



Gegründet 1872  
Sitz Berlin

## DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

### **Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)**

**Termin:** Mittwoch, 8. Dezember 2010, 11.00 bis 12.00 Uhr

**Ort:** Langenbeck-Virchow-Haus, Bibliothek der DGCH, Luisenstraße 59, 10117 Berlin

### **Themen und Referenten:**

#### **Chirurgische Neuheiten in die tägliche Praxis umsetzen:**

##### **Sind Innovationszentren die Lösung?**

Professor Dr. med. Axel Haverich

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Direktor der Klinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, Medizinische Hochschule Hannover

#### **Krebschirurgie in Zeiten der individualisierten Medizin:**

##### **Operation, Chemotherapie oder beides?**

Professor Dr. med. Markus W. Büchler

Europäisches Pankreaszentrum, Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg

#### **Tausende Deutsche warten auf eine Organspende:**

##### **Brauchen wir Änderungen des Transplantationsgesetzes?**

Professor Dr. med. Peter Neuhaus

Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow Klinikum

#### **Terrorwarnung in Deutschland – Wie ist die Chirurgie darauf vorbereitet?**

Professor Dr. med. Steffen Ruchholtz

Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, Standort Marburg; Sprecher des Arbeitskreises Umsetzung Weißbuch/Traumanetzwerk der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)

#### **Schluss mit dem Schlechtreden: Chirurgie – ein Fach mit besten beruflichen**

##### **Perspektiven**

Professor Dr. med. Hartwig Bauer

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

#### **Kontakt für Journalisten:**

DGCH Pressestelle

Anna Julia Voormann/Kathrin Gießelmann

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Berliner Büro:

Langenbeck-Virchow-Haus

Luisenstraße 59, 10117 Berlin

Telefon: 0711 8931-981

Fax: 0711 8931-167

giesselmann@medizinkommunikation.org

www.dgch.de



Gegründet 1872  
Sitz Berlin

## DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

### **Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)**

**Termin:** Mittwoch, 8. Dezember 2010, 11.00 bis 12.00 Uhr

**Ort:** Langenbeck-Virchow-Haus, Bibliothek der DGCH, Luisenstraße 59, 10117 Berlin

### **Inhalt:**

#### **Pressemitteilung:**

**Deutsche Gesellschaft für Chirurgie: Chirurgie bietet  
angehenden Ärzten beste berufliche Aussichten**

#### **Redemanuskripte:**

Professor Dr. med. Axel Haverich

Professor Dr. med. Markus W. Büchler

Professor Dr. med. Peter Neuhaus

Professor Dr. med. Steffen Ruchholtz

Professor Dr. med. Hartwig Bauer

### **Curriculum Vitae der Referenten**

### **Bestellformular für Fotos**

*Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dies gerne zur Verfügung.  
Bitte kontaktieren Sie uns per E-Mail unter: [giesselmann@medizinkommunikation.org](mailto:giesselmann@medizinkommunikation.org).*

#### **Kontakt für Journalisten:**

DGCH Pressestelle

Anna Julia Voormann/Kathrin Gießelmann

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Berliner Büro:

Langenbeck-Virchow-Haus

Luisenstraße 59, 10117 Berlin

Telefon: 0711 8931-981

Fax: 0711 8931-167

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

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



Gegründet 1872  
Sitz Berlin

## DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

**Deutsche Gesellschaft für Chirurgie:**

### **Chirurgie bietet angehenden Ärzten beste berufliche Aussichten**

**Berlin, 8. Dezember 2010 – Die Chancen auf eine chirurgische Karriere sind derzeit so gut wie nie zuvor. Denn trotz steigender Ärztezahlen ist der Nachwuchsmangel in der Chirurgie angekommen: Junge Ärztinnen und Ärzte schreckten vor dem bislang wenig familienfreundlichen Fach zurück. Hohe Belastungen, lange Arbeitszeiten, patientenferne Aufgaben und Mängel in der Weiterbildung taten ihr übriges. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) bemühte sich deshalb stetig um eine Verbesserung der Bedingungen und zeichnet für den Nachwuchs ein positiveres Bild.**

