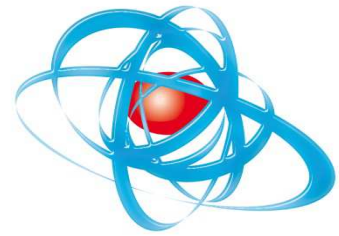




**Deutsche Gesellschaft für Chirurgie**  
132. Kongress  
28. April bis 1. Mai 2015 • München/ICM



Chirurgische  
im Werte-Wandel  
**Heilkunst**

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

**Termin:** Donnerstag, 30. April 2015, 12.00 bis 13.00 Uhr  
**Ort:** ICM – Internationales Congress Center München, Saal 22b  
**Anschrift:** Messengelände, Am Messensee, 81829 München

**Thementag: Patientennutzen durch chirurgisches Management**

Präsident 2014/2015  
Prof. Dr. Peter M. Vogt

**Themen und Referenten:**

**Chirurgische Komplikationen: vom Schicksalsschlag zum regulierten Schaden?**

*Professor Dr. med. Peter M. Vogt*

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH); Direktor der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover

**Lasst Zahlen sprechen: Wann interventionell, wann offen?**

*Professor Dr. med. Giovanni Torsello*

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG) 2015/2016; Direktor der Klinik für Vaskuläre und Endovaskuläre Chirurgie am Universitätsklinikum Münster, Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie, St. Franziskus-Hospital Münster

**Zehn Jahre Fehlermanagement in der Chirurgie –  
was hat sich in der Patientensicherheit getan?**

*Professor Dr. med. Matthias Rothmund*

Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 2004/2005

**Neue Verfahren bei der Korrektur der Gesichtsproportionen durch  
Veränderung des Gesichtsskeletts**

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

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer-, und Gesichtschirurgie (DGMKG); Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universitätsklinikum München

**Klammern, Kleben, Nahtmaterial – wie narbenfrei ist Wundheilung heute möglich?**

*Professorin Dr. med. Jutta Liebau*

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

sowie

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

*Dr. med. Jörg-Andreas Rüggerberg*

Vizepräsident des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen (BDC)

**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  
E-Mail: ullrich@medizinkommunikation.org  
www.chirurgie2015.de, www.dgch.de

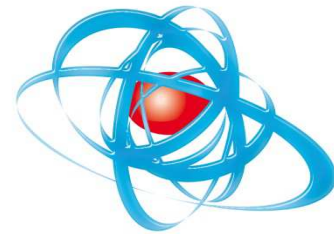
**Pressekontakt in München**

Saal 22a, München/ICM  
Dienstag, 28. April 2015, von 8.30 bis 18.00 Uhr  
Mittwoch, 29. April 2015, von 8.00 bis 17.30 Uhr  
Donnerstag, 30. April 2015, von 8.00 bis 17.30 Uhr  
Freitag, 1. Mai 2015, von 8.00 bis 15.00 Uhr  
Telefon: 089 949-794 27  
Telefax: 089 949-798 57





**Deutsche Gesellschaft für Chirurgie**  
132. Kongress  
28. April bis 1. Mai 2015 • München/ICM



Chirurgische  
im Werte-Wandel  
Heilkunst

## **Pressekonferenz anlässlich des 132. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)**

Präsident 2014/2015  
Prof. Dr. Peter M. Vogt

**Termin:** Donnerstag, 30. April 2015, 12.00 bis 13.00 Uhr  
**Ort:** ICM – Internationales Congress Center München, Saal 22b  
**Anschrift:** Messengelände, Am Messesee, 81829 München

### **Thementag: Patientennutzen durch chirurgisches Management**

#### **Inhalt:**

**Pressemeldungen**

**Redemanuskripte**

**Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie**

**Lebensläufe der Referenten**

**Übersicht Freitags-Presskonferenz des 132. Chirurgenkongresses in München**

**Bestellformular für Fotos**



*Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dieses gerne zur Verfügung. Bitte kontaktieren Sie uns per 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  
Telefon: 0711 8931-641  
Telefax: 0711 8931-167  
E-Mail: [ullrich@medizinkommunikation.org](mailto:ullrich@medizinkommunikation.org)  
[www.chirurgie2015.de](http://www.chirurgie2015.de), [www.dgch.de](http://www.dgch.de)

#### **Pressekontakt in München**

Saal 22a, München/ICM  
Dienstag, 28. April 2015, von 8.30 bis 18.00 Uhr  
Mittwoch, 29. April 2015, von 8.00 bis 17.30 Uhr  
Donnerstag, 30. April 2015, von 8.00 bis 17.30 Uhr  
Freitag, 1. Mai 2015, von 8.00 bis 15.00 Uhr  
Telefon: 089 949-794 27  
Telefax: 089 949-798 57

Pressemitteilung

## **Neue Spitze des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen**

Berlin/München, 30. April 2015: Professor Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer ist neuer Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC). Bei der Mitgliederversammlung am 29. April 2015 in München wurde der amtierende Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) als neuer Präsident des BDC bestätigt. Die Idee der „Einheit der Chirurgie“ soll durch seine Doppelfunktion weitergeführt und gestärkt werden.

„Die Zusammenarbeit des BDC als mitgliederstärkste Chirurgenvertretung mit der wissenschaftlichen Fachgesellschaft DGCH ist Ziel und zugleich Herausforderung meiner Amtszeit“, so Meyer. „Zwei gleichwertige Partner auf Augenhöhe“ werden künftig ihre Beziehung intensivieren und im Interesse der Mitglieder beider Verbände, deren Belange noch gezielter umsetzen.

Die berufspolitische Vertretung, Beratung und Unterstützung der Mitglieder sowie Weiter- und Fortbildung für Chirurgen werden als Kernkompetenzen des BDC weiterhin im Mittelpunkt der Arbeit des neuen Präsidenten stehen. „Unser übergeordnetes Ziel, die Chirurgie als Einheit zu stärken, wird unserem hohen Anspruch, für bessere Arbeitsbedingungen der Chirurgen zu kämpfen und ihre Weiterbildungsmöglichkeiten immer weiter auszubauen, nicht einschränken“, so Meyer.

In München hat Professor Meyer Humanmedizin studiert, in Göttingen 1972 promoviert und anschließend seine Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie an der Medizinischen Hochschule Hannover absolviert. An der Klinik für Abdominal- und Transplantationschirurgie war er zuletzt als Leitender Oberarzt tätig, um 1996 nach Solingen zu wechseln. Meyer war als Facharzt für Chirurgie, Viszeralchirurgie und spezielle Viszeralchirurgie dort einer der Mitbegründer des Europäischen Exzellenz-Netzwerks für Magenkrebs. Er beendete seine klinische Tätigkeit als Chefarzt am Städtischen Klinikum Solingen zum 01.09.2012, nachdem er zum Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gewählt worden war.

### Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC)

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen ist mit über 17.000 Mitgliedern die größte europäische Chirurgenvereinigung. Er vertritt die berufspolitischen Interessen deutscher Chirurgeninnen und Chirurgen in Klinik und Praxis.

