

**135. Kongress**  
**Deutsche Gesellschaft für Chirurgie**  
17. bis 20. April 2018 · CityCube, Berlin



Prof. Dr. med. Jörg Fuchs  
Präsident 2018

**Pressekonferenz anlässlich des  
135. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie**

**Termin:** Donnerstag, 19. April 2018, 12.00 bis 13.00 Uhr  
**Ort:** CubeClub, Ebene 1, Westfoyer im CityCube  
**Anschrift:** Messedamm 26/Ecke Jafféstraße, 14055 Berlin

**„Innovation und Globalisierung“**

**Themen und Referenten:**

**Sektorübergreifende Versorgung – Mehr als nur ein Schlagwort?**

*Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg*  
Vizepräsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC)

**Nachhaltige Konzepte zur Versorgung kinderchirurgischer Fehlbildungen  
in Entwicklungsländern**

*Dr. med. Güll Schmidt*  
Operation Smile; Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,  
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum

**Globalisierung: Seltene Erkrankungen – exotische Infektionen – Verständigung**

*Professor Dr. med. Erich Stoelben*  
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V. (DGT);  
Chefarzt Thoraxchirurgie, Lungenklinik Köln-Merheim, Kliniken der Stadt Köln gGmbH;  
Lehrstuhl für Thoraxchirurgie, Private Universität Witten/Herdecke, Köln

**Moderne Konzepte in der chirurgischen Fort- und Weiterbildung – Sectio chirurgica**

*Professor Dr. med. Bernhard Hirt*  
Leiter des Instituts für Klinische Anatomie und Zellanalytik, Universitätsklinikum Tübingen

**Global Health Care und Global Surgery – der große und der kleine Bruder**

*Privatdozent Dr. med. Henning Mothes*  
Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Entwicklungsländer (CAEL) der  
DGCH; Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Jena

**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  
Telefax: 0711 8931-167  
[ullrich@medizinkommunikation.org](mailto:ullrich@medizinkommunikation.org)  
[www.chirurgie2018.de](http://www.chirurgie2018.de), [www.dgch.de](http://www.dgch.de)

**Vor Ort auf dem Kongress  
vom 17. bis 20. April 2018**

CityCube Berlin, CubeClub, Westfoyer, Level 1  
Dienstag, 17. April 2018, von 8.30 bis 17.30 Uhr  
Mittwoch, 18. April 2018, von 8.00 bis 18.00 Uhr  
Donnerstag, 19. April 2018, von 8.00 bis 17.30 Uhr  
Freitag, 20. April 2018, von 8.00 bis 16.30 Uhr  
Telefon: 030 3038-81508



**135. Kongress**  
**Deutsche Gesellschaft für Chirurgie**  
17. bis 20. April 2018 · CityCube, Berlin



Prof. Dr. med. Jörg Fuchs  
Präsident 2018

### **Nachwuchs – Karrierepfade – Wissenschaftliche Ausbildung**

*Professor Dr. med. Jörg C. Kalff*

Zweiter Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV); Direktor der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie und Vorstandsmitglied, Universitätsklinikum Bonn

### **Chancen und Herausforderungen der chirurgischen Forschung in der globalen Welt**

*Professor Dr. med. Michael Menger*

Direktor des Instituts für Klinisch-Experimentelle Chirurgie, Universität und Universitätsklinikum des Saarlandes

### **Gemeinsam stark: Interdisziplinäre Plastische Chirurgie - Wiederherstellung von Form und Funktion nach Trauma und Tumor**

*Professor Dr. med. Riccardo Giunta*

Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgie (DGPRÄC); Direktor der Abteilung für Handchirurgie, Plastische Chirurgie und Ästhetische Chirurgie der Ludwig-Maximilians-Universität München am Campus Innenstadt und Campus Großhadern

### **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

Telefax: 0711 8931-167

[ullrich@medizinkommunikation.org](mailto:ullrich@medizinkommunikation.org)

[www.chirurgie2018.de](http://www.chirurgie2018.de), [www.dgch.de](http://www.dgch.de)

#### Vor Ort auf dem Kongress

vom 17. bis 20. April 2018

CityCube Berlin, CubeClub, Westfoyer, Level 1

Dienstag, 17. April 2018, von 8.30 bis 17.30 Uhr

Mittwoch, 18. April 2018, von 8.00 bis 18.00 Uhr

Donnerstag, 19. April 2018, von 8.00 bis 17.30 Uhr

Freitag, 20. April 2018, von 8.00 bis 16.30 Uhr

Telefon: 030 3038-81508



**135. Kongress**  
**Deutsche Gesellschaft für Chirurgie**  
17. bis 20. April 2018 · CityCube, Berlin



Prof. Dr. med. Jörg Fuchs  
Präsident 2018

**Pressekonferenz anlässlich des  
135. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie**

**Termin:** Donnerstag, 19. April 2018, 12.00 bis 13.00 Uhr  
**Ort:** CubeClub, Ebene 1, Westfoyer im CityCube  
**Anschrift:** Messedamm 26/Ecke Jafféstraße, 14055 Berlin

**„Innovation und Globalisierung“**

**Inhalt:**

**Redemanuskripte**

**Themen Kongress-Pressekonferenz vom 20. April 2018**

**Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie**

**Lebensläufe der Referenten**



Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dieses gerne zur Verfügung.

Bitte kontaktieren Sie uns per E-Mail unter: [ullrich@medizinkommunikation.org](mailto:ullrich@medizinkommunikation.org)

**Ihr Kontakt für Rückfragen**

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)  
Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Langenbeck-Virehow-Haus  
Telefon: 0711 8931-641  
Telefax: 0711 8931-167  
[ullrich@medizinkommunikation.org](mailto:ullrich@medizinkommunikation.org)  
[www.chirurgie2018.de](http://www.chirurgie2018.de), [www.dgch.de](http://www.dgch.de)

**Vor Ort auf dem Kongress  
vom 17. bis 20. April 2018**

CityCube Berlin, CubeClub, Westfoyer, Level 1  
Dienstag, 17. April 2018, von 8.30 bis 17.30 Uhr  
Mittwoch, 18. April 2018, von 8.00 bis 18.00 Uhr  
Donnerstag, 19. April 2018, von 8.00 bis 17.30 Uhr  
Freitag, 20. April 2018, von 8.00 bis 16.30 Uhr  
Telefon: 030 3038-81508



## **REDEMANUSKRIPT**

### **Sektorübergreifende Versorgung – Mehr als nur ein Schlagwort?**

Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg, Vizepräsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC)

Der Begriff „Sektorübergreifende Versorgung“ beherrscht in zunehmendem Maße die öffentliche Diskussion, unter anderem auch im aktuellen Koalitionsvertrag. In der Regel ist die Formulierung positiv besetzt als erstrebenswertes und heilbringendes Ziel, allerdings sind Hinweise zur Umsetzung eher vage, wenn überhaupt zu erkennen.

Der BDC hat seit Jahren die sektorübergreifende Versorgung auf der Agenda und bietet jedes Jahr anlässlich des Chirurgenkongresses Sitzungen mit verschiedenen Aspekten dazu an.

Dennoch, trotz aller Willensbekundungen, ist es bisher keinen Schritt vorangegangen.

Woran liegt das?

Ein wichtiger, vielleicht entscheidender Punkt ist bereits die Namensgebung. Es geht nämlich nur vordergründig um eine sektorübergreifende oder -verbindende Versorgung, tatsächlich geht es um die Überwindung fest zementierter Sektorengrenzen. Die kollegiale, gemeinsame Betreuung einzelner Patienten durch Kliniker und niedergelassene Ärzte ist längst gelebte Praxis, allerdings nur in Form gegenseitiger Information und Beratung. Eine organisierte und generelle Kooperation scheitert an den Betonmauern des Systems.

Auf der einen Seite stehen die Krankenhäuser, planungstechnisch in Länderhoheit und finanziert über Fallpauschalen (DRG). Die Ärzte sind Angestellte und weisungsabhängig von Vorgaben der Verwaltungen.

Auf der anderen Seite die niedergelassenen Ärzte, zwangsorganisiert über die Körperschaft der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), ebenfalls länderspezifisch. Die Finanzierung ist hochkomplex in einem gedeckelten Budget, nicht unmittelbar leistungsbezogen und im Prinzip über Fallzahlen gesteuert. Eine Niederlassungsfreiheit gibt es nicht, Arztsitze werden über eine bundesweite Bedarfsplanung aus dem vorigen Jahrhundert vergeben. Aus der Zeit Konrad Adenauers stammt auch das Monopol der KVen auf die ambulante Versorgung, gekoppelt mit dem Verzicht auf ein Streikrecht. Dieses Monopol wird inzwischen mit Billigung der Politik ausgehöhlt, indem ambulante Notfallversorgungen in großem Umfang an Kliniken erbracht werden und dafür neue Strukturen wie etwa Portalpraxen installiert werden.

Die genannten unterschiedlichen Regelungen wären nicht unüberwindbar, wenn es nicht auch eine stringente Trennung der Finanzmittel für Kliniken und Praxen bei den Krankenkassen gäbe. Einsparungen in einem Sektor führen nicht zu einem notwendigen Transfer dieser Mittel in den jeweils anderen Bereich. Das führt naturgemäß zu einem vertiefenden Grabenkampf zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhausträgerorganisationen, denn verständlicherweise wird keiner freiwillig Honoraranteile abgeben wollen.

