



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

Chirurgie



zwischen
Faszination,
Mut und Demut

Präsident 2013/2014
Prof. Dr. Joachim Jähne

Vorab-Pressekonferenz anlässlich des 131. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Termin: Mittwoch, 19. März 2014, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Langenbeck-Virchow-Haus, Bibliothek DGCH

Anschrift: Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin

„Chirurgie zwischen Faszination, Mut und Demut“ Highlights und Schwerpunkte des 131. Kongresses der DGCH

Themen und Referenten:

Highlights und Schwerpunkte des 131. Kongresses der DGCH

Professor Dr. med. Joachim Jähne

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

Mehr Mut zu Studien in der Chirurgie!

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

Ergebnisse dokumentieren, Risiken minimieren – die Allgemeinchirurgie ist mit ihrer Qualitätsoffensive den aktuellen gesundheitspolitischen Forderungen voraus

Professor Dr. med. Heinz-Johannes Buhr

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

Wenn die Schlafposition das Säuglingsköpfchen verformt – in welchen Fällen Physiotherapie, Osteopathie und Chiropraktik helfen

Professor Dr. med. Guido Fitze

Tagungspräsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH); Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

Todesfälle Bauchschlagader – warum wir dringend ein Ultraschall-Screening auf Bauchaortenaneurysmen brauchen

Professor Dr. med. Eike S. Debus

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

Moderation:

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

Ihr Kontakt für Rückfragen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-641/309

Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: ullrich@medizinkommunikation.org

www.chirurgie2014.de, www.dgch.de

Pressekontakt in Berlin

Raum Ulm, Messe Berlin – Südgelände

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

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

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

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

Tel.: 030 3038 81-518

Fax: 030 3038 81-519





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

Chirurgie



zwischen
Faszination,
Mut und Demut

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

Termin: Mittwoch, 19. März 2014, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Langenbeck-Virchow-Haus, Bibliothek DGCH

Anschrift: Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin

Präsident 2013/2014
Prof. Dr. Joachim Jähne

„Chirurgie zwischen Faszination, Mut und Demut“ Highlights und Schwerpunkte des 131. Kongresses der DGCH

Inhalt:

Pressemeldungen

**Chirurgen empfehlen spezielle Kissen für Neugeborene
Schlafen in Rückenlage verformt häufig das Babyköpfchen**

**Todesfalle Bauchsclagader
Chirurgen fordern Ultraschall-Screening im 65. Lebensjahr**

Redemanuskripte:

Professor Dr. med. Joachim Jähne

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

Professor Dr. med. Heinz-Johannes Buhr

Professor Dr. med. Guido Fitze

Professor Dr. med. Eike S. Debus

Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Curricula Vitae der Referenten

Übersicht Pressekonferenzen des 131. Chirurgenkongresses in Berlin

Bestellformular für Fotos

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

Ihr Kontakt für Rückfragen

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

Pressekontakt in Berlin

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





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

131. Kongress

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

Chirurgie



zwischen
Faszination,
Mut und Demut

Präsident 2013/2014
Prof. Dr. Joachim Jähne



PRESSEMITTEILUNG

131. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

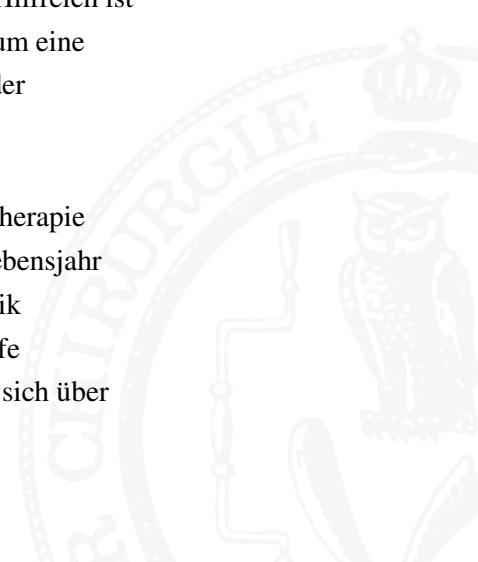
Chirurgen empfehlen spezielle Kissen für Neugeborene Schlafen in Rückenlage verformt häufig das Babyköpfchen

Berlin, 19. März 2014 – Eltern lernen in Babykursen, dass Neugeborene als Schutz vor dem plötzlichen Kindstod nachts auf dem Rücken schlafen sollen. Allerdings verformt diese Schlafposition häufig den Hinterkopf des Neugeborenen. Kommt es zu schweren Deformitäten, kann aus dem zunächst rein kosmetischen Problem sogar eine schmerzhaft Belastung der Halswirbelsäule oder des Kiefers werden. Chirurgen raten deshalb, das Köpfchen auf ein Lagerungskissen zu legen, das die hintere Partie frei in der Luft schweben lässt. „Mit dieser einfachen Maßnahme lässt sich eine Kopfverformung vermeiden“, erklärte Professor Dr. med. Joachim Jähne, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), auf der Vorab-Presskonferenz zum 131. Chirurgenkongress in Berlin. Bemerken Eltern eine Verformung, sollten sie früh einen Spezialisten aufsuchen.

Schläft das Neugeborene jede Nacht auf dem Rücken, kann der noch leicht verformbare Hinterkopf durch den Druck gegen die Unterlage abflachen. Genaue Zahlen, wie viele Kleinkinder von einer solchen Deformität betroffen sind, liegen nicht vor. „Ich sehe aber jede Woche drei bis vier neue Fälle in meiner Sprechstunde“, berichtet Professor Dr. med. Guido Fitze, Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie am Universitätsklinikum Dresden und Tagungspräsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH). „Das ist ein häufiges Problem.“ Jedes 200. Kind könnte betroffen sein, schätzt der Tagungspräsident.

Um dies zu verhindern, sollten Eltern den Kopf des Neugeborenen über Nacht auf einem Lagerungskissen betten. Dabei handelt es sich um eine Art „Lochkissen“, bei dem der Hinterkopf frei in der Luft schwebt. Kostenpunkt: zwischen 30 und 50 Euro. „Hilfreich ist es auch, wenn die Eltern das Kind aus verschiedenen Richtungen ansprechen, um eine bevorzugte Seitenhaltung des Kopfes zu vermeiden“, so Fitze. Tagsüber liegt der Nachwuchs am besten auf der Seite oder dem Bauch.

„Kommt es zu einer Abflachung des Hinterkopfes, sollte frühzeitig mit einer Therapie begonnen werden“, betont Fitze. Leichte Deformitäten lassen sich im ersten Lebensjahr gut durch manuelle Therapien wie Osteopathie, Physiotherapie und Chiropraktik korrigieren, die mit einer Art Reflexzonentraining bestimmte Bewegungsabläufe stimulieren und Halswirbelblockaden auflösen. „Die Behandlungen erstrecken sich über mehrere Monate“, so Professor Fitze.