Unter folgendem Link finden Sie Bildmaterial zur Pressemitteilung:

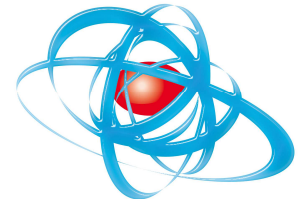
[http://www.bdc.de/index\\_level3.jsp?documentid=1195EA4577623542C1257E360024F459&form=Dokumente&parent=4F4096212974856AC1256FC400572366&menu\\_id=E778DC1329D499A1C2256FC50053A704&category=DER\\_BDC-NEWS-PRESSEMITTEILUNGEN](http://www.bdc.de/index_level3.jsp?documentid=1195EA4577623542C1257E360024F459&form=Dokumente&parent=4F4096212974856AC1256FC400572366&menu_id=E778DC1329D499A1C2256FC50053A704&category=DER_BDC-NEWS-PRESSEMITTEILUNGEN)

### **Kontakt**

Berufsverband der  
Deutschen Chirurgen (BDC e.V.)  
Luisenstraße 58/59  
10117 Berlin

Julia Weilbach  
Presse- & Öffentlichkeitsarbeit  
Telefon: 030/28004-200  
Fax: 030/28004-108  
eMail: presse@bdc.de

Verband: [www.bdc.de](http://www.bdc.de)  
eLearning: [www.ecme-center.org](http://www.ecme-center.org)  
Netzwerk: [www.cNetz.org](http://www.cNetz.org)



PRESSEMITTEILUNG

132. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Präsident 2014/2015  
Prof. Dr. med. Peter M. Vogt

**Auch bei gewundenen, verengten oder verkalkten Arterien  
Zwei Drittel aller defekten Bauchaortalen werden über die Leiste  
operiert**

**München, 30. April 2015 – Zu den häufigsten Todesursachen bei Männern über 65 Jahre zählt die krankhaft erweiterte Hauptschlagader im Bauch, das sogenannte Bauchaortenaneurysma (BAA). Um ein lebensbedrohliches Platzen der Ader zu verhindern, muss die Aussackung rechtzeitig beseitigt werden. Dafür stehen zwei Verfahren zur Verfügung: eine Bypass-Operation über einen offenen Bauchschnitt oder das Einsetzen einer blutungssicheren Gefäßstütze, eines sogenannten Stents, über die Leiste. Daten aus 2014 zeigen nun, dass mittlerweile 70 Prozent aller BAAs mit Gefäßstütze über die Leiste versorgt werden. In welchen Fällen noch offen operiert werden sollte, diskutieren Experten auf dem 132. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) in München.**

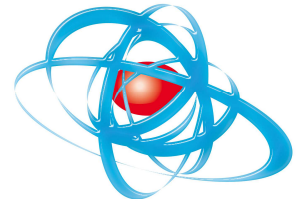
Für eine offene Bypass-Operation ist ein größerer Bauchschnitt notwendig. Ist die Bauchhöhle des Patienten geöffnet, ersetzen die Chirurgen das krankhaft erweiterte Stück Schlagader durch eine stabile, dichte Kunststoffprothese. Bei der sogenannten endovaskulären Aneurysmaausschaltung (EVAR) hingegen schieben die Ärzte über einen Katheter in der Leiste des Patienten ein kleines Metallgerüst, den Stent, durch die Blutgefäße vor bis zum Aneurysma. Der Stent wird anschließend aufgespannt, um die krankhafte Schlagader abzudichten und ein Aufreißen zu verhindern. Die offene Operation wird in der Regel in Vollnarkose durchgeführt, während die Schlüsselloch-Variante auch in örtlicher Betäubung erfolgen kann.

Wie die Daten der Qualitätssicherung BAA für 2014 belegen, hat der Prozentsatz an EVAR-Eingriffen stetig zugenommen und liegt gegenwärtig bei über 70 Prozent. „Damit ist die endovaskuläre Aneurysmaausschaltung das bei Weitem bevorzugte Verfahren“, erklärt Professor Dr. med. Peter M. Vogt, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Die Methode ist zugleich sehr sicher, wie die Auswertungen zeigen. „Beim Stent-Verfahren sterben 0,67 Prozent aller Patienten





**Deutsche Gesellschaft für Chirurgie**  
132. Kongress  
28. April bis 1. Mai 2015 • München/ICM



Chirurgische  
im Werte-Wandel  
**Heilkunst**

Präsident 2014/2015  
Prof. Dr. med. Peter M. Vogt

innerhalb von 30 Tagen, beim offenen Eingriff sind es 4,2 Prozent“, erläutert Professor Dr. med. Giovanni Torsello, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin und Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie am St. Franziskus-Hospital Münster. Dies entspricht Registererhebungen in den USA. So ergab das „National Impatient Sample“, dass EVAR in 74 Prozent aller BAA-Fälle zum Einsatz kam, mit einer Krankenhaussterblichkeit von einem Prozent beim endovaskulären und vier Prozent beim offenen Verfahren.

Die Zunahme an Schlüsselloch-Eingriffen ist vor allem auf den technologischen Fortschritt zurückzuführen. „Implantationstechnik und Gefäßstützen haben sich rasant weiterentwickelt“, erklärt Gefäß-Experte Torsello. So konnte bis noch vor kurzer Zeit kein Stent eingebracht werden, wenn zwischen Aneurysma und Nierenarterien nicht eine gesunde Gefäßstrecke von mindestens 1,5 Zentimetern Länge lag. Bei sehr gewundenen, verengten und verkalkten Arterien war es häufig ebenfalls nicht möglich, eine Metallstütze zu platzieren. „Mittlerweile gibt es aber auch für diese schwierigen anatomischen Verhältnisse sichere Lösungen“, erläutert Torsello.

Neben der geringeren Sterblichkeit hat das Stent-Verfahren gegenüber einer offenen Operation weitere Vorteile. „Der Eingriff dauert wesentlich kürzer und ist körperlich weniger belastend“, so Torsello. Die Patienten können die Klinik einige Tage früher wieder verlassen.

Welche Fortschritte die Stent-Chirurgie gemacht hat, erläutern DGCH-Experten auf der heutigen Pressekonferenz am Donnerstag, den 30. April 2015, von 12 bis 13 Uhr.

Weitere Infos zum Kongress: [www.chirurgie2015.de](http://www.chirurgie2015.de).

#### Kongress-Presskonferenzen

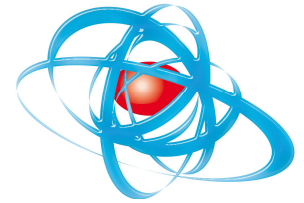
Die Pressekonferenzen der DGCH finden während des Kongresses täglich in Saal 22b, ICM – Internationales Congress Center München statt.  
Anschrift: Messengelände, Am Messesee, 81829 München

Freitag, 1. Mai 2015, von 12.00 bis 13.00 Uhr





**Deutsche Gesellschaft für Chirurgie**  
132. Kongress  
28. April bis 1. Mai 2015 • München/ICM



Chirurgische  
im Werte-Wandel  
Heilkunst

## PRESSEMITTEILUNG

132. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Präsident 2014/2015  
Prof. Dr. med. Peter M. Vogt

### **Aktuelle Umfrage zur Fehlervermeidung in der Chirurgie Neun von zehn Kliniken arbeiten mit Checkliste und Schnittmarkierung**

**München, 30. April 2015 – Vor zehn Jahren ist das Thema Patientensicherheit auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) zum ersten Mal in der Öffentlichkeit diskutiert worden. Seither wurden verschiedene Maßnahmen zur Vermeidung von Patientenschäden bei operativen Eingriffen entwickelt. Eine Umfrage unter mehr als 3.000 Chirurgen belegt nun, dass deutsche Krankenhäuser viele Sicherheitsmaßnahmen eingeführt haben. So nutzen 90 Prozent der Kliniken Sicherheits-Checklisten sowie die Anzeichnung der späteren Schnittführung mit nicht abwaschbaren Stiften auf der Haut, um Seitenverwechslungen auszuschließen. „Damit sind auf dem Gebiet der Patientensicherheit enorme Fortschritte gemacht worden“, erklärt Professor Dr. med. Peter M. Vogt, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Was sich konkret getan hat und welche Verbesserungen noch anstehen, erläutern Experten auf der heutigen Pressekonferenz der DGCH anlässlich des 132. Chirurgenkongresses in München.**

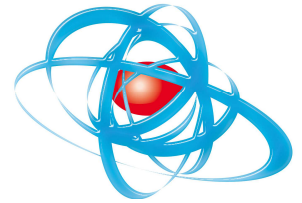
Das Aktionsbündnis Patientensicherheit schätzt, dass in deutschen Krankenhäusern jährlich etwa 17 000 Patienten wegen medizinischer Fehler sterben. Zu den häufigsten Ursachen gehören Krankenhausinfektionen, die Verwechslung von Patienten oder der zu operierenden Körperpartien, Kommunikationsstörungen und mangelnde Qualifikation. „Als weitere Fehlerquelle kommt inzwischen Personalknappheit hinzu, eine Folge des DRG-Abrechnungssystems“, erläutert Professor Dr. med. Matthias Rothmund, der das Thema Patientensicherheit vor zehn Jahren auf die Agenda des DGCH-Kongresses setzte.