Ohne eine grundlegende Reform der Finanztrennung wird jeder systematische Ansatz einer sektorübergreifenden Versorgung scheitern. Allenfalls könnte man das Belegarztsystem als einen Ansatz betrachten, bei dem sowohl ambulant wie stationär derselbe Arzt tätig wird. Aber auch dieses System wird bestraft mit Erlösabschlägen, die nicht wirklich nachvollziehbar sind.

Bereits heute gibt es zahlreiche Individuallösungen, die aber immer nur auf Basis von Einzelverträgen abgeschlossen werden können. Die Bereitschaft der Ärzteschaft, im Sinne ihrer Patienten eine echte kooperative Behandlung gemeinsam über alle Bereiche zu gestalten, ist vorhanden. Allein, es fehlt der politische Wille zu einer grundlegenden Reform.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, April 2018

## **REDEMANUSKRIFT**

### **Nachhaltige Konzepte zur Versorgung kinderchirurgischer Fehlbildungen in Entwicklungsländern**

Dr. med. Gül Schmidt, Operation Smile; Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,  
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum

In Deutschland wird sehr viel gespendet für humanitäre Zwecke und doch herrscht eine große  
Unsicherheit darüber, was mit den Spendengeldern letztendlich passiert ...

Es gibt Organisationen wie „Smile Train“, „Pro Interplast“, die Spenden sammeln, mit denen speziell  
Kinder mit Lippen-Kiefer-Gaumen-(LKG-)Spalten in der Dritten Welt operiert werden.

LKG-Spalten gehören zu den häufigsten angeborenen Fehlbildungen auf der Welt. Angeboren heißt,  
dass die Fehlbildungen direkt bei der Geburt sichtbar sind. Sie sind nicht lebensbedrohlich, aber ohne  
Operationen sehen die Betroffenen ein Leben lang entstellt aus. Sie hören schlecht, die  
Sprechentwicklung ist gestört und sie haben den typischen nasalen Stimmklang, der für Hänseleien  
herhalten muss.

Mit diesen Symptomen werden sie allgemein ausgegrenzt und hinzukommt, dass sie trotz adäquater  
intellektueller und manueller Fähigkeiten für geistig behindert gehalten werden. Dabei haben diese  
Menschen oft überdurchschnittliche Begabungen, die dadurch unterdrückt werden.

In Entwicklungsländern gibt es viele unoperierte Spaltpatienten, die im Leben ein Schattendasein  
führen. Organisationen wie unter anderem „Pro Interplast“ und bezeichnenderweise „Smile Train“  
sind gegründet worden, um speziell diesen Patienten mit einer Gesichtsfehlbildung unentgeltlich eine  
adäquate Versorgung zu ermöglichen, und zwar durch chirurgische OP-Camps.

Landeseigene NGOs (non-governmental organizations) sorgen als Organisatoren vor Ort für die lokale  
Infrastruktur. Ein Beispiel hierfür ist Howrah South Point, eine von dem französischen Priester  
François Laborde gegründete Organisation in Westbengalen. Sie sorgt „für ansonsten fähige Kinder  
zur Förderung der menschlichen Entwicklung, unabhängig von Kaste, Glaubensbekenntnis und  
Religion unter besonderer Berücksichtigung der unterdrückten und schwächeren Schichten der  
Gesellschaft“. In dieser Organisation engagiert sich auch Frau Dr. Maria Furtwängler.

Eine organisatorische Herausforderung stellt für alle Beteiligten die Koordination von lokalen  
Organisationen und den internationalen gemeinnützigen Vereinen dar. Die zweite inhaltliche  
Herausforderung bei der Planung chirurgischer Camps ist die notwendige Kooperation zwischen  
Chirurgen und Anästhesisten. Nur wenn Spezialisten wie Chirurgen und Anästhesisten sich

aufeinander verlassen können, ist die Durchführung auch komplizierter Spaltoperationen unter einfachen Bedingungen sicher möglich.

Seit zwölf Jahren fahren wir als ein gleichbleibendes Team von Anästhesisten und Chirurgen nach Westbengalen, um Spaltpatienten vor Ort operativ zu versorgen. Interessierte Kollegen werden seit Jahren mitgenommen, um die Erfahrungen weiterzuverbreiten.

Die anfänglich vonseiten der Patienten und deren Angehörigen uns entgegengebrachte Scheu und Unsicherheit ist in diesen zwölf Jahren einem Selbstbewusstsein gewichen, mit dem die Patienten ihre Vorstellungen und Ängste uns gegenüber klar formulieren und mit Wünschen und Fragen wiederkommen. Aus Kleinkindern werden so Kinder mit Schuluniformen, die besser sprechen wollen, oder Erwachsene, die dringend einer plastischen Korrektur bedürfen, um auf dem Heiratsmarkt eine Chance zu bekommen.

Durch die Hilfe der gemeinnützigen Organisationen ist ein Standard entstanden, der es ermöglicht, Operationen auf hohem Niveau und postoperative Betreuung unter einfachen Bedingungen durchzuführen.

An dieser Stelle möchte ich mich bei „Pro Interplast“, „Smile Train“ sowie den vielen Spendern für die jahrelange finanzielle Hilfe und das entgegengebrachte Vertrauen in unsere Arbeit herzlich bedanken.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, April 2018

## REDEMANUSKRIFT

### Globalisierung: Seltene Erkrankungen – exotische Infektionen – Verständigung

Professor Dr. med. Erich Stoelben, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V. (DGT); Chefarzt Thoraxchirurgie, Lungenklinik Köln-Merheim, Kliniken der Stadt Köln gGmbH; Lehrstuhl für Thoraxchirurgie, Private Universität Witten/Herdecke, Köln

1. Am Beispiel der Tuberkulose kann man den Einfluss der Migration auf unser Gesundheitswesen erkennen.
2. Die Erkrankungszahlen haben erstmals seit 40 Jahren wieder zugenommen.
3. Die Patienten, die außerhalb Deutschlands geboren wurden, sind in der Mehrheit.

Die Migration und die starke Reiselust der Deutschen erfordern die Auseinandersetzung mit seltenen Krankheitsbildern.

Wir müssen mit Krankheitsausbrüchen durch leicht übertragbare Krankheiten (Tröpfcheninfektion) rechnen.

Wir sollten die unterschiedlichen kulturell bedingten Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit berücksichtigen.

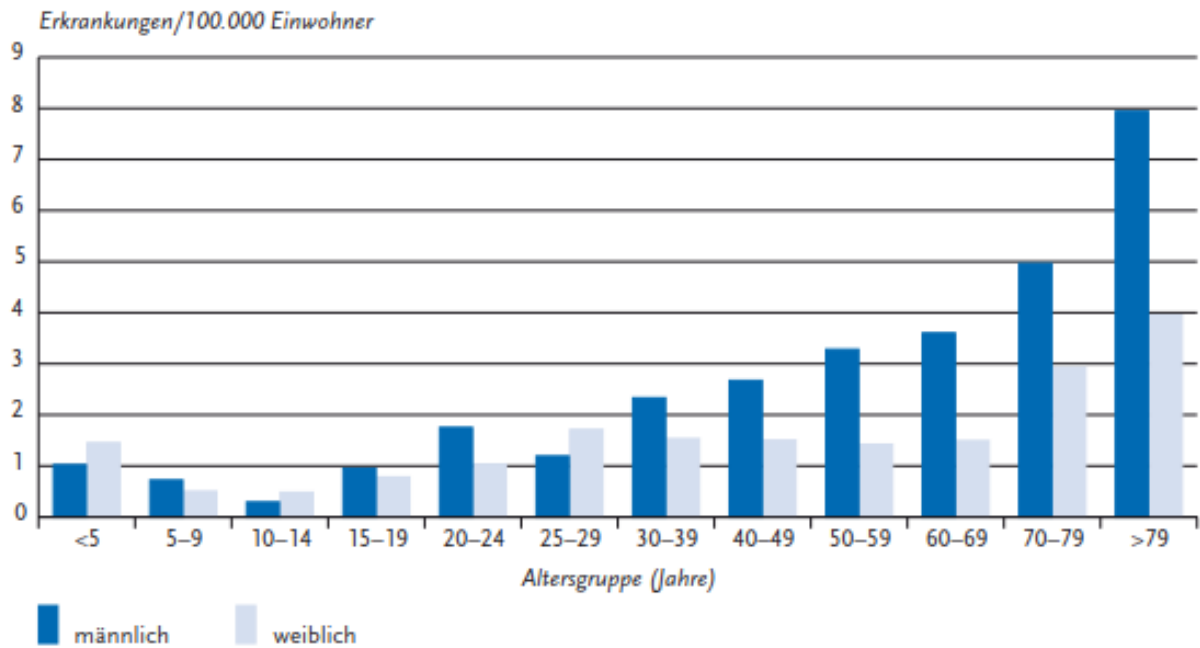
Die Erforschung und Entwicklung moderner Behandlungsmethoden von in den entwickelten Ländern seltenen, aber in unterentwickelten Ländern häufigen Erkrankungen ist im eigenen Interesse sinnvoll.

