterbreiten oder Warnungen aussprechen. „Die Digitalisierung der Chirurgie wird zu einer faszinierenden Verfeinerung der operativen Techniken führen“, erklärt Professor Dr. med. Joachim Jähne, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Die neuen Möglichkeiten der digitalen Medizintechnologie sind ein Schwerpunktthema auf dem 131. Kongress der DGCH, der vom 25. bis 28. März 2014 in Berlin stattfindet.

Kurz vor ihrer Hochzeit bemerkte die junge Frau, dass ihr Bauch stark anschwell. Die Ärzte diagnostizierten einen großen, schnell wachsenden Lebertumor. Zunächst sah es so aus, als ob eine lebensrettende Operation nicht in Frage käme. Doch dann erstellten Spezialisten 3-D-Schnittbilder der Leber, teilten das Organ in Segmente ein, berechneten, welche Gefäße durchtrennt werden müssten und welche Gewebeanteile durchblutet blieben – und kamen zu dem Schluss, dass das Restvolumen der Leber ausreichen würde. Der Eingriff fand statt, der Tumor wurde komplett entfernt. Heute ist die Patientin geheilt.

„Noch vor wenigen Jahren hätte man in einem solchen Fall eine Operation nicht mehr gewagt“, erklärt Professor Dr. med. Hubertus Feußner, Sprecher der Sektion minimal-invasive Computer- und Telematik assistierte Chirurgie der DGCH. „Doch heute ist die Software bei den bildgebenden Verfahren so gut, dass wir Krebsoperationen auch in scheinbar aussichtslosen Fällen planen“, ergänzt der Experte von der Chirurgischen Klinik und Poliklinik am Klinikum rechts der Isar, TU München.

Auch plastische Innenaufnahmen von Geweben oder Gefäßen während der Operation sind heute möglich – dank isozentrischer Durchleuchtungsbögen. Die Geräte machen Röntgenaufnahmen, während sie sich um einen Punkt drehen, so dass ein räumliches Bild entsteht. „Die Bildauflösung ist fast so gut wie bei der zweidimensionalen Computertomografie, gibt jetzt aber dreidimensional die Situation während der Operation wieder“, so Feußner. Das ist etwa bei einer Aneurysma-Operation wichtig, um einen Stent



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

131. Kongress

25. bis 28. März 2014 • Messe Berlin – Südgelände

Chirurgie



zwischen
Faszination,
Mut und Demut

Präsident 2013/2014
Prof. Dr. Joachim Jähne

so zu platzieren, dass er das Gefäß optimal abdichtet. „Dies ermöglicht in vielen Fällen minimalinvasive Eingriffe, wo bisher offen operiert werden musste“, erklärt Feußner.

Ein weiterer großer Erfolg ist die unblutige Gewebetrennung mit Ultraschall-Schere oder Ultraschall-Skalpell. Dahinter verbirgt sich ein Stahlstift, der in 40 000 Schwingungen pro Minute versetzt wird. Die Energie trennt die Eiweiße in den Geweben auf, während gleichzeitig Kollagenmoleküle verkleben und die Blutungsquellen versiegeln. „Ultraschall-Schnitte machen die minimalinvasive Chirurgie noch sicherer“, betont Feußner. Die Technologie kommt vor allem bei Eingriffen im Dickdarm, Magen und Leber zum Einsatz.

Weitere Durchbrüche stehen bevor. Mittelständische Firmen entwickeln derzeit „integrierte Interventionsumgebungen“, die dem Operateur zuarbeiten. Dazu zählen Bedienungsflächen, die erkennen, in welcher Phase sich der Chirurg befindet und unnötige Funktionen ausblenden. „Oder Systeme, die vorschlagen, den nächsten Patienten zu rufen“, erläutert Feußner. Erste Anwendungen zeigen, dass solche Systeme OP-Leerlaufzeiten einsparen helfen – dreizehn Minuten pro Patientenwechsel. Am Ende dieser Entwicklung könnten „mitdenkende“ Operationssäle stehen, die vor Fehlern warnen und die Patientensicherheit erhöhen.

„Die Herausforderung liegt jetzt darin, die Systeme so auszurichten, dass sie intuitiv zu bedienen sind“, erläutert DGCH-Experte Feußner. „Denn egal, was passiert, der Operateur muss jederzeit Herr der Lage bleiben und das System dominieren.“

Weitere Infos zum Kongressprogramm unter www.chirurgie2014.de.





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

131. Kongress

25. bis 28. März 2014 • Messe Berlin – Südgelände

Chirurgie



zwischen
Faszination,
Mut und Demut

Präsident 2013/2014
Prof. Dr. Joachim Jähne

PRESSEMITTEILUNG

131. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

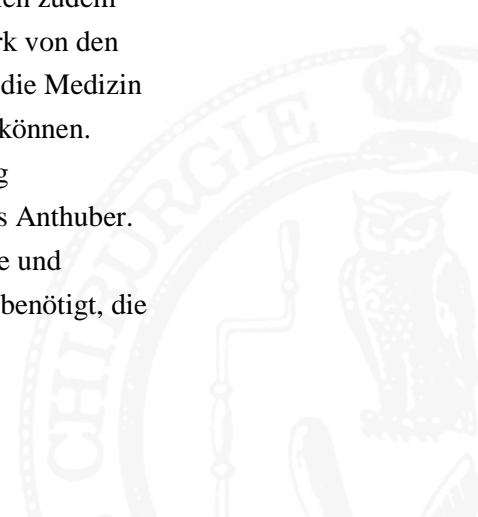
Weniger Gewicht für den Numerus clausus

Chirurgen plädieren für Reform der Medizinstudium-Zulassung

Berlin, 25. März 2014 – Bei der Vergabe von Studienplätzen im Fach Medizin spielt der Numerus clausus derzeit eine beherrschende Rolle. Damit hängt die ärztliche Berufswahl in Deutschland stark von intellektuellen Fähigkeiten ab. „Die Medizin braucht aber nicht nur brillante Denker und Forscher, sondern auch handwerkliche Talente und Menschen mit ausgeprägten sozialen und kommunikativen Kompetenzen“, erklärt Professor Dr. med. Joachim Jähne, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Die Chirurgen plädieren deshalb für eine teilweise Revision des Zulassungsverfahrens. Wie eine solche Reform aussehen könnte, erläuterten Experten auf der heutigen Pressekonferenz anlässlich des 131. DGCH-Kongresses in Berlin.

Die Regeln der Studienplatzvergabe sehen vor, dass knapp zwanzig Prozent der Plätze an die Abiturbesten vergeben werden, weitere knapp zwanzig Prozent nach Wartezeit und fast 60 Prozent in Auswahlverfahren der Hochschulen. Bei den Auswahlverfahren der Hochschulen wird wiederum anhand des Abiturdurchschnitts eine Vorauswahl getroffen, bei den Wartezeiten nach Notenschnitt sortiert. „Insgesamt erfolgt der Zugang zum Medizinstudium fast exklusiv über den Numerus clausus“, erklärt Professor Dr. med. Matthias Anthuber, Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV).