Nach Erhebungen des Medizinischen Fakultätentages beendeten mehr als 90 Prozent aller Studienanfänger das Medizinstudium. Auf jeden Studienplatz kommen derzeit 4,4 Bewerber, vor zehn Jahren waren es nur 2,55. „Die Debatte zum bevorstehenden Ärztemangel ist geprägt von pauschalisierenden Behauptungen und unsicheren Prognosen“, sagt Professor Dr. med. Hartwig Bauer, Generalsekretär der DGCH. Der ärztliche Nachwuchs sei ausgesprochen motiviert: 94 Prozent der Absolventen möchten später in der Krankenversorgung arbeiten. Die Ärztezahlen steigen. Auch die Anzahl der Facharztprüfungen in der Chirurgie sei hoch.

Dennoch sind vor allem in den operativen Fächern zahlreiche Stellen unbesetzt. „Diesem Problem gilt es jedoch konstruktiv zu begegnen, um es zu beseitigen anstatt ständig nur darüber zu klagen und es dadurch noch zu verstärken“, sagt Bauer. Die DGCH hat bereits vor mehreren Jahren darauf hingewiesen, dass die aktuellen Entwicklungen zu deutlichen Einschnitten im Gesundheitswesen führen würden. Schwerwiegende Folgen sieht sie in einer verminderten Behandlungsqualität, Wartelisten für Operationen und einer chirurgischen Unterversorgung der Patienten.

Gemeinsam mit weiteren Fachgesellschaften und den Berufsverbänden hat sie deshalb etwa die chirurgische Weiterbildung erheblich verbessert: Inzwischen arbeiten Ärzte hier mit strukturierten Plänen, dokumentieren die Inhalte in Logbüchern und führen regelmäßig Zielerreichungsgespräche. Moderne Didaktik kommt dabei ebenso zum Einsatz wie Trainingslabors und Simulatoren. Für eine noch bessere Qualifikation der Weiterbilder engagiert sich die DGCH eigens mit einer Arbeitsgemeinschaft „Lehre in der Chirurgie“. Mentorenkonzepte für Chirurginnen, mehr Teilzeitstellen und Wiedereingliederungs-



Gegründet 1872  
Sitz Berlin

## DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

programme unterstützen vor allem auch den weiblichen Nachwuchs. Immer mehr klinikeigene Kindergärten tragen zu einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie bei. Auch flachere Hierarchien und die Möglichkeit, Aufgaben zu delegieren, verbessern das Arbeitsumfeld.

Nachdem die Nachfrage teils dramatisch gesunken ist, sind die Perspektiven für den chirurgischen Nachwuchs heute sehr gut. Ärzte können quasi frei wählen zwischen Krankenhaus und ambulanter chirurgischer Versorgung. Die Chancen für Chirurgeninnen und Chirurgen der verschiedenen Disziplinen auf eine Oberarztstelle sind besser denn je. „Es ist an der Zeit, eine positive Grundstimmung zu vermitteln. Das Schlechtreden muss ein Ende haben, unser Nachwuchs braucht Ermutigung und nicht Abschreckung“, sagt Professor Hartwig Bauer. Gemeinsam mit weiteren Experten thematisiert er die Nachwuchssituation in der Chirurgie am 8. Dezember 2010 in einer Pressekonferenz im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin.