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

131. Kongress

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

Chirurgie



zwischen
Faszination,
Mut und Demut

Präsident 2013/2014
Prof. Dr. Joachim Jähne

Liegt eine stärkere Deformität vor, hilft die Helmtherapie. Dabei handelt es sich um eine Kopforthese, die dauerhaft getragen wird und das Wachstum des Schädels gezielt in die gewünschte Richtung lenkt. Da der Schädel im ersten Jahr besonders schnell wächst – er nimmt zwölf bis dreizehn Zentimeter an Umfang zu –, sollte mit der Helmtherapie um den sechsten Lebensmonat begonnen werden. „In dieser Wachstumszeit kann der Helm die Verformung am besten korrigieren“, erklärt Fitze. Die Behandlung dauert in der Regel drei bis sechs Monate. „Trägt das Kind die Orthese konsequent an 23 von 24 Stunden am Tag, sind die Ergebnisse sehr gut“, berichtet der Kinderchirurg. Viele Krankenkassen übernehmen die Kosten für den Helm, einige zahlen anteilmäßig. Eine Orthesen-Behandlung kostet insgesamt rund 1700 Euro.

Bis ins Vorschulalter besteht die Möglichkeit, dass sich Verformungen wieder auswachsen. „Schwere Verformungen, die auch die Gesichtspartie betreffen, sind nicht nur ein kosmetisches Problem“, betont Professor Fitze. Es wird angenommen, dass sie auch zu einer frühzeitigen Abnutzung der Halswirbelsäule oder einer Fehlbelastung der Kiefergelenke führen können, die häufig schmerzhaft ist.

Weitere Infos zum Kongressprogramm unter www.chirurgie2014.de.





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

131. Kongress

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

Chirurgie



zwischen
Faszination,
Mut und Demut

Präsident 2013/2014
Prof. Dr. Joachim Jähne

PRESSEMITTEILUNG

131. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Todesfälle Bauchsclagader

Chirurgen fordern Ultraschall-Screening im 65. Lebensjahr

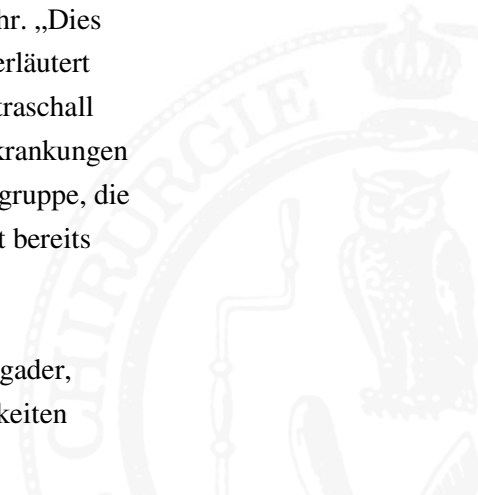
Berlin, 17. März 2014 – Eine Erweiterung der Hauptsclagader im Bauch zählt zu den typischen Krankheiten von Männern über 65 – und zu deren häufigsten Todesursachen. Denn durch die Erweiterung kann die Ader ohne vorherige Warnung platzen. Für 80 Prozent der Betroffenen kommt dann jede Hilfe zu spät, sie verbluten in Minuten. Chirurgen fordern deshalb eine gesetzliche Ultraschall-Untersuchung zur Früherkennung von Bauchortenaneurysmen für alle Männer ab dem 65. Lebensjahr sowie für besonders gefährdete Personengruppen.

„Untersuchungen zeigen, dass ein solches Screening die Rate der Todesfälle um die Hälfte senkt“, erklärt Professor Dr. med. Joachim Jähne, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), im Vorfeld des 131. Chirurgenkongresses.

Rund 200 000 Menschen in Deutschland tragen ein sogenanntes Bauchortenaneurysma in sich, eine krankhafte Aussackung der Bauchsclagader. Betroffen sind vor allem Männer über 65 Jahre, die rauchen oder Raucher waren. Da sich die Krankheit über lange Zeit kaum bemerkbar macht, kann die Sclagader scheinbar urplötzlich aufreißen. „Dabei lässt sich solch eine Aussackung durch eine Ultraschall-Untersuchung leicht entdecken und kann so rechtzeitig behandelt werden“, sagt Professor Dr. med. Eike Sebastian Debus, Direktor am Universitären Herzzentrum Hamburg und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG).

Internationale Erfahrungen zeigen, dass ein Screening der Bauchsclagader die Zahl der Todesfälle sowie der Notoperationen um fünfzig Prozent senkt. „Wir plädieren deshalb dafür, eine solche Untersuchung in Deutschland als kassenärztliche Leistung einzuführen“, sagt DGG-Präsident Debus. Nach dem Vorbild der USA empfiehlt Debus eine einmalige Ultraschall-Untersuchung für alle Männer ab dem 65. Lebensjahr. „Dies gilt insbesondere für Raucher und Ex-Raucher, sie sind besonders gefährdet“, erläutert der Gefäßexperte. Auch Frauen sollten ab dem 65. Lebensjahr einmalig per Ultraschall untersucht werden, sofern sie rauchen, geraucht haben oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei ihnen oder in ihrer Familie bekannt sind. Hinzu kommt eine weitere Risikogruppe, die zum Screening gehen sollte. „Dazu zählen Männer und Frauen jeden Alters mit bereits bekannten Bauchortenaneurysmen in der Familie“, so Debus.

Zeigen sich im Ultraschall keine auffälligen Veränderungen an der Bauchsclagader, bleibt es in der Regel bei einer einzigen Untersuchung. Lediglich bei Auffälligkeiten





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

131. Kongress

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

Chirurgie



zwischen
Faszination,
Mut und Demut

Präsident 2013/2014
Prof. Dr. Joachim Jähne

muss der Patient weiter in Intervallen kontrolliert werden. „Wir halten das für eine sehr sinnvolle und effektive Maßnahme“, sagt Debus. „Das Screening auf Bauchortenaneurysmen ist damit deutlich kostengünstiger als beispielsweise das Brustkrebs-Screening oder die Vorsorge für Dickdarm- oder Prostatakrebs.“

Hinzu kommt, dass in Deutschland ein solches Screening flächendeckend von allen Medizinern vorgenommen werden kann, die in Ultraschall-Untersuchungen erfahren sind. „Wir fordern explizit keine Beschränkung dieser Untersuchung auf Gefäßspezialisten“, sagt Debus. „Ultraschallgeräte und Expertise sind überall verfügbar.“

Wird durch das Screening ein Bauchortenaneurysma entdeckt, können Chirurgen es meist durch eine Prothese überbrücken und dadurch die Gefahr des Platzens der Ader bannen. Bei kleineren Aussackungen kann eventuell schon eine Änderung des Lebensstils, etwa durch Aufgeben des Rauchens, helfen.