Dadurch gingen der Medizin viele Talente verloren, kritisiert Anthuber. „Das Auswahlverfahren berücksichtigt beispielsweise handwerklich-manuelle Begabungen nicht, auf die es in der Chirurgie auch ankommt.“ Intellektuelle Fähigkeiten seien zudem keine Garantie, dass Ärzte mit Patienten gut umgehen könnten. „Das hängt stark von den kommunikativen und sozialen Fähigkeiten ab“, so Anthuber. Insgesamt müsse die Medizin auf einen breiten Mix an sozialen und kognitiven Kompetenzen zurückgreifen können. „Selbstverständlich brauchen wir brillante Denker in der Ärzteschaft, die streng akademisch orientiert sind und die Forschung voranbringen“, erläutert Matthias Anthuber. „Gefragt sind aber auch praktisch veranlagte technikaffine Tüftler, die Therapie und Diagnostik weiterentwickeln.“ Ebenso würden regional verbundene Hausärzte benötigt, die ihre Aufgabe in der Flächenversorgung sehen.





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

131. Kongress

25. bis 28. März 2014 • Messe Berlin – Südgelände

Chirurgie



zwischen
Faszination,
Mut und Demut

Präsident 2013/2014
Prof. Dr. Joachim Jähne

Das derzeitige System würde darüber hinaus zu einer ungleichen Geschlechterverteilung in der Medizin führen, kritisiert Anthuber weiter, da Mädchen generell weitaus bessere Abiturnoten erzielen als Jungen. Aktuell sind 70 Prozent der Studienabgänger in der Medizin Frauen. „In meiner Abteilung kommt nur eine von zwanzig Bewerbungen von einem männlichen Kollegen“, berichtet Anthuber. Nachdem jahrzehntelang Männer in der Medizin dominierten, drohe jetzt eine Umkehr der Verhältnisse. „Das kann nicht zielführend sein“, meint Anthuber. „Die Zukunft gehört gemischten Teams.“ Die Forschung zeigt, dass gemischte Teams neben einem besseren Betriebsklima mehr innovative Entwicklungen hervorbringen als homogene Teams, weil jedes Geschlecht spezifische Stärken im Bereich Kreativität hat.

Aus den genannten Gründen müsse das System der Zulassung zum Medizinstudium kritisch hinterfragt und einer Revision unterzogen werden, fordert der DGAV-Präsident. Er plädiert dafür, einen Teil der Zulassungen unabhängig vom Numerus clausus erfolgen zu lassen. So könnten beispielsweise Interessierte, die ein halbjähriges Pflegepraktikum absolviert haben, zu einem Eignungsgespräch eingeladen werden. „Wenn sich jemand in der Praxis bewährt, verdient er eine Chance – unabhängig vom Notendurchschnitt“, so Anthuber.

Weitere Infos zum Kongressprogramm unter www.chirurgie2014.de.



Der „digitale OP“: Eine Vision wird (allmählich) Wirklichkeit

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

und

Professor Dr. med. Hubertus Feußner, Sprecher der Sektion minimal-invasive Computer- und
Telematik assistierte Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Chirurgische
Klinik und Poliklinik, Klinikum rechts der Isar, TU München

Chirurgie ist eine primär manuell geprägte Disziplin und scheint deshalb auf den ersten Blick wenig
für eine „Digitalisierung“ geeignet. Jeder chirurgische Eingriff ist ein Unikat und eignet sich damit
zunächst nicht für ein hochstandardisiertes, modellbasiertes oder gar automatisiertes Vorgehen.

Trotzdem hat der Computer, zwar weitgehend unbemerkt, schon längst auch die Chirurgie erobert.

In der präoperativen Diagnostik kann der Befund durch hochauflösende Schnittbilddiagnostik und
funktionale Diagnostik immer präziser charakterisiert werden. Die Darstellung wird zunehmend
intuitiver – bis hin zum Plotten maßstabsgerechter Modelle, zum Beispiel von Tumoren und ihren
angrenzenden Strukturen. Dadurch kann der Chirurg seine therapeutische Strategie schon vor Beginn
des Eingriffs immer präziser planen.

Intraoperativ haben sich neue Dimensionen der Bildgebung und Navigation eröffnet. Robotergeführte
Durchleuchtungssysteme erlauben während des Eingriffs Bildaufnahmen, die in der Qualität denen
eines Computertomografen nahe kommen und bei Bedarf millimetergenau wiederholt werden können.
Computergestützte Operationsinstrumente ermöglichen die chirurgische Gewebsdurchtrennung ohne
Blutverlust und besonders schonende Gewebsneuverbindungen. Von den technologischen
Innovationen – hier ist zum Beispiel die Verbesserung der Visualisierung durch elektronische
Bildbearbeitung zu nennen – profitiert in besonderem Maße die sogenannte minimalinvasive
Chirurgie.

Aus dem Operationssaal von gestern ist eine integrierte Interventionsumgebung geworden, in der alle
verwendeten Gerätesysteme zunehmend mehr miteinander vernetzt sind und eine kooperierende
Einheit bilden. Dadurch sollen trotz des immer höheren Technisierungsgrades im Operationssaal und
immer komplexerer Eingriffe dennoch das Sicherheitsniveau erhöht und die Effizienz weiter
verbessert werden.

Auf diese Weise soll nach dem Grundsatz „So radikal wie (unbedingt) nötig, aber so schonend als
möglich“ eine in jedem einzelnen Fall optimierte chirurgische Behandlung möglich werden
(„individualisierte Therapie“), die gegebenenfalls auch durch andere nicht chirurgische
Behandlungsverfahren flankiert wird („multimodale Therapie“).

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, März 2014

Sind prophylaktische Operationen in der Chirurgie bei gut- oder bösartigen Erkrankungen indiziert?

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

Prophylaktische Eingriffe in der operativen Medizin mit dem Ziel, Krankheiten zu verhüten, bevor sie überhaupt entstehen beziehungsweise in einem frühen Stadium zu diagnostizieren, werden seit langer Zeit durchgeführt. Im letzten Jahr hat allerdings die bilaterale Mastektomie einer prominenten Persönlichkeit für viel Aufmerksamkeit gesorgt und das Thema wieder vermehrt in die Diskussion gebracht, besonders auch bei a- oder oligo-symptomatischen Patienten mit benignen Grunderkrankungen unter dem Aspekt der Indikationsausweitung bei chirurgischen Eingriffen. Für eine prophylaktische Operation darf und kann allerdings keine generelle Empfehlung ausgesprochen werden, denn weiterhin muss der Patient stets im Rahmen des Informationsgesprächs mit entsprechender Dokumentation ausführlich aufgeklärt werden, wobei etwaige Komplikationen klar zu kommunizieren sind.

Aus der Allgemein- und Viszeralchirurgie können exemplarisch an einigen Beispielen der Stellenwert und die Bedeutung prophylaktischer Eingriffe bei verschiedenen Grunderkrankungen dargestellt werden. Bei Vorliegen einer asymptomatischen Leistenhernie im Erwachsenenalter stellt sich sehr wohl die Frage, ob in allen Fällen eine operative Intervention notwendig ist, während nach derzeitiger Leitlinie die kindliche Leistenhernie möglichst elektiv innerhalb eines Monats operativ zu versorgen ist. Nach Einführung der minimalinvasiven Operationsverfahren in den 1990er-Jahren war ein deutlicher Anstieg der Cholezystektomie, auch bei Vorliegen eines Gallenblasensteinleidens ohne Beschwerdesymptomatik, zu verzeichnen, obwohl nach Leitlinienvorgaben in der Regel keine Indikation zur operativen Intervention besteht. 60 bis 80 Prozent der asymptomatischen Steinträger bleiben weiterhin ohne Beschwerden, wobei die jährliche Komplikationsrate zwischen 0,1 und 0,3 Prozent liegt. Bei beschwerdefreien Patienten mit Nachweis einer sogenannten Porzellangallenblase durch die bildgebenden Untersuchungsverfahren wird nur bei fleckförmiger Verkalkung wegen des Risikos eines Gallenblasenkarzinoms die Cholezystektomie empfohlen. Bei größeren Abdominaleingriffen kann hingegen bei entsprechender Aufklärung auch bei symptomfreien Steinträgern die simultane Cholezystektomie gerechtfertigt sein.

Prophylaktische Maßnahmen sind ebenfalls im Rahmen von anderen intraabdominellen Eingriffen indiziert, wie zum Beispiel die Anlage einer temporären, protektiven Ileo- oder Kolostomie nach tiefer anteriorer Rektumresektion. Das Stoma wird nach Abheilung der Anastomose wieder aufgehoben. Weiter kann bei Vorliegen eines irresektablen periampullären Pankreaskarzinoms im weiteren Krankheitsverlauf eine relevante Magenausgangsstenose auftreten. Die Anlage einer prophylaktischen Gastrojejunostomie steht weiterhin in der Diskussion, wobei nun durch eine aktuelle systematische Metaanalyse gezeigt werden konnte, dass zwar bei verlängerter Operationszeit lediglich in 2,5 Prozent

der Fälle später eine Magenausgangsstenose nach erfolgter Bypass-Operation zu verzeichnen war. Nach explorativer Laparotomie trat diese Komplikation hingegen in 27,8 Prozent der Fälle auf, sodass eine solche prophylaktische Operation durchaus angezeigt ist.

Auch im Bereich des oberen und unteren Verdauungstrakts ergibt sich die Indikation zu prophylaktischen Maßnahmen. Dem hereditären diffusen Magenkarzinom (HDGC) liegt dabei eine Keimbahnalteration des Gens CDH1 (E-Cadherin) zugrunde. Bei mutierten Genträgern ist das Risiko, ein diffuses Magenkarzinom zu entwickeln, mit 70 bis 80 Prozent sehr hoch, sodass in diesem Fall die prophylaktische Gastrektomie anzuraten ist. Bei der familiären adenomatösen Polyposis (FAP) handelt es sich um die zweithäufigste Form des erblichen Darmkrebses, bedingt durch eine Keimbahnmutation des sogenannten APC-Gens. Bei Patienten mit klassischer FAP sollte, unabhängig vom Ergebnis der molekulargenetischen Untersuchung, präventiv eine restaurative, also kontinenserhaltende Proktokolektomie durchgeführt werden. Bei der häufigsten erblichen Darmerkrankung, dem hereditären nichtpolypösen kolorektalen Karzinom (HNPCC oder Lynch-Syndrom), soll hingegen nach derzeitiger Leitlinienempfehlung bei Mutationsträgern keine prophylaktische Operation erfolgen, da bei regelmäßiger koloskopischer Vorsorgeuntersuchung der Karzinomnachweis in frühen Stadien oder sogar bei prämaligen Adenomen möglich ist.

Insgesamt ergibt sich also ein breites Spektrum an prophylaktischen Eingriffen in der operativen Medizin, wobei besonders bei benignen Grunderkrankungen trotz aller ökonomischen Zwänge nicht von den klassischen Regeln der Indikationsstellung abgewichen werden darf. Bei Erkrankungen mit hohem Risiko einer Karzinomentwicklung oder bei familiärer Prädisposition besitzt nach subtiler Diagnostik sowie sorgfältiger Beratung und Aufklärung nach aktuellem medizinischem Wissensstand die prophylaktische Chirurgie, so auch bei endokrinen Erkrankungen, einen hohen Stellenwert.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, März 2014

Faszination in der plastischen und ästhetischen Chirurgie: individuelle Lösungen mit autologer Fetttransplantation

Professor Dr. med. Jutta Liebau, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC); Chefärztin der Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Florence-Nightingale-Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie Düsseldorf

Die plastische und ästhetische Chirurgie befassen sich mit Wiederherstellungs- und ästhetischer Chirurgie an allen Körperregionen und sind interdisziplinär im medizinischen Fächerkanon. Für unterschiedlichste Patienten werden individuelle Lösungen entwickelt. Gewebeersatz durch Eigenfetttransplantation kann bei Substanzdefekten, Konturunebenheiten, Narben durchgeführt werden. Aktuell birgt die autologe Fetttransplantation großes Potenzial und wird mit Nachdruck erforscht.

Von der Rekonstruktion und Ästhetik bis hin zur Regeneration

Die sogenannte autologe Fetttransplantation, also das Einbringen von zuvor an anderer Stelle entnommenen Fettzellen, erlebt nach ihrer Erstanwendung vor über hundert Jahren eine Renaissance. Sowohl im Bereich der Rekonstruktion wird sie eingesetzt, zum Beispiel zur Narbentherapie, zur Formkorrektur im Bereich der Brust, zur Brustrekonstruktion oder bei der Kapsel Fibrose nach Implantatchirurgie, als auch in der Ästhetik, hier etwa zur Volumenergänzung und Faltenbehandlung des Gesichtes oder auch zur Vergrößerung der Brust. In allen Bereichen wird dabei angestrebt, dass möglichst viele Zellen den Prozess überstehen und es nicht zu einem Abbau nach der Injektion, der sogenannten Resorption, kommt. Dabei schwanken die Aussagen zur Einheilungsrate beträchtlich zwischen 30 Prozent und über 80 Prozent, wobei Entnahme- und Injektionstechnik hierauf einen Einfluss ausüben wie auch die Durchblutungssituation im Bereich der Fettinjektion, zum Beispiel eine Vorbestrahlung oder auch Rauchen. Häufig sind wiederholte Fetttransplantationen notwendig. Besonders erstaunlich ist, dass durch das Verfahren offenbar auch regenerative Effekte stimuliert werden. So hat Sydney Coleman in den 1990er-Jahren entdeckt, dass nach Formkorrektur der Nase mit Eigenfett auch eine Narbe an der Nase deutlich verbessert wurde. Die Forschungen hierzu sind aber noch nicht abgeschlossen, der Wirkmechanismus noch nicht abschließend geklärt. Aber bereits heute werden erstaunliche Effekte bei stark vernarbten oder auch durch Bestrahlung geschädigtem Gewebe erreicht.

Alles, was Recht ist

Dabei sind die Forschungs- und Anwendungsmöglichkeiten stark von der nationalen Rechtslage abhängig. So müssen die Absaugung, Aufbereitung und das Wiedereinbringen des Fettes in Deutschland in einem Vorgang erfolgen, ansonsten verstößt man hierzulande gegen das Gewebegesetz. Mit dem so bearbeiteten Fett lassen sich dann Gewebedefekte ausgleichen, etwa Brustfehlbildungen korrigieren. Wird das Fett weiterbearbeitet, etwa mit Stammzellen angereichert, fällt dies in Deutschland unter das Arzneimittelgesetz: Forschungen in diesem Bereich bedürfen daher

recht aufwendiger Genehmigungsverfahren. Wir benötigen auch für die Reinjektion nicht bearbeiteter Fettzellen eine stringente Qualitätssicherung unter Einsatz evidenzbasierter Leitlinien, um maximale Patientensicherheit zu erreichen, unter Leitung der DGPRÄC wird aktuell eine Leitlinie zum Thema angestrebt.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, März 2014

Biobanken – unverzichtbare Grundlage erfolgreicher Krebsforschung und Tumorbehandlung

Professor Dr. med. Peter Schirmacher, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Pathologie (DGP);
Ärztlicher Direktor des Pathologischen Instituts am Universitätsklinikum Heidelberg

Qualitätsgesicherte Biobanken sind Rückgrat der klinischen und Grundlagen-orientierten biomedizinischen Forschung und damit jeder Verbesserung in der Diagnose und Behandlung unserer Patienten. Während früher dem Biobanking vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde und es mehr der Initiative Einzelner überlassen war, hat sich dies in den letzten zehn Jahren entscheidend geändert; Die Biobank-Aktivitäten haben sich vervielfacht, und mittlerweile werden sie vom TIME Magazine zu den zehn wichtigsten und zukunftssträchtesten Aktivitäten der Menschheit gezählt. Warum? Es hat sich gezeigt, dass im medizinischen Bereich wissenschaftlicher Fortschritt ohne geeignete Biobanken undenkbar ist und durch mangelhaften Umgang und fehlerhafte Bewertung der Bioproben nach konservativen Schätzungen 20 Milliarden Euro Forschungs- und Entwicklungskosten fehlgeleitet beziehungsweise vergeudet werden und etwa 50 Prozent auch der hochklassig veröffentlichten Arbeiten aufgrund unzureichender Charakterisierung oder Qualität der untersuchten Bioproben fehlerhaft und damit in ihrer Aussage wertlos sind. Kurz und gut: Defizite im Biobanking wirken sich schwerer aus als jeder andere Mangel in der biomedizinischen Forschung, und mit einer nachhaltigen Förderung des Biobankings können wir mehr für unsere Forschung tun als mit jeder anderen Maßnahme.

Biobanking ist vielschichtig und anspruchsvoll. Es umfasst nicht nur die standardisierte Gewinnung und Lagerung von Bioproben, sondern ein umfassendes Qualitätsmanagement, Datenschutzprogramme, IT-Lösungen, strukturiertes Projektmanagement, Biomaterial-bezogene Technologieplattformen und – wichtiger als alles andere – eine durch Experten sichergestellte auf das wissenschaftliche Projekt abgestimmte, genaue Begutachtung der Bioproben. Dies ist ein zentrales Element der „guten wissenschaftlichen Praxis“ und von entscheidender Bedeutung für die Korrektheit der am Material erhobenen Forschungsergebnisse. Dies alles kann nur durch zentrale, an den Forschungs-aktiven Standorten eingerichtete Biobank-Strukturen erreicht werden, die eine ihren umfangreichen Aufgaben angemessene Unterstützung haben; es handelt sich also um zentrale, wichtige Ressourcen- und Technologie-Plattformen.

Biobanken werden auf allen Ebenen der Krebsforschung und -behandlung benötigt. Sie stellen qualitativ hochwertige, bestens charakterisierte Biomaterialien für Grundlagen-Forschungsprojekte zur Verfügung, bei denen bislang unbekannte Mechanismen der Krebsentstehung untersucht werden. Auch für die anwendungsnahe (präklinische) Forschung sind sie unverzichtbar, um die Häufigkeit dieser Mechanismen bei menschlichen Tumoren zu bestimmen und spezifische Nachweisverfahren am Tumorgewebe zu entwickeln. In der klinischen Krebsforschung sind sie unverzichtbar, um die Studien-Biomaterialkollektive zu betreuen und die Begleitforschung bei Studien zu unterstützen, und in der Anwendung werden die Biobank-Kollektive für Qualitätssicherung und Training gebraucht.

Diese zentralen Biobanken sind interdisziplinäre Einrichtungen, zu denen alle Fachrichtungen (besonders Pathologie, Labormedizin, Operative Fächer, IT-Einheiten, Forschung) beitragen müssen. Von den wissenschaftlichen Fördereinrichtungen (BMBF und andere) wurde die Notwendigkeit erkannt, und erste Förderprogramme (cBMB, Deutsche Zentren für Gesundheitsforschung) beginnen, einen Beitrag zur Schaffung nachhaltiger Biobank-Strukturen zu leisten. Auch internationale Kooperationsstrukturen (zum Beispiel BBMRI der EU) beginnen sich zu etablieren, und Deutschland ist daran durch den German Biobank Node (GBN) beteiligt. Insgesamt stehen diese Bemühungen erst am Anfang, und es braucht weitere erhebliche – auch finanzielle – Anstrengungen, bis das Biobanking an den forschungsstarken deutschen Standorten dem Bedarf und dem Anspruch entsprechend aufgestellt ist.

Exzellentes Biobanking an den Standorten hängt von einer reibungslosen interdisziplinären Zusammenarbeit der hierfür entscheidenden operativen Fächer und der Pathologie ab. Kernpunkt ist, dass die umfangreichen Leistungen aller Beteiligten als wesentlicher wissenschaftlicher Beitrag akzeptiert und entsprechend im Biobank-Modell berücksichtigt werden. Vertrauen aller Beteiligten, eine kompetent ausgeübte wissenschaftliche „Maklerfunktion“ der Biobank und konsentrierte Biobank-Strukturen sind von entscheidender Bedeutung.

Die Maßnahmen der letzten Jahre haben das Biobanking auf einen guten Weg gebracht, aber es stehen weitere enorme Infrastruktur-Aufgaben vor uns, die nur gemeinsam zu bewältigen sind.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, März 2014

Die Feminisierung der Medizin – der Chirurgie fehlt es massiv an männlichem Nachwuchs!

Professor Dr. med. Matthias Anthuber, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV); Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am Klinikum Augsburg

Seit circa zehn Jahren ist festzustellen, dass deutlich mehr Frauen als Männer den ärztlichen Beruf ergreifen. Aktuell sind 70 Prozent aller Studienabgänger in der Humanmedizin weiblichen Geschlechts. Medizin ist weder männlich noch weiblich, weswegen allen weiteren Überlegungen vorangestellt sei, dass Frauen, egal in welcher medizinischen Disziplin, gleich gute Leistungen erzielen wie ihre männlichen Kollegen. Setzt sich jedoch die jetzige Entwicklung unverändert fort, werden wir in der kurativen Medizin in nicht allzu langer Zeit ein Geschlechterverhältnis haben, das wenigstens dem der Studienabgänger entspricht. Ohne in eine tiefgreifende Diskussion über die Geschlechterverteilung in der Medizin einsteigen zu wollen, scheint es angebracht, ein ausgewogenes Verhältnis von Ärztinnen zu Ärzten anzustreben. Von 20 Bewerbungen an chirurgischen Abteilungen in Häusern der Maximalversorgung stammt derzeit nur mehr eine von einem männlichen Kollegen. Dieser Umstand muss die Frage aufwerfen, wo denn der männliche Nachwuchs in der Medizin im Allgemeinen und in den operativen Fächern im Speziellen bleibt?