### Kontakt für Journalisten:

DGCH Pressestelle  
Anna Julia Voormann/Kathrin Gießelmann  
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart  
Berliner Büro:  
Langenbeck-Virchow-Haus  
Luisenstraße 59, 10117 Berlin  
Telefon: 0711 8931-981  
Fax: 0711 8931-167  
giesselmann@medizinkommunikation.org  
www.dgch.de

## **Chirurgische Neuheiten in die tägliche Praxis umsetzen: Sind Innovationszentren die Lösung?**

Professor Dr. med. Axel Haverich, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH),  
Direktor der Klinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, Medizinische Hochschule Hannover

### **Einrichtung von Innovationszentren für Medizinprodukte**

#### **A) Hintergrund**

Präklinische Untersuchungen und kontrollierte klinische Studien gelten zu Recht als *conditio sine qua non* für die Anwendung neuer Medizinprodukte, wobei deren Nutzen im Vergleich zu herkömmlichen Verfahren darzustellen ist. In der Vergangenheit erfolgte die Einführung solcher Verfahren häufig auf dem Boden unzureichender Daten, dieses auf Druck der Industrie, der behandelnden Ärzte oder von Patientenverbänden. Dieses Vorgehen bedeutete regelhaft eine Steigerung der Behandlungskosten, in einzelnen Fällen verbunden mit erhöhtem Risiko für Patienten.

#### **B) Medizinprodukte**

Laut BfArM gelten als „Medizinprodukte, Instrumente, Apparate, Vorrichtungen, Stoffe (...) und andere Erzeugnisse, die für medizinische Zwecke (...) bestimmt sind und deren Hauptwirkung in oder am menschlichen Körper ... erreicht wird“. Im Bereich der operativen Fächer handelt es sich überwiegend um Instrumente und Implantate.

#### **C) Ziele**

Die Forderung nach der Einrichtung sogenannter Innovationszentren erscheint gerechtfertigt und plausibel. Solche Zentren, bestehend aus präklinischen und klinischen Bereichen, sollen dem Ziel dienen, eine kontrollierte Einführung innovativer Medizinprodukte in den Markt nach ebenso rascher wie konklusiver Evaluation zu erlauben.

#### **D) Vorschlag der DGCH**

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie schlägt dem BMG die Einrichtung solcher Innovationszentren vor, in denen Medizinprodukte zulassungsrelevant mit geeigneten Methoden evaluiert werden. Im Sinne einer Vorstufe zur Versorgungsforschung soll die Evidenz neuer Produkte und Verfahren mit geeigneten Methoden statistisch einwandfrei belegt werden, um die Beurteilung von Sicherheit und Effizienz vor einer breiten Markteinführung zu prüfen.

Implantate und Instrumente aller medizinischer Fachgebiete sollen in einem bundesweiten Netz von kompetenten Innovationszentren untersucht werden, wobei *in vitro* Untersuchungen (z.B. Gewebeverträglichkeit), Kleintier- und Großtierversuche ebenso verfügbar gemacht werden wie Phase I und II klinische Studien. Letztere können gegebenenfalls als Multizenter-Studien unter Leitung eines Innovationszentrums ausgeführt werden. Die DGCH hält eine Anzahl von 10 bis 15 solcher Zentren in

Deutschland für wünschenswert, um einerseits die gesamte zu fordernde Palette notwendiger präklinischer und klinischer Untersuchungen vorhalten zu können, andererseits die Bandbreite chirurgischer und interventioneller Disziplinen zu repräsentieren.

**Fachdisziplinen**

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie

Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie

Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädiatrische Chirurgie

Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie

Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Berlin, Dezember 2010

## **Stellenwert der onkologischen Chirurgie in Zeiten der individualisierten Medizin: Operation, Chemotherapie oder beides?**

Professor Dr. med. Markus W. Büchler, Europäisches Pankreaszentrum, Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg

Die onkologische Chirurgie, also die Chirurgie zur Entfernung von bösartigen Tumoren, spielt in der Behandlung von Krebserkrankungen seit jeher eine zentrale Rolle. Sie stellt neben der Strahlen- und Chemotherapie die dritte wichtige Säule zur Behandlung von Tumoren dar. Der technische Fortschritt, insbesondere in der Molekularbiologie, der Informationsverarbeitung und der Bildgebung, ist der Wegbereiter des noch relativ neuen Ansatzes in der individualisierten Medizin. Diese geht davon aus, dass jeder Mensch aufgrund einer Vielzahl von Eigenschaften einzigartig ist und demnach einer individuellen medizinischen Behandlung bedarf. In den letzten Jahren hat der Begriff der „individualisierten Medizin“ auch die Onkologie zunehmend geprägt. Noch vor wenigen Jahren wurden onkologische Patienten nach einem relativ allgemeinen Prognosemuster (zum Beispiel TNM-Stadium) therapiert. Durch die zunehmende molekulare Charakterisierung von Tumoren und die Entwicklung zielgerichteter Antikörpertherapien können Patienten heute je nach ihrem Risikoprofil individueller behandelt werden.

Während Krebspatienten früher häufig nur von einer Fachdisziplin (zum Beispiel Chirurgie oder Strahlentherapie) behandelt und beraten wurden, wird in der heutigen modernen Behandlung von bösartigen Tumoren ein therapeutisches Gesamtkonzept, die sogenannte multimodale Therapie, aller beteiligten Fachdisziplinen (zum Beispiel Chirurg, Onkologe, Strahlentherapeut) für jeden Patienten individuell erstellt. In Heidelberg erfolgen diese interdisziplinären Besprechungen innerhalb von Konferenzen, den sogenannten Tumorboards, die in der Chirurgischen Universitätsklinik beziehungsweise im Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) regelmäßig stattfinden. Hier wird für den Patienten ein auf seine Tumorerkrankung maßgeschneidertes Therapiekonzept erstellt.

Die onkologische Chirurgie steht auch im Zeitalter der individualisierten Medizin bei der Tumorbehandlung im Mittelpunkt, da sie als einzige Behandlungsform den Tumor komplett entfernen und somit eine langfristige Heilung erzielen kann. Durch die Individualisierung der onkologischen Therapie hat auch die onkologische Chirurgie weiter an Stellenwert und Bedeutung gewonnen, da sie im Rahmen der multimodalen Therapiekonzepte zu verschiedenen Zeitpunkten eingesetzt werden kann. Während früher die klassische Tumorbehandlung aus dem operativen Eingriff und einer eventuell anschließenden Nachbehandlung (zum Beispiel Chemo- oder Strahlentherapie) bestand, werden heute Patienten mit einem lokal fortgeschrittenen Tumor (zum Beispiel Ösophagus-, Magen-, Pankreas- oder Rektumkarzinom) zunächst mit einer Chemo- und/oder Strahlentherapie vorbehandelt und erst dann operiert. Hierdurch kann eine bessere Entfernbarkeit des Tumors und des umgrenzenden Gewebes erfolgen und so gegebenenfalls die Heilung des Patienten verbessert werden.

Durch den Einsatz moderner Chemotherapien, in Kombination mit auf bestimmte Tumormoleküle zielgerichtete Antikörpertherapien, kann heute auch bei Patienten, die initial als inoperabel beziehungsweise als nicht heilbar galten, bei entsprechendem Ansprechen auf die Therapie der Tumor komplett entfernt werden. Beispielsweise bei Lebermetastasen vom Dickdarmkrebs kann die Operation auch zweizeitig erfolgen, um zwischen den chirurgischen Eingriffen eine gezielte Regeneration beziehungsweise Vergrößerung des verbliebenen Lebergewebes zu erreichen. Die onkologische Chirurgie besitzt aber auch bei fortgeschrittenen oder nicht mehr heilbaren Tumorleiden einen wichtigen Stellenwert, da sie die durch den Tumor hervorgerufenen Symptome (zum Beispiel Darmverschluss) häufig durch einen begrenzten Eingriff (zum Beispiel Darmbypass oder Stoma) beheben kann.