Anhand von internationalen Klinikvergleichen und methodischen Entlehnungen aus anderen risikobehafteten Berufsfeldern wie der Luftfahrt wurden deshalb in den vergangenen zehn Jahren Maßnahmen identifiziert, die geeignet sind, die Sicherheitsstandards erhöhen. So können Identifikationsarmbänder Verwechslungen bei Patienten vorbeugen, Schnittmarkierungen mit einem nicht abwaschbaren Stift





**Deutsche Gesellschaft für Chirurgie**  
132. Kongress  
28. April bis 1. Mai 2015 • München/ICM



Chirurgische  
im Werte-Wandel  
**Heilkunst**

Präsident 2014/2015  
Prof. Dr. med. Peter M. Vogt

Eingriffe an der falschen Körperseite etwa bei Leistenbruch-Operationen oder Meniskus-Entfernungen verhindern. „Sehr hilfreich sind auch Checklisten, die vor Beginn einer Operation abgearbeitet werden“, so Rothmund. Sie stellen sicher, dass es sich um den richtigen Patienten handelt, die korrekte Seite operiert wird, Röntgenbilder und benötigte Implantate vorliegen. Schulungen, anonyme Fehlermeldesysteme sowie Morbiditätskonferenzen, in denen Todesfälle offen besprochen werden, runden das Sicherheitspaket ab.

Vor zehn Jahren gab es solche Maßnahmen an deutschen Kliniken und Abteilungen nur vereinzelt. Wie eine neue Umfrage zeigt, hat sich dies gründlich geändert. Im Herbst vergangenen Jahres wollten DGCH, Berufsverband Deutscher Chirurgen, Aktionsbündnis Patientensicherheit und die Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Qualität und Sicherheit von ihren schätzungsweise 12.000 Mitgliedern wissen, wie es um die Sicherheitskultur an deutschen Kliniken bestellt ist. „Es antworteten mehr als 3.000 Chirurgeninnen und Chirurgen“, berichtet DGCH-Experte Rothmund.

Ergebnis des repräsentativen Rücklaufs: Checklisten und Körpermarkierungen sind an mehr als 90 Prozent der befragten Kliniken Standard. Identifikationsarmbänder, Fehlermeldesysteme und Morbiditätskonferenzen nutzen 75 Prozent aller Krankenhäuser, Sicherheitsschulungen gibt es an zwei Drittel aller Kliniken. „Ob sich aufgrund der verbesserten Sicherheitskultur weniger tödliche Zwischenfälle ereignet haben, lässt sich allerdings nicht sicher zurückverfolgen“, so Rothmund. Experten gehen jedoch davon aus.

Welche weiteren Verbesserungen künftig anstehen, erläutern DGCH-Experten auf der heutigen Pressekonferenz am Donnerstag, den 30. April 2015, von 12 bis 13 Uhr.

Weitere Infos zum Kongress: [www.chirurgie2015.de](http://www.chirurgie2015.de).

### **Termine der Pressekonferenzen:**

#### Kongress-Pressekonferenzen

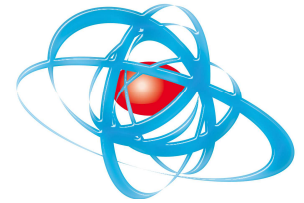
Die Pressekonferenzen der DGCH finden während des Kongresses täglich in Saal 22b, ICM – Internationales Congress Center München statt.  
Anschrift: Messengelände, Am Messese, 81829 München

Freitag, 1. Mai 2015, von 12.00 bis 13.00 Uhr





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie  
132. Kongress  
28. April bis 1. Mai 2015 • München/ICM



Chirurgische  
im Werte-Wandel  
Heilkunst

Präsident 2014/2015  
Prof. Dr. med. Peter M. Vogt

## PRESSEMITTEILUNG

132. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

### **Narbenbildung verhindern**

### **Wundkleber bei Kindern, Metallklammern am Kopf**

**München, 30. April 2015 – Chirurgen stehen mittlerweile zahlreiche Möglichkeiten zur Verfügung, eine Wunde zu schließen: mit Nahtmaterial, Klammern und sogar Klebstoff. Die Wahl des richtigen Mittels, aber auch der Nahttechnik erfordert dabei große chirurgische Erfahrung. Ziel ist stets der möglichst narbenfreie Wundverschluss, vor allem in der ästhetisch-plastischen Chirurgie. Welche Fortschritte es gibt und ob etwa Spinnenseide das Nahtmaterial der Zukunft sein könnte, diskutieren Experten auf dem 132. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH).**

„Die Hautnaht ist die Handschrift des plastischen Chirurgen – die bleibende, möglichst dezente Erinnerung an eine gute Operation“, betont Professor Dr. med. Peter M. Vogt, Präsident der DGCH und plastischer Chirurg. Dabei ist die Naht eine Wissenschaft für sich. „Der Arzt muss wählen zwischen verschiedenen Nahttechniken, Fadenstärken und Fadenelastizitäten – je nach Beschaffenheit der Wunde“, erklärt Professor Dr. med. Jutta Liebau, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC).

So haben etwa selbst auflösende Fäden den Vorteil, dass ein schmerzhaftes Fädenziehen entfällt – sie sind daher besonders für Kinder geeignet. Dafür ist ihre Reißfestigkeit gegenüber nicht-resorbierbaren Fäden begrenzt. „Bei Wunden, deren Gewebe unter Spannung zusammengehalten wird – was in der Plastischen Chirurgie möglichst vermieden werden sollte – muss der Faden oft über lange Zeit hohe Ziehkräfte aushalten. Da stoßen resorbierbare oder dünne Fäden an ihre Grenzen“, erläutert Liebau.

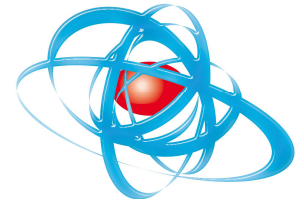
Der dünnste Faden, der Plastischen Chirurgen zur Verfügung steht, ist lediglich 0,001-0,009 Millimeter dick. Der dickste Faden misst 0,999 Millimeter Durchmesser. Um möglichst unauffällige Narben zu erzielen, ist es wichtig, die







**Deutsche Gesellschaft für Chirurgie**  
132. Kongress  
28. April bis 1. Mai 2015 • München/ICM



Chirurgische  
im Werte-Wandel  
**Heilkunst**

Verletzung der Haut zu minimieren. „Dabei spielt die Nadeldicke natürlich auch eine wichtige Rolle. Bei modernen, atraumatischen‘ Nadeln muss kein Faden mehr eingefädelt werden, er entspringt direkt der Nadel“, so Liebau.

Präsident 2014/2015  
Prof. Dr. med. Peter M. Vogt

Nicht nur das Material entscheidet über die Narbe, sondern ebenso die Nahttechnik. Der Chirurg muss entscheiden, welche Naht die größte Stabilität bietet und gleichzeitig ein Minimum an Spuren hinterlässt. Die „Intrakutannaht“ etwa kommt mit nur zwei Einstichen aus, da der Faden direkt unter der Haut hin und her bewegt wird – ein sehr elegantes Verfahren. „Auch in Sachen Knoten muss sich ein Chirurg gut auskennen“, betont Liebau. „Je nach Fadenart braucht man eine unterschiedliche Anzahl. Die Knoten müssen sehr gut halten, dürfen aber auch nicht zu fest zugezogen werden. Ansonsten kann der Faden die Narbenbildung stören.“

Doch mittlerweile gibt es Alternativen im Wettlauf um die unauffälligsten Narben. Klammern aus Edelstahl werden mit speziellen Geräten ins Gewebe gedrückt und nach etwa zehn Tagen wieder entfernt. Was brachial aussieht, führt zu sehr feinen Narben. „Klammern werden gern im behaarten Kopfbereich zur Schonung der Haarfollikel eingesetzt“, erläutert Expertin Liebau. Bei kleineren Wunden kommen auch Wundkleber in Frage. „Cyanoacrylate“ werden zum Verschluss oberflächlicher Wunden im Gesicht, besonders bei Kindern genutzt. Mitunter können sogar kleine Klebestreifen ausreichen.