Ganz wesentlicher Grund ist sicherlich das seit Jahrzehnten in Deutschland praktizierte System des Zugangs zum Medizinstudium nahezu ausschließlich über den Numerus clausus. In diesem Zusammenhang ist festzustellen, dass Mädchen bessere Abiturnoten erzielen als Jungen. Dem liegen vermutlich aus erziehungs- und entwicklungspsychologischer Sicht vielschichtige Ursachen zugrunde. Vereinfachen lässt es sich jedoch mit der Aussage, dass ganz offensichtlich die Pubertät die intellektuelle Leistungsfähigkeit beziehungsweise die Bereitschaft zum engagierten intellektuellen schulischen Einsatz bei Jungen mehr einschränkt als bei Mädchen. Und um einen Teil des Problems bildlich auszudrücken: Während die Mädchen lernen, liegen die Jungs unterm Mofa und versuchen die Motorleistung zu optimieren, schrauben und basteln oder programmieren am Computer verrückte Apps. Mit dem nahezu exklusiven Zugang über den Numerus clausus geht der Medizin und insbesondere der Chirurgie dieser manuell begabte und kreative Nachwuchs an „Bastlern und Tüftlern“ verloren, weil genau diese Jungen nur in ganz seltenen Ausnahmefällen ihre Schulzeit mit einem Notendurchschnitt von 1,0 bis 1,2 abschließen. Abgesehen davon, wird ein Numerus clausus nie darstellen können, was in der kurativen Medizin am allermeisten gebraucht wird: soziale Kompetenz und emotionale Intelligenz! Viele ärztliche Talente werden im jetzigen System als solche niemals erkannt, weil ihnen der Zugang zum Studium verwehrt bleibt. Sicherlich braucht auch die Medizin in der Zukunft die ganz brillanten Denker, die mit ihren Forschungsaktivitäten die Wissenschaft vorantreiben und unser Fach weiterentwickeln. Aber im gleichen Maße brauchen wir auch die, die als Haus- und Fachärzte im ambulanten und stationären Sektor vor allem auch in den weniger dicht besiedelten und attraktiven Gebieten unserer Republik die Patientenversorgung sichern.

Frei nach dem Motto: Der 3,0-Abiturient kehrt als engagierter Arzt in sein Heimatdorf, in seine Heimatstadt zurück.

Kurzum, es ist an der Zeit, von politischer Seite aus das jetzige System der Zulassung zum Medizinstudium kritisch zu hinterfragen und einer Revision zu unterziehen. Vorstellen könnte man sich, dass ein Teil der Zulassungen unabhängig vom Numerus clausus erfolgt, wenn interessierte Studienabgänger nach Ableistung eines mehrmonatigen Praktikums und eines Eignungsgesprächs grünes Licht für das Medizinstudium erhalten. Diese Diskussion muss angestoßen werden, um sich nicht in 20 Jahren über eine Quotenregelung für Männer in der Medizin auseinandersetzen zu müssen, wie diese seit geraumer Zeit für Frauen in Vorständen großer Industrieunternehmen in Deutschland geführt und in Teilen schon umgesetzt wurde.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, März 2014

Hüft- und Kniearthrose – wann ist der richtige Zeitpunkt für die OP, wird zu viel operiert, sind die Prothesen sicher?

Professor Dr. med. Henning Windhagen, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) im Annastift

Richtiger Zeitpunkt. Unsere heutige Gesellschaft versteht sich als eine aktive Gesellschaft mit allerhöchsten Ansprüchen der Patienten an Bewegung, Sport und Aktivität. Nur wenige Menschen akzeptieren Einschränkungen mit zunehmendem Alter. Gleichzeitig trägt Bewegung zur allgemeinen Gesundheit bei, was der Medizin der Gelenke höchste Priorität einräumen muss.

Gelenkerhaltende operative Verfahren an Hüfte und Knie können das Fortschreiten der Arthrose verhindern, müssen frühzeitig angewandt werden, funktionieren aber nur bei geringen Arthrosegraden. Bei hohen Arthrosegraden sind konservative Maßnahmen mit Gewichtskontrolle, Kraft- und Ausdauertraining sowie schmerztherapeutische und propriozeptionsfördernde Maßnahmen sinnvoll.

Die Implantation von Endoprothesen ist ein sinnvoller Schritt bei fortgeschrittener Arthrose. Hier zeigen Studien, dass eine Patientenzufriedenheit mit dem richtigen Zeitpunkt zu tun hat. Niedrige Arthrosegrade führen eher zur Unzufriedenheit, eine gute Sportfähigkeit nach Prothetik wird aber häufig nur erreicht, wenn diese vor der Prothesenversorgung nicht weitgehend verloren ging. (Polkowski GG et. al.: CORR 2013, 471(1), Chang CB et al.: JOT 2010 11(1), Schnurr C et al.: Int Orthop 2013 37(7))

Fakten. Aktuell werden in Deutschland pro Jahr circa 150 000 Hüftprothesen, 140 000 Knieprothesen (ESQS 2010) und 45 000 Wechseloperationen durchgeführt. Diese Zahlen sind über die letzten fünf Jahre relativ konstant mit circa drei Prozent Abnahme bei Hüftprothesen und drei Prozent Zunahme bei Knieprothesen (WIdO-Daten). Gleichzeitig liegt die Versorgungsrate in Deutschland gegenüber dem internationalen Vergleich höher.

Risiken und Alternativen. Trotz der Erfolge der letzten Jahrzehnte muss sich jeder Patient vor einer Endoprothesenimplantation mit den Risiken vertraut machen. Diese hängen auch von der individuellen Gesundheit und dem Deformationszustand des Gelenkes ab. Nicht jede Ursache für eine Gelenkerstörung darf gleich bewertet werden. Mit jedem Restrisiko empfiehlt es sich, nach Alternativen zu fragen, die in einer medikamentösen oder physiotherapeutischen Behandlung liegen können.



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie mit derzeit 6.500 Mitgliedern wurde 1872 in Berlin gegründet. Sie gehört damit im 142. 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 über 18.000 Chirurgen. Es können so die gemeinsamen Interessen besser gebündelt und in einer starken Gemeinschaft nach außen vertreten werden.

Nach jahrelangem Rechtsstreit wurde der Gesellschaft im Jahre 2002 ihre nach dem Krieg durch die DDR enteignete, 1915 gemeinsam mit der Berliner Medizinischen Gesellschaft errichtete Heimstätte, das Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin Mitte, wieder rückübergeben. Renoviert ist es jetzt wieder in neuem Glanz erstanden. Dieses symbolträchtige Haus der Chirurgie mit seinem traditionsreichen Hörsaal ist der Sitz vieler wissenschaftlich-chirurgischer Fachgesellschaften sowie des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen und repräsentiert auch in dieser räumlichen Vereinigung die große Gemeinschaft der 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. Joachim Jähne
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH); Chefarzt der
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Diakoniekrankenhaus
Henriettenstiftung gGmbH, Hannover

* 1959



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1978–1984 | Medizinstudium an den Universitäten Düsseldorf, Birmingham (Großbritannien) und Johns Hopkins University, Baltimore (USA) |
| 1984 | Erteilung der Approbation |
| 1985 | Promotion („magna cum laude“) am Institut für Experimentelle Anästhesiologie der Universität Düsseldorf |
| 1984–1990 | Weiterbildung zum Arzt für Chirurgie, Medizinische Hochschule Hannover (MHH) |
| 1990 | Erwerb der Gebietsbezeichnung „Arzt für Chirurgie“ |
| 1990–1991 | Research Fellow am Department of Surgery, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York (USA) |
| Seit 10/1991 | Fortsetzung der ärztlichen Tätigkeit an der Klinik für Abdominal- und Transplantationschirurgie, MHH |
| 1992 | Oberarzt der Klinik für Abdominal- und Transplantationschirurgie, MHH |
| 1992 | Habilitation |
| 1994 | Erwerb der Zusatzbezeichnung „Rettungsmedizin“ |
| 1996 | Erwerb der Schwerpunktbezeichnung „Viszeralchirurgie“ |
| 1997 | Ernennung zum außerplanmäßigen (APL) Professor, MHH |
| 1997 | Anerkennung der Fachkunde „Labor-Chirurgie“ |
| 1997 | Anerkennung der zusätzlichen Weiterbildung in dem Gebiet Chirurgie in der „Speziellen Chirurgischen Intensivmedizin“ |
| Seit 1/1998 | Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Schwerpunkt für endokrine und onkologische Chirurgie, Operatives Zentrum, Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung gGmbH, Hannover |
| 2006–2007 | Executive MBA-Studium an der European Business School (EBS), Schloss Reichartshausen, Oestrich-Winkel, MBA-Abschluss |
| Seit 1/2013 | Ärztlicher Geschäftsführer Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung gGmbH |

Mitgliedschaften in zahlreichen nationalen und internationalen chirurgischen Fachgesellschaften,
Herausgeber von Fachzeitschriften, Buchautor, Mitarbeit in zahlreichen Gremien und Organisationen

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Hubertus Feußner
Sprecher der Sektion minimal-invasive Computer- und Telematik
assistierte Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH),
Chirurgische Klinik und Poliklinik, Klinikum rechts der Isar, TU München

* 1954



Beruflicher Werdegang:

- 1973–1979 Studium der Medizin an der Philipps-Universität Marburg
- 1979 Assistenzarzt an der Urologischen Klinik Kassel (Professor Dr. Melchior)
- 1981 Assistenzarzt der Chirurgischen und Gefäßchirurgischen Abteilung der Heinz-Kalk-Klinik, Bad Kissingen (Professor K. J. Paquet)
 Hospitant am Surgical Department, St. Helier Hospital, London, England
- 1983 Wissenschaftlicher Assistent an der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München (Professor Siewert)
- 1985 Mitbegründer der Arbeitsgemeinschaft Dysphagie München
- 1989 Facharzt für Chirurgie
- 1999 Ernennung zum außerplanmäßigen Professor für Chirurgie
 Klinischer Leiter der Forschungsgruppe MITI (minimal-invasive interdisziplinäre therapeutische Intervention) am Klinikum rechts der Isar
- 2013 1. Vorsitzender der Sektion für minimalinvasive Computer- und Telematik-assistierte Chirurgie (CTAC) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
- 2013 Schriftführer der Deutschen Gesellschaft für Computer- und Roboterassistierte Chirurgie (CURAC)

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 Ludwig-Maximilians-Universität München |
| 1972 | Promotion an der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen |
| 1973–1974 | Medizinalassistent im Zentrum Innere Medizin und Chirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) |
| 1974–1980 | Chirurgische Weiterbildung im Zentrum Chirurgie der MHH |
| 1980 | Anerkennung als Arzt für Chirurgie |
| 1981 | Habilitation an der MHH |
| 1982–1987 | Oberarzt der Klinik für Abdominal- und Transplantationschirurgie der MHH
(Professor Dr.med. R. Pichlmayr) |
| 1986 | Ernennung zum außerplanmäßigen Professor der MHH |
| 1987–1995 | Leitender Oberarzt und Vertreter von Professor Dr. med. R. Pichlmayr |
| 1995–1996 | Stellvertretender kommissarischer Leiter der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie der MHH im Krankenhaus Oststadt |
| 1996 | Anerkennung als Arzt für Viszeralchirurgie |
| 1996–2012 | Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Städtischen Klinikum Solingen |
| 2007–2009 | Vorsitzender des Konvents der Leitenden Krankenhauschirurgen |
| 2009–2010 | Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) |
| Seit 2009 | Koordinator des European Union Network of Excellence on Gastric Cancer |
| 2011 | Doctor honoris causa der Jagiellonien-Universität Krakau |
| Seit 8/2012 | Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie |

Ehren- und Mitgliedschaften in zahlreichen nationalen und internationalen Fachgesellschaften und chirurgischen Vereinigungen, Ko-Editor von medizinischen Fachzeitschriften und Buchautor

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Jutta Liebau

Präsidentin der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC); Chefärztin der Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Florence-Nightingale-Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie Düsseldorf



Beruflicher Werdegang:

Professor Dr. Jutta Liebau ist Präsidentin der DGPRÄC. Sie ist Chefärztin der Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie im Florence-Nightingale-Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie Düsseldorf. 1996 erfolgte die Anerkennung der Europäischen Prüfung für Plastische Chirurgie (European Board of Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery – EBOPRAS). Seit 2005 lehrt sie als außerplanmäßige Professorin an der Medizinischen Hochschule Hannover. Sie ist Mitglied der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler der Ärztekammer Nordrhein. Seit 2003 ist sie Vorsitzende des DGPRÄC-Landesverbandes Nordrhein-Westfalen. Schwerpunkte sind die wiederherstellende und ästhetische Brust- und Gesichtschirurgie sowie körperformende Chirurgie.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Peter Schirmacher
Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Pathologie (DGP);
Ärztlicher Direktor des Pathologischen Instituts am
Universitätsklinikum Heidelberg



Scientific Vita:

- 1981–1987 Study of Medicine, University of Mainz
1987 MD-Thesis (magna cum laude, Institute of Physiology, University of Mainz)
1987–1989/
1991–1998 Institute of Pathology, University of Mainz
1989–1991 Postdoctoral Research Fellowship (DFG) Liver Research Center, Albert Einstein
College of Medicine, New York (Prof. D.A. Shafritz)
PhD-Study (Molecular Biology) Albert Einstein College, New York
Since 1992 Scientific Research Group leader
1995 Board Certification Pathology
1996 Board Certification Molecular Pathology and Habilitation
1996–1998 Managing board DFG-SFB 519
1998–2004 Full Professor of Pathology (C3) and Deputy Director, Institute of Pathology,
University of Cologne
2001–2004 Managing board ‘Center for Molecular Medicine Cologne’ (CMMC)
Since 2004 Professor of Pathology (C4) and Director, Institute of Pathology, University of
Heidelberg
Since 2004 Managing board Tumorzentrum Heidelberg/Mannheim
Since 2006 Board German Association for Study of the Liver; deignated president (9/2008)

Awards:

Johannes Gutenberg Award (1988); Boehringer Ingelheim Award (1997)

Fields of interest:

Molecular and morphological digestive tract carcinogenesis (especially liver and pancreas; prognostic, diagnostic, and therapeutic targets); Tumorigenic role of growth factor mediated signalling processes (IGF, WNT, HGF/MET); Chronic liver diseases and their role in initiating hepatocarcinogenesis (especially chronic viral hepatitis); molecular pathological diagnostics; tumor banking; virtual microscopy

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Matthias Anthuber
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und
Viszeralchirurgie (DGAV); Chefarzt der Klinik für Allgemein-,
Viszeral- und Transplantationschirurgie am Klinikum Augsburg

* 1959



Beruflicher Werdegang:

1979–1985	Studium der Humanmedizin, Ludwig-Maximilians-Universität München
1985	Approbation als Arzt
1985–1987	Wissenschaftlicher Assistent, Herzchirurgische Klinik, Klinikum der Universität München, Großhadern (Direktor: Professor Dr. Dr. h.c. W. Klinner)
1987–1995	Wissenschaftlicher Assistent, Chirurgische Klinik und Poliklinik, Klinikum der Universität München, Großhadern (Direktor: Professor Dr. Dr. h.c. G. Heberer und Professor Dr. Dr. h.c. F.W. Schildberg)
1995	Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Chirurgie der Universität Regensburg (Direktor: Professor Dr. Karl-Walter Jauch)
1997	Leitender Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Chirurgie der Universität Regensburg (Direktor: Professor Dr. Karl-Walter Jauch)
2003–2004	Chefarzt Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie der Kreisklinik Altötting
Seit 01.08.2004	Chefarzt Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Klinikum Augsburg

Berufliche Qualifikationen:

1991	Fachkundenachweis Rettungsdienst
1993	Fachkundenachweis Strahlenschutz
1993	Facharzt für Chirurgie
1996	Schwerpunktbezeichnung „Viszeralchirurgie“
1997	Qualifikation zum „Leitenden Notarzt“
2000	Qualifikationsnachweis „Qualitätsmanagement“ der Bayerischen Landesärztekammer

Akademische Qualifikationen:

1986	Promotion bei Professor Dr. E. Pöppel, Institut für Medizinische Psychologie der LMU München, „Einfach- und Wahlreaktionen bei Handballspielern und Nicht-Sportlern“ („magna cum laude“)
1997	Habilitation zum Thema „Untersuchungen zum Ischämie-/Reperfusionsschaden nach Lebertransplantation im Rattenmodell – Einfluss von Prostaglandinen und ACE-Hemmern“
1997	Ernennung zum Privatdozenten an der Universität Regensburg
1999	Ernennung zum C3-Universitätsprofessor an der Universität Regensburg (auf Lebenszeit)
2002–2003	Ernennung zum C4-Universitätsprofessor an der Universität Regensburg (auf Zeit)

Mitgliedschaften in Fachgesellschaften und Verbänden (Ausschnitt):

- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
- Vereinigung der Bayerischen Chirurgen
- Berufsverband der Deutschen Chirurgen
- Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie
- American Society of Colon and Rectal Surgeons
- Deutsche Transplantationsgesellschaft
- Gastro-Liga
- Konvent der Leitenden Krankenhauschirurgen

Ehrenamtliche Tätigkeiten (Ausschnitt):

- Vorsitzender Regionalverband Bayern des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen seit 2007
- Mitglied im Beirat des Konvents der Leitenden Krankenhauschirurgen seit 2004
- Vorsitzender des Konvents der Leitenden Krankenhauschirurgen, 2010–2012
- Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen, 2009
- Mitglied im Beirat der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Onkologie (Sektion Viszeralchirurgie, CAO-V) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 2004–2012
- Schriftführer und Kassenwart der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen seit 2011
- Präsident der DGAV in der Amtsperiode 2013/2014
- Fachberater „Viszeralchirurgie“ der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) seit 2009

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Henning Windhagen
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) im Annastift

* 1965



Beruflicher Werdegang:

Ausbildung

- | | |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1984–1991 | Studium der Humanmedizin, Philipps-Universität Marburg |
| 1991 | Abschluss des Studiums Universität Marburg |
| 1992–1994 | Postdoctoral Fellowship in Experimental Orthopaedics and Biomechanics, Harvard Medical School, Boston, USA |
| 1995 | Dissertation |

Akademische Anstellungen

- | | |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1994 | Orthopaedic Biomechanics Laboratory, Beth Israel Hospital, Harvard Medical School, Boston, USA |
| 1995 | Assistenzarzt, Humboldt-Universität Berlin, Abteilung Unfallchirurgie |
| 1996 | Leiter der Forschungseinheit Biomechanik, Abteilung Unfallchirurgie, Humboldt-Universität Berlin |
| 1997 | Wehrdienst an der medizinischen Offiziersschule, Hannover |
| 1998 | Assistenzarzt, Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Orthopädie |
| 2000 | Facharzt, Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Orthopädie |
| 2001 | Habilitation, Privatdozent, Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Orthopädie |
| 2002 | Oberarzt, Privatdozent, Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Orthopädie |
| 2004 | Leiter der Forschungseinheit SFB 599 |
| 2006 | Ordinarius für Orthopädie an der MHH, Direktor der Orthopädischen Klinik der MHH und des Labors für Biomechanik und Biomaterialien |
| 2009 | Ärztlicher Geschäftsführer des Diakoniekrankenhauses Annastift gGmbH und Leiter des Departments Endoprothetik |

Berufliche Aktivitäten:

- Seit 2003 Schatzmeister, ASAMI Deutschland
Gutachter für die Alexander-von-Humboldt-Stiftung, verschiedene internationale
Stiftungen und Universitäten. Gutachter für „Journal of Orthopaedic Research“,
Gutachter für „Journal of Experimental Animal Science“, Gutachter für „Clinical
Orthopaedics and Related Research“, Editor „Opinion“, Herausgeber „Z Orthop
Traumatol“, Gutachter für „Orthopäde“, Gutachter für „Biomaterials“
- Seit 2003 Vize-Präsident der Gesellschaft für Grundlagenforschung der Orthopädie, DGOOC
- 2014 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
e. V. (DGOOC)
- 2014 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
- 2014 Schriftführer Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE)

Auszeichnungen:

- 1996 Wissenschaftliche Auszeichnung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
(DGU)
- 1999 Wissenschaftliche Auszeichnung der Sektion Grundlagenforschung der Deutschen
Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT)
- 1999 Innovationswettbewerb Medizintechnik, Bundesministerium für Bildung und
Forschung (BMBF)
- 2010 Innovationswettbewerb Medizintechnik, Bundesministerium für Bildung und
Forschung (BMBF)



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
131. Kongress
25. bis 28. März 2014 • Messe Berlin – Südgelände

Chirurgie



zwischen
Faszination,
Mut und Demut

Präsident 2013/2014
Prof. Dr. Joachim Jähne

Termin: Mittwoch, 26. März 2014, 12.30 bis 13.30 Uhr

Ort: Messe Berlin – Eingang Südgelände, Raum Ulm, Zugang über Ausstellungshalle 2.2.

Anschrift: Jafféstraße, 14055 Berlin

Thementag: Chirurgie braucht Mut!

Themen und Referenten:

Mut zum Therapieverzicht – wann sollten Chirurgen „Nein“ sagen?

Professor Dr. med. Joachim Jähne

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

Weniger ist mehr – warum Antibiotika zur Vorbeugung von Infektionen nach Operationen nicht nötig sind

Privatdozent Dr. med. Christian Eckmann

Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie am Klinikum Peine, und

Professor Dr. med. Stefan Maier

Chefarzt der Kliniken Ostallgäu-Kaufbeuren

Hirntumoren sicher entfernen:

Lichtstrahlen machen erstmals Seh- und Gefühlszentren während des Eingriffs sichtbar

Professor Dr. med. Gabriele Schackert

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

Patientensicherheit in der evidenzbasierten Medizin

Professor Dr. med. Jochen Cremer

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG); Direktor der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Kiel

Altersheime, Aquafischzucht, Antibiotika ohne Rezept:

Woher kommen die multiresistenten Killerkeime – und was können wir tun?