Zeitlicher Verlauf der Tuberkulosen-Inzidenz von 2002–2016

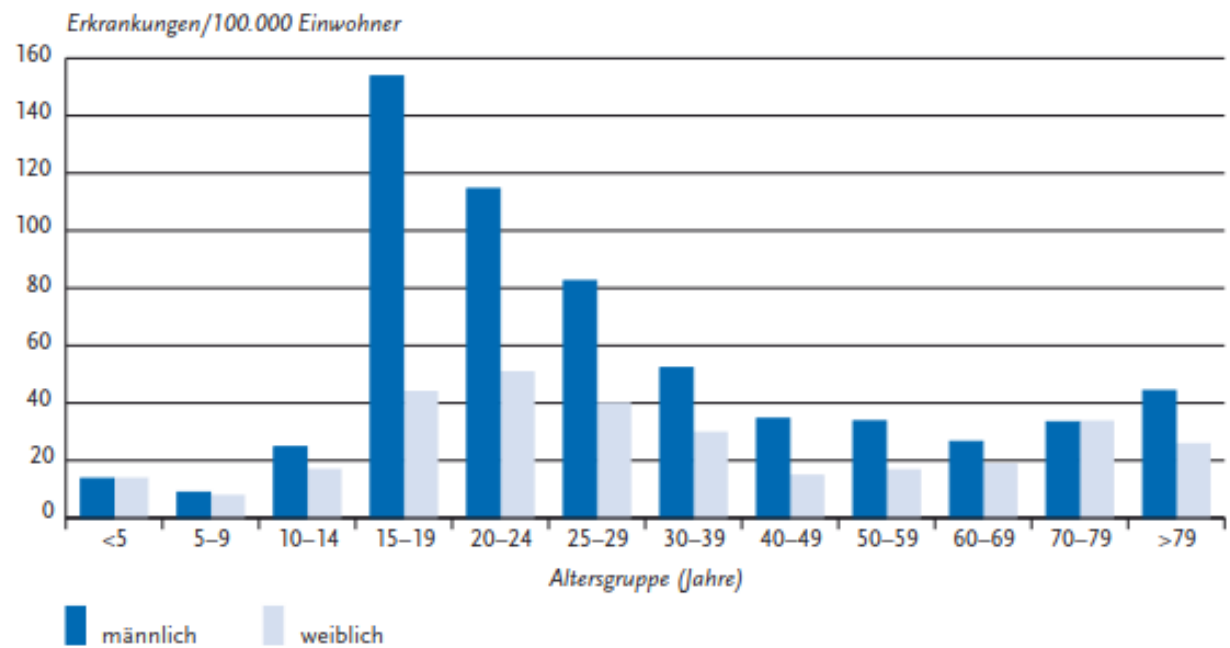




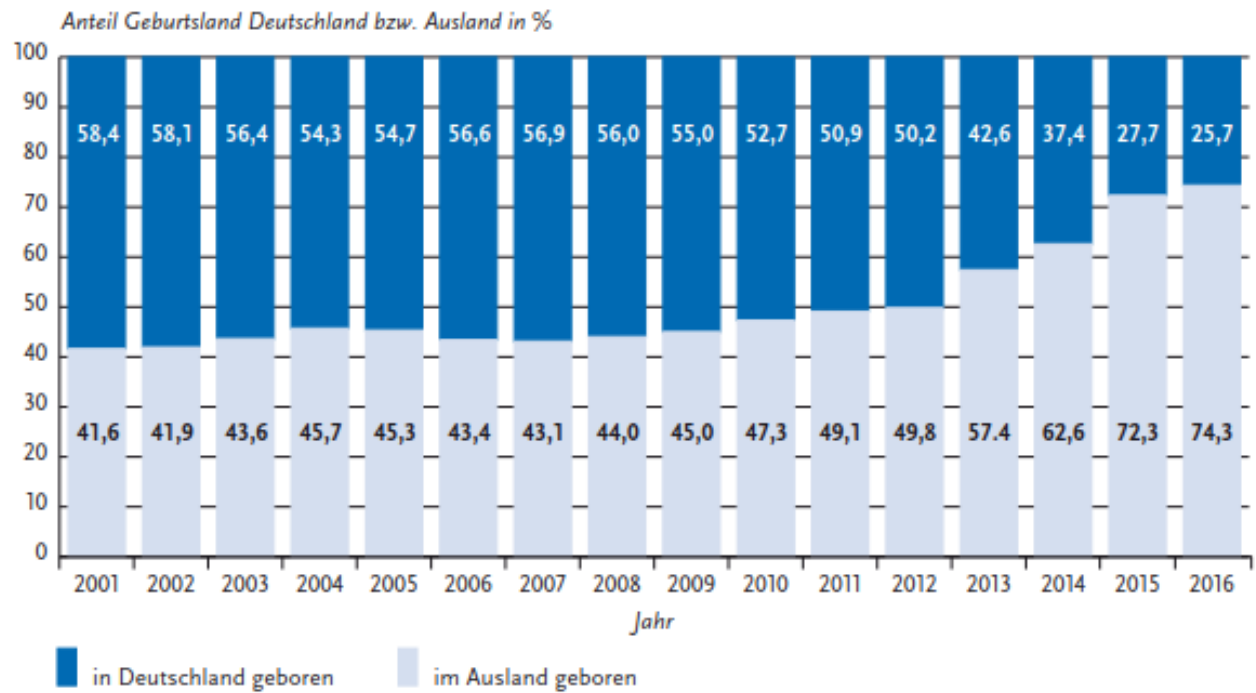
**Tuberkulose-Inzidenz (Erkrankungen pro 100.000 Einwohner) nach Altersgruppe und Geschlecht bei deutscher Staatsangehörigkeit (N=1.647)**



**Abb. 5:**  
Tuberkulose-Inzidenz (Erkrankungen pro 100.000 Einwohner) nach Altersgruppe und Geschlecht bei ausländischer Staatsangehörigkeit (N=3.677)



Anteil im Ausland geborener Personen unter den übermittelten Tuberkulose-Erkrankten – Vergleich der Jahre 2002–2016



(Es gilt das gesprochene Wort!)  
Berlin, April 2018

## **REDEMANUSKRIFT**

### **Moderne Konzepte in der chirurgischen Fort- und Weiterbildung – Sectio chirurgica**

Professor Dr. med. Bernhard Hirt, Leiter des Instituts für Klinische Anatomie und Zellanalytik, Universitätsklinikum Tübingen

Die Digitalisierung verändert den ärztlichen Beruf in Diagnostik und Therapie. Wenig Augenmerk wird auf eine folgenreiche Entwicklung gelegt: Die digitale Transformation des Gesundheitssystems wird auch die chirurgische Aus-, Weiter- und Fortbildung revolutionieren. Das Potenzial digitaler Lernformate ist riesig: Sie sind zeitlich und örtlich flexibel („access anytime, anywhere“), individualisierbar, dem Vorwissen adaptierbar und ermöglichen einfaches Lerncontrolling.

Nur: Die aktuellen Nutzungszahlen digitaler Weiterbildungsplattformen sind ernüchternd. Laut Angaben des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen (BDC) wird das mit über 550 digitalen Fortbildungskursen umfangreichste deutschsprachige digitale Medienangebot von der Gemeinschaft der Chirurgen nicht wie erwartet genutzt.<sup>1</sup> Was ist geschehen? Werden digitale Tools nicht oder nicht adäquat eingesetzt? Liegt es an einer verfehlten Kommunikation – vielleicht sogar einer fehlenden Marketingstrategie? Auffallend ist, dass kommerzielle Plattformen einen regen Zulauf erfahren. Aktuelle Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage der Bertelsmann Stiftung („Monitor Digitale Bildung“) aus dem Jahr 2017 zur Deutschen Lehr- und Lernkultur in der digitalen Weiterbildung lassen ein allgemeines Grundmuster erkennen, das offensichtlich auch für die spezialisierte Weiterbildung in der Chirurgie Bestand hat.<sup>2</sup> Die digitale Weiterbildung geschieht vor allem informell und online zu Hause, vor allem durch kurze, problem- und handlungsorientierte Wissensangebote, die viel Freiheit und Selbstständigkeit beim Lernen ermöglichen. Die Inhalte werden in erster Linie themen- und problemorientiert gesucht. Komplette Online-Kurse, wie zum Beispiel die ehemals hochgepriesenen „massive open online courses“, MOOCs, werden lediglich von einem Prozent der Lernenden genutzt und spielen in der Weiterbildung in Deutschland derzeit keine Rolle.<sup>2</sup> Privat kommerzielle Anbieter dominieren das Geschäft der schnellen Wissensvermittlung, traditionelle Wissensanbieter spielen eine untergeordnete Rolle. Qualitätsstandards werden dabei selten hinterfragt. Informationen werden unabhängig von wissenschaftlichen oder didaktischen Ansprüchen angenommen.<sup>3</sup> Überträgt man diese Erkenntnisse auf die hoch spezialisierte chirurgische Weiterbildung, entsteht ein erschreckendes Bild: Konsumiert werden kurze Informationshäppchen in Form von Videotutorials, wobei die Quelle weniger relevant ist. Mr. Google statt Professor. Fast and dirty, kreuz und quer statt Programm. Ein ausgefeiltes Marketing für Weiterbildung von Fachgesellschaften wird hier nur wenig helfen. Ansetzen muss man sehr viel früher: „lifelong learning“ beginnt in der Aus- nicht in der Weiterbildung. Und hier gibt es großen Nachholbedarf. Medienkompetenz spielt in der Hochschulausbildung derzeit keine Rolle. Die Kompetenz der „data literacy“, der Fähigkeit planvoll mit digitalen Informationen umzugehen, sie zu hinterfragen und sinnvoll einzusetzen, wird nicht unterrichtet. Interessant erscheinen dabei auch hier die Ergebnisse

groß angelegter repräsentativer Umfragen:<sup>4, 5</sup> Die aktuellen Studierenden sind mitnichten allesamt „digital natives“, die im Umgang mit digitalen Formaten geübt sind. Lediglich 20 Prozent der Studierenden sind digitale Allrounder. Genauso viele Studierende sind lediglich „PDF-Nutzer“. Die „take-home-message“ lautet also: Es ist die Aufgabe der Universitätsdozenten, den Studierenden „data literacy“ beizubringen und eine Vielfalt an Formaten anzubieten. Es ist die Aufgabe der Universitätsleitungen, dies zu fördern. Es ist die Aufgabe der Weiterbildungsbevollmächtigten, digitale Inhalte zu empfehlen oder zu produzieren. Es ist deren Aufgabe, digitale Formate und Inhalte fest in Weiterbildungscurricula zu verankern. Lässt man Studierende, Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung, Kolleginnen und Kollegen in der Fortbildung alleine, werden offensichtlich private Verhaltensmuster zur schnellen und ungerichteten Wissensakquise übernommen. Das Kurzvideo zur Cholezystektomie in Analogie zum Obstbaumschnitt.

Es gibt Best-Practice-Beispiele digitaler Formate, die keinen Programm-Charakter haben, qualitätsgesichert Informationen vermitteln, keinen kommerziellen Gedanken verfolgen oder kommerzielle Plattformen Dritter nutzen, interdisziplinär, interprofessionell sind, die das Potenzial der digitalen Formate ausnutzen, den interaktiven Austausch und Diskurs während der Wissensvermittlung ermöglichen und – wichtig – von Studierenden wie auch von Weiterbildungsassistenten genutzt werden. Die „Sectio chirurgica“ des Anatomischen Institutes der Universität Tübingen ist eine solche Veranstaltung.<sup>6</sup> Chirurgen aller Fachdisziplinen demonstrieren im Rahmen einer regelmäßig stattfindenden abendlichen Live-Veranstaltung charakteristische Eingriffe ihres Fachgebiets am speziell fixierten Körperspender. Der Anatom moderiert. Live-Chat, Live-Ted-Analysen, Augmented Reality, Second-Stream mit weiteren Kameraeinstellungen, Studiodiskussionen mit dem gesamten behandelnden Team bieten Einblicke professionellen ärztlichen Handelns. Jeder vierte Medizinstudierende Deutschlands ist registriert. Und zunehmend auch Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung.

- 1) [www.bdc.de](http://www.bdc.de)
- 2) <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/teilhabe-in-einer-digitalisierten-welt/monitor/weiterbildung/>
- 3) <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2018/februar/google-laeuft-traditionellen-weiterbildungsanbietern-den-rang-ab/>
- 4) <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/monitor-digitale-bildung-2/>
- 5) <https://hochschulforumdigitalisierung.de/>
- 6) [www.sectio-chirurgica.de](http://www.sectio-chirurgica.de)

## **REDEMANUSKRIFT**

### **Global Health Care und Global Surgery – der große und der kleine Bruder**

Privatdozent Dr. med. Henning Mothes, Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Entwicklungsländer (CAEL) der DGCH; Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Jena

Die globalen Gesundheitsdaten verändern sich rasant. Sie weisen große regionale Unterschiede auf. Die Inzidenz und Mortalität von Infektionskrankheiten konnten durch Erfolge in der medizinischen Forschung, nationale Gesundheitspläne und große finanzielle Aufwendungen gesenkt werden. Dagegen nehmen Erkrankungen deutlich zu, die durch ungesunde und sich verändernde Umwelt- und Lebensbedingungen verursacht sind.

Diese zunehmend durch global wirkende Faktoren verursachten Krankheiten können allein durch monokausal oder lokal angelegte Gesundheitsinitiativen nur unzureichend verhindert oder behandelt werden. Es sind gemeinsame Strategien von Medizin, Forschung und Politik gefordert, die komplexen Ursachen für das gehäufte Auftreten vor allem nicht übertragbarer Erkrankungen zu bekämpfen. Es müssen hierfür definierte Konzepte erarbeitet und realisiert werden. Um Gesundheit global zu verbessern, sollten hierauf abzielende Programme trotzdem regional organisiert sein und gleichzeitig auf eine Verbesserung der Infrastruktur sowie eine ausreichende Bereitstellung von Material und ausgebildetem Personal hinwirken.

### **Chirurgie und Global Health Care**

Chirurgisch behandelbare Erkrankungen sind wesentlich für die unzureichende globale Gesundheit verantwortlich zu machen. Ihnen muss etwa ein Drittel der globalen Krankheitslast zugesprochen werden. Schätzungen gehen für das Jahr 2010 weltweit von fast 17 Millionen Toten aus, die an chirurgisch prinzipiell zu versorgenden Krankheiten gestorben sind.

Führend sind dabei die Folgen von Unfällen, die bereits jetzt in der Mortalitätsstatistik der WHO mit fünf Millionen Verstorbenen pro Jahr an die dritte Stelle geklettert sind; für Kinder und junge Erwachsene von fünf bis 40 Jahren sind sie bereits die häufigste Todesursache. Etwa 90 Prozent der unfallbedingten Todesfälle und Patienten mit dauerhaften körperlichen Schäden treten in den Ländern mit niedrigem und mittlerem Pro-Kopf-Einkommen auf. Die Wahrscheinlichkeit, an den Folgen eines Unfalls zu versterben, ist in diesen Ländern etwa sechsmal höher als in den reichen Ländern. Aus Sicht von Global Health Care lässt sich dieser alarmierende Zustand aber auch anders herum darstellen: 1,5 Millionen Todesfälle pro Jahr können in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen verhindert werden; das wären etwa 6,5 Prozent aller vermeidbaren Todesfälle.

Die Bedeutung chirurgischer Erkrankungen wird noch deutlicher, wenn man nicht nur die Mortalität als Indikator für die Schwere einer Erkrankung heranzieht, sondern darüber hinaus auch die DALY (disability-adjusted life years), also eine auf die Lebensjahre umgerechnete Einschränkung, am normalen Leben und Arbeiten teilzunehmen. Die Verkehrsunfälle lagen in dieser Statistik bereits vor zehn Jahren auf dem neunten Platz und werden – den Hochrechnungen zufolge – bis 2030 an die dritte Stelle rücken. Den DALYs werden auch im Rahmen von Global Health eine große Bedeutung beigemessen, weil diese statistische Variable neben dem individuellen Schicksal auch die sozialen und ökonomischen Folgen beleuchtet. Wiederum im Umkehrschluss ist es dadurch aber auch möglich, durch eine deutliche Verbesserung der chirurgischen Versorgung viele DALYs zu verhindern. Im Gegensatz zu chronischen Infektionen wird die Gesundheit der Patienten nach adäquater chirurgischer Behandlung oft vollständig wiederhergestellt, und sie können unverändert am Arbeitsprozess teilnehmen. Damit gelangt ein neuer wichtiger Parameter in den Fokus von Global Health Care: Adäquate Chirurgie ist kosteneffizienter als die (billigere) Behandlung vieler anderer Erkrankungen. Hochgerechnet auf das Bruttonationaleinkommen (BSP) der Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen kann durch eine flächendeckende (globale) chirurgische Versorgung bis zum Jahr 2030 eine Einsparung der Gesamtausgaben von etwa zwei Prozent des BSP (12,3 Billionen US-Dollar) erzielt werden.

Bei dieser Betrachtung der ökonomischen Folgen ist aber eine ganz andere Zahl für die Betroffenen noch wichtiger: die Anzahl der Patienten, die dauerhaft verarmen würden oder finanziell ruiniert wären, wenn sie sich einer Operation unterziehen müssten. Diese wird weltweit auf etwa 3,7 Milliarden Menschen geschätzt, also die knappe Hälfte der Weltbevölkerung. Nach dieser Studie werden bereits jetzt jährlich etwa 81 Millionen Menschen durch direkte Ausgaben für den chirurgischen Eingriff selbst oder für die damit assoziierten nicht medizinischen Ausgaben finanziell ruiniert. Diese Zahlen demonstrieren die Notwendigkeit, das Risiko einer Verarmung Erkrankter durch entsprechende nationale Gesetzgebungen zu reduzieren.

### **Wie erreicht Global Surgical Care den Patienten?**

Drei Viertel der weltweit durchgeführten Operationen werden an etwa einem Drittel der Weltbevölkerung durchgeführt. Aktuell haben fünf Milliarden Menschen keinen Zugang zu adäquater und bezahlbarer chirurgischer und anästhesiologischer Behandlung.

Auf Initiative der WHO und der Lancet Commission on Global Surgery sind 2015 konkrete Empfehlungen erarbeitet worden, wie die Verbesserung der weltweiten chirurgischen Versorgung erzielt werden kann. Dieser Plan folgt den Kriterien von Global Health Care und verfolgt damit keinen alleinigen krankheitsbezogenen Zugang (zum Beispiel Reduzierung der Mütter- und

Säuglingssterblichkeit, Impfkampagnen), sondern eine sektorübergreifende Strategie zur Stärkung lokaler beziehungsweise nationaler Gesundheitsstrukturen.

Die Schlüsselthemen von Global Health Care weisen darauf hin, wie nah alle Aspekte in unserem Alltag sind. Hierzu gehören das Voranschreiten multiresistenter Keime und die ungenügende Entwicklung neuer Antibiotika genauso wie der Organhandel zwischen reichen und armen Ländern, der Umgang mit und die medizinische Behandlung von Migranten, die Vermeidung von Umwelt- und klimabedingten Erkrankungen, die Verwendung gentechnisch hergestellter Nahrungsmittel und vielleicht in Zukunft die Manipulationen des genetischen Materials Ungeborener.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, April 2018

## REDEMANUSKRIFT

### **Nachwuchs – Karrierepfade – Wissenschaftliche Ausbildung**

Professor Dr. med. Jörg C. Kalff, Zweiter Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV); Direktor der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie und Vorstandsmitglied, Universitätsklinikum Bonn

Der Nachwuchsmangel in chirurgischen Fächern betrifft auch den Nachwuchs an den Universitätskliniken in Deutschland. Die Universitätsmedizin verbindet die Wissenschaft mit der Krankenversorgung und ist daher eine wichtige Schnittstelle für Innovation und Fortschritt in Diagnostik und Therapie von Erkrankungen und Motor für eine Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. Immer weniger junge Mediziner sind jedoch bereit, sich der doppelten Herausforderung eines klinisch-akademischen Karrierewegs zu stellen, oder verlassen das System trotz ausgewiesener Forschungsleistungen und wenden sich der reinen Krankenversorgung zu. Die Vereinbarkeit von klinischer und wissenschaftlicher Tätigkeit ist unter den momentanen Voraussetzungen im System deutlich erschwert und selbst wenn diese Schwierigkeiten gemeistert wurden, bleibt der weitere Weg der Laufbahn nur schwer planbar und unsicher. Gründe hierfür sind auch fehlende klare Karrierewege und berufliche Perspektiven bei einer geringen Anzahl an attraktiven Zielpositionen. Der berufliche Werdegang in der klinischen Weiterbildung ist gut strukturiert und etabliert und Karriereziele sind klar definiert. Die zusätzliche akademische Laufbahn weist ähnliche Strukturen und Perspektiven nicht in gleicher Weise auf.

Die Notwendigkeit, junge Mediziner und auch den chirurgisch interessierten Nachwuchs wieder vermehrt und nachhaltig für die akademische Laufbahn zu interessieren, wurde bereits von den führenden Wissenschaftsorganisationen erkannt. Arbeitsgruppen und Stellungnahmen zur Thematik finden sich unter anderem von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), dem Wissenschaftsrat und dem Medizinischen Fakultätentag. Ein Begriff, der in diesem Zusammenhang immer wieder auftaucht, ist der „Clinician Scientist“ – das heißt der wissenschaftlich aktive Kliniker. Das Thema findet sich sogar im aktuellen Koalitionsvertrag, hier heißt es: „... *Zur Verbesserung der medizinischen Forschung wollen wir ein Förderprogramm für forschende Ärztinnen und Ärzte (clinical scientists) und klinisch tätige Forscherinnen und Forscher auflegen.*“

Die Fakultäten und Universitätsklinika haben bereits reagiert und es wurden verschiedene Programme aufgelegt. Die DFG hat nun in einer aktuellen Ausschreibung eine Förderung für derartige Programme aufgelegt. Daneben gibt es bereits existierende Förderprogramme von Stiftungen (zum Beispiel Else Kröner-Fresenius) und weitere aktuelle Ausschreibungen, zum Beispiel durch die Deutsche Krebshilfe. Um hier die erforderliche Nachhaltigkeit zu erreichen, ist es zwingend notwendig, auch parallel die Karrierewege für den motivierten Nachwuchs zu strukturieren und transparent zu machen.



Der Fortschritt in der Medizin bringt einen immensen Wissenszuwachs mit sich und um diesem im täglichen Alltag gerecht werden zu können, bilden sich immer stärkere Subspezialisierungen in den medizinischen Fächern heraus. Gerade hier finden sich die wichtigen Impulse für Innovationen im Zusammenwirken von Wissenschaft und Krankenversorgung. Die Fokussierung auf Teilgebiete in den klinischen Fächern wird den zukünftigen Personalbedarf in den Kliniken jedoch deutlich erhöhen. Hiermit wird eine Kostensteigerung verbunden sein. Zum Erhalt der herausragenden Qualität der gesundheitlichen Versorgung und des Fortschritts werden Umstellungen des Systems nötig und für den Nachwuchs auch jetzt schon spürbar sein müssen.

Die Vorteile einer akademischen Weiterbildung und Qualifizierung müssen nicht nur der Politik und dem Gesundheitssystem bewusst sein, transparente und anerkannte Vorteile für die eigene Laufbahn müssen auch dem Nachwuchs und den bereits akademisch orientierten Fachärztinnen und Fachärzten verdeutlichen, dass es eine lohnende Investition in die Zukunft ist.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, April 2018

## **REDEMANUSKRIFT**

### **Chancen und Herausforderungen der chirurgischen Forschung in der globalen Welt**

Professor Dr. med. Michael Menger, Direktor des Instituts für Klinisch-Experimentelle Chirurgie, Universität und Universitätsklinikum des Saarlandes

Während die Globalisierung der Welt erst ein Thema der letzten 20 bis 30 Jahre ist, fand die Globalisierung der medizinischen Forschung, auch der chirurgischen Forschung, schon Mitte der Sechzigerjahre des letzten Jahrhunderts statt. Damals wurde durch das National Center for Biotechnology Information (NCBI) der United States National Library of Medicine eine medizinische Datenbank (MedLine) etabliert, die weltweit frei (auch kostenfrei) zugänglich war. Damit waren die Grundlagen geschaffen für einen globalen Austausch von Forschungsdaten und gleichzeitig die Voraussetzungen gegeben, weltweite Kooperationen für zukünftige Projekte einzugehen. Insofern war die medizinische Forschung der Wirtschaft in Bezug auf Globalisierung weit voraus.

Durch die weltweit zugänglichen Datenbanken wird auch die Verbreitung neu entwickelter Technologien in die klinische Praxis beschleunigt, wie an der Entwicklung und Verbreitung zum Beispiel der minimalinvasiven Operationstechnologien der letzten Jahrzehnte zu erkennen war.

Eine Chance der globalen Welt, welche Onkologen und Kardiologen, aber auch Neurowissenschaftler, nicht aber die Chirurgen in ausreichendem Maße genutzt haben, ist die zunehmende Möglichkeit großer prospektiver, randomisierter Studien. Während die Onkologen, Kardiologen und Neurologen in den letzten zwei Jahrzehnten eine Vielzahl ihrer Behandlungskonzepte in derartigen Studien mit großer Fallzahl überprüft haben, liegt in der klinischen Forschung in der Chirurgie hier die Herausforderung der kommenden Jahre.

Neben der Vernetzung chirurgischer Kooperationspartner für große klinische Studien liegen die Chancen und Herausforderungen der Forschung in der Chirurgie im interdisziplinären Ansatz der einzelnen Forschungsprojekte. Hierbei sind Bioinformatiker, Biotechnologen und Materialwissenschaftler, aber natürlich auch Mediziner, insbesondere Internisten, von größter Bedeutung und daher besonders gefragt.

So wurde zum Beispiel jahrzehntelang Forschung zur Behandlung des Typ-I-Diabetes mellitus durch Transplantation isolierter Langerhans'scher Inseln vorangetrieben, bisher jedoch ohne durchschlagenden Erfolg. Im Gegensatz dazu zeigen (fast zufällig) jüngste Studien, dass man durch die Magenverkleinerungsoperationen in der bariatrischen Chirurgie Typ-II-Diabetes mellitus heilen kann. Und zusätzlich damit auch noch Bluthochdruck, erhöhten Blutfetten und Schlafapnoe entgegenwirken kann. Die Mechanismen hierfür sind nicht wirklich bekannt und bedürfen daher in

den kommenden Jahren intensiver Forschung, die interdisziplinär zusammen mit Gastroenterologen, Endokrinologen und Ernährungswissenschaftlern betrieben werden muss.

Andere Studien zeigen zum Beispiel hervorragende Behandlungsergebnisse durch fäkalen Mikrobiota-Transfer bei der *Clostridium difficile*-Sepsis, aber auch bei entzündlichen Darmerkrankungen wie Colitis ulcerosa und Morbus Crohn beziehungsweise auch beim Reizdarmsyndrom. Auch hier sind interdisziplinäre Forschungsansätze für die Zukunft mit internistischen Kollegen anzustreben, um diese Techniken zu optimieren und die Wirkweise zu analysieren, ja, gegebenenfalls noch andere Krankheitsbilder zu identifizieren, in denen die Diversität des Mikrobioms eine Rolle spielt, und damit ein fäkaler Mikrobiota-Transfer zur Behandlung indiziert sein könnte.

Schlussendlich konnte durch ALLPS (Associating Liver Partition and Portal Vein Ligation) gezeigt werden, dass die Leberregeneration nach Resektion dramatisch beschleunigt werden kann, ideal und oft dringendst notwendig bei Patienten, die sich aufgrund eines malignen Befundes einer ausgedehnten Leberresektion unterziehen müssen. Allerdings zeigen sich auch (teils schwerwiegende) Komplikationen bei der Anwendung dieser Technik. Daher ist auch hier in einem interdisziplinären Ansatz gefragt, Modifikationen dieser Technik oder andere Eingriffe, welche eine vergleichbare Stimulation der Leberregeneration ohne Komplikationen bewirken, zu erarbeiten.

Das interdisziplinäre Arbeiten in diesen Forschungsbereichen wird die wissenschaftliche Kompetenz der Chirurgen deutlich erweitern und schlussendlich den Patienten zu besseren Behandlungsergebnissen verhelfen. Die Chirurgen werden diese Chancen für die Zukunft nutzen und die oben genannten Herausforderungen angehen.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, April 2018

## **REDEMANUSKRIFT**

### **Gemeinsam stark: Interdisziplinäre Plastische Chirurgie – Wiederherstellung von Form und Funktion nach Trauma und Tumor**

Professor Dr. med. Riccardo Giunta, Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC); Direktor der Abteilung für Handchirurgie, Plastische Chirurgie und Ästhetische Chirurgie der Ludwig-Maximilians-Universität München am Campus Innenstadt und Campus Großhadern

Plastische Chirurgie wird in der Öffentlichkeit oft als reine Schönheitschirurgie wahrgenommen. Sie kann aber viel mehr! Die vier Säulen des Fachgebietes – rekonstruktive Chirurgie, Handchirurgie, Verbrennungschirurgie und ästhetische Chirurgie fußen auf dem breiten Fundament einer umfangreichen Forschung. Da plastische Chirurgie an allen Regionen des Körpers angewandt wird, werden viele Operationen in enger interdisziplinärer Zusammenarbeit mit organgebundenen Fächern durchgeführt. Die plastische Chirurgie versteht sich hier als dienende Disziplin, die hilft, große Defekte zu heilen.

Der Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ist immer Ausdruck dieser engen interdisziplinären Kooperationen: Ein Hauptschwerpunkt der plastischen Chirurgie ist die rekonstruktive Mikrochirurgie nach Verletzungen und Tumoren. Dies betrifft etwa die Brustrekonstruktion nach Brustkrebs, die an großen Kliniken in einem Brustzentrum durchgeführt wird. Der plastische Chirurg übernimmt hier die Rolle des Brustrekonstruktors bei Mammakarzinom und baut die Brust vorwiegend mit freien Lappenplastiken wieder auf. Dabei handelt es sich um an anderer Stelle entnommenes Gewebe, das an der Brust dann mikrochirurgisch wieder an die Gefäße angeschlossen wird. Plastische Chirurgen sind als Ausdruck dieser engen interdisziplinären Kooperation in jedes Brustzentrum eingebunden, sodass jede Frau die Wahl hat, ob und wie ihre Brust wiederhergestellt wird. Dabei sollte die Patientin vor der Tumorentfernung vorgestellt werden, damit das Ergebnis und die Rekonstruktion schon bei der Entfernung des Tumors mitbedacht werden können.

Die Rekonstruktion bei bösartigen Tumoren wird oft auch gemeinsam mit der Tumororthopädie sowie weiteren Fachgebieten koordiniert. So kann man auch sehr große Tumoren vollständig entfernen und durch plastische Chirurgie Form und Funktion wiederherstellen. So lassen sich zum Beispiel Extremitäten erhalten oder schwere Entstellungen im Gesichtsbereich vermeiden.

Ein weiteres Beispiel betrifft die Behandlung von stark übergewichtigen Patienten, die nach einer Magenverkleinerungsoperation durch die Viszeralchirurgie stark Gewicht verlieren. In der Folge der Gewichtsabnahme kommt es zu stark störenden Erschlaffungen der Haut, die auch persistierende Entzündungen provozieren. Vor allem im Bereich des Bauches und des Gesäßes, der Oberschenkel, der Brust und der Oberarme kann das Gewebe sich häufig nicht mehr der Körperform anpassen. Durch

Straffungsoperationen kann der plastische Chirurg hier die Körperform und damit die Lebensqualität deutlich verbessern.

Auch mit dem zunehmenden Alterungsprozess der Bevölkerung gewinnen degenerative Erkrankungen wie chronische Druckgeschwüre (Dekubitus), chronische Wunden wie zum Beispiel beim diabetischen Fußsyndrom immer mehr an Bedeutung. Plastisch chirurgische Techniken helfen, diese Defekte wieder zur Abheilung zu bringen. Nicht zuletzt am Lebensende gewinnt plastische Chirurgie zur Wiederherstellung der Körperoberfläche bei diesen Defekten immer mehr an Bedeutung. Patienten und Angehörige können so in Würde Abschied nehmen.

Die Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen ist auf dem Jahreskongress der DGCH mit Themen aus allen vier Säulen vertreten und nutzt den interdisziplinären Charakter der Tagung zum regen wissenschaftlichen Austausch zwischen den chirurgischen Disziplinen. Durch diese enge interdisziplinäre Kommunikation und Interaktion der plastischen Chirurgie im klinischen Alltag lässt sich die Behandlung der Patienten deutlich verbessern.

Zuletzt: Einladung heute Abend um 17.30 Uhr in die DGCH-Pressestelle, um mehr über das breite Fachgebiet zu erfahren und den Dialog mit Experten zu suchen.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, April 2018

**135. Kongress**  
**Deutsche Gesellschaft für Chirurgie**  
17. bis 20. April 2018 · CityCube, Berlin



Prof. Dr. med. Jörg Fuchs  
Präsident 2018

**Pressekonferenz anlässlich des  
135. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie**

**Termin:** Freitag, 20. April 2018, 12.00 bis 13.00 Uhr  
**Ort:** CubeClub, Ebene 1, Westfoyer im CityCube  
**Anschrift:** Messedamm 26/Ecke Jafféstraße, 14055 Berlin

**„Tradition – Innovation – Globalisierung“**

**Themen und Referenten:**

**Erste Bilanz – Wie lief der 135. Chirurgenkongress?**

*Professor Dr. med. Jörg Fuchs*

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH);  
Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie  
am Universitätsklinikum Tübingen

**Herzchirurgie sieht kritischen Mangel an Spenderherzen; Europäische ESC/EACTS  
Leitlinie zur Behandlung von Herzklappenerkrankungen 2017 wird ausdrücklich von  
Herzchirurgen befürwortet**

*Privatdozent Dr. med. Wolfgang Harringer*

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG);  
Chefarzt der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Städtisches Klinikum  
Braunschweig

**Nachwuchsförderung unter den Aspekten des Kongressmottos:**

**Tradition – Innovation – Globalisierung**

**Und:**

**Update zum Screening der Bauchsclagader**

*Professor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen*

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG);  
Direktor der Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie und des Universitären  
Wundzentrums, Universitätsklinikum Frankfurt am Main

**Moderation:**

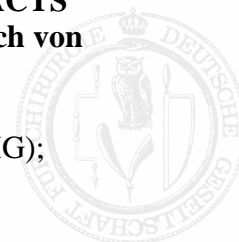
Anne-Katrin Döbler, Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Stuttgart

**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  
Telefax: 0711 8931-167  
[ullrich@medizinkommunikation.org](mailto:ullrich@medizinkommunikation.org)  
[www.chirurgie2018.de](http://www.chirurgie2018.de), [www.dgch.de](http://www.dgch.de)

**Vor Ort auf dem Kongress  
vom 17. bis 20. April 2018**

CityCube Berlin, CubeClub, Westfoyer, Level 1  
Dienstag, 17. April 2018, von 8.30 bis 17.30 Uhr  
Mittwoch, 18. April 2018, von 8.00 bis 18.00 Uhr  
Donnerstag, 19. April 2018, von 8.00 bis 17.30 Uhr  
Freitag, 20. April 2018, von 8.00 bis 16.30 Uhr  
Telefon: 030 3038-81508





## Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, mit derzeit 6 450 Mitgliedern, wurde 1872 in Berlin gegründet. Sie gehört damit im 146. 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 Wissenschaftsorganisationen und allen Partnern im Gesundheitswesen.

Der traditionsreiche Deutsche Chirurgenkongress mit seiner schwerpunkt- 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 Gesellschaft beigetreten. Sie vertritt mit ihren über die einzelnen Fachgesellschaften assoziierten Mitgliedern damit mehr als 20 000 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 rückübertragen. Renoviert ist es wieder in neuem Glanz erstanden. Dieses symbolträchtige Haus der Chirurgie mit seinem traditionsreichen Hörsaal ist der Sitz mehrerer 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](http://www.dgch.de).

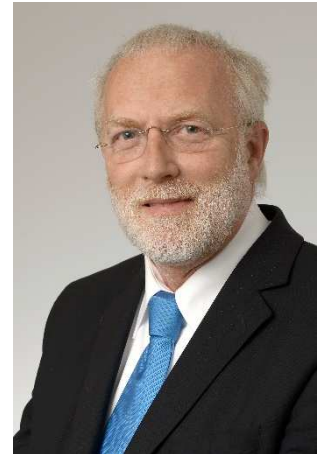
Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer  
Generalsekretär  
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie  
Luisenstr. 58/59  
10117 Berlin

Tel.: 030 28876290  
Fax: 030 28876299  
Mail: [info@dgch.de](mailto:info@dgch.de)

## **Curriculum Vitae**

Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg  
Vizepräsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC)

\*1951



Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg kam 1951 in Düsseldorf zur Welt. Nach dem Medizinstudium in Göttingen war er zunächst in der Kinderchirurgie bei Professor Rehbein und später an der Klinik für Allgemein- und Gefäßchirurgie tätig. Seine Facharztausbildung in Chirurgie und Unfallchirurgie hat er dann ebenfalls in Bremen abgeschlossen. 1986 gründete er in Bremen seine eigene Praxis, 1994 wurde daraus eine Gemeinschaftspraxis mit einem Fachkollegen. Inzwischen betreibt er einen chirurgischen Praxisverbund mit mehreren Betriebsstätten.

Seit Mitte 2006 ist der siebenfache Vater und stolze Großvater zweier Enkel Vizepräsident des BDC. Die Wahl in diese Position folgte einer langjährigen Periode als Referatsleiter der niedergelassenen Chirurgen im BDC.

Schwerpunktmäßig kümmert er sich noch immer um die Belange der niedergelassenen Mitglieder und engagiert sich für sie in Gremien, in der Öffentlichkeit und in der Politik. Er scheut dabei keinen Konflikt und nimmt kein Blatt vor den Mund, berufspolitische Interessen zu vertreten.

Von 1999 bis 2009 war er zusätzlich Präsident des Bundesverbandes für Ambulantes Operieren (BAO) und Präsident der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB).



## **Curriculum Vitae**

Dr. med. Gül Schmidt  
Operation Smile; Klinik für Mund-, Kiefer-  
und Gesichtschirurgie, Charité – Universitätsmedizin Berlin,  
Campus Virchow-Klinikum



Oberärztin für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG) mit Spezialgebiet Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten

### **Werdegang:**

- Studium der Humanmedizin in Würzburg, Düsseldorf, Göttingen
- seit 1991 Fachärztin für MKG-Chirurgie am Universitätsklinikum Benjamin Franklin
- seit 1994 Oberärztin der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Charité, Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum
- seit 2005 Leiterin des Arbeitsbereiches Lippen, Kiefer- und Gaumenspalten der Klinik für MKG-Chirurgie der Charité, Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Erich Stoelben  
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V. (DGT);  
Chefarzt Thoraxchirurgie, Lungenklinik Köln-Merheim, Kliniken der Stadt  
Köln gGmbH; Lehrstuhl für Thoraxchirurgie, Private Universität  
Witten/Herdecke, Köln



### **Medizinstudium:**

1982–1988      Universität Erlangen, Marburg und Bordeaux

Promotion am Pathologischen Institut der Universität Marburg: „Bestimmung der  
Östrogenrezeptoren beim Mammakarzinom mit histo- und biochemischen Methoden“, 1990

### **Berufliche Tätigkeiten:**

- 1988–1991      Thoraxklinik der LVA Baden, Heidelberg-Rohrbach,  
Chirurgische Abteilung und Abteilung für Anästhesie
- 1991–1993      Klinikum der Stadt Mannheim, Chirurgische Universitätsklinik
- 1993–1998      Klinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden,  
Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie
- 1999–2004      Chirurgische Universitätsklinik Freiburg, Abteilung Thoraxchirurgie,  
Leitender Oberarzt, Vertreter des Abteilungsleiters
- 1995            Facharzt für Chirurgie
- 1997            Schwerpunkt Thoraxchirurgie
- 1999            Schwerpunkt Gefäßchirurgie
- 1/2004          Habilitationsverfahren und Venia Legendi, Medizinische Fakultät der  
Universität Freiburg
- 1/2005          Chefarzt der Lungenklinik, Kliniken der Stadt Köln gGmbH
- 1/2013          Lehrstuhl für Thoraxchirurgie an der Fakultät für Gesundheit der Universität  
Witten/Herdecke

### **Funktionen:**

- 2009–2015      Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie
- Seit 2017        Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Bernhard Hirt  
Leiter des Instituts für Klinische Anatomie und Zellanalytik am  
Universitätsklinikum Tübingen



### **Werdegang:**

Studium der Humanmedizin, Eberhard Karls Universität Tübingen,  
Ludwig-Maximilians-Universität München; San Francisco (praktisches Jahr)

1999                   Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Anatomisches Institut Tübingen

2000                   Promotion (summa cum laude), Anatomisches Institut Tübingen

2001                   Arzt im Praktikum (AiP), Assistenzarzt, Universitäts-HNO-Klinik,  
Tübingen

2007                   Facharzt Hals-Nasen-Ohren (HNO)

2010                   Akademischer Oberrat

2011                   Facharzt Anatomie

2012                   Habilitation im Fach Anatomie, Tübingen

### **Positionen:**

2007                   Leitung Klinische Anatomie, Tübingen

2008                   Oberarzt, Universitäts-HNO-Klinik, Tübingen

2011                   Kommissarische Leitung, Lehrstuhl für Experimentelle Embryologie,  
Tübingen

2014                   W2-Professur, Klinische Anatomie, Heinrich-Heine-Universität  
Düsseldorf

2015                   W3-Professur, Direktor des Instituts für Klinische Anatomie und  
Zellanalytik, Tübingen

2015                   Studiendekan Vorklinik, Tübingen

### **Auszeichnungen:**

2013                   MOOC-Fellowship, Stifterverband der Deutschen Wissenschaft

2014                   Ars legendi-Fakultätenpreis, Stifterverband der Deutschen  
Wissenschaft und Medizinischer Fakultätentag

2015                   Institut für Klinische Anatomie und Zellanalytik unter der Leitung von  
Prof. Dr. Bernhard Hirt (Direktor): Ausgezeichneter Ort „Stadt! Land!  
Netz! Innovationen für eine digitale Welt“, Initiative „Deutschland –  
Land der Ideen“

## **Curriculum Vitae**

Privatdozent Dr. med. Henning Mothes  
Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Entwicklungsländer (CAEL) der DGCH; Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Jena



### **Studium:**

9/87–9/93                      Medizinstudium an den Universitäten in Halle,  
Rostock und London

### **Beruflicher Werdegang:**

2/94–8/94                      Arzt im Praktikum; Halton General Hospital, Runcorn, England  
9/94–12/94                     Diplomkursus für Tropenmedizin; Landesinstitut für  
Tropenmedizin, Berlin  
1/95–9/95                      Arzt im Praktikum, Chirurgische Klinik und Poliklinik der  
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald  
10/95–6/01                    Chirurgische Klinik, Friedrich-Schiller-Universität (FSU) Jena  
(Facharzt für Chirurgie)  
6/01–5/03                     Facharzt, Klinik für Unfall-, Hand- und Wieder-  
herstellungschirurgie, FSU Jena (Subspezialisierung  
Unfallchirurgie)  
6/03–8/06                    Leiter der Klinik für Chirurgie und Orthopädie,  
Zomba Central Hospital, Zomba, Malawi  
9/06–4/12                     Facharzt, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie,  
Universitätsklinikum Jena  
Seit 05/12                     Oberarzt, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie,  
Universitätsklinikum Jena

### **Qualifikationen:**

11/94                      Promotion zum Doktor der Medizin (Dr. med.), Medizinische  
Hochschule Hannover  
12/94                      Diplom für Tropenmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen  
(DTMPH)  
6/01                      Facharzt für Chirurgie

11/10	Facharzt Viszeralchirurgie (spezieller Viszeralchirurg)
7/11	Habilitation und Lehrbefugnis Allgemein- und Viszeralchirurgie
1/15	Zusatzbezeichnung Proktologie

**Funktionen:**

11/07–11/17	Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Tropenchirurgie
Seit 04/11	Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Entwicklungsländer (CAEL) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Seit 05/12	Koordinator des Interdisziplinären Darmkrebszentrums, Universitätsklinikum Jena
Seit 09/16	Koordinator des Viszeralonkologischen Zentrums, Universitätsklinikum Jena
Seit 11/15	Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Tropenchirurgie

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Jörg C. Kalff

Zweiter Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), zukünftiger Präsident 2018/2019;  
Direktor der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie und Vorstandsmitglied, Universitätsklinikum Bonn

Vorstand des Ordinarienkonzils der allgemein- und viszeralchirurgischen  
Lehrstuhlinhaber und Leitender Universitätschirurg im Präsidium der DGCH



### **Akademische Grade:**

- 1988 Dissertation (RWTH Aachen, „Messung der Sauerstoffaufnahme an beatmeten Intensivpatienten mittels der indirekten Kalorimetrie und des Fick’schen Prinzips: ein methodischer Vergleich“. Note: magna cum laude)
- 1999 Habilitation (Universität Bonn, „Molekulare Mechanismen postoperativer Darmmotilitätsstörungen“), Venia Legendi für Chirurgie
- 2003 C3-Professur „Postoperative Pathophysiologie“

### **Beruflicher Werdegang:**

- 1989 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Chirurgischen Universitätsklinik Bonn
- 1991 Gastarzt, Thomas E. Starzl Transplantation Institute, University of Pittsburgh Medical Center, University of Pittsburgh, PA, USA
- 1993 Gastarzt, Department of Pediatric Transplantation, Children’s Hospital of Pittsburgh, University of Pittsburgh, PA, USA
- 1995 Wissenschaftlicher Assistent (C1) der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie der Universität Bonn (Prof. Dr. A. Hirner)
- 1998 Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie der Universität Bonn (Prof. Dr. A. Hirner)
- 2000 Wissenschaftlicher Oberassistent (C2) der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie der Universität Bonn (Prof. Dr. A. Hirner)
- 2001 Stellvertretender Leitender Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie der Universität Bonn (Prof. Dr. A. Hirner)
- 2003 Ruf (primo loco) auf die C3-Professur „Postoperative Pathophysiologie“, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
- 2005 Leitender Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie der Universität Bonn (Prof. Dr. A. Hirner)
- 2009 Leitung der Sektion „Transplantations- und hepatobiliäre Chirurgie“ der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie der Universität Bonn

- 2010 Ruf W3-Proessur für Allgemeine Chirurgie und Thoraxchirurgie, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (abgelehnt)
- 2010 Ruf W3-Proessur für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
- Seit 2010 W3-Proessur für Allgemein- und Viszeralchirurgie an der Universität Bonn

**Wissenschaftlicher Werdegang:**

- 1995–1998 Research Fellow am Department of Surgery, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, USA (Richard L. Simmons, M.D.)
- 1996 DFG-Forschungsstipendium (2 Jahre): „Ischämie- und Reperfusionsschaden der Tunica muscularis des Dünndarms“ in den Departments of Surgery and Medicine/Hepatogastroenterology, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, USA
- 1999/2000/
- 2001 Visiting Assistant Research Professor, Department of Medicine/Gastroenterology, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, USA (je 3 Monate)
- 2003–2011 Sprecher der Klinischen Forschergruppe (KFO) 115 der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG)
- 2011–2014 Sprecher des Else Kröner-Forschungskollegs Bonn
- Seit 2011 Vorstand der Exzellenz-Akademie des Lehrstuhl-Konvents
- Seit 2012 Mitglied im Bonner Exzellenz-Cluster „ImmunoSensation“
- 2012–2014 Ständiges Mitglied des Medizinischen Dekanats für Klinische Studien
- 2014–6/2016 Prodekan für Forschung, Medizinische Fakultät, Bonn

**Mitgliedschaften und gutachterliche Tätigkeit /**

**Fachgesellschaften:**

- 1991 Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
- 1993 Deutsche Transplantationsgesellschaft
- 1998 Berufsverband der Deutschen Chirurgen
- 2000 Berliner Chirurgische Gesellschaft – Vereinigung der Chirurgen Berlins und Brandenburgs
- 2000 Deutsche Gesellschaft für Viszeralchirurgie
- 2001 Sektion Chirurgische Forschung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
- 2003 Deutscher Hochschulverband
- 2006 Fellow of the American College of Surgeons (FACS)
- 2014 Deutsche Kontinenz Gesellschaft
- 2014 Deutsche Krebsgesellschaft

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. Michael Menger  
Direktor des Instituts für Klinisch-Experimentelle Chirurgie,  
Universität und Universitätsklinikum des Saarlandes



\* 1956

### **Studium:**

1975 –1981	Studium der Humanmedizin, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
1977	Ärztliche Vorprüfung
1978	1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
1980	2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
1981	3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
1981	Approbation als Arzt

### **Beruflicher Werdegang:**

1982–1985	Assistenzarzt, Chirurgische Klinik, Kreiskrankenhaus Offenburg (Prof. Dr. A. Schmitt-Köppler)
1982–1985	Notarzt, Großraum Offenburg (Chefarzt Dr. Hassenstein)
1985–1986	Assistenzarzt, Abteilung für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Homburg/Saar, Universität des Saarlandes (Prof. Dr. K. Stapenhorst)
1986–1987	Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Abteilung für Experimentelle Chirurgie, Zentrum Chirurgie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg (Prof. Dr. K. Meßmer)
1987–1990	Assistenzarzt, Abteilung für Allgemeine Chirurgie, Abdominal- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Homburg/Saar, Universität des Saarlandes (Prof. Dr. G. Feifel)
1987–1990	Fachübergreifender Dienst, Abteilung für Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Homburg/Saar, Universität des Saarlandes (Prof. Dr. O. Trentz)
1990	Anerkennung als Arzt für Chirurgie
1990–1994	Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Institut für Chirurgische Forschung, Ludwig- Maximilians-Universität München (Prof. Dr. Dr. h.c. mult. K. Meßmer)



- 1990–1994 Fachübergreifender Dienst und Explantationsdienst, Chirurgische Klinik, Klinikum Großhadern, Ludwig-Maximilians-Universität München  
(Prof. Dr. Dr. h.c. F.W. Schildberg)
- 1994–2003 C3-Professur für Experimentelle Chirurgie  
Direktor des Instituts für Klinisch-Experimentelle Chirurgie,  
Universitätsklinikum Homburg/Saar, Universität des Saarlandes
- 1996 Angebot: Direktor des AO-Research Instituts, Davos, Schweiz; abgelehnt
- 2003 Ruf auf eine Professur für Experimentelle Chirurgie und Direktor des Instituts für Chirurgische Forschung, Ludwig-Maximilians-Universität München;  
abgelehnt
- 2003–2008 C4-Professur für Experimentelle Chirurgie  
Direktor des Instituts für Klinisch-Experimentelle Chirurgie,  
Universitätsklinikum Homburg/Saar, Universität des Saarlandes
- 2008 Angebot: Direktor des AO-Research Instituts, Davos, Schweiz; abgelehnt
- Seit 2008 W3-Professur für Experimentelle Chirurgie  
Direktor des Instituts für Klinisch-Experimentelle Chirurgie,  
Universitätsklinikum Homburg/Saar, Universität des Saarlandes
- 2013 Angebot: hauptamtlicher Dekan der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena; abgelehnt

**Wissenschaftlicher Werdegang:**

- 1983 Promotion (Dr. med.), Abteilung für Strahlentherapie,  
Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg  
(Prof. Dr. Dr. M. Wannemacher)  
*Zur Kombinationstoxizität von Hyperthermie und Bestrahlung: Untersuchungen am Knochenmark und peripheren Blut der Ratte (magna cum laude)*
- 1992 Habilitation (Dr. med. habil.), Institut für Chirurgische Forschung,  
Medizinische Fakultät, Ludwig-Maximilians-Universität München  
(Prof. Dr. Dr. h.c. mult. K. Meßmer)  
*Die Mikrozirkulation des quergestreiften Skelettmuskels nach Ischämie und Reperfusion: eine experimentelle In-vivo-Studie am Syrischen Goldhamster*
- 1993 Lehrbefugnis (Privatdozent), Fachgebiet Experimentelle Chirurgie, Ludwig-Maximilians-Universität München
- Seit 1994 Universitätsprofessur für Experimentelle Chirurgie,  
Medizinische Fakultät, Universität des Saarlandes

Nahezu 700 PubMed gelistete wissenschaftliche Original- und Übersichtsarbeiten

**Akademische Selbstverwaltung:**

1998–2000	Stellvertretender Prodekan, Bereich Klinische Medizin, Medizinische Fakultät, Universität des Saarlandes
2000–2002	Prodekan, Bereich Klinische Medizin, Medizinische Fakultät, Universität des Saarlandes
2002–2003	Dekan, Medizinische Fakultät, Universität des Saarlandes, Mitglied des Vorstands des Universitätsklinikums des Saarlandes
2004–2016	Senator der Universität des Saarlandes
Seit 2006	Dekan, Medizinische Fakultät, Universität des Saarlandes, Mitglied des Vorstands des Universitätsklinikums des Saarlandes

**Gremienarbeit:**

1994	Präsident, Gesellschaft für Mikrozirkulation e.V.
Seit 1994	Mitglied des Beirats des Chirurgischen Forums, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
1996	Präsident, Gesellschaft für Mikrozirkulation e.V.
1999–2001	Secretary General, European Society for Surgical Research
2000–2012	Vorsitzender des Beirats des Chirurgischen Forums, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
2001–2003	President, European Society for Surgical Research
Seit 2005	Mitglied und Stellvertretender Vorsitzender des Kuratoriums des Fraunhofer-Instituts für Biomedizinische Technik (IBMT)
2009–2012	Vorsitzender, Sektion Chirurgische Forschung, DGCH
2009–2012	Mitglied des Erweiterten Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
2010–2014	Co-Editor, Langenbeck's Archives of Surgery
2011–2012	Fachkollegiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft
Seit 2012	Associate Editor, European Surgical Research
Seit 2012	Vorsitzender des Forschungsausschusses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Seit 2014	Mitglied des Kuratoriums des Leibniz-Instituts für Neue Materialien (INM)

Mitglied in zahlreichen Fachgesellschaften

Gutachter für zahlreiche nationale und internationale Zeitschriften und Förderorganisationen

**Auszeichnungen:**

- 1992 Fritz-Linder-Forumpreis, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
- 1992 Steilmann Award, Deutsche Transplantationsgesellschaft
- 1993 Bernhard-von-Langenbeck-Preis, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
- 1993 Fritz-Linder-Preis, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
- 1998 Förderpreis „Experimentelle Traumatologie“, Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
- 2003 Ehrenmitglied, Surgical Research Society of Southern Africa
- 2004 Ehrenmitglied, Society of University Surgeons, USA
- 2005 Ferdinand-Sauerbruch-Forschungspreis, Vereinigung der Chirurgen Berlins und Brandenburgs
- 2005 Erich-Lexer-Preis, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
- 2006 Hans-Jürgen-Bretschneider-Preis, DGCH, Sektion Chirurgische Forschung
- 2007 Ehrenmitglied, Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie
- 2008 Honorary Professor, Tongji Medical Faculty, Wuhan, China
- 2013 Müller-Osten-Preis, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
- 2016 Mitglied der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina
- 2017 Ehrenmitglied, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Riccardo Giunta  
Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC); Direktor der Abteilung für Handchirurgie, Plastische Chirurgie und Ästhetische Chirurgie der Ludwig-Maximilians-Universität München am Campus Innenstadt und Campus Großhadern



Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte von Professor Giunta sind Handchirurgie, freie Lappenplastiken, periphere Nerven Chirurgie und ästhetische Chirurgie.

Professor Giunta hat zahlreiche nationale und internationale Kongresse als Tagungspräsident organisiert und war als Gastprofessor an zahlreichen renommierten internationalen Universitäten eingeladen.

Er ist seit 2005 Herausgeber der wissenschaftlichen Zeitschrift „Handchirurgie – Mikrochirurgie – Plastische Chirurgie“ (HaMiPla).

2008 erhielt er die Karl-Max-von-Bauernfeind-Medaille der Technischen Universität München (TUM) als Mitglied des Transplantationsteams bei der weltweit ersten Transplantation von zwei Armen am Klinikum rechts der Isar.