Zusammenfassend besitzt die onkologische Chirurgie auch im Zeitalter der individualisierten Medizin einen unverändert hohen Stellenwert. Sie wird sich den neuen Therapiekonzepten und Indikationen stetig angleichen.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, Dezember 2010



## **Tausende Deutsche warten auf eine Organspende: Brauchen wir Änderungen des Transplantationsgesetzes?**

Professor Dr. med. Peter Neuhaus, Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow Klinikum

Chirurgen fordern eine Änderung des Transplantationsgesetzes, Tausende warten in Deutschland vergeblich auf eine Organtransplantation. In Deutschland hoffen zurzeit etwa 12 000 schwerkranke Menschen auf eine Nieren-, Herz- oder Lebertransplantation. Viele warten vergeblich und sterben auf der Warteliste.

2009 wurden in Deutschland 4 700 Organtransplantationen durchgeführt, es fehlt an Spenderorganen. Die derzeitige gesetzliche Regelung der Organentnahme im Sinne einer erweiterten Zustimmungslösung ist ungünstig und für die Angehörigen, die nach dem Tod eines engen Verwandten einer Organentnahme zustimmen sollen, extrem belastend. Deshalb ist eine mögliche Änderung des Transplantationsgesetzes in Deutschland Thema der heutigen Pressekonferenz der DGCH.

Das seit dem Jahr 1997 geltende Transplantationsgesetz besagt, dass von einem Verstorbenen nur dann Organe entnommen werden dürfen, wenn er sich zu Lebzeiten schriftlich für eine Organspende ausgesprochen hat. Ist dies nicht dokumentiert, sollen die nächsten Angehörigen seinen mutmaßlichen Willen zum Ausdruck bringen, oder selbst im Sinne des Angehörigen eine Entscheidung treffen. Da viele Angehörige diese Entscheidung als sehr belastend empfinden und bezüglich des mutmaßlichen Willens des Verstorbenen unsicher sind, kommt es in über 30 Prozent der Fälle zu einer Ablehnung der Organspende.

Wir hatten in Deutschland im Jahre 2009 1 888 mögliche Organspender, konnten aber nur 1 217 Organentnahmen realisieren, das sind etwa 15 Organspender pro 1 Million Einwohner. Im Vergleich dazu sind in Ländern, wie Spanien (34,2/1 Million), Belgien (25,2/1 Million), Österreich (20,3/1 Million), USA (24,0/1 Million) die Organspenderaten deutlich höher. Dies liegt vor allem am Entscheidungsprozess zur Einwilligung. Bei der Einwilligung zur Organspende muss zunächst der Wille des Verstorbenen, sofern seine Zustimmung oder Ablehnung zur Organentnahme bekannt ist, beachtet werden. Danach sollte aber nur der Widerspruch der engen Verwandten Beachtung finden und nicht eine ausdrückliche Zustimmung erforderlich sein, da die Verwandten häufig unsicher sind und in dieser Ausnahmesituation eine explizite Entscheidung seelisch sehr belastend sein kann. Dieses als „Widerspruchslösung“ bekannte Verfahren würde also auch für die trauernden Angehörigen eine bessere Situation schaffen, denn ablehnen können sie die Organspende in jedem Fall, müssten aber nicht ausdrücklich zustimmen.

Die in Deutschland bisher durchgeführten Maßnahmen zur Verbesserung der Organspende haben nur einen geringen Erfolg gehabt. Es ist deshalb höchste Zeit, über die bisherigen Anstrengungen hinaus

weitere Lösungen anzustreben. Dazu gehören die Einführung der Widerspruchslösung, aber auch die bessere Erkennung von möglichen Organspendern im Krankenhaus und die Zusammenarbeit aller ärztlichen und pflegerischen Gruppen. Andere Länder, wie Spanien, Österreich und Belgien, bei denen auch Kirchen und gesellschaftliche Gruppen vorbehaltlos der Organspende als Akt christlicher Nächstenliebe positiv gegenüberstehen, können ihren kranken Bürgern, die auf eine Transplantation warten, effektiver helfen. Die Wartezeiten auf eine Niere und der Tod auf der Warteliste für Herz-, Leber- und Lungenpatienten sind dort vergleichsