



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

Pressekonferenz anlässlich des 131. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

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

Präsident 2013/2014
Prof. Dr. Joachim Jähne

Pressekonferenz anlässlich des 131. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

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!

Inhalt:

Pressemeldungen

5-Punkte-Plan gegen Wundinfektionen und Antibiotika-Resistenzen – Antibiotika nur noch einmalig vor Operationen verabreichen

**Hirntumoren sicher entfernen
Lichtstrahlen machen erstmals Seh- und Gefühlszentren während des Eingriffs sichtbar**

**Zeichen setzen, Leben retten
Chirurgen rufen zum Organspendelauf im Tiergarten auf**

Redemanuskripte:

Professor Dr. med. Joachim Jähne

Privatdozent Dr. med. Christian Eckmann
und
Professor Dr. med. Stefan Maier

Professor Dr. med. Gabriele Schackert

Professor Dr. med. Jochen Cremer

Professor Dr. med. Hans-Peter Bruch

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)

5-Punkte-Plan gegen Wundinfektionen und Antibiotika-Resistenzen Antibiotika nur noch einmalig vor Operationen verabreichen

Berlin, 26. März 2014 – Patienten, die auf chirurgischen Stationen liegen, erleiden doppelt so oft Infektionen wie Patienten anderer Fachdisziplinen – am häufigsten Wundinfektionen. Um solchen Ansteckungen vorzubeugen, verabreichen die Ärzte Antibiotika. Wie die Zahl der Wundinfektionen gesenkt, aber gleichzeitig unnötiger Antibiotikagebrauch verhindert werden kann, erläutern Experten anhand eines 5-Punkte-Plans auf der heutigen Pressekonferenz auf dem 131. Chirurgenkongress in Berlin. Demnach ist die einmalige Gabe eines Antibiotikums vor einem Eingriff unter drei Stunden völlig ausreichend, eine weiterführende Prophylaxe nach der Operation hingegen überflüssig. „Hier gilt das Motto: weniger ist mehr“, betont Professor Dr. med. Joachim Jähne, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH).

Bei bis zu zwanzig Prozent aller Patienten, die im Bauchraum operiert werden, treten Wundinfekte auf. Um diese Anzahl zu verringern, hat die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) einen 5-Punkte-Plan zum Umgang mit Antibiotika vor und nach operativen Eingriffen entwickelt.

An erster Stelle dieses Leitfadens steht die Auswahl eines geeigneten Antibiotikums in korrekter Dosierung. „Eine interdisziplinäre Gruppe erstellt dazu eine Liste mit Empfehlungen“, erklärt Professor Dr. med. Stefan Maier, Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie am Klinikum Kaufbeuren. Die Liste berücksichtigt, welche Erreger bereits Resistenzen gegen Antibiotika entwickelt haben. „Die Liste soll aber auch aufzählen, welche Eingriffe – wie etwa Schilddrüsen-Operationen – ohne Antibiotika erfolgen können“, ergänzt Privatdozent Dr. med. Christian Eckmann, Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie am Klinikum Peine. Beide Experten leiten die Arbeitsgruppe Viszeralchirurgische Infektionen der DGAV.

Wer soll das Medikament geben? Punkt zwei des Prophylaxe-Plans legt fest: Es ist Aufgabe der Anästhesie, das Antibiotikum zu verabreichen. Diese Regelung soll damit drittens sicherstellen, dass die Prophylaxe zuverlässig sechzig bis dreißig Minuten vor dem Eingriff erfolgt. „Das ist der optimale Zeitpunkt“, so DGCH-Experte Maier.

Dauert die Operation voraussichtlich nicht länger als drei Stunden, ist diese einmalige Gabe – Fachleute sprechen von einem „single shot“ – ausreichend. „Nur bei längerer



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

Operation oder einem starken Blutverlust sollte das Antibiotikum während des Eingriffs erneut gegeben werden“, erklärt Maier. Auf diese Regel Nummer vier folgt der letzte Punkt des Leitfadens, wonach eine Gabe von Antiinfektiva über die Operation hinaus unbedingt unterbleiben sollte. „Dieser letzte Punkt ist uns besonders wichtig“, betont Eckmann. „Es ist unnütz, nach der Operation weiterhin vorbeugend Antibiotika zu verabreichen.“

Durch diesen unnötigen Gebrauch werde die Entstehung und Verbreitung lebensgefährlicher Krankenhausinfektionen gefördert – es entwickeln sich sogenannte multiresistente Krankenhauskeime, die auf gängige antibakterielle Wirkstoffe nicht mehr ansprechen. So könne eine unnötig lange Antibiotikatherapie das Gleichgewicht der Darmflora stören – mit der Folge, dass sich Erreger ausbreiten und Giftstoffe bilden, die lebensbedrohliche Darminfektionen auslösen. „Dies gilt es unbedingt zu verhindern, und dazu sollen die fünf einfachen Antibiotika-Prinzipien beitragen“, so Eckmann.

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)

Hirntumoren sicher entfernen

Lichtstrahlen machen erstmals Seh- und Gefühlszentren während des Eingriffs sichtbar

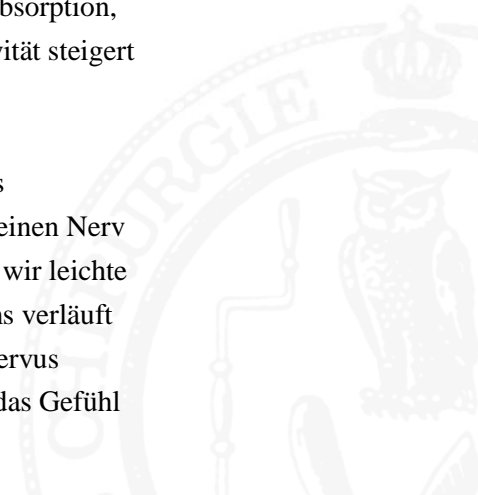
Berlin, 26. März 2014 – Eine neue Untersuchungstechnik, die mit Lichtstrahlen Hirnaktivität misst und in Bilder umwandelt, könnte Tumoroperationen am Gehirn künftig noch sicherer machen. Das sogenannte „Intraoperative Optical Imaging“ (IOI) zeigt erstmals während der Operation, wo wichtige Funktionen wie Gefühl, Bewegung, Sehen oder Sprache sitzen, die geschont werden sollten. Erste Erfahrungen mit dem IOI bei Tumoreingriffen werden auf dem 131. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) vorgestellt, der vom 25. bis 28. März 2014 in Berlin stattfindet.

Ziel einer Krebsoperation am Gehirn ist es, den Tumor vollständig zu beseitigen – idealer Weise wird auch noch ein kleiner Teil des benachbarten gesunden Gewebes mit entfernt, um Zellnester zu erfassen, die sich dort eingenistet haben. Andererseits wollen die Ärzte gesundes Gewebe schonen, wenn es für wichtige Funktionen wie Gefühl, Sprache, Bewegung oder Sehen zuständig ist.

Hirntumorgewebe kann inzwischen gut sichtbar gemacht werden, etwa mit Farbstoffen, Magnetresonanztomografie, Computertomografie oder Ultraschall. „Bis heute können wir aber gesundem Gewebe leider nicht ansehen, für welche Funktionen es zuständig ist“, erklärt Professor Dr. med. Gabriele Schackert, Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie am Universitätsklinikum Dresden. „Dies wäre wichtig, um noch gezielter operieren zu können.“ Hier soll die Lichttechnologie IOI helfen.

Das Gehirn leuchtet zwar nicht, wenn wir es benutzen. Jede Hirnaktivität geht jedoch mit einer Steigerung der Durchblutung einher. Dies verändert wiederum die Lichtabsorption, wenn die Hirnoberfläche mit einer Lampe bestrahlt wird – vermehrte Hirnaktivität steigert die Absorption. Dieses Phänomen nutzt IOI.

Um mit dieser Technik wichtige Hirnareale sichtbar zu machen, stimulierte das Wissenschaftler-Team um Gabriele Schackert und Stephan Sobottka zunächst einen Nerv an der Körperoberfläche der narkotisierten Patienten. „In unserer Studie gaben wir leichte Stromimpulse an den Medianus-Nerven ab, der an der Innenseite des Unterarms verläuft und das Gefühl in der Hand vermittelt“, so Schackert. Reflexartig leitete der Nervus medianus die Impulse an seine übergeordnete Zentrale im Hirn weiter, die für das Gefühl zuständig ist. Sie war nun ebenfalls aktiviert und damit stärker durchblutet.





zwischen
Faszination,
Mut und Demut

Präsident 2013/2014
Prof. Dr. Joachim Jähne

Eine Kamera, die im Operationsmikroskop integriert ist, filmt die lichtbestrahlte Hirnoberfläche während dieses Vorgangs. Vor der Kamera sitzt ein Filter, der bevorzugt Wellenlängen passieren lässt, in denen das Blut eine starke Absorption zeigt. Ein Computer setzt die Informationen in Bilder um. Innerhalb von zehn bis fünfzehn Minuten entsteht so eine zweidimensionale Karte, in der die aktivierte Hirnregion zu erkennen ist.

„Die Bilder sind genau und zuverlässig“, erklärt Professor Schackert, nachdem IOI an 41 Patienten erprobt wurde. „Damit können wir erstmals wichtige Hirnfunktionen annähernd in Echtzeit erkennen.“ Zuvor war es den Dresdner Forschern gelungen, durch eine Reizung des Sehnerven – sie leuchteten dem Patienten ins Auge – das Sehzentrum zu lokalisieren.

Die Neurochirurgin weiß, dass Patienten mit Hirntumoren große Angst haben, Einbußen bei Sprache, Bewegung oder Sehen zu erleiden. „Um die Lebensqualität der Patienten zu bewahren, ist es deshalb sehr wichtig, so schonend wie möglich zu operieren“, sagt sie. Sollte das IOI sich im klinischen Alltag bewähren, wäre dies ein wichtiger Fortschritt für die Sicherheit der Patienten.

„Der Funktionserhalt ist eines der wesentlichen Anliegen der Chirurgie“, erläutert Professor Dr. med. Joachim Jähne, Präsident der DGCH. Verbesserte Bildverfahren in der Neurochirurgie könnten auch für andere chirurgische Fächer eine Schrittmacherfunktion haben.

Literatur:

Sobottka SB, Meyer T, Kirsch M, Koch E, Steinmeier R, Morgenstern U, Schackert G: Intraoperative optical imaging of intrinsic signals: a reliable method for visualizing stimulated functional brain areas during surgery. J Neurosurg. 119(4), 853–863 (2013).

Sobottka SB, Meyer T, Kirsch M, Reiss G, Koch E, Morgenstern U, Schackert G: Assessment of visual function during brain surgery near the visual cortex by intraoperative optical imaging. Biomed. Tech., 58(3), 249–256 (2013).

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)

Zeichen setzen, Leben retten

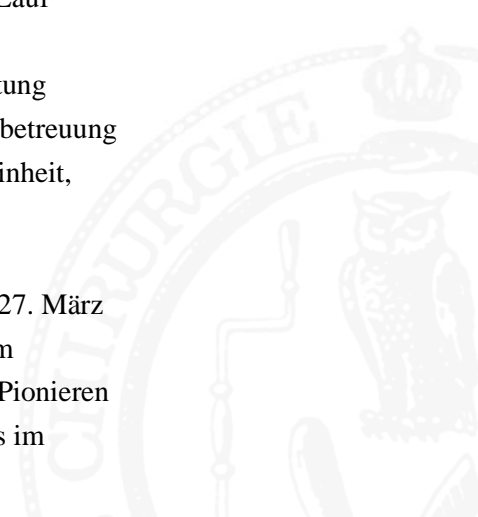
Chirurgen rufen zum Organspendelauf im Tiergarten auf

Berlin, 26. März 2014 – Um die Bereitschaft zur Organspende zu erhöhen, ruft die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) anlässlich ihres 131. Kongresses gemeinsam mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) zu einem Solidaritätslauf für Wartelistenpatienten auf. „Wir wollen ein Zeichen setzen und für die lebensrettende Organspende werben“, erklärt DGCH-Präsident Professor Dr. med. Joachim Jähne. „Es wäre schon viel erreicht, wenn sich jeder fünf Minuten Zeit nimmt, um über die Möglichkeit einer Organspende nachzudenken.“ Der Lauf startet heute um 16.30 Uhr in der Tiergartenstraße, Höhe Herbert-von-Karajan-Straße. Die Strecke geht wahlweise über fünf oder zehn Kilometer, Teilnahme und Getränke sind kostenlos. Eine Anmeldung ist vor Ort ab 15.00 Uhr möglich. Die Gewinner erhalten jeweils einen Siegerpokal, der vom Medizintechnikhersteller Aesculap gestiftet und überreicht wird.

Nach Angaben der DSO warten derzeit rund 11 000 schwer kranke Menschen in Deutschland auf eine Organtransplantation. Demgegenüber steht eine sinkende Zahl von Organen, die gespendet werden. Während im Jahr 2012 noch 1046 Menschen Organe zur Verfügung stellten, waren es 2013 nur noch etwa 876. „Das verschärft die Situation der Patienten auf der Warteliste zusätzlich“, erklärt Thomas Biet, Kaufmännischer Vorstand der DSO. „Mit dem Lauf möchten wir ein Zeichen der Solidarität setzen. Gleichzeitig hoffen wir, damit möglichst viele Menschen zu motivieren, sich vorurteilsfrei mit diesem wichtigen Thema auseinanderzusetzen und eine Entscheidung zu treffen.“

„Auch wir betrachten den Rückgang der Organspenden mit großer Sorge“, sagt Professor Dr. Hanns-Peter Knaebel, Vorstandsvorsitzender der Aesculap AG. „Mit dem Lauf möchten wir unsere Mitarbeiter, Teilnehmer und Passanten motivieren, einen Organspendeausweis auszufüllen.“ Die Aesculap AG unterstützt die Veranstaltung finanziell und spendet der DSO darüber hinaus 5000 Euro für die Angehörigenbetreuung von Organspendern. „Die DSO leistet einen wichtigen Beitrag für die Allgemeinheit, indem sie die Organspenden in Deutschland koordiniert“, so Knaebel.

Darüber hinaus steht das Thema Organspende auf dem Chirurgenkongress am 27. März 2014 um 14.30 Uhr bei der Veranstaltung „In Memoriam Rudolf Pichlmayr“ im Mittelpunkt. Professor Dr. med. Rudolf Pichlmayr zählt zu den bedeutendsten Pionieren der Transplantationschirurgie. Als Erster in Europa begann er, Patienten bereits im





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

Kindesalter erfolgreich zu transplantieren. Zusammen mit seiner Frau gründete er zudem 1988 eine Stiftung, aus der 1992 der Ederhof hervorging – eine europaweit einzigartige Rehabilitationseinrichtung für Kinder und Jugendliche, die sich einer Transplantation unterziehen. Seit der Eröffnung wurden dort mehr als 2500 junge Patienten mit ihren Familien aufgenommen.

„Es ist für mich eine besondere Freude, dass das Wirken dieses besonderen Menschen auf einem Kongress mit dem Thema ‚Chirurgie zwischen Faszination, Mut und Demut‘, in einer eigenen Veranstaltung gewürdigt wird“, sagt Professor Dr. Eckhard Nagel, Vorstandsvorsitzender der Rudolf Pichlmayr-Stiftung. „Rudolf Pichlmayr hat als Transplantationsmediziner großen Mut bewiesen. Gleichzeitig war sein Handeln stets geprägt von Demut gegenüber der Schöpfung. In seiner Haltung war und ist er für mich Vorbild – und wird es sicherlich auch für künftige Medizinerinnen und Mediziner sein.“

Vertreter der Rudolf Pichlmayr-Stiftung und des Ederhofes informieren mit einem Stand in der Halle 2.2, Stand 212 über aktuelle Aktivitäten und stehen für Gespräche zur Verfügung. Der 131. Chirurgenkongress findet vom 25. bis 28. März 2014 in der Messe Berlin statt.

Weitere Infos zum Kongressprogramm unter www.chirurgie2014.de.

Terminhinweis Organspendelauf:

26. März 2014, 16.30 Uhr, Start/Ziel: Tiergartenstraße, Höhe Herbert-von-Karajan-Straße (hinter der Philharmonie). Anmeldung vor Ort ist ab 15.00 Uhr möglich.

Die Strecke geht wahlweise über fünf oder zehn Kilometer



Mut zum Therapieverzicht – wann ein Chirurg Nein sagen sollte

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

Chirurgie kann kurativ – also heilend – sein. Das bedeutet: Läuft alles glatt, ist die Ursache des Leidens, der Einschränkung oder des Schmerzes nach der Operation beseitigt. Beispiele für solche Eingriffe sind Herz- und Gallensteinchirurgie, die Entfernung gutartiger Hirntumoren oder Katarakt-Operationen.

Doch die Aussicht auf Heilung sollte den Chirurgen nicht dazu verleiten, unnötige Risiken einzugehen. Jeder Eingriff birgt grundsätzlich die Gefahr von Komplikationen, die von Wundheilungsstörungen und Infektionen bis zu Narkosezwischenfällen reichen können. Auch kann es nach Operationen langfristig zu Störungen kommen. Dazu gehören zum Beispiel der chronische Leistenschmerz nach Leistenbruchoperationen oder Verwachsungsbeschwerden nach Bauchoperationen. Diese Risiken wiegen umso schwerer, wenn es sich um eine sogenannte relative OP-Indikation handelt – also um einen Eingriff, der zum gegebenen Zeitpunkt nicht zwingend notwendig ist. Wann sollte ein Chirurg erwägen, auf eine Therapie zu verzichten? Wann sollte er gegebenenfalls Nein sagen?

- Nicht jeder Leistenbruch muss operiert werden. Bereitet er keine Schmerzen und ist das Risiko einer Einklemmung sehr gering, kann man abwarten.
- Bei der Divertikelerkrankung des Dickdarmes ist nicht mehr die Anzahl der Schübe entscheidend, sondern die Komplikationen der Erkrankung selbst. Deshalb muss diese Erkrankung nicht schon nach dem zweiten oder dritten Entzündungsschub operiert werden.
- Auch bei Kniespiegelungen ist Zurückhaltung angezeigt. Studien belegen, dass sie häufig nicht mehr nützen als eine Scheinbehandlung.
- Der Einsatz künstlicher Gelenke kann oft hinausgezögert oder sogar verhindert werden, wenn die Patienten abnehmen und regelmäßig Rad fahren.
- Nicht jeder Bandscheibenvorfall, der auf einem MRT zu erkennen ist, muss operiert werden. Auch wenn der Patient unter Rückenschmerzen leidet, sollte zunächst mit Schmerzmitteln und Physiotherapie behandelt werden.
- Sofern es sich nicht um schwere Fälle mit eigenständigem Krankheitswert handelt, sollten reine Schönheitsoperationen bei Minderjährigen grundsätzlich ausgeschlossen werden.

Gute Ergebnisse in der Chirurgie hängen nicht nur von handwerklichem Können und der Wahl der richtigen Operationstechnik ab, sondern auch vom Abwägen gegebener Risiken. In diesem Sinne kann es aus chirurgischer Sicht durchaus „mutig“ sein, auf einen Eingriff zu verzichten und Nein zu sagen –

*Pressekonferenz anlässlich des 131. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Mittwoch, 26. März 2014, 12.30 bis 13.30 Uhr, Berlin*

insbesondere, wenn der Patient in der Hoffnung auf Besserung auf eine schnelle Operation drängt.
Immer sind auch alternative Behandlungsmethoden nicht-operativer Art zu erwägen.

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

Vom Segen und Fluch der Antibiotika in der Chirurgie

Professor Dr. med. Stefan Maier, Chefarzt der Kliniken Ostallgäu-Kaufbeuren, Leiter der Arbeitsgruppe Viszeralchirurgische Infektionen der DGAV,
und

Privatdozent Dr. med. Christian Eckmann, Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie am Klinikum Peine, Leiter der Arbeitsgruppe Viszeralchirurgische Infektionen der DGAV

Stationär behandelte chirurgische Patienten erleiden doppelt so häufig Infektionen wie Patienten anderer Fachdisziplinen. Wundinfektionen, bei denen der Erreger meist während der Operation in die Wunde gelangt, sind nach pulmonalen Infekten und Harnwegsinfektionen die dritthäufigste Ursache. Nach großen abdominalchirurgischen Eingriffen treten bei acht bis 20 Prozent der operierten Patienten Wundinfekte auf. Die Patienten leiden in solchen Fällen nicht nur persönlich unter der Wundinfektion, die oft eine langwierige und schmerzhaft offene Wundbehandlung nach sich zieht. Die komplexe Therapie und lange Verweildauer verursachen auch erhebliche ökonomische Probleme für die behandelnden Krankenhäuser.

Die DGAV möchte durch eine Initiative die Anzahl der Wundinfektionen in deutschen Kliniken reduzieren. Ziel ist es, durch eine optimale Anwendung und Befolgung von fünf einfachen Prinzipien flächendeckend den Einsatz der perioperativen Antibiotika-prophylaxe zu verbessern. Dies dient zugleich der Eindämmung eines unnötigen Antibiotikagebrauchs. Die Einhaltung aller fünf Prinzipien kann gemessen und überprüft werden.

Die fünf Prinzipien im Überblick:

- Erstens muss das für die entsprechende Operation geeignete Antibiotikum in der korrekten Dosierung ausgesucht werden. Hierfür soll anhand der lokalen Erreger- und Resistenzdaten eine interdisziplinäre Gruppe jährlich die PAP (perioperativen Antibiotikaprophylaxe) Medikamente festlegen. Auch Eingriffe ohne Antibiotikaprophylaxe (zum Beispiel Schilddrüsen-Operationen) müssen klar definiert werden.
- Zweitens muss die konkrete Applikation in die Hände der Anästhesie gelegt werden., sodass gewährleistet ist, dass
- drittens die Gabe der Prophylaxe zuverlässig 60 bis 30 Minuten vor dem Eingriff erfolgt.
- Viertens ist die einmalige Gabe des Antibiotikums (sogenannter „single shot“) bei einer Operations-Dauer unter drei Stunden völlig ausreichend. Nur bei längerer Operation oder einem starken Blutverlust sollte die Gabe des Antibiotikums intraoperativ wiederholt werden.
- Schließlich ist die über die Operation hinausgehende, sogenannte verlängerte Prophylaxe (zum Beispiel ein bis drei Tage nach der OP) in keiner Weise geeignet, die Anzahl von Wundinfektionen zu verringern, und sollte daher unterbleiben.“

Der letzte Punkt, die Verhinderung einer unnützen postoperativen Antibiotikaphylaxe, ist besonders wichtig. Denn durch den unkritischen Einsatz von Antibiotika in der Prophylaxe wird die Entstehung und Verbreitung lebensgefährlicher Krankenhausinfektionen mitverursacht. Dies gilt es unbedingt zu verhindern. Unlängst wurde vom European Center of Disease Prevention and Control (ECDC) publiziert, dass vermutlich drei Millionen Patienten europaweit von Krankenhausinfektionen betroffen sind. Die fünfthäufigste Gruppe sind gastrointestinale Infektionen, von denen die Mehrheit (48 Prozent) auf den Darmerreger *Clostridium difficile* zurückzuführen ist. Wird zum Beispiel durch eine unkritische, das heißt nicht indizierte oder unnötig lange Antibiotikatherapie das Gleichgewicht der Darmflora gestört, können sich die Erreger ausbreiten und Toxine bilden, die zum Teil lebensbedrohliche Darminfektionen auslösen.

Mit der Initiative zum gezielten Einsatz von Antibiotika in der Prophylaxe sollen zwei Ziele gleichzeitig erreicht werden: Zum einen werden hoffentlich immer mehr Chirurgen dort Antibiotika in der Prophylaxe einsetzen, wo sie durch Studien belegt nachweisbar segensreich wirken und die Anzahl der Wundinfektionen reduzieren. Zum anderen gilt es insbesondere im Zeitalter der Multiresistenz von Bakterien, Antibiotika sinnvoll einzusetzen und Schaden durch nicht indizierten Einsatz zu vermeiden. Eine in Kürze zu bildende Ad-hoc-Kommission soll die Prinzipien definieren und anschließend flächendeckend in deutschen Kliniken umsetzen.

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

Hirntumorchirurgie im Spannungsfeld von Resektion und Funktionserhalt

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

Die Diagnose Hirntumor wird von den Betroffenen stets mit großer Angst zur Kenntnis genommen. Es ist nicht nur die Furcht vor der Eröffnung des Schädels, sondern auch die Angst vor der Einbuße von Hirnfunktionen wie der Sprache, der Bewegung, des Sehens und nicht zuletzt einer Persönlichkeitsveränderung. In Studien konnte gezeigt werden, dass bei hirneigenen Tumoren wie den Gliomen eine maximale Tumorreduktion zu einer Verlängerung der Überlebenszeit führt, und damit ein prognostisch günstiger Faktor ist. Dies trifft sowohl für gutartige als auch bösartige Gliome zu. Die Schwierigkeit unter der Operation ist jedoch, dass diese Tumoren keine Kapsel besitzen, infiltrativ in das Hirngewebe einwachsen und ein Sicherheitsabstand im Gehirn aufgrund der Nähe zu funktionellen Arealen nicht möglich ist. Damit besteht die Gefahr, dass zusätzliche neurologische Ausfälle durch die Operation verursacht werden, die den günstigen Effekt der maximalen Tumorexstirpation aufheben beziehungsweise sich deutlich negativ auf die Überlebenszeit und die Überlebensqualität der Patienten auswirken.

In den letzten Jahrzehnten haben sich die operativen Möglichkeiten einer sicheren Tumorexstirpation in der Neurochirurgie wesentlich verbessert. Durch diagnostische Verfahren wie die Kernspintomografie werden die Tumoren in einem frühen Stadium erkannt. Der routinemäßige Gebrauch des Mikroskopes beziehungsweise Endoskopes ermöglicht die schonende Exstirpation. Allerdings ist die Lage des Tumors von entscheidender Bedeutung für die Operabilität und die Gefahr von zusätzlichen neurologischen Ausfällen.

Eines der zentralen Themen der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie während des 131. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) zielt auf die Frage der maximalen Operationssicherheit durch die intraoperative Bildgebung ab. Bis heute bekannte Verfahren wie die Neuronavigation zum sicheren Auffinden der Tumoren, das intraoperative MRT, CT, der intraoperative Ultraschall und die Anfärbung von Tumorgewebe durch Fluoreszenzfarbstoffe ermöglichen die weitestgehende Tumorentfernung. Diese Verfahren lassen zwar den Tumor im Gewebe erkennen, bleiben im Randbereich jedoch aufgrund der Infiltration unscharf und können keine Information über die funktionellen Hirnareale geben.

Zum ersten Mal ist es nun möglich, intraoperativ routinemäßig funktionelle Hirnareale innerhalb von zehn bis 15 Minuten, das heißt in „Realtime“, bildgebend darzustellen und anatomisch zuzuordnen. Dieses Verfahren nennt man „Optical Imaging“. Die Methode besteht darin, dass nach einer Reizsetzung am peripheren Organ, zum Beispiel der Hand, dem Auge etc., das korrespondierende Areal im Gehirn vermehrt durchblutet wird. In einer gemeinsamen Forschungsarbeit von

Neurochirurgen und Ingenieuren in Dresden ist es gelungen, diese Durchblutungszunahme über ein Kamerasystem und einen Computeralgorithmus sichtbar zu machen und zuverlässig auszuwerten.

Sollte sich dieses Verfahren als Standard beim operativen Vorgehen etablieren, wäre dies ein weiterer wichtiger Schritt in der intraoperativen Patientensicherheit.

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

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

Die Medizin umfasst mit ihrer Vielfältigkeit einerseits die Erhaltung der Gesundheit und fokussiert andererseits auf die Heilung oder Linderung von Krankheiten, die mittelbar mit dem Leben beispielsweise nicht selten unmittelbar mit dem Überleben von Menschen verknüpft sind. Daher sollte für jegliche Diagnostik oder Therapie vor der Anwendung am Menschen der eindeutige Beweis erbracht werden, dass ihre Anwendung für den betroffenen Patienten einen Nutzen hat und dieser potentielle Risiken bei weitem übersteigt. Im Kontext medizinischer Qualität sowie unter Berücksichtigung permanenter Fortschritte muss das Augenmerk insbesondere auch auf Nutzen-Risiko-Aspekte gerichtet sein, um sowohl das gewünschte Behandlungsergebnis als auch die notwendige Sicherheit für Patienten fundiert beurteilen zu können.

Dies gilt insbesondere auch für die Einführung und Etablierung neuer Therapieverfahren, die erst nach umfangreichen Forschungsaktivitäten, definierten Überprüfungen und grundlegenden Studien für die Anwendung am Menschen zugelassen werden dürfen.

Damit bleibt es jedoch noch offen, ob neue Therapieverfahren nachweisbare Vorteile gegenüber bereits bewährten Behandlungen aufweisen. Im Sinne der Patienten sollten sich „potentielle Vorteile“ anhand definierter Kriterien nachweisen lassen. Beispielsweise erscheint aus Patientensicht essentiell, dass Therapien heutzutage sanfter sowie angenehmer und falls möglich schmerzfrei erfolgen. Weitere mess- und qualifizierbare Kriterien sind unter anderem die Verfahrenssicherheit, die Lebensqualität sowie das kurz-, mittel- und langfristige Überleben. Die hierzu notwendigen Erkenntnisse sind prinzipiell durch wissenschaftliche Studien und medizinische Register zu erlangen. Diese Beurteilung der Verfahren auf Basis empirischer Ergebnisse wird „evidenzbasierte Medizin“ genannt.

Das Thema evidenzbasierte Medizin findet in jüngster Vergangenheit zunehmend Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit. Erst vor wenigen Tagen vergab das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin seinen Journalistenpreis für eine Reportage über ein neues Therapieverfahren zur Behebung von Undichtigkeiten der Mitralklappe am Herzen. Einige aktuelle Beispiele zur Umsetzung evidenzbasierten Wissens in der Herzmedizin finden sich in bei der invasiven Behandlung der koronaren Herzerkrankung (KHK) und erworbener Aortenklappenerkrankungen:

a) Die koronare Herzerkrankung

Rund 400 000 Menschen in Deutschland werden pro Jahr wegen einer Verengung oder Verstopfung der Koronararterien behandelt. Folge dieser Erkrankung kann unter anderem ein Herzinfarkt und eine starke Einschränkung der Herzfunktion sein. Abgesehen von der medikamentösen Behandlung stehen

zwei invasive Therapieverfahren zur Verfügung: die Aufweitung des verengten Blutgefäßes und das Einsetzen eines Metallröhrchens (Stent) oder die Überbrückung der verengten Stelle im Rahmen einer Bypass-Operation am Herzen. Da hier zwei konkurrierende Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stehen, sind vor jeglicher Behandlung Vor- und Nachteile beider Verfahren umfassend abzuwägen und dem Patienten alle notwendigen evidenzbasierten Informationen in verständlicher Form zu vermitteln, bevor sein Einverständnis und die notwendige Einwilligung für eines der Therapieverfahren erfolgen.

In der aktuell größten multizentrischen Studie zur koronaren Herzerkrankung mit dem Vergleich von Stent-Implantation und koronarer Bypass-Operation (Syntax-Studie) wurde ermittelt, dass auf Basis der Risikoadjustierung nach fünf Jahren die Bypass-Operation für 71 Prozent der Patienten die beste Behandlungsoption ist, für 22 Prozent beide Therapieformen in Frage kommen und für sieben Prozent die Stentimplantation zu bevorzugen ist. Die ersten Ergebnisse dieser Studie fanden schon im Jahr 2010 Eingang in die gemeinsam von Herzchirurgen und Kardiologen erstellte europäische Leitlinie zur Behandlung der koronaren Herzerkrankung.

b) Erworbene Aortenklappenerkrankungen

Mit steigendem Alter kann die Aortenklappe zunehmend „verkalken“, wodurch sie in ihrer Funktion eingeschränkt wird, sich mehr und mehr verengt und letztlich nicht mehr genügend Blut hindurchfließen lässt. Die Symptome dieser Erkrankung reichen von der Atemnot über den Schwindel und kurzzeitige Zustände von Bewusstlosigkeit bis hin zum chronischen Herzversagen und führen unbehandelt in wenigen Jahren zum Tod. Diese Form der erworbenen Aortenklappenerkrankung ist die am häufigsten auftretende Herzklappenerkrankung in den Industrienationen und führt in Deutschland zu rund 21 000 Behandlungsfällen pro Jahr.

Seit mehreren Jahrzehnten hat sich bei dieser Erkrankung das herzchirurgische Verfahren mit einem Herzklappenersatz bewährt. Hierbei wird der Brustkorb eröffnet, die defekte Herzklappe vollständig entfernt und durch eine Herzklappenprothese ersetzt. Die Überlebensrate der Patienten, die sich einem solchen Eingriff unterziehen, liegt bei über 97 Prozent. Lediglich für wenige Patienten kommt diese bewährte Methode aufgrund gravierender Begleiterkrankungen oder des sehr hohen Alters nicht infrage.

Im Jahr 2006 wurde eine neue Therapieoption in Deutschland eingeführt, mit der auch prinzipiell inoperablen Patienten geholfen werden kann: Bei der sogenannten „Kathetergestützten Aortenklappenimplantation“ (TAVI) wird eine biologische Herzklappenprothese mit Hilfe eines Katheters über verschiedene Zugangswege wie die Herzspitze oder ein arterielles Blutgefäß implantiert. Im Gegensatz zum herzchirurgischen Eingriff wird die erkrankte Herzklappe nicht entfernt, sondern mit einem Ballon in die Wand der Hauptschlagader verdrängt.

Herzchirurgen und Kardiologen haben sich seit mehreren Jahren intensiv mit diesem Verfahren befasst und Empfehlungen konsentiert, die in einer gemeinsam erstellten medizinischen Leitlinie der europäischen Fachgesellschaften festgehalten sind. Bisher unbeantwortet ist die Frage, ob das Verfahren nur bei Patienten fortgeschrittenen Alters mit schweren Begleiterkrankungen und inoperablen Patienten infrage kommt.

Um unter anderem auch diese Frage mit Blick auf das Patientenwohl evidenzbasiert beantworten zu können, haben die deutschen Fachgesellschaften von Herzchirurgen und Kardiologen gemeinsam das Deutsche Aortenklappenregister ins Leben gerufen. Die Ein-Jahres-Ergebnisse zum Genesungsverlauf der Patienten dieses Registers werden noch in diesem Jahr publiziert. Eine darüber hinausgehende Beurteilung auf Basis von Kriterien evidenzbasierter Medizin wird das Register mit den ebenfalls vorgesehenen 3- und vor allem den 5-Jahres-Ergebnissen liefern. Daher ist eine umfänglich belastbare Orientierung für die Praxis erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erwarten.

Aufgrund der dargelegten Fakten plädiert die DGTHG auch weiterhin nachdrücklich dafür, geltende Leitlinien in alle Belange der medizinischen Versorgung einzubeziehen und in vollem Umfang zu berücksichtigen. Ferner müssen für die kontinuierliche Behandlung qualifizierte Ärzte, strukturierte Prozesse und eine geeignete Infrastruktur vorhanden sein, um auch bei potentiellen Komplikationen mit der notwendigen Kompetenz sowie dem jeweiligen Fachwissen gemeinsam den Patienten in bei diesen Therapien vorkommenden lebensbedrohlichen Situationen retten zu können.

Fazit: Neue diagnostische und therapeutische Methoden müssen auf Basis von nachvollziehbaren medizinischen Fakten nachweisen, dass sie den Patienten nutzen und im Vergleich zu bereits etablierten Behandlungsoptionen mindestens gleichwertig oder aber besser sind. Das Patientenwohl und die anhand von Qualitätskriterien nachvollziehbare Patientensicherheit sollten maßgebliche Entscheidungsparameter für jegliche medizinische Therapien sein.

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

Die Quelle multiresistenter Keime – oder: das Märchen von den schmutzigen Händen!

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

Wir schreiben das Jahr 2014. Tuberkulosekranke warten auf den Tod, weil seit 40 Jahren keine neuen Medikamente entwickelt wurden und Bakterien zunehmend gegen Antibiotika resistent werden. Jede sechste Ratte in Berlin trägt multiresistente Erreger. In der Tiermast in Deutschland werden jährlich 1700 Tonnen Antibiotika eingesetzt. Aquafischzuchtanlagen, Teichwirtschaft, Obst- und Gemüsebau verbrauchen Antibiotika in großen Mengen. Abgeschwächte Konzentrationen von Antibiotika gelangen so auch in die Abwässer von Kläranlagen, tragen in dieser Form zur Selektion Antibiotika-resistenter Bakterien bei. Ganz zu schweigen von der bakteriellen Kontamination von Importwaren: Fleisch, Fisch, Garnelen etc.

Landwirte, Tierärzte, Altenheime als Keim-Reservoir

Längst sind Landwirte und Tierärzte zu Keimträgern geworden. Darmkeime gelangen vor allem mit Hühnerfleisch und Salat in unsere Küchen. Alten- und Pflegeheime mit immunschwachen Menschen haben mit besonders vielen und hartnäckigen Erregern zu kämpfen. Der Tourismus und die zunehmende Mobilität der Menschen über alle Kontinente tragen zum Verschleppen multiresistenter Bakterien bei. Im europäischen Vergleich liegt die Verordnung von Antibiotika in der Humanmedizin in Deutschland im unteren Drittel. In vielen Ländern gelten andere, nicht so strenge Hygiene-Vorschriften wie bei uns. Dazu kommt der laxer Umgang mit Antibiotika. In einigen Ländern geben Apotheken ohne Rezept Antibiotika heraus. Wenn es den Menschen nach zwei Tagen besser geht, setzen sie diese häufig eigenständig ab. Auch das trägt zur Ausbildung der Resistenz bei.

Multiresistente Erreger finden sich überall – im Staub und natürlich auch an der menschlichen Hand, in den Atemwegen und im Darm. Selbst minimale Dosen von Antibiotika wirken auf das Mikrobiom des menschlichen Darmes und führen zur Selektion bestimmter Bakterien-Arten. Ähnliches gilt sinngemäß für die Pilze.

Rückfall in die präantibiotische Ära

Die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina und die Akademie der Wissenschaften in Hamburg schreiben dazu: „Einer steigenden Anzahl von Infektionen durch Antibiotika-resistente Bakterien stehen immer weniger neue Antibiotika gegenüber. Die WHO sieht darin eine der größten Gefahren für die menschliche Gesundheit und das Risiko in die präantibiotische Ära zurückzufallen.“ Mit der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie (DART), mit den Hygiene-Initiativen in Krankenhäusern und Praxen sind erste Schritte in die richtige Richtung getan. Das neue Infektionsschutzgesetz reicht jedoch nicht aus, Herr des Problems zu werden. An vielen Stellen ändern sich nur Statistiken. Mangelnde Hygiene ist ein nicht zu unterschätzendes Risiko für Patienten. Sie ist jedoch nicht alleinige Ursache des Resistenz-Problems!

Angepasste Maßnahmen in Kliniken, mehr Forschung und Screening

Derzeit werden unterschiedliche Maßnahmen in Krankenhäusern und Praxen intensiv evaluiert, die Entwicklung und Ausbreitung von Multiresistenten wird weiter erforscht. Alle Risikopatienten werden einem Screening unterzogen und im positiven Falle isoliert. Risikopatienten sind zum Beispiel Menschen, die nach einem Auslandsaufenthalt in eine deutsche Klinik kommen oder zum Beispiel Bewohner aus Altersheimen. Diese Patienten können Bakterien mitbringen, die in der Klinik dann weitere immungeschwächte Patienten gefährden. Eine Testung kostet zwischen 30 und 80 Euro. Eine Infektion jedoch kostet 3000 Euro oder mehr und bedroht möglicherweise das Leben.

Antibiotika nach Resistenzlage entwickeln und zulassen

Die regulatorischen Rahmenbedingungen für die Zulassung von Antibiotika sollten geändert werden. Die alleinige Überlegenheitsnachweispflicht für neue Antibiotika muss fallen. Entscheidend ist die Resistenzlage. Lohnt sich die Entwicklung neuer Antibiotika aus betriebswirtschaftlichen Gründen für die Pharmaindustrie nicht mehr, wird diese zur Aufgabe, die Staat und Industrie verantwortungsbewusst gemeinsam schultern müssen. Mit einer Schuldzuweisungskultur – wie bisher, die alle Leistungsträger im Medizinsystem zu Tätern macht – ist das Problem Multiresistenz nicht aus der Welt zu schaffen!

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



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

Privatdozent Dr. med. Christian Eckmann
Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie am
Klinikum Peine



Beruflicher Werdegang:

Herr Privatdozent Dr. med. Christian Eckmann hat im Jahr 1995 an der Universität zu Lübeck dissertiert und im Jahr 2008 habilitiert. Er ist Facharzt für Chirurgie, Viszeral-, spezielle Viszeral- und Thoraxchirurgie und Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie am Klinikum Peine (akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover). PD Eckmann leitet zusammen mit Professor Maier aus Kaufbeuren die Arbeitsgruppe „Allgemein- und Viszeralchirurgische Infektionen“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV).

Der klinisch-wissenschaftliche Schwerpunkt von PD Eckmann liegt seit mehr als 20 Jahren im Bereich der chirurgischen Infektiologie. Zu den von ihm nachhaltig bearbeiteten Themen gehören die perioperative Antibiotikaphylaxe sowie die Diagnose und Therapie von Haut- und Weichgewebeanfektionen sowie intraabdominellen Infektionen.

Eckmann ist Leiter der Arbeitsgruppe „Intraabdominelle Infektionen“ und Co-Leiter der AG „Haut- und Weichgewebeanfektionen“ innerhalb der Expertenkommission der Paul-Ehrlich Gesellschaft zur Erstellung von Empfehlungen zur kalkulierten Antibiotikatherapie Erwachsener (nationales Leitlinienprojekt). Er ist Mitglied der S2k-Leitlinienkommission „Diagnose und Therapie der Divertikulitis“. Seit 2012 ist er Chairman der „Working Group Intra-Abdominal Infections“ der International Society of Chemotherapy (ISC) sowie Mitglied einer zwölfköpfigen europäischen Expertenkommission des European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) zur Optimierung der perioperativen Antibiotikaphylaxe. Privatdozent Eckmann hat weit über 100 Originalarbeiten in „peer-reviewed“ Journalen publiziert und ist Reviewer für eine Reihe anerkannter medizinischer Fachzeitschriften (unter anderem Intensive Care Medicine, Critical Care).

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Stefan Maier
Chefarzt der Kliniken Ostallgäu-Kaufbeuren



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|----------------|---|
| 1991–1993 | Studium Humanmedizin (Vorklinik) an der LMU München |
| 1993–1997 | Studium der Humanmedizin (Klinik) an der TU München |
| 6/1997–12/1997 | Wissenschaftlicher Mitarbeiter der klinischen Forscher-Gruppe „Postoperative Immunsuppression und Sepsis“ (DFG Grant Si 208/5-1) der Chirurgischen Klinik und Poliklinik des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München (Universitätsprofessor Dr. med. J.-R. Siewert) |
| 1/1998–3/2001 | Facharztausbildung an der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München (Universitätsprofessor Dr. med. J.-R. Siewert) |
| 1999 | Approbation als Arzt |
| 1999 | Promotion |
| 4/2001–3/2004 | Klinik und Poliklinik für Chirurgie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald (Universitätsprofessor Dr. med. C.-D. Heidecke) |
| 4/2003–3/2012 | Antragsteller im Verbund des Graduiertenkollegs 840 der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG): Wechselwirkungen zwischen Erreger und Wirt bei generalisierten bakteriellen Infektionen |
| 2004 | Facharzt für Chirurgie, danach Weiterbildung zum Facharzt mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie |
| 4/2004 | Juniorprofessur für chirurgische Infektiologie an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald |
| 4/2005 | Oberarzt |
| 1/2008 | Schwerpunkt Viszeralchirurgie |
| 2008 | Aufnahme in die Exzellenzakademie des Konvents der Lehrstuhlinhaber der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) |
| 2009 | Johnson & Johnson Medical Award des Konvents der Lehrstuhlinhaber der DGAV |
| 2009 | Habilitation und Venia Legendi |
| 2010 | Preisträger der Initiative „Die Besten für die Viszeralchirurgie“ der DGAV |
| 2/2010 | W2-Professur für Viszeralchirurgie |

- 6/2011 Facharzt für Thoraxchirurgie
- 2011 Delegierter Vertreter der DGAV in der Expertenrunde „Allgemein- und Viszeralchirurgische Infektionen“ der Paul-Ehrlich-Gesellschaft
- 2012 Leiter der Arbeitsgruppe „Allgemein- und Viszeralchirurgische Infektionen“ der DGAV
- 2012 Mitglied des Expertenpanels im Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen: postoperative Wundinfektionen“ des AQUA Instituts
- 2013 Mitglied der Kommission „Antiinfektiva, Resistenz und Therapie“ beim Robert-Koch-Institut
- Seit 4/2013 Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie der Kliniken Ostallgäu-Kaufbeuren (Lehrkrankenhaus der LMU München)

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Gabriele Schackert

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

* 1953



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|--------------|--|
| 1971–1977 | Studium der Humanmedizin an der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg |
| 1977 | Staatsexamen und Approbation als Ärztin |
| 1977 | Promotion mit dem Thema „Das vaskuläre Neurom Feyrter-Reubi“ (Professor Dr. W. Doerr, Direktor des Pathologischen Institutes der Universität Heidelberg) |
| 1978–1984 | Facharztausbildung für Neurochirurgie: Universität Erlangen/Nürnberg (Professor Dr. W. Schiefer) und Universität Heidelberg (Professor Dr. St. Kunze) |
| 1984 | Facharztprüfung in Freiburg |
| 1984–1986 | Oberärztin der Klinik für Neurochirurgie der Universität Heidelberg |
| 1986–1988 | Forschungsstipendium der Dr. Mildred Scheel Stiftung für Krebsforschung am Department of Cell Biology, M. D. Anderson Hospital and Cancer Center, Houston/Texas, USA; Direktor: Professor Dr. I. J. Fidler |
| 1988–1993 | Oberärztin der Klinik für Neurochirurgie der Universität Heidelberg |
| 1990 | Habilitation im Fach Neurochirurgie
Thema: „Entwicklung eines hämatogenen Hirnmetastasenmodells in der Maus. Untersuchungen zur Biologie und Therapie zerebraler Metastasen im Tierexperiment“ |
| 1991 | Venia Legendi für das Fach Neurochirurgie |
| 1993 | Berufung auf die C4-Professur für Neurochirurgie der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden |
| Seit 10/1993 | Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden |
| 3/1999 | Berufung auf die C4-Professur für Neurochirurgie an der Universität Hamburg/Eppendorf – Ruf nicht angenommen |
| 2001 | Verleihung des Verdienstordens des Freistaates Sachsen |
| 2010–2012 | 2. Vorsitzende der DGNC |
| 2012–2014 | 1. Vorsitzende der DGNC |
| 2013–2014 | 2. Vize-Präsidentin der DGCH |

Curriculum Vitae

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

* 1957



Beruflicher Werdegang:

- 1976–1982 Studium der Humanmedizin mit Parallelstudium der Betriebswirtschaft über
drei Semester an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule
Aachen
- 1980 Famulatur am Veterans Administration Medical Center (Affiliate of Harvard
Medical School) im Department of Cardiovascular Surgery
- 1982 Approbation als Arzt durch den Regierungspräsidenten Köln
- 8.7.1983 Promotion zum Doktor der Medizin an der Rheinisch-Westfälischen
Technischen Hochschule Aachen mit der Dissertation „Vergleichende
Untersuchungen über die Identifizierung der Spezies Acinetobacter mit Hilfe
biochemischer Testmethoden und genetischer Transformation“
- 1983–1984 Wehrdienst bei der Deutschen Bundeswehr als Stabsarzt des 1. Raketen-
artilleriebataillons 72 in Wuppertal
- 4/1984–12/1985 Beginn der Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie in den
Krankenanstalten der Stadt Köln, Köln-Holweide, Leiter: Professor Dr. H. J.
Hernandez-Richter
- 1/1986–3/1993 wissenschaftlicher Mitarbeiter des Zentrums Chirurgie der Medizinischen
Hochschule Hannover mit Anstellung in der Klinik für Thorax-, Herz- und
Gefäßchirurgie (Leiter: Professor Dr. H. G. Borst) und Rotation in die Klinik
für Abdominal- und Transplantationschirurgie (Leiter: Professor Dr. R.
Pichlmayr)
- 1986–1993 klinische und wissenschaftliche Mitarbeit im Herz- und Herz-Lungen-
Transplantationsprogramm der MHH
- 1990 Erlangung der Gebietsbezeichnung „Arzt für Chirurgie“ durch die
Ärztchamber Niedersachsen
- 1990 Reise-Forschungsstipendium verliehen von der Deutschen
Transplantationsgesellschaft mit zweimonatigem Aufenthalt in folgenden
Einrichtungen:
Barnes Hospital (J. D. Cooper), Washington University, St. Louis, USA.

- University of Alabama (A. D. Pacifico, J. Kirklin), Birmingham, USA.
University of Pittsburgh (B. P. Griffith), Pittsburgh, USA
- 11/92–3/1993 Oberarzt der Klinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover
- 4/1993–4/1996 Leitender Oberarzt der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie der Christian-Albrechts-Universität Kiel (Leiter: Professor Dr. A. Haverich)
- 18.2.1995 Verleihung des Ernst-Derra-Preises der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie
- 1995 Wahl in den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (Beisitzer)
- 28.6.1995 Habilitation an der Medizinischen Hochschule Hannover mit dem Thema mit einer Arbeit über das Thema „Klinische und experimentelle Untersuchungen zur Präparationstechnik sowie der In-vivo- und In-vitro-Funktion arterieller Konduits in der Koronarchirurgie“
- 1995 Anerkennung der Teilgebietsbezeichnung „Gefäßchirurgie“ durch die Ärztekammer Schleswig-Holstein
- 1996 Anerkennung der Teilgebietsbezeichnung „Thorax- und Kardiovaskularchirurgie“ durch die Ärztekammer Schleswig-Holstein
- 5/1996 Leitender Oberarzt der Klinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover
- 6/1996–8/1998 Aufbau des minimalinvasiven Operationsprogramms an der Medizinischen Hochschule Hannover
- 1998 Verleihung des Rudolf-Schön-Preises durch die Gesellschaft der Freunde der Medizinischen Hochschule Hannover e. V.
- 9/1998 Ernennung zum ordentlichen Universitäts-Professor mit Übernahme des Lehrstuhls für Herz- und Gefäßchirurgie an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (C4-Position)
- 2/1999 Wahl zum Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (Amtszeit sieben Jahre)
- 12/1999 Anerkennung als Facharzt für „Herzchirurgie“ durch die Ärztekammer Schleswig-Holstein
- 5/2000 Anerkennung der Fachweiterbildung fakultative spezielle herzchirurgische Intensivmedizin durch die Ärztekammer Schleswig-Holstein
- 10/2000 Anerkennung der Schwerpunktbezeichnung „Thoraxchirurgie“ durch die Ärztekammer Schleswig-Holstein
- 11/2000 Ehrenprofessur des 2nd Affiliated Hospital der Zhejiang University, China

- 1/2004 Wahl zum Ärztlichen Leiter des Zentrums Operative Medizin I am Campus Kiel des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein
- 3/2005 Zertifikat Transplantationschirurgie der thorakalen Organe, vergeben durch die Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie
- 2/2006 Wiederwahl zum Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (erneute Amtszeit sieben Jahre)
- 5/2006 Wiederwahl zum Ärztlichen Leiter des Zentrums Operative Medizin I am Campus Kiel (Klinik für Allgemeine und Thoraxchirurgie, Klinik für Urologie, Klinik für Unfallchirurgie, Klinik für Orthopädie, Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie)
- 2/2011–2/2013 Wahl zum 1. Vizepräsidenten der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie
- 2/2013 Ernennung zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie

Curriculum Vitae

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



Beruflicher Werdegang:

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

Mitgliedschaften und Vorsitze in wissenschaftlichen Vereinigungen:

- 1996–2004 Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Koloproktologie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
- 1996 European Officer of the University Colon and Rectum Surgeons
- 1997 Mitvorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Molekulare Diagnostik und Therapie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
- 1997 Teilgebietsbezeichnung Viszeralchirurgie
- 2202–2004 Sprecher des Ordinarienkonventes Viszeralchirurgie
- 2004–2007 Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
- 2008–2009 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie

- 2010 Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC)
- 2011 Vorsitzender der gemeinsamen Weiterbildungskommission von BDC/DGCH und
 allen chirurgisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie dem Berufsverband
 der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)
- 2013 Präsident der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände e. V. (GFB)

Mitglied in zahlreichen Chirurgenvereinigungen des In- und Auslandes

Mitglied des Editorial Board diverser deutsch- und englischsprachiger Zeitschriften

Mitglied der Leopoldina seit 1999

Curriculum Vitae

Professor Dr. 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



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:

Pressekonferenz anlässlich des 131. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

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!

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

- Professor Dr. med. Joachim Jähne
- Privatdozent Dr. med. Christian Eckmann
- Professor Dr. med. Stefan Maier
- Professor Dr. med. Gabriele Schackert
- Professor Dr. med. Jochen Cremer
- Professor Dr. med. Hans-Peter Bruch
- Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer

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