Weitere Infos zum Kongressprogramm unter www.chirurgie2014.de.

Hinweis:

Warum ein gesetzliches Ultraschall-Screening auf Bauchortenaneurysmen in Deutschland notwendig ist, erläutert Professor Dr. med. Sebastian Debus auf der Vorab-Pressekonferenz des 131. Chirurgenkongresses am 19. März.



Position beziehen im Widerstreit der Interessen – Chirurgie zwischen Faszination, Mut und Demut

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

Die Chirurgie steht vor großen Herausforderungen. Faszinierende neue technische Möglichkeiten erlauben Eingriffe, die noch vor Kurzem undenkbar waren. Zugleich sehen sich operative Fächer mit Risiken konfrontiert, die zu schweren Krankheitsverläufen führen können und nicht zuletzt auch Versicherungsprämien in Rekordhöhen steigen lassen. Wie sich die Chirurgie in diesem Spannungsfeld zum Wohl der Patienten einrichten kann, diskutieren rund 5500 Chirurgen vom 25. bis 28. März 2014 unter dem Motto „Chirurgie zwischen Faszination, Mut und Demut“ auf dem 131. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) in Berlin. Faszination, Mut und Demut - jeder Aspekt dieses Dreiklangs steht Pate für einen Kongresstag. Der vierte Tag widmet sich dem Schwerpunktthema „Leben mit Einschränkungen“. Erst- und einmalig findet der Kongress bereits im März auf dem Südgelände der Messe Berlin statt. Diesjähriges Partnerland ist Israel.

Faszination, Mut und Demut sind notwendig, um den Beruf des Chirurgen erfolgreich ausüben zu können – das ist die Botschaft, die das Kongressmotto vermitteln will. Und genau diese Eigenschaften und Fähigkeiten sollten wir jetzt aktivieren, um uns als Chirurgen im Spannungsfeld von Fortschritt, Patientenwohl und ökonomischen Druck zu positionieren.

Dem Motto folgend, widmet sich der erste Kongresstag dem Themenkomplex Faszination. Hier stehen neue Operationstechniken im Vordergrund. Darunter finden sich innovative Methoden zur Blutstillung, Fortschritte in der Roboterchirurgie oder „mitdenkende“ Operationssäle. Diese Neuerungen können Operationsergebnisse verbessern, Erholungszeiten verkürzen oder für mehr Patientensicherheit sorgen. Videositzungen vermitteln einen Einblick in die chirurgische Praxis.

„Mut“ ist das übergeordnete Thema des zweiten Kongresstages. Chirurgen brauchen ihn, um neuen Methoden zum Durchbruch zu verhelfen. Mut ist heute aber auch notwendig, um Fehlentwicklungen wie die zunehmende Ökonomisierung in der Medizin aufzuhalten. Wir sollten zudem couragiert Studien auf den Weg bringen, die den Langzeitnutzen von Eingriffen bewerten. Solche Versorgungsstudien liegen im gemeinsamen Interesse von Patienten, Kostenträgern und Chirurgen. Erste Langzeitergebnisse für Hüftgelenkoperationen, schwere Schädel-Hirnverletzungen und Wirbelsäuleneingriffe werden auf dem Kongress vorgestellt.

Doch die Chirurgie erfordert neben Mut gleichermaßen Demut. Das bedeutet vor allem, vor jedem Eingriff eine Risikoabwägung vorzunehmen. Jede Operation sei mit möglichen Komplikationen verbunden. Im ungünstigen Fall muss der Patient nach einem Eingriff mit Einschränkungen leben. Wir

sollten uns daher ein Stück weit auf unsere Grenzen besinnen und im Zweifel den ärztlichen Leitsatz *primum non nocere* – zuerst einmal nicht schaden – vor die olympische Lösung *citius, altius, fortius* – schneller, höher, stärker – stellen“.

Partnerland des 131. DGCH-Kongresses ist Israel. Um an das Unrecht zu erinnern, das jüdischen Ärzten in der Zeit des Nationalsozialismus zugefügt wurde, zeigt die DGCH an allen Kongresstagen die Ausstellung „Fegt alle hinweg“. Am 26. März wirbt ein Fünf-Kilometer-Lauf im Tiergarten für die Organspende-Bereitschaft. Interessierte sind herzlich eingeladen, ab 16.30 Uhr mitzulaufen.

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

Mehr Mut zu Studien in der Chirurgie!

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

Die klinische Forschung mit Durchführung verschiedener Studien ist integriert in die grundlagen-, krankheits- und patientenorientierte Forschung. Die Qualität ist trotz unbestreitbarer Erfolge in den letzten Jahren in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt weiterhin wenig zufriedenstellend und es besteht sicherlich ein Nachholbedarf im Vergleich zu den angloamerikanischen und skandinavischen Ländern oder den Niederlanden. Dies wird auch dadurch deutlich, dass in der Medizin Habilitationsschriften in mehr als der Hälfte der Fälle auf Ergebnissen der Grundlagenforschung basieren, nur etwa 30 Prozent befassen sich mit klinischen Inhalten oder patientennaher Forschung, wobei solche Zahlen in der Chirurgie nicht erreicht werden. Gerade in unserem Fachgebiet scheint der persönlichen, empirischen Erfahrung, gepaart mit dem jeweiligen technischen Geschick des Operateurs, mehr Bedeutung zuzukommen als den Ergebnissen patientenorientierter Forschung. Folglich resultierten wesentliche Fortschritte in der Chirurgie kaum aus den Anwendungsmethoden der evidenzbasierten Medizin, deren Umsetzung aber auch in den operativen Fächern zur Bewertung vom möglichen Nutzen diagnostischer und therapeutischer Leistungen nachdrücklich zu fordern ist.

So zeigten vor einigen Jahren Untersuchungen aus den USA und den Niederlanden, dass zum Beispiel 30 bis 40 Prozent der Patienten nicht die wissenschaftlich nachgewiesene beste Behandlung erhalten haben beziehungsweise in etwa einem Viertel der Fälle sogar eine nicht erforderliche Therapie erfolgt war. Die Betrachtung der evidenzbasierten Medizin als „Kochbuchmedizin“ hat sich allerdings nach Einschätzung von Dr. med. Markus Diener, dem Leiter des Studienzentrums der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC), grundlegend geändert; das heißt, die Akzeptanz chirurgischer Therapiealternativen wissenschaftlich zu untersuchen und diese Daten anschließend mit der individuellen Patientensituation und der Erfahrung des Operateurs zu verknüpfen, ist heute gegeben. Trotzdem basieren weiterhin nur 24 Prozent aller chirurgischen Therapiemaßnahmen auf den Resultaten randomisierter kontrollierter Studien und lediglich etwa vier Prozent aller solchen publizierten Studien vergleichen unterschiedliche chirurgische Maßnahmen. Die Ursachen für diese ernüchternden Zahlen sind dabei vielfältig. Zweifelsfrei sind randomisierte kontrollierte Studien in der Chirurgie komplexer als beim Arzneimittelvergleich. Außerdem ist in der Regel ein erheblicher Zeit- und Personalaufwand bei oft fehlenden strukturellen Voraussetzungen notwendig, oftmals verbunden mit Schwierigkeiten zur Finanzierung chirurgischer Studien. Darüber hinaus mangelt es auch an einer breiten methodischen Ausbildung beim Erstellen von Studienprotokollen oder Metaanalysen und schließlich ist die Anerkennung dieser Leistungen im Vergleich zu sogenannten Grundlagen-Arbeiten mit hohen Punktwerten immer noch zu gering.

Unabhängig von diesen häufig angeführten Argumenten stellen klinische Studien, deren Ergebnisse auch das praktische chirurgische Vorgehen verändern können, die Basis für den Aufbau einer evidenzbasierten und somit qualitätsgesicherten medizinischen Versorgung der Patienten dar und solche Studien können sich somit nahtlos in die von der Politik angefachte Diskussion zur „Qualitätsoffensive“ einreihen. In diesem Zusammenhang schreibt das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) aktuell klinische Studien und systematische Übersichtsarbeiten mit hoher Relevanz für die Patientenversorgung zur Förderung mit jährlich 15 Millionen Euro aus.

Klinische Forschung ist zudem Voraussetzung für die Einführung neuer Behandlungsverfahren und von Medizinprodukten der Gefahrenklasse IIb/III. Innovationen von Medizinprodukten sollen möglichst rasch Zugang zum klinischen Einsatz bekommen, wobei international keine einheitlichen Standards der Produktzulassung beziehungsweise Nutzenbewertung und Patientensicherheit vorliegen. Unberücksichtigt der etwaigen Risikomeldungen bei Hochrisikoprodukten ist eine einfache CE-Kennzeichnung durch unterschiedlichste Zulassungsstellen sicherlich nicht ausreichend, sondern es sind vielmehr strengere Richtlinien zu fordern. Neue Medizinprodukte sollen generell zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung bei größtmöglicher Sicherheit und entsprechendem Nutzen für den Patienten führen. Die klinische Prüfung von medizinischen Risikoprodukten kann dabei in einem mehrstufigen Prozess ablaufen, wobei randomisierte Studien nicht immer die erste Wahl einer zu planenden Evaluierung sein müssen, sondern zum Beispiel erst nach prospektiver Beobachtung und Registerdokumentation bei gegebener Sicherheit hinsichtlich Wirksamkeitsüberprüfung zum Einsatz kommen. Diese Aufgaben könnten dabei durch das deutschlandweite Netzwerk von SDGC und das chirurgische Studiennetzwerk (CHIR-Net) mit seinen mehr als 320 assoziierten Kliniken in Abstimmung mit der Medizinprodukteindustrie realisiert werden, so die Einschätzung von J. Neudecker, dem Sprecher der acht chirurgischen Regionalzentren des CHIR-Net. Proaktives Vorgehen vonseiten der verschiedenen chirurgischen Disziplinen erscheint dabei notwendig, um auch die politischen Entscheidungsträger von diesem Konzept zu überzeugen und damit auch auf die verschiedenen Selbstverwaltungsorgane positiv und beschleunigend Einfluss nehmen zu können.

Nicht nur in der klinischen Tätigkeit ist in der Chirurgie also Mut gefordert, sondern auch zur Initiierung und Realisierung von klinischen Studien. Diese Überzeugung sollte gerade von leitenden Chirurgen gegenüber dem Nachwuchs als moderne Studienkultur gelebt werden.

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

Die DGAV ist mit ihrer Qualitätsoffensive den aktuellen gesundheitspolitischen Forderungen voraus.

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

Der **Koalitionsvertrag** der jetzigen Regierung hält als Regierungsprogramm eindeutig fest:

„... Die sektorenübergreifende Qualitätssicherung mit Routinedaten wird ausgebaut ...“

Was bedeuten Routinedaten?

Die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) hat mit ihren Routinedaten bereits den AOK-Krankenhausnavigator erstellt. Für die Allgemein- und Viszeralchirurgie kann der Patient sich für Gallensteine hier einen Überblick über die Qualität einzelner Abteilungen verschaffen.

Was sind die Qualitätskriterien der AOK, die den Berechnungen zugrunde liegen?

1. Transfusion/Blutung
2. Komplikationen nach dem Eingriff, zum Beispiel Aufreißen einer Operationswunde, Infektionen, erneute Operation
3. Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

Dies sind ohne Zweifel wichtige Indikatoren.

Aber ich frage Sie, erhalten wir/die Patienten wirklich Antworten auf die brennenden Fragen, die einen Überblick erlauben?

Der Koalitionsvertrag sagt weiter:

„... Die Menschen müssen sich darauf verlassen können, nach dem neuesten medizinischen Stand und in bester Qualität behandelt zu werden. In einer Qualitätsoffensive werden wir die Qualität der stationären Versorgung verbessern. Qualität wird als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich eingeführt ...“

„... In dem neu zu gründenden Qualitätsinstitut werden sektorenübergreifende Routinedaten gesammelt, ausgewertet und einrichtungsbezogen veröffentlicht ...“

Hier werden berechnete Forderungen aufgestellt, die die **Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)** bereits vor mehreren Jahren eingeführt hat. Sie hat das **Studien-, Dokumentations- und Qualitätszentrum (StuDoQ)** eingeführt, welches ausschließlich zum Ziel hat, die chirurgische Qualität in unserem Fach und den Abteilungen zu überprüfen, zu verbessern beziehungsweise in einem Peer-Review-Verfahren die notwendigen Schritte zu unternehmen.

Ein wichtiger Bestandteil für die DGAV ist die Erstellung von risikoadjustierten Registern. Nur **risikoadjustierte Register**, die die mitgebrachten Risikofaktoren des Patienten berücksichtigen, können Auskunft über die tatsächliche Qualität eines Chirurgen, einer Abteilung geben.

Aus den gewonnenen Daten wird ein **Risikokalkulator** erstellt, der jeder Abteilung erlaubt, vor dem Eingriff die mögliche Komplikationsrate zu berechnen. Diese präoperative Risikokalkulation wird Einfluss auf das Operationsverfahren haben und somit die Komplikationsrate senken und logischerweise auch die Gesundheitskosten.

Diese risikoadjustierte Qualitätserfassung wird den Patienten bei der Entscheidung unterstützen, ob und welche Operation für ihn risikoarm ist.

Zusammengefasst:

Die DGAV-risikoadjustierten Register mit Risikokalkulatoren (StuDoQ) werden die

- chirurgische Qualität steigern
- Komplikationsrate senken
- Forderungen im Koalitionsvertrag erfüllen

Wichtigster Punkt:

deutliche Verbesserung der Patientensicherheit

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

Angeborene und erworbene Schädeldeformitäten im Säuglingsalter

Professor Dr. med. Guido Fitze, Tagungspräsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH); Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

Abweichungen der Schädelform von der Norm sind im Säuglingsalter kein seltenes Phänomen. Um diese jedoch hinsichtlich ihrer Ursächlichkeit und insbesondere in Bezug auf ihre Behandlung richtig einordnen zu können, ist eine prinzipielle Unterscheidung in angeborene und erworbene Schädeldeformitäten notwendig.

Die angeborenen Schädeldeformitäten sind mit einer Häufigkeit von ein bis zwei Kindern auf 2 000 Neugeborene verhältnismäßig selten. Sie können in Familien gehäuft vorkommen oder auch Bestandteil eines komplexeren Krankheitsgeschehens sein und somit ihre Ursache in einer genetischen Determination haben. Die Schädelknochen wachsen auf der Grundlage einer bindegewebigen Verknöcherung. Die Knochen des Schädeldaches sind untereinander bindegewebig verbunden. An diesen Verbindungsstellen wird Knochen angelagert (sogenannter Belegknochen), wodurch der Schädelknochen an Größe zunimmt. Angeborene Schädeldeformitäten entstehen nun auf der Grundlage, dass diese bindegewebigen Verbindungsstellen der jeweiligen Schädelknochen bereits bei Geburt verknöchert sind. Somit wird an diesen angeborenen verknöcherten Schädelnähten kein Knochenwachstum mehr stattfinden können, sodass der Kopf als Ausgleichsreaktion in bestimmte andere Richtungen sein Wachstum ausdehnt. Auf dieser Grundlage entstehen in Abhängigkeit der verknöcherten Schädelnaht ganz spezifische Deformitäten des Gehirnschädels. So sehen wir zum Beispiel bei einer verknöcherten Pfeilnaht eine Schädelform, die sehr lang und schmal erscheint, den sogenannten Kahnschädel oder Scaphocephalus. Oder bei Verknöcherung der Frontalnaht entsteht ein Dreiecksschädel, der sogenannte Trigonocephalus. Abgesehen davon, dass durch die teilweise sehr prägnant veränderten Schädelformen die Kinder später an einem kosmetisch bedingten psychologischen Leidensdruck erkranken, ist davon auszugehen, dass aufgrund der teils eingeschränkten Wachstumstendenz des Kopfes eine latente Hirndrucksymptomatik anzunehmen ist. Außerdem wissen wir, dass die Sehfunktion geschädigt werden kann und dass Kinder mit einer angeborenen Schädeldeformität ebenfalls eine höhere Häufigkeit an Krampfleiden entwickeln. Daraus leitet sich ab, dass die allermeisten Säuglinge mit einer angeborenen Schädeldeformität aktiv behandelt werden, was eine chirurgische Korrektur der Deformität beinhaltet. Diese operative Korrektur der Schädelform ist in den meisten Fällen ein chirurgisch-komplexer Eingriff, der für den jeweilig betroffenen Patienten individuell zu planen und durchzuführen ist.

Von diesen angeborenen Schädeldeformitäten sind die erworbenen abzugrenzen. Typisch für die erworbenen Schädeldeformitäten ist, dass die Kinder bei Geburt eine vollkommen regelrechte Konfiguration des Köpfchens zeigten. Spezielle Deformitäten haben sich dann innerhalb der ersten Lebenswochen ausgeprägt. Typisch ist im Weiteren, dass die Fontanellen normal tastbar sind, die große Fontanelle noch regelrecht offen erscheint und ebenso die Verläufe der Schädelnähte bei Abtasten völlig unauffällig sind. Das Phänomen der erworbenen Schädeldeformität steht im direkten

Zusammenhang mit der seit Anfang der 90er-Jahre propagierten Prophylaxe für den plötzlichen Kindstod, wobei unter anderem eine strenge Rückenlage gefordert worden ist. Diese Prinzipien sind im Weiteren aufgrund der zunehmend aufgetretenen Schädeldeformitäten in der Hinsicht modifiziert worden, dass Kinder im wachen Zustand auch in Bauchlage oder Seitenlage liegen dürfen. Nur in den Nachtstunden beziehungsweise wenn die Kinder nicht unter direkter Beobachtung stehen, wird auch weiterhin die Rückenlage gefordert. Aufgrund dieser Situation führt die strenge Lagerung des Kopfes auf dem Hinterhaupt zu einer symmetrischen Abflachung des Hinterhauptes mit dem Resultat des erworbenen Kurzschädels, des sogenannten Brachycephalus. Wird bei der Lagerung überwiegend eine Seite des Kopfes bevorzugt, so entsteht der erworbene Plagiocephalus, was eine einseitige Abflachung des Hinterhauptes mit konsekutiver Neigung der Gesichtsebene zur Gegenseite beinhaltet. Die Entstehung derartiger erworbener Schädeldeformitäten ist somit an das normale Schädelwachstum gebunden, dass durch die Lagerung nur in eine bestimmte Richtung verschoben wird. Aus dieser Kausalität lassen sich auch direkt die Behandlungsprinzipien dieser erworbenen Deformitäten ableiten. Das Wachstum des Köpfchens ist somit durch vielfältige Maßnahmen zum Ausgleich der erworbenen Deformität zu stimulieren. Eine der wesentlichen Grundlagen ist eine physiotherapeutische Behandlung des Kindes, die die körperliche Aktivität des Säuglings stimuliert und somit die permanente Fehllage kompensieren soll. Diese physiotherapeutische Behandlung ist durch osteopathische beziehungsweise chiropraktische Maßnahmen zu ergänzen, die wieder eine freie Beweglichkeit der Halswirbelsäule herstellen sollen. Es besteht Einigkeit darüber, dass gering ausgeprägte erworbene Schädeldeformitäten sich durch diese Maßnahmen und durch den spontanen Wachstumsverlauf innerhalb des ersten und zweiten Lebensjahres korrigieren lassen. Schwer ausgeprägte Deformitäten sind jedoch durch das spontane Schädelwachstum in den meisten Fällen nicht vollständig zu kompensieren. Für diese Kinder ist die Behandlung mit einer dynamischen Koporthese in Erwägung zu ziehen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wird versucht, in Studien zu definieren, ab welchem Grad der Deformität eine derartige Behandlung angestrebt werden muss und welche messtechnischen Parameter Ausdruck für den Schweregrad der Deformität adäquat darstellen. Mit der Behandlung wird durch die Koporthese das Wachstum des Schädels ganz gezielt in eine bestimmte Richtung gedrängt. Somit ist auch diese Behandlung an das Wachstum des Köpfchens gebunden und sollte somit möglichst zeitig begonnen werden, idealerweise um den sechsten Lebensmonat. Die Behandlungsdauer wird dann drei bis sechs Monate in den meisten Fällen andauern und zeigt bei entsprechender Konsequenz – und dies bedeutet, dass die Koporthese 23 von 24 Stunden am Tag getragen werden muss – entsprechend sehr gute Ergebnisse. Es wird immer wieder erwähnt, dass die Behandlung von erworbenen Schädeldeformitäten eben nicht nur ein kosmetisches Problem darstellt, sondern durch das Fehlwachstum wesentlich komplexere Deformitäten entstehen, die zum Beispiel zu einer Fehlbelastung der Kiefergelenke, aber auch der Halswirbelsäule führen und somit zu einer vorzeitigen Abnutzung der entsprechenden knöchernen Strukturen. Ebenso wird eine Fehlbelastung der Muskulatur mit entsprechenden Schmerzsymptomen postuliert, sodass auch den erworbenen Schädeldeformitäten durchaus ein Krankheitswert zukommt.

Ultraschall-Screening auf Bauchortenaneurysmen

Professor Dr. med. Eike S. Debus, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG); Direktor der Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin, Universitäres Herzzentrum Hamburg GmbH

Seit mehreren Jahren bemüht sich die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG) um die Etablierung des Ultraschall-Screenings auf Bauchortenaneurysmen in Deutschland. Ähnlich wie in anderen Ländern (unter anderem auch Schweden, England, USA) möchten wir erreichen, diese Untersuchung als kassenärztliche Gesundheitsleistung in unserem Gesundheitssystem zu verankern.

Auf Grundlage international durchgeführter randomisierter Studien (EbM Level 1) hat sich die DGG daher folgenden Empfehlungen der U. S. Preventive Services Task Force angeschlossen. Hiernach wird das Aorten-Screening für folgende Personengruppen empfohlen:

1. Einmalige Ultraschall-Untersuchung der abdominellen Aorta bei Männern ab dem 65. Lebensjahr, insbesondere bei ehemaligem oder aktuellem Nikotinabusus
2. Einmalige Ultraschall-Untersuchung der abdominellen Aorta bei Männern und Frauen aller Altersstufen mit positiver Familienanamnese
3. Einmalige Ultraschall-Untersuchung der abdominellen Aorta bei Frauen ab dem 65. Lebensjahr mit vorbestehendem oder aktuellem Nikotinabusus, kardiovaskulärer Vorgeschichte und/oder positiver Familienanamnese

Durch das Screening lässt sich – internationalen Erfahrungen zufolge – die Häufigkeit von AAA-Rupturen und AAA-bedingten Todesfällen um etwa 50 Prozent reduzieren, im Langzeitverlauf die Gesamtlletalität um sechs bis sieben Prozent. Die Zahl der Notoperationen lässt sich dadurch um 50 Prozent senken.

Da sich das Screening auf abdominelle Aortenaneurysmen bei unauffälligen Befunden lediglich auf eine einmalige Ultraschall-Untersuchung beschränkt und die „Numbers Needed to Screen“ im Gegensatz zu anderen Screening-Programmen bei lediglich 350 Probanden liegt, um einen krankheits-spezifischen Todesfall zu verhindern, halten wir das Ultraschall-Screening auf Bauchortenaneurysmen für eine sehr sinnvolle Maßnahme. Damit wäre das Screening auf Aortenaneurysmen deutlich effektiver und kostengünstiger als beispielsweise das Mammakarzinom-Screening, die Vorsorge für Dickdarm- oder Prostatakrebs. Untersuchungen haben gezeigt, dass das Screening flächendeckend auch durch nicht vaskulär spezialisierte Kollegen in Deutschland möglich ist aufgrund einer hohen flächendeckenden Penetranz von Ultraschallgeräten und der Expertise unserer Kollegen.

Explizit möchte ich in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, dass es der DGG bei der Etablierung dieses Screenings um eine Maßnahme geht, die von allen in Ultraschall-Untersuchungen erfahrenen Medizinern/Fachgebieten durchgeführt werden kann und sollte. Eine Beschränkung dieser Untersuchung auf Gefäßspezialisten wird explizit nicht gefordert.

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



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie mit derzeit 6.500 Mitgliedern wurde 1872 in Berlin gegründet. Sie gehört damit im 142. Jahr ihres Bestehens zu den ältesten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften.

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

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

Eine bereits bei Gründung der Gesellschaft 1872 formulierte Aufgabe, nämlich „die chirurgischen Arbeitskräfte zu einigen“, hat heute eine besondere Bedeutung erhalten. Vor dem Hintergrund der im Jahr 2003 neu strukturierten Weiterbildungsordnung mit einer gemeinsamen Basisausbildung aller chirurgischen Fächer (Common Trunk) ist es jetzt mit einer neuen Satzung gelungen, alle Säulen des Gebietes Chirurgie (Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Kinderchirurgie, Herzchirurgie, Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Thoraxchirurgie, Unfallchirurgie/Orthopädie und Viszeralchirurgie) mit ihren wissenschaftlichen Fachgesellschaften unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu vereinen. 2007 sind auch die Neurochirurgen und 2010 die Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen dieser Dachgesellschaft beigetreten. Sie vertritt mit ihren über die einzelnen Fachgesellschaften assoziierten Mitgliedern damit über 18.000 Chirurgen. Es können so die gemeinsamen Interessen besser gebündelt und in einer starken Gemeinschaft nach außen vertreten werden.

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

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

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

Tel. 030/28876290
Fax 030/28876299
Mail: DGChirurgie@t-online.de

Curriculum Vitae

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

* 1948



Beruflicher Werdegang:

1967–1972	Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München
1972	Promotion an der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen
1973–1974	Medizinalassistent im Zentrum Innere Medizin und Chirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)
1974–1980	Chirurgische Weiterbildung im Zentrum Chirurgie der MHH
1980	Anerkennung als Arzt für Chirurgie
1981	Habilitation an der MHH
1982–1987	Oberarzt der Klinik für Abdominal- und Transplantationschirurgie der MHH (Professor Dr.med. R. Pichlmayr)
1986	Ernennung zum außerplanmäßigen Professor der MHH
1987–1995	Leitender Oberarzt und Vertreter von Professor Dr. med. R. Pichlmayr
1995–1996	Stellvertretender kommissarischer Leiter der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie der MHH im Krankenhaus Oststadt
1996	Anerkennung als Arzt für Viszeralchirurgie
1996–2012	Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Städtischen Klinikum Solingen
2007–2009	Vorsitzender des Konvents der Leitenden Krankenhauschirurgen
2009–2010	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
Seit 2009	Koordinator des European Union Network of Excellence on Gastric Cancer
2011	Doctor honoris causa der Jagiellonien-Universität Krakau
Seit 8/2012	Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

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

Curriculum Vitae

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



Beruflicher Werdegang:

Studium

SS 1966–WS 1968/1969 Medizinstudium Johannes Gutenberg-Universität Mainz

10/1968 Physikum

SS 1969–WS 1971/1972 Medizinstudium Universität Düsseldorf

12/1971 Staatsexamen

12/1971 Promotion

Weiterbildung

4/1973–9/1994 Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg

Direktoren:

Professor Dr. med. F. Linder bis 31.3.1981

Professor Dr. med. Ch. Herfarth bis 1.10.1981

Facharztanerkennungen

8/1978 Facharzt Chirurgie

11/1980 Teilgebiet Unfallchirurgie

3/1989 Teilgebiet Gefäßchirurgie

Teilgebiet Viszeralchirurgie

Wissenschaftliche Tätigkeiten:

1976–1980 Experimentelle Arbeit am Institut für Experimentelle Chirurgie, Heidelberg

1980 **Habilitation:**

„Der traumatisch-hämorrhagische Schock im Langzeitversuch unter Berücksichtigung des kapillären Wasser- und Eiweißaustritts“

1987 **Außerplanmäßige Professor**

C4-Professur für Chirurgie am Universitätsklinikum

Benjamin Franklin, Freie Universität Berlin, Charité –Universitätsmedizin
Berlin, Campus Benjamin Franklin

2006/2007 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Seit 2007 Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie

- 1987 Außerplanmäßige Professur
- 1994 Editor-in-Chief einer internationalen Zeitschrift:
International Journal of Colorectal Disease (IJCD)
- 1994–10/2012 **C4-Professur für Chirurgie**
am Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Freie Universität Berlin,
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin

Leitende berufliche Tätigkeiten:

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

Berufspolitische Tätigkeiten:

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

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Guido Fitze
Tagungspräsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie
(DGKCH); Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie,
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

* 1963



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------|---|
| 1982 | Verleihung der Lessing-Medaille in Gold |
| 1982–1985 | Praktikum als Hilfspfleger in der Urologischen Klinik des Bezirkskrankenhauses
Dresden-Friedrichstadt, Wehrdienst |
| 1985–1987 | Grundstudium der Medizin an der Humboldt-Universität Berlin |
| 1987–1991 | Medizinstudium an der Medizinischen Akademie Carl Gustav Carus Dresden |
| 1991 | Teilapprobation |
| 1991 | Promotion zum Dr. med. am Institut für Pathologie des Universitätsklinikums der
Technischen Universität (TU) Dresden bei Professor Dr. F. Zotter mit dem Thema
„Die Beurteilung neuer Tumormarker für das Mammakarzinom hinsichtlich ihrer
klinischen Anwendbarkeit“ |
| 1991 | Hospitation in der Klinik für Kinderchirurgie der Städtischen Krankenanstalten der
Stadt Köln bei Professor Dr. A. M. Holschneider |
| 1991–1993 | Arzt im Praktikum an der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie des
Universitätsklinikums der TU Dresden (Direktor: Professor Dr. D. Roesner) |
| 1993 | Approbation |
| Ab 1993 | Arzt in Weiterbildung zum Facharzt für Kinderchirurgie an der Klinik und
Poliklinik für Kinderchirurgie des Universitätsklinikums der TU Dresden
(Direktor: Professor Dr. D. Roesner) |
| 1994–1995 | Tätigkeit in der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie
des Universitätsklinikums der TU Dresden, Schwerpunkt: Gefäßchirurgie
(Direktor: Professor Dr. H. D. Saeger) |
| 1995–1996 | Tätigkeit in der Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde des
Universitätsklinikums der TU Dresden, Schwerpunkte: Infektologie, Onkologie
(Direktor: Professor Dr. M. Gahr) |
| 1996 | Ordentliches Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie |
| 1996–1998 | Unterbrechung der Weiterbildung und Forschungstätigkeit in der Abteilung
Chirurgische Forschung des Universitätsklinikums der TU Dresden
(Leiter: Professor Dr. H. K. Schackert) |

- 1998 Tätigkeit in der Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde des
Universitätsklinikums der TU Dresden, Schwerpunkt: Neonatologie und
Intensivtherapie
- Ab 1998 Tätigkeit in der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie des
Universitätsklinikums der TU Dresden
- 2000 Ordentliches Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
- 2/2000 Facharzt für Kinderchirurgie
- Ab 2000 Fortführung der Tätigkeit in der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie des
Universitätsklinikums der TU Dresden, Schwerpunkte: Kindertraumatologie,
Forschung/Lehre
- 3/2000 Ausbildung zum Tutor „Program Design and Tutoring Skills“ im Rahmen des
Reformstudiengangs Medizin an der Medizinischen Fakultät Dresden (Harvard
Medical International Associated Institution)
- 10/2001 Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie des Universitätsklinikums
der TU Dresden
- 12/2001 Carl-Gustav-Carus-Lehrpreis für „Hervorragende Lehre an der Medizinischen
Fakultät der Technischen Universität Dresden“
- 8/2003 Habilitation zum Dr. med. habil. im Fach Kinderchirurgie an der Medizinischen
Fakultät der TU Dresden mit dem Thema „Die Bedeutung spezifischer
Polymorphismen des RET-Protoonkogens für die Pathogenese von
Neurokristopathien“
- 9/2003 Verleihung des Ilse-Krause-Nachwuchspreises der Deutschen Gesellschaft für
Kinderchirurgie
- 1/2004 Erteilung der Venia Legendi für das Fach Kinderchirurgie an der Medizinischen
Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden
- 1/2004 Leitender Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie des
Universitätsklinikums der TU Dresden und ständiger Stellvertreter des Direktors
der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie
- 4/2004 Verleihung des Fritz-Linder-Preises der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
- 9/2004 Teilnahme an der Weiterbildungsveranstaltung „Modernes Krankenhaus-
management“
- 11/2004 Mitglied des Führungskreises II des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus
Dresden
- 11/2004 Mitglied der Leitlinienkommission der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie
- 12/2005 Carl-Gustav-Carus-Lehrpreis für „Hervorragende Lehre an der Medizinischen
Fakultät der Technischen Universität Dresden“

- 6/2006 Bewerbung auf die W3-Professur für Kinderchirurgie an der Charité Berlin;
zweiter Listenplatz
- 8/2006 Ruf auf die W3-Professur für Kinderchirurgie an der Friedrich-Schiller-Universität
Jena
- 10/2006 Prüfarztkurs am Koordinierungszentrum für Klinische Studien (KKS) Dresden
- 5/2007 Vertreter der operativen Fächer in der zentralen Einkaufskommission des
Universitätsklinikums
- 6/2007 Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie in der Sektion
Chirurgische Forschung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
- 7/2007 Bestellung als Mitglied der Prüfungskommission „Fachkompetenz für
Kinderchirurgie“ der Sächsischen Landesärztekammer
- 11/2007 Mitglied der Studienleitung „Maligne endokrine Tumoren im Kindes- und
Jugendalter – GPOH-MET“
- 12/2007 Editorial Consultant des European Journal of Pediatric Surgery
- 1/2008 Mitglied der Habilitationskommission der Medizinischen Fakultät Carl Gustav
Carus der TU Dresden
- Ab 3/2009 Teilnahme am Kurs „Modulares Führungskräfte-Training zur Führungskraft am
UKD“
- 6/2009 Außerplanmäßige Professur für Kinderchirurgie an der Medizinischen Fakultät
Carl Gustav Carus der TU Dresden
- 11/2010 Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie des Universitätsklinikums
Carl Gustav Carus Dresden
- 8/2012 W3-Professur für Kinderchirurgie an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav
Carus der TU Dresden

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Eike S. Debus
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und
Gefäßmedizin (DGG); Direktor der Klinik und Poliklinik für
Gefäßmedizin, Universitäres Herzzentrum Hamburg GmbH

* 1962



Beruflicher Werdegang:

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

Weitere Tätigkeiten:

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



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

Chirurgie



zwischen
Faszination,
Mut und Demut

Präsident 2013/2014
Prof. Dr. Joachim Jähne

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

Eröffnungs-Presskonferenz

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

Anschrift: Jafféstraße, 14055 Berlin

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

Themen und Referenten:

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

Professor Dr. med. Joachim Jähne

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

Professor Dr. med. Hubertus Feußner

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

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

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

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

Professor Dr. med. Jutta Liebau

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

Biobanken – unverzichtbare Grundlage für erfolgreiche Krebsforschung und Tumorbehandlung

Professor Dr. med. Peter Schirmacher

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

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

Professor Dr. med. Matthias Anthuber

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

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

Professor Dr. med. Henning Windhagen

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

Moderation:

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

Ihr Kontakt für Rückfragen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-641/309

Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: ullrich@medizinkommunikation.org

www.chirurgie2014.de, www.dgch.de

Pressekontakt in Berlin

Raum Ulm, Messe Berlin – Südgelände

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

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

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

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

Tel.: 030 3038 81-518

Fax: 030 3038 81-519





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

Chirurgie



zwischen
Faszination,
Mut und Demut

Präsident 2013/2014
Prof. Dr. Joachim Jähne

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

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

Anschrift: Jafféstraße, 14055 Berlin

Thementag: Chirurgie braucht Mut!

Themen und Referenten:

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

Professor Dr. med. Joachim Jähne

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

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

Privatdozent Dr. med. Christian Eckmann

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

Professor Dr. med. Stefan Maier

Chefarzt der Kliniken Ostallgäu-Kaufbeuren

Hirntumoren sicher entfernen:

Lichtstrahlen machen erstmals Seh- und Gefühlszentren während des Eingriffs sichtbar

Professor Dr. med. Gabriele Schackert

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

Patientensicherheit in der evidenzbasierten Medizin

Professor Dr. med. Jochen Cremer

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

Altersheime, Aquafischzucht, Antibiotika ohne Rezept:

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

Professor Dr. med. Hans-Peter Bruch

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC), Berlin

sowie

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

Moderation:

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

Ihr Kontakt für Rückfragen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-641/309

Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: ullrich@medizinkommunikation.org

www.chirurgie2014.de, www.dgch.de

Pressekontakt in Berlin

Raum Ulm, Messe Berlin – Südgelände

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

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

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

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

Tel.: 030 3038 81-518

Fax: 030 3038 81-519





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

131. Kongress

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

Chirurgie



zwischen
Faszination,
Mut und Demut

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

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

Anschrift: Jafféstraße, 14055 Berlin

Präsident 2013/2014
im Jähne

Thementag: „Demut – Renaissance einer chirurgischen Eigenschaft?“

Themen und Referenten:

Demut in der Chirurgie – ein Plädoyer für mehr Reflektion!

Professor Dr. med. Joachim Jähne

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

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

Professor Dr. med. Thomas Becker

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

Rasant steigende Schadenssummen:

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

Dr. med. Christian Kugler

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

Ambulante Kinderchirurgie – Dilemma oder Lösung der ökonomischen Probleme?

Professor Dr. med. Bernd Tillig

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

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

Professor Dr. med. Dr. dent. Alexander Hemprich

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

sowie

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

Moderation:

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

Ihr Kontakt für Rückfragen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-641/309

Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: ullrich@medizinkommunikation.org

www.chirurgie2014.de, www.dgch.de

Pressekontakt in Berlin

Raum Ulm, Messe Berlin – Südgelände

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

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

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

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

Tel.: 030 3038 81-518

Fax: 030 3038 81-519





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

131. Kongress

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

Chirurgie



zwischen
Faszination,
Mut und Demut

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

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

Anschrift: Jafféstraße, 14055 Berlin

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

Präsident 2013/2014
Prof. Dr. Joachim Jähne

Themen und Referenten:

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

Professor Dr. med. Joachim Jähne

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

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

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

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

Professor Dr. med. Eike S. Debus

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

Verbesserte chirurgische Versorgung von Früh- und Neugeborenen durch zertifizierte Referenzzentren

Professor Dr. med. Thomas Boemers

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

Wenn Körperform und Körperfunktion sichtbar gestört sind:

Wie die plastische Chirurgie verloren gegangene Lebensqualität zurückgeben kann

Professor Dr. med. Peter M. Vogt

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

Wie vermitteln Fernseh-Serien Medizin?

Professor Dr. phil. Marion Esch

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

Thomas Rühmann

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

sowie

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

Moderation:

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

Ihr Kontakt für Rückfragen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-641/309

Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: ullrich@medizinkommunikation.org

www.chirurgie2014.de, www.dgch.de

Pressekontakt in Berlin

Raum Ulm, Messe Berlin – Südgelände

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

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

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

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

Tel.: 030 3038 81-518

Fax: 030 3038 81-519





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

Chirurgie



zwischen
Faszination,
Mut und Demut

Präsident 2013/2014
Prof. Dr. Joachim Jähne

Bestellformular Fotos:

Vorab-Pressekonferenz anlässlich des 131. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Termin: Mittwoch, 19. März 2014, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Langenbeck-Virchow-Haus, Bibliothek DGCH

Anschrift: Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin

„Chirurgie zwischen Faszination, Mut und Demut“ Highlights und Schwerpunkte des 131. Kongresses der DGCH

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

- Professor Dr. med. Joachim Jähne
- Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer
- Professor Dr. med. Heinz-Johannes Buhr
- Professor Dr. med. Guido Fitze
- Professor Dr. med. Eike S. Debus



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

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.

Ihr Kontakt für Rückfragen

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

Pressekontakt in Berlin

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