Professor Dr. med. Hans-Peter Bruch

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC), Berlin

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, Kerstin Ullrich

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-641/309

Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: ullrich@medizinkommunikation.org

www.chirurgie2014.de, www.dgch.de

Pressekontakt in Berlin

Raum Ulm, Messe Berlin – Südgelände

Dienstag, 25. März 2014, von 8.30 bis 18.00 Uhr

Mittwoch, 26. März 2014, von 8.00 bis 17.00 Uhr

Donnerstag, 27. März 2014, von 8.00 bis 17.00 Uhr

Freitag, 28. März 2014, von 8.00 bis 15.00 Uhr

Tel.: 030 3038 81-518

Fax: 030 3038 81-519





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

131. Kongress

25. bis 28. März 2014 • Messe Berlin – Südgelände

Chirurgie



zwischen
Faszination,
Mut und Demut

Termin: Donnerstag, 27. März 2014, 12.30 bis 13.30 Uhr

Ort: Messe Berlin – Eingang Südgelände, Raum Ulm, Zugang über Ausstellungshalle 2.2.

Anschrift: Jafféstraße, 14055 Berlin

Präsident 2013/2014
im Jähne

Thementag: „Demut – Renaissance einer chirurgischen Eigenschaft?“

Themen und Referenten:

Demut in der Chirurgie – ein Plädoyer für mehr Reflektion!

Professor Dr. med. Joachim Jähne

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

Transplantationsmedizin: Wie gewinnen wir das Vertrauen in die Organspende zurück?

Professor Dr. med. Thomas Becker

Direktor der Klinik für Allgemeine Chirurgie und Thoraxchirurgie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UK S-H) am Campus Kiel

Rasant steigende Schadenssummen:

Was können wir tun, damit Operationen in Zukunft noch versicherbar sind?

Dr. med. Christian Kugler

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT); Chefarzt der Abteilung für Thoraxchirurgie an der Lungenclinic Großhansdorf

Ambulante Kinderchirurgie – Dilemma oder Lösung der ökonomischen Probleme?

Professor Dr. med. Bernd Tillig

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

Fehlbildungen, Verletzungen, Tumorerkrankungen – welche Verbesserungen gibt es zur Wiederherstellung von Mund, Kiefer und Gesicht?

Professor Dr. med. Dr. dent. Alexander Hemprich

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG); Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie am Universitätsklinikum Leipzig

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, Kerstin Ullrich

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-641/309

Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: ullrich@medizinkommunikation.org

www.chirurgie2014.de, www.dgch.de

Pressekontakt in Berlin

Raum Ulm, Messe Berlin – Südgelände

Dienstag, 25. März 2014, von 8.30 bis 18.00 Uhr

Mittwoch, 26. März 2014, von 8.00 bis 17.00 Uhr

Donnerstag, 27. März 2014, von 8.00 bis 17.00 Uhr

Freitag, 28. März 2014, von 8.00 bis 15.00 Uhr

Tel.: 030 3038 81-518

Fax: 030 3038 81-519





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

131. Kongress

25. bis 28. März 2014 • Messe Berlin – Südgelände

Chirurgie



zwischen
Faszination,
Mut und Demut

Termin: Freitag, 28. März 2014, 12.30 bis 13.30 Uhr

Ort: Messe Berlin – Eingang Südgelände, Raum Ulm, Zugang über Ausstellungshalle 2.2.

Anschrift: Jafféstraße, 14055 Berlin

Thementag: Mit Chirurgie zu mehr Lebensqualität? Leben mit Einschränkungen meistern!

Präsident 2013/2014
Prof. Dr. Joachim Jähne

Themen und Referenten:

Patientenorientierung, Langzeitergebnisse und Lebensqualität: Warum wir Versorgungsforschung brauchen, um die chirurgische Behandlung zu verbessern

Professor Dr. med. Joachim Jähne

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

Professor Dr. rer. nat. Prof. h. c. Edmund A. M. Neugebauer

Direktor des Instituts für Forschung in der Operativen Medizin, Lehrstuhl für chirurgische Forschung und Prodekan Forschung, Universität Witten/Herdecke; Vorsitzender Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF)

Total vascular care – wie sieht die Gefäßchirurgie von morgen aus?

Professor Dr. med. Eike S. Debus

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG); Direktor der Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin, Universitäres Herzzentrum Hamburg GmbH

Verbesserte chirurgische Versorgung von Früh- und Neugeborenen durch zertifizierte Referenzzentren

Professor Dr. med. Thomas Boemers

Leiter der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie, Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße, Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Wenn Körperform und Körperfunktion sichtbar gestört sind:

Wie die plastische Chirurgie verloren gegangene Lebensqualität zurückgeben kann

Professor Dr. med. Peter M. Vogt

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

Wie vermitteln Fernseh-Serien Medizin?

Professor Dr. phil. Marion Esch

Institut für Werkzeugmaschinen und Fabrikbetrieb/Fachgebiet für Qualitätswissenschaft, Technische Universität Berlin; Leiterin der Initiative MINTIFF („Mathematik, Informatik, Natur- und Technikwissenschaften und Chancengleichheit im Fiction-Format“), und

Thomas Rühmann

Hauptdarsteller Dr. Roland Heilmann: Chefarzt der Chirurgie, stellvertretender Ärztlicher Direktor der Sachsenklinik in der ARD-Klinik-Serie „In aller Freundschaft“

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, Kerstin Ullrich

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-641/309

Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: ullrich@medizinkommunikation.org

www.chirurgie2014.de, www.dgch.de

Pressekontakt in Berlin

Raum Ulm, Messe Berlin – Südgelände

Dienstag, 25. März 2014, von 8.30 bis 18.00 Uhr

Mittwoch, 26. März 2014, von 8.00 bis 17.00 Uhr

Donnerstag, 27. März 2014, von 8.00 bis 17.00 Uhr

Freitag, 28. März 2014, von 8.00 bis 15.00 Uhr

Tel.: 030 3038 81-518

Fax: 030 3038 81-519





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
 131. Kongress
 25. bis 28. März 2014 • Messe Berlin – Südgelände

Chirurgie



zwischen
 Faszination,
 Mut und Demut

Präsident 2013/2014
 Prof. Dr. Joachim Jähne

Bestellformular Fotos:

Eröffnungs-Presskonferenz anlässlich des 131. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Termin: Dienstag, 25. März 2014, 12.30 bis 13.30 Uhr

Ort: Messe Berlin – Eingang Südgelände, Raum Ulm, Zugang über
 Ausstellungshalle 2.2.

Anschrift: Jafféstraße, 14055 Berlin

Thementag: Faszination und Technik – Chirurgie: ein Fach mit vielen Facetten

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

- Professor Dr. med. Joachim Jähne
- Professor Dr. med. Hubertus Feußner
- Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer
- Professor Dr. med. Jutta Liebau
- Professor Dr. med. Peter Schirmacher
- Professor Dr. med. Matthias Anthuber
- Professor Dr. med. Henning Windhagen



Vorname:	Name:
Redaktion:	Ressort:
Straße, Nr.:	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, Kerstin Ullrich
 Postfach 30 11 20
 70451 Stuttgart
 Telefon: 0711 8931-641/309
 Telefax: 0711 8931-167
 E-Mail: ullrich@medizinkommunikation.org
 www.chirurgie2014.de, www.dgch.de

Pressekontakt in Berlin

Raum Ulm, Messe Berlin – Südgelände
 Dienstag, 25. März 2014, von 8.30 bis 18.00 Uhr
 Mittwoch, 26. März 2014, von 8.00 bis 17.00 Uhr
 Donnerstag, 27. März 2014, von 8.00 bis 17.00 Uhr
 Freitag, 28. März 2014, von 8.00 bis 15.00 Uhr
 Tel.: 030 3038 81-518
 Fax: 030 3038 81-519