Ob innovative Materialien wie Spinnenseide künftig zu einer verbesserten Abheilung führen, darüber informiert die DGCH auf ihrer heutigen Pressekonferenz am Donnerstag, den 30. April 2015, von 12 bis 13 Uhr im ICM.

Weitere Infos zum Kongress: [www.chirurgie2015.de](http://www.chirurgie2015.de).

### **Termine der Pressekonferenzen:**

#### Kongress-Pressekonferenzen

Die Pressekonferenzen der DGCH finden während des Kongresses täglich in Saal 22b, ICM – Internationales Congress Center München statt.

Anschrift: Messengelände, Am Messesee, 81829 München

Freitag, 1. Mai 2015, von 12.00 bis 13.00 Uhr



## **Chirurgische Komplikation: vom Schicksalsschlag zum regulierten Schaden?**

Professor Dr. med. Peter M. Vogt, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH);  
Direktor der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Medizinischen  
Hochschule Hannover

Vor zehn Jahren ist das Thema Patientensicherheit auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) zum ersten Mal in der Öffentlichkeit diskutiert worden. Seither wurden verschiedene Maßnahmen zur Vermeidung von Patientenschäden bei operativen Eingriffen entwickelt. Eine Umfrage unter mehr als 3 000 Chirurgen belegt, dass deutsche Krankenhäuser viele Sicherheitsmaßnahmen eingeführt haben. So nutzen 90 Prozent der Kliniken Sicherheits-Checklisten sowie die Anzeichnung der späteren Schnittführung mit nicht abwaschbaren Stiften auf der Haut, um Seitenverwechslungen auszuschließen. Damit sind auf dem Gebiet der Patientensicherheit sichtbare Fortschritte gemacht worden.

Heute wird aufgrund der hohen chirurgischen Erfolgsraten in vielen Bereichen und der sicheren Narkoseverfahren eine chirurgische Komplikation als Ausnahme, grundsätzlich vermeidbar und häufig auch als Behandlungsfehler eingeschätzt. Damit hat sich der einstmals als schicksalhaft eingestufte Verlauf zu einem scheinbar durch Management steuerbaren Prozess entwickelt, der Fehler durch Komplikationen in hohem Maße ausschalten soll.

Zu den Ursachen, die als behandlungsfehlerhaft eingestuft werden, zählen Krankenhausinfektionen, die Verwechslung von Patienten oder der zu operierenden Körperpartien, Kommunikationsstörungen und mangelnde Qualifikation. Dennoch kommt es neben diesen vermeidbaren Ereignissen, die durch die Umsetzung von Sicherheitsstandards reduziert werden können, weiter zu typischen eingriffsimmanenten Komplikationen, wie Hämatomen, Nahtinsuffizienzen, Thrombose und Embolie, ausbleibender Frakturheilung, Wundaufrüchen oder auch Transplantatversagen, die große Herausforderungen für die Chirurgie und enorme Belastungen für die Patientinnen und Patienten darstellen.

Zusätzlich zu den Sitzungen zum Risikomanagement wird mit Experten die Frage diskutiert, was grundsätzlich als Folge chirurgischer Eingriffe unvermeidlich ist, welches Haftpflichtrisiko aus Sicht der Versicherer daraus resultiert und welche Möglichkeiten der Entschädigung es für Patienten gibt, die schicksalhaft einen Schaden erleiden. Interessant ist dabei auch, wie die Versicherungswirtschaft ein funktionierendes Risikomanagement in den Haftpflichtpolice honoriert, was für die Kostenseite der Krankenhäuser Bedeutung hat.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

München, April 2015

### **Lasst Zahlen sprechen: Wann endovaskulär, wann offen?**

Professor Dr. med. Giovanni Torsello, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG) 2015/2016; Direktor der Klinik für Vaskuläre und Endovaskuläre Chirurgie am Universitätsklinikum Münster, Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie, St. Franziskus-Hospital Münster

Heute konkurrieren endovaskuläre und offene Verfahren in zwei Gebieten der Gefäßmedizin: Bei der Therapie von Aortenaneurysmen und der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK).

Die offene Therapie des Bauchaortenaneurysmas (BAA) wird mit einer Laparotomie (Bauchschnitt) durchgeführt. Hierbei wird die erkrankte Gefäßstrecke durch eine Kunststoffprothese ersetzt. Seit fast 20 Jahren wird auch die endovaskuläre Aneurysmaausschaltung (endovascular aortic repair, EVAR) mittels Stentprothese über die Leistenschlagadern verwendet. Dabei wird beim Patienten eine blutdichte Gefäßstütze in das Gefäßsystem implantiert und damit das Aneurysma von innen stabilisiert. Dieses Verfahren zeichnet sich durch eine geringere Belastung für den Patienten aus, eine Laparotomie ist nicht mehr erforderlich, die Rekonvaleszenzzeit ist deutlich verkürzt.

Die verwendete Implantationstechnik und die endovaskulären Prothesen haben eine rapide Weiterentwicklung erlebt. Bislang haben die Stentprothesen eine aneurysmafreie Landungszone von 15 Millimetern unterhalb der Nierenarterien und oberhalb der Iliakalbifurkation gebraucht. Weitere Einschränkungen gab es bei sehr gewundenen, verengten und verkalkten Zugangsarterien. Mittlerweile gibt es auch für diese schwierigen Anatomien geeignete Lösungen, sodass der Anteil der Aneurysmen, die mit dieser Methode versorgt werden können, stetig zugenommen hat.

Die Daten der Qualitätssicherung BAA für 2014 zeigen (1), dass der Prozentsatz an EVAR deutlich zugenommen hat und gegenwärtig mehr als 70 Prozent aller Eingriffe ausmacht. Dies korreliert mit anderen Registererhebungen. In der National Inpatient Sample (NIS) der USA mit insgesamt 101 978 Patienten deckte EVAR 74 Prozent aller BAA-Versorgungen (intakte und rupturierte BAA zusammengefasst) ab, mit einer Hospitalletalität bei Versorgung des intakten BAA von einem Prozent bei EVAR und vier Prozent beim offenen Verfahren (2). Mit einer 30-Tage-Letalität des iBAA nach EVAR von 0,67 Prozent und nach dem offenen Verfahren von 4,2 Prozent entsprechen unsere bisher ausgewerteten Daten des Erhebungsjahrs 2014 in Deutschland diesen Ergebnissen. Zusammenfassend ist EVAR nun das bei Weitem bevorzugte Verfahren, vor allem aufgrund seiner niedrigeren Klinikletalität, was sich auch in randomisierten Studien im Vorfeld abgezeichnet hatte.

Ein weiteres Krankheitsbild, welches das Gesundheitswesen in Deutschland medizinisch und ökonomisch vor immer größere Herausforderungen stellt, ist die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK).

Die Daten zur stationären Versorgung zeigen eine deutliche Zunahme der Prävalenz der pAVK (3). In Deutschland kletterte die Zahl aller pAVK-bedingten Klinikaufenthalte von 400 929 auf 483 961 – eine Zunahme um 20,7 Prozent in knapp fünf Jahren. Die pAVK breitet sich aber auch länder- und kontinentübergreifend aus. Weltweit ist die Zahl der Patienten, die an den Durchblutungsstörungen leidet, binnen eines Jahrzehnts um fast ein Viertel (23,5 Prozent) gestiegen.

Diese Daten spiegeln auch neue Entwicklungen in der Therapie wider. So erhöhte sich zwischen 2005 und 2009 die Zahl der in Kliniken vorgenommenen endovaskulären Revaskularisationen um 46 Prozent. Der Grund für diese Entwicklung ist der Erhalt der Lebensqualität, da die endovaskulären Verfahren mit weniger körperlicher und zeitlicher Belastung für die Patienten verbunden sind. Nach der S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der pAVK heißt es deshalb, dass der interventionellen Therapie der Vorzug gegeben werden sollte, „wenn vergleichbare Kurz- und Langzeitergebnisse für beide Verfahren (interventionell und operativ) vorliegen“.

Als Goldstandard bei der Revaskularisation galt bislang die offene chirurgische Therapie.

Die Fünfjahres-Offenheit des Bypassverfahrens liegt hier bei den meisten Serien zwischen 60 und 80 Prozent. Die perioperative Mortalität liegt bei circa drei Prozent.

Demgegenüber sind circa 90 Prozent der endovaskulären Eingriffe primär erfolgreich, die Beinerhaltungsrate gleicht der von Bypassen, obwohl die primäre Offenheitsrate wesentlich schlechter ist als die der Bypasschirurgie. Neue technische Entwicklungen (medikamentenbeschichtete Stents und PTA-Katheter) sollen die mittel- und langfristigen Ergebnisse verbessern.

Leider gibt es für Patienten mit pAVK kaum ernst zu nehmende randomisierte prospektive Vergleichsstudien zwischen endovaskulärer und gefäßchirurgischer Revaskularisation. Die Praxis zeigt, dass die Patientenkollektive, die einer endovaskulären oder gefäßchirurgischen Behandlung zugeleitet werden, unterschiedlich sind. Die zurzeit laufende, von der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie unterstützte CRITSCH-Studie (4) beschäftigt sich mit der Frage, welche Therapie bei welchen Patienten mit welchen Ergebnissen in Deutschland durchgeführt wird. Bei dieser Studie, die extern kontrolliert wird, wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die Verfahren häufig nicht miteinander konkurrieren, sondern sich ergänzen.

*Literatur*

- 1) Rationale, Status und Ausblick der vaskulären Registerstudien der DGG. Grundmann RT et al. Gefäßchirurgie.
- 2) Nationwide Trends in Abdominal Aortic Aneurysm Repair and Use of Endovascular Repair in the Emergency Setting. Mohan PP et al. J Vasc Interv Radiol. 2012 Mar;23(3):338-44.
- 3) Recent trends in morbidity and in-hospital outcomes of in-patients with peripheral arterial disease: a nationwide population-based analysis. Malyar N et al. Eur Heart J. 2013 Jul; eht288 2706-2714.
- 4) Nationales Register für die Erstlinie-Therapiestrategien in Patienten mit kritischer Extremitätenischämie (CRITISCH Register): Studiendesign und aktueller Stand. Bisdas T et al. Gefäßchirurgie.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

München, April 2015

## **Zehn Jahre Fehlermanagement in der Chirurgie – was hat sich in der Patientensicherheit getan?**

Professor Dr. med. Matthias Rothmund, Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie  
2004/2005

2005 kann das Startjahr der Patientensicherheits-„Bewegung“ genannt werden. Auf dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) wurde das Thema Patientensicherheit zum ersten Mal der Öffentlichkeit präsentiert, wenig später das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) gegründet.

Die Aktivitäten des APS und der DGCH, aber auch anderer Organisationen, führten in den Folgejahren

1. zur Erkenntnis, dass die Sicherheit von Patienten während Diagnostik und Therapie sowohl in Krankenhäusern als auch in der ambulanten Versorgung erheblich verbesserungswürdig ist, und
2. auch zur Einführung von geeigneten Präventionsmaßnahmen gegen Patientenschäden.

Aufgrund einer sorgfältigen Literaturanalyse schätzte das APS, dass in deutschen Krankenhäusern jährlich etwa 17 000 Patienten wegen Fehlern sterben. Diese Zahl entspricht bezogen auf die Bevölkerungszahl in etwa Daten, die zum Beispiel in den USA oder der Schweiz erhoben wurden.

Die operativen Fächer waren aufgerufen, eine Führungsrolle in der Patientensicherheit zu übernehmen, nicht weil hier besonders viele Fehler vorkommen, sondern weil sie im Gegensatz zur Situation in konservativen Fächern besser sichtbar sind („In der Chirurgie gibt es immer einen Täter, eine Tatzeit und einen Tatort!“).

Die häufigsten Patientenschäden entstehen durch Hospitalinfektionen, Medikamentenverwechslungen, Verwechslungen von Patienten oder dem chirurgischen Eingriffsort, Kommunikationsstörungen oder durch mangelnde Qualifikation der Personen, die eine Maßnahme durchführen. Eine wichtige Fehlerquelle ist die als Folge des DRG(Diagnosis Related Groups)-Systems zunehmende Personalknappheit.

Mit der Bezeichnung „Ärztefuscher“ wird man dem Thema nicht gerecht. Nach den in den letzten zehn Jahren gewonnenen Erkenntnissen geschehen die meisten Fehler im Krankenhaus durch Handlungen von „gut ausgebildeten, fleißigen Ärzten und Schwestern, die das Beste für die Patienten wollen“.

Diesen Personen wurden Maßnahmen an die Hand gegeben, die zu einem höheren Sicherheitsstandard für Patienten führen:

1. Anonyme Fehlermelde- und Berichtssysteme (Critical Incident Reporting Systems = CIRS). Hier sollen vor allem Gefährdungssituationen gemeldet werden, bevor ein Patientenschaden entsteht.
2. Identifikationsarmbänder für Patienten, die vor allem bei geistig beeinträchtigten oder nicht Deutsch sprechenden Patienten Verwechslungen vorbeugen sollen.
3. Checklisten, die zum Beispiel vor Beginn und nach einer Operation abgearbeitet werden sollen und sicherstellen, dass es sich um den richtigen Patienten handelt, bei paarigen Organen die richtige Seite operiert wird, die relevanten Röntgenbilder und die eventuell benötigten Implantate vorhanden sind und so weiter.
4. Die präoperative Seiten- beziehungsweise Eingriffsort-Markierung mit einem nicht abwaschbaren Stift
5. Regelmäßige Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, bei denen offen und fair besprochen wird, ob bei Komplikationen oder Todesfällen nach einer Operation möglicherweise Fehler geschehen sind und wenn ja, wie diese künftig vermieden werden können.
6. Systematische Schulung bei Arbeitsantritt in einer Klinik oder bei Einführung neuer Instrumente und Geräte
7. Nicht zuletzt die Möglichkeit, sich an jedem Ort im Krankenhaus die Hände desinfizieren zu können, dies nach Regeln der WHO zu tun und Händeschütteln zu vermeiden

Vor zehn Jahren gab es diese und weitere Maßnahmen in chirurgischen Kliniken und Abteilungen nicht oder nur selten. In einer im Herbst 2014 durchgeführten Umfrage, an der mehr als 3 000 Chirurgeninnen und Chirurgen teilnahmen, zeigte sich, dass präoperative Seitenmarkierungen und Checklisten in mehr als 90 Prozent der Kliniken Standard sind und sowohl CIRS als auch M&M-Konferenzen und Identifikationsarmbänder in drei Viertel der Kliniken vorgehalten werden. Systematische Schulungen gibt es in zwei Drittel der Kliniken. Damit sind auf dem Gebiet der Fehlerprävention in der Chirurgie erhebliche Fortschritte gemacht worden. Es muss jedoch kontinuierlich an weiteren Verbesserungen gearbeitet werden.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
München, April 2015

## **Neue Verfahren bei der Korrektur der Gesichtsproportionen durch Veränderung des Gesichtsskeletts**

Professor Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG); Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universitätsklinikum München

Größe und Stellung (Position) von Anteilen des Gesichtsschädels sind sowohl für die Funktionen, die mit dem Gesichtsschädel in Zusammenhang stehen (unter anderem Kauen, Offenheit von Luft- und Speisewegen, Position der Augen- und Sehfunktion), als auch für die Ästhetik des Gesichtsschädels von Bedeutung. Sowohl für die Position des Gesichtsschädels in Relation zum Hirnschädel (Schädelbasis) als auch für die Verzahnung (Okklusion) gibt es Normwerte. Veränderungen zu dieser Norm können anlagebedingt oder erworben infolge von Tumoren, Traumata oder Infektionen auftreten. Die Ausprägung ist hierbei so mannigfaltig, dass für jeden einzelnen Patienten eine individualisierte, auf den jeweiligen Patienten abgestimmte Planung und Behandlung erfolgen muss.

Neue Verfahren bei der Korrektur von Veränderungen des Gesichtsschädels kommen sowohl in der Planung als auch in der Durchführung entsprechender Korrekturingriffe zum Tragen. Die Planung von korrektiven Eingriffen erfolgt heute häufig computergestützt und dreidimensional. Nach Datenakquisition durch digitale Computertomografen, digitale Volumetomografen oder Oberflächenscanner erfolgt die Verarbeitung der Daten mit spezieller Planungssoftware. In einer solchen Planungssoftware kann das Skelett des Gesichtes und Kopfes zunächst analysiert werden. Geplante korrektive Eingriffe können danach simuliert werden. Die Auswirkung von Veränderungen im Bereich des Gesichtsschädels auf das Weichgewebeprofil kann prognostiziert und mit dem Patienten besprochen werden.

Für Korrekturen der Gesichtsschädelproportionen stehen als grundsätzliche Verfahren die Osteotomie mit Verlagerung von Gesichtsschädelanteilen und Fixation in der gewünschten Position, eine Verschiebung von Gesichtsschädelanteilen durch Distraction mit Kreierung neuen Knochens, die Knochentransplantation sowie die Implantation individueller, patientenspezifischer Implantate zur Verfügung. Die Anfertigung patientenspezifischer Implantate ist hierfür das neueste Verfahren. Die Implantate können sowohl in Kunststoffen als auch in Metallen ausgeführt werden. Für die präzisere Durchführung von Operationen ist es möglich, nach dreidimensionalen computergestützten Planungen individuelle Schneideschablonen für die jeweiligen Patienten herzustellen, die im CAD/CAM-Verfahren produziert werden. Diese Schneideschablonen sind sterilisierbar und können intraoperativ eingesetzt werden, um präzise Osteotomien, die genau der Computerplanung entsprechen, durchzuführen. Diese Planungen sind als Plattformtechnologie für alle genannten chirurgischen Verfahren prinzipiell einsetzbar. Nicht selten kann ein Behandlungsziel auf mehreren Wegen und mit



*Pressekonferenz anlässlich des 132. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie  
Donnerstag, 30. April 2015, 12.00 bis 13.00 Uhr, München*

mehreren Verfahren erreicht werden. Hier stellt die individualisierte computergestützte Planung eine gute Diskussionsgrundlage her, auf deren Basis Arzt und Patient zusammen entscheiden können.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
München, April 2015

### **Klammern, Kleben, Nahtmaterial – wie narbenfrei ist Wundheilung heute möglich?**

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

Die Hautnaht ist die Handschrift des plastischen Chirurgen, die bleibende, möglichst dezente Erinnerung an eine gute Operation. Dem plastischen Chirurgen stehen mittlerweile zahlreiche Möglichkeiten zur Verfügung, eine Wunde zu schließen – mit Nahtmaterial, Klammern und sogar Klebstoff. Die Wahl des richtigen Mittels erfordert dabei lange chirurgische Erfahrung. Ziel ist stets der möglichst unsichtbare, narbenfreie Wundverschluss, vor allem in der ästhetisch-plastischen Chirurgie.

Die chirurgische Naht ist eine Wissenschaft für sich. Der Arzt muss wählen zwischen verschiedenen Nahttechniken, Fadenstärken und Fadenelastizitäten – je nach Beschaffenheit der Wunde. Der Wundverschluss sollte spannungsfrei erfolgen. So haben etwa selbstauflösende (resorbierbare) Fäden den Vorteil, dass ein schmerzhaftes Fädenziehen entfällt. Durch den Kontakt mit Gewebeflüssigkeit lösen sie sich nach einiger Zeit einfach auf. Dafür ist ihre Reißfestigkeit gegenüber nicht resorbierbaren Fäden begrenzt. Bei Wunden, deren Gewebe unter Spannung zusammengehalten wird – was in der plastischen Chirurgie möglichst vermieden werden sollte –, muss der Faden oft über lange Zeit hohe Ziehkräfte aushalten. Da stoßen resorbierbare oder dünne Fäden an ihre Grenzen. Der dünnste Faden, der plastischen Chirurgen zur Verfügung steht, ist lediglich 0,001 bis 0,009 Millimeter dick und wird für mikrochirurgische Operationen genutzt. Der dickste Faden ist 0,999 Millimeter dick. Um möglichst unauffällige Narben zu erzielen, ist es wichtig, die Verletzung (Traumatisierung) der Haut zu minimieren. Dabei spielt die Nadeldicke natürlich auch eine wichtige Rolle. Bei modernen, sogenannten „atraumatischen“ Nadeln muss kein Faden mehr eingefädelt werden, denn dieser entspringt direkt der Nadel.

Nicht nur das Material entscheidet über die Narbe, sondern ebenso die Nahttechnik des plastischen Chirurgen. Er muss entscheiden, welche Naht die größte Stabilität bietet und gleichzeitig ein Minimum an Spuren hinterlässt. Die „Intrakutannaht“ etwa kommt mit nur zwei Einstichen aus, da der Faden direkt unter der Haut hin und her bewegt wird. Auch in Sachen Knoten muss sich ein plastischer Chirurg gut auskennen. Je nach Fadenart braucht man eine unterschiedliche Anzahl an Knoten. Diese müssen natürlich sehr gut halten, dürfen aber auch nicht zu fest zugezogen werden. Ansonsten kann der Faden in die Haut drücken, die Durchblutung der heilenden Wunde beeinträchtigen und die Narbenbildung stören.

Doch mittlerweile gibt es Alternativen im Wettlauf um die unauffälligsten Narben. Klammern aus Edelstahl werden mit speziellen Geräten ins Gewebe gedrückt und nach etwa zehn Tagen wieder

entfernt. Was brachial aussieht, ermöglicht einen sehr schnellen Wundverschluss und führt im Ergebnis zu sehr feinen Narben. Klammern werden gern im behaarten Kopfbereich zur Schonung der Haarfollikel eingesetzt. Bei kleineren Wunden kommen mittlerweile auch Kleber in Form von Sprays zum Einsatz. „Cyanoacrylate“ werden etwa zum Verschluss kleiner oberflächlicher Wunden im Gesicht und besonders bei Kindern genutzt. Bei sehr oberflächlichen Wunden können sogar kleine Klebestreifen ausreichen.

Der Alltag des plastischen Chirurgen besteht aber oft aus größeren Wundflächen. Chronische Wundheilungsstörungen am diabetischen Fuß oder größere Wundflächen nach Verbrennung sollten möglichst narbenarm geschlossen werden, um die spätere Stigmatisierung der Patienten zu mindern. Eine einfache Naht reicht dabei meist nicht aus. Um eine weitgehend natürliche Körperoberfläche wieder aufzubauen, stehen dem plastischen Chirurgen Hauttransplantate, Haut-/Gewebe-Transplantate („Lappen“) oder in manchen Fällen sogar „Sprühhaut“ zur Verfügung. Bei Letzterer handelt es sich um isolierte Eigenhautzellen, die auf die Wunde gesprüht werden.

Bei allen derzeit zur Verfügung stehenden Möglichkeiten des plastisch-chirurgischen Wundverschlusses gilt nach wie vor die Maxime des atraumatischen Handlings des Gewebes und der spannungsfreien Wundnaht, um die Entzündungsreaktion und damit gesteigerte Narbenbildung gering zu halten. Ob innovative Nahtmaterialien, etwa aus Spinnenseide hergestellte Nahtmaterialien, zu einer verbesserten, narbenarmen Abheilung führen werden, wird die Zukunft zeigen.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
München, April 2015



## Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie mit derzeit knapp 6 500 Mitgliedern wurde 1872 in Berlin gegründet. Sie gehört damit im 143. 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 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 rückübergeben. 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: [DGChirurgie@t-online.de](mailto:DGChirurgie@t-online.de)

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Peter M. Vogt  
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH); Direktor der  
Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der  
Medizinischen Hochschule Hannover



\* 1958

### **Beruflicher Werdegang:**

- 1977–1983      Medizinstudium und Promotion an der Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Frankfurt/Main
- 1984–1985      Wehrdienst als Truppenarzt in Lahnstein
- 1985–1991      Weiterbildung im Gebiet Chirurgie an der Chirurgischen Universitätsklinik Lübeck  
(Professor F.W. Schildberg) und Medizinischen Hochschule Hannover  
(Professor R. Pichlmayr, Professor H. Tscherne, Professor H. G. Borst)
- 1991–1994      Weiterbildung in plastischer Chirurgie, Handchirurgie und spezieller  
Intensivmedizin, Universitätsklinik für Plastische Chirurgie und  
Schwerbrandverletzte, „Bergmannsheil“, Bochum (Professor H.U. Steinau)
- 1991–1993      Research Fellowship an der Division of Plastic Surgery, Brigham and Women’s  
Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA (Professor E. Eriksson)
- 1994–2001      Oberarzt mit Bereichsleitung des Brandverletztenzentrums, Universitätsklinik für  
Plastische Chirurgie und Schwerbrandverletzte, „Bergmannsheil“, Bochum
- 1994              Habilitation
- 1999              Außerplanmäßige Professur für plastische Chirurgie, Ruhr-Universität Bochum
- 2001              Berufung auf die C4-Professur für plastische, Hand- und Wiederherstellungs-  
chirurgie der Medizin, Hochschule Hannover;  
Aufbau eines Labors für Regenerationsbiologie in der plastischen Chirurgie

### **Mitgliedschaften in deutschen und internationalen Fachgesellschaften:**

- 2005–2013      Präsident der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin (DGV), der  
Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW), der  
Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen,  
Präsident der European Burns Association (EBA)
- Seit 2014        Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Herausgeber des Open-Access-Journals „GMS German Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery“, Tätigkeit im Editorial Board, Beirat und Reviewer zahlreicher nationaler und internationaler Fachzeitschriften

**Klinische Schwerpunkte:**

- rekonstruktive plastische Chirurgie
- Handchirurgie
- Verbrennungsmedizin
- ästhetische Chirurgie

**Wissenschaftliche Arbeitsgebiete:**

- Nervenrekonstruktion
- regenerative Therapie
- Gewebezüchtung

## Curriculum Vitae

Professor Dr. Giovanni Torsello  
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und  
Gefäßmedizin (DGG); Direktor der Klinik für Vaskuläre und  
Endovaskuläre Chirurgie am Universitätsklinikum Münster, Chefarzt der  
Klinik für Gefäßchirurgie, St. Franziskus-Hospital Münster



### Beruflicher Werdegang:

#### Ausbildung:

1971–1977	Studium der Medizin in Perugia (Italien)
1977	Medizinisches Staatsexamen
1977	Promotion mit der Note „summa cum laude“
1984	Facharztanerkennung als Chirurg
1986	Erwerb der Teilgebietsbezeichnung „Arzt für Unfallchirurgie“
1988	Erwerb der Teilgebietsbezeichnung „Gefäßchirurgie“
1989	Erteilung der Venia Legendi für die Fächer Chirurgie und Gefäßchirurgie
1995	Ernennung zum außerplanmäßigen Professor der Universität Düsseldorf
1996	Erwerb der Zusatzbezeichnung „Phlebologie“
1997	Mitglied der International Society of Endovascular Specialists
1998	Erwerb der Fachkunde „Laboruntersuchungen in der Chirurgie“
1999	Erwerb der Weiterbildung „Chirurgische Intensivmedizin“
2000	Honorary Diploma from the Court of Assessors of the European Board of Vascular Surgery
2001	Ernennung zum außerplanmäßigen Professor der Universität Münster

#### Ärztliche Tätigkeit:

1977	Chirurgischer Assistenzarzt, St. Marien-Krankenhaus in Ratingen
1979–1986	Wissenschaftlicher Assistent an der Klinik für Allgemeine und Unfallchirurgie (Direktor: Professor K. Kremer), für Thorax- und Kardiovaskularchirurgie (Direktor: Professor W. Bircks), für Gefäßchirurgie und Nierentransplantation (Direktor: Professor W. Sandmann) der Universität Düsseldorf
1984	Ernennung zum Hochschulassistenten
1988–1996	Oberarzt an der Abteilung für Gefäßchirurgie und Nierentransplantation (Leiter: Professor W. Sandmann)
Seit 1996	Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie des St. Franziskus-Hospitals in Münster

Seit 2008 Direktor der Klinik für Vaskuläre und Endovaskuläre Chirurgie,  
Universitätsklinikum Münster

**Aktuelle und frühere Tätigkeiten:**

- Chefarzt der Gefäßchirurgischen Klinik des St. Franziskus-Hospitals in Münster
- Direktor der Klinik für Vaskuläre und Endovaskuläre Chirurgie, Universitätsklinikum Münster
- Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie
- Wissenschaftlicher Beirat der Zeitschrift „Gefäßchirurgie“
- Mitglied des UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes)

**Wissenschaftliche Preise:**

- 1977 Preis der „Italo-American Medical Education Foundation“ und  
Absolvierung des „Clinical Medicine Curriculum“ an der  
Loyola University
- 1987 Alexis-Carrel-Preis der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie für die  
wissenschaftliche Arbeit „Die Anwendung von resorbierbarem und  
nichtresorbierbarem Nahtmaterial im Tiermodell. Vergleichende  
Untersuchungen an infizierten und an wachsenden Gefäßanastomosen“
- 1988 Preis der European Society for Vascular Surgery für die wissenschaftliche  
Arbeit „Experimental studies on postischemic renal failure. Effects of  
preischemic infusion of Prostaglandin E<sub>1</sub>“
- 1991 Edens-Preis der Johann-Wülfing-Stiftung für die Arbeit „Das postischämische  
akute Nierenversagen: tierexperimentelle Untersuchung zur  
Ischämieprotektion“



## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Matthias Rothmund  
Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 2004/2005

\*1942



## **Beruflicher Werdegang:**

- 1963–1968 Studium der Humanmedizin in Mainz und Innsbruck
- 1968 Staatsexamen in Mainz
- 1970 Promotion
- 1970 Approbation nach Ableistung einer zweijährigen Medizinalassistentenzeit
- 1975 Facharzt für Chirurgie an der Chirurgischen Universitätsklinik Mainz
- 1976 Habilitation (Thema: „Magen-Entleerung, Serum-Gastrin und duodenogastrischer Reflux nach proximaler gastraler Vagotomie mit und ohne Pyloroplastik“) in Mainz
- 1978 Oberarzt an der Chirurgischen Universitätsklinik Mainz
- 1979 C2-Professur auf Lebenszeit
- 1980 Teilgebietsbezeichnung Gefäßchirurgie
- 1987–2008 Direktor der Klinik für Visceral-, Thorax- und Gefäßchirurgie der Universität Marburg  
(C4-Professur)
- 2007–2013 Dekan des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg

## **Mitgliedschaft in wissenschaftlichen Gesellschaften:**

- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
- Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
- Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie
- Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie
- Société Internationale de Chirurgie
- International Association of Endocrine Surgeons
- American College of Surgeons
- European Surgical Association
- Royal College of Surgeons (ad eundem fellow)

## **Ehrungen:**

- 1977 Langenbeck-Preis der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

2002 Aufnahme in die Deutsche Gesellschaft für Naturforscher und Ärzte „Leopoldina“

2004 Ehrenmitglied der Association of Surgeons of Great Britain and Ireland

2006 Mitglied der Académie Française de Chirurgie

2007 Ehrenmitglied des Royal College of Surgeons of Edinburgh

2008 Ehrenmitglied der European Society of Endocrine Surgeons

2008 1. Deutscher Qualitätspreis Gesundheit

2009 Ehrenmitglied der Association Française de Chirurgie

2010 Rudolf-Zenker-Preis der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld  
Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und  
Gesichtschirurgie (DGMKG); Direktor der Klinik und Poliklinik für  
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universitätsklinikum München

\* 1958



### **Betätigungsfeld:**

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

### **Beruflicher Werdegang:**

1974–1979	Zahnmedizinstudium an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main
1977–1982	Medizinstudium
1979	Staatsexamen Zahnmedizin, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main
1980	Promotion Zahnmedizin, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main
05/1982	Staatsexamen Medizin, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main
1985	Promotion Medizin, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main
06/1982–10/1986	Facharztausbildung Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Direktor: Prof. Dr. Dr. N. Schwenzer), Eberhard-Karls-Universität, Tübingen
10/1987	Oberarzt in der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universität Tübingen
1989	Habilitation: Eberhard-Karls-Universität, Tübingen
01/1990	Leitender Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universität Tübingen
1996	Professor und Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universität München
1999–2004	Chairman AO European Craniomaxillofacial Education and

	Steering Committee
2004–2005	Chairman AO International Craniomaxillofacial Education and Steering Committee
2005–2012	Chairman International AO CMF Specialty Board
2008–2014	Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirates der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
2012–2014	Vorsitzender des DÖSAK (Deutsch-Österreichisch-Schweizerischer Arbeitskreis für Tumoren im Kiefer- und Gesichtsbereich)
Seit 2014	Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG)

**Preise und Auszeichnungen:**

1988	Hans-von-Seemen-Preis, Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie
1990	Martin-Waßmund-Preis, Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Jutta Liebau

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



### **Beruflicher Werdegang:**

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

## **Curriculum Vitae**

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

\* 1948

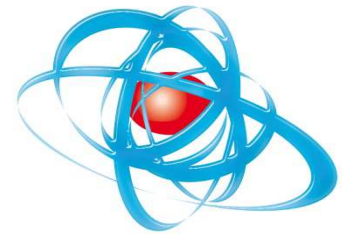


### **Beruflicher Werdegang:**

- |           |   |
|-----------|---|
| 1967–1972 | Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München  |
| 1972      | Promotion an der Universität Göttingen  |
| 1973–1980 | Chirurgische Weiterbildung an der Medizinischen Hochschule Hannover   |
| 1981      | Habilitation  |
| 1988–1996 | Leitender Oberarzt der Klinik für Abdominal- und Transplantationschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover (Professor Dr. R. Pichlmayr) |
| 1996–2012 | Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des Städtischen Klinikums Solingen   |
| 2011      | Doctor honoris causa der Jagiellonien-Universität Krakau  |
| Seit 2012 | Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie  |



**Deutsche Gesellschaft für Chirurgie**  
132. Kongress  
28. April bis 1. Mai 2015 • München/ICM



Chirurgische  
im Werte-Wandel  
Heilkunst

## **Pressekonferenz anlässlich des 132. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)**

**Termin:** Freitag, 1. Mai 2015, 12.00 bis 13.00 Uhr  
**Ort:** ICM – Internationales Congress Center München, Saal 22b  
**Anschrift:** Messengelände, Am Messesee, 81829 München

Präsident 2014/2015  
Prof. Dr. Peter M. Vogt

### **Thementag: Patientennutzen durch chirurgische Wissenschaft**

#### **Themen und Referenten:**

##### **Neues aus der Verbrennungsmedizin**

*Professor Dr. med. Peter M. Vogt*

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH); Direktor der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover

##### **Einfluss der Fachgesellschaften auf gesundheitspolitische Entscheidungen**

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

##### **Wie hat sich die Organspende-Bereitschaft entwickelt?**

##### **Statusbericht aus der Transplantationsmedizin**

*Professor Dr. med. Björn Nashan*

Präsident der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG); Direktor der Klinik und Poliklinik für Hepatobiliäre Chirurgie und Viszerale Transplantation, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

##### **Kleiner Schnitt, große Wirkung –**

##### **Liposuktion bei krankhafter Fettansammlung an Armen und Beinen**

*Professorin Dr. med. Jutta Liebau*

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

##### **Die geplante neue Medizinprodukteverordnung der EU – warum die Novelle innovationsfeindlich ist und den medizinischen Fortschritt behindern wird**

*Professor Dr. med. Ernst Klar*

Direktor der Abteilung für Allgemeine, Thorax-, Gefäß- und Transplantationschirurgie der Universitätsmedizin Rostock; Vorsitzender der Sektion Chirurgische Forschung der DGCH

##### **Empirie versus Evidenz, Erfahrung versus Studie – wie soll der Chirurg entscheiden?**

*Professor Dr. med. Dr. h. c. Axel Haverich*

Direktor der Klinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover

##### **Moderation: Anne-Katrin Döbler**

Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Stuttgart

##### **Ihr Kontakt für Rückfragen**

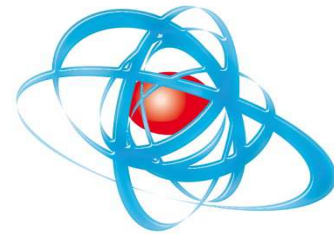
Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)  
Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Telefon: 0711 8931-641  
Telefax: 0711 8931-167  
E-Mail: ullrich@medizinkommunikation.org  
www.chirurgie2015.de, www.dgch.de

##### **Pressekontakt in München**

Saal 22a, München/ICM  
Dienstag, 28. April 2015, von 8.30 bis 18.00 Uhr  
Mittwoch, 29. April 2015, von 8.00 bis 17.30 Uhr  
Donnerstag, 30. April 2015, von 8.00 bis 17.30 Uhr  
Freitag, 1. Mai 2015, von 8.00 bis 15.00 Uhr  
Telefon: 089 949-794 27  
Telefax: 089 949-798 57



**Deutsche Gesellschaft für Chirurgie**  
 132. Kongress  
 28. April bis 1. Mai 2015 • München/ICM



Chirurgische  
 im Werte-Wandel  
 Heilkunst

**Bestellformular Fotos:**

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

Präsident 2014/2015  
 Prof. Dr. Peter M. Vogt

**Termin:** Donnerstag, 30. April 2015, 12.00 bis 13.00 Uhr  
**Ort:** ICM – Internationales Congress Center München, Saal 22b  
**Anschrift:** Messengelände, Am Messesee, 81829 München

**Thementag: Patientennutzen durch chirurgisches Management**

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

- Professor Dr. med. Peter M. Vogt
- Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer
- Professor Dr. med. Giovanni Torsello
- Professor Dr. med. Matthias Rothmund
- Professor Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld
- Professorin Dr. med. Jutta Liebau



Vorname:	Name:
Medium:	Redaktion/Ressort:
Straße, Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	Unterschrift:

**Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen  
 oder per Mail an ullrich@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  
 Telefax: 0711 8931-167  
 E-Mail: ullrich@medizinkommunikation.org  
 www.chirurgie2015.de, www.dgch.de

Pressekontakt in München  
 Saal 22a, München/ICM  
 Dienstag, 28. April 2015, von 8.30 bis 18.00 Uhr  
 Mittwoch, 29. April 2015, von 8.00 bis 17.30 Uhr  
 Donnerstag, 30. April 2015, von 8.00 bis 17.30 Uhr  
 Freitag, 1. Mai 2015, von 8.00 bis 15.00 Uhr  
 Telefon: 089 949-794 27  
 Telefax: 089 949-798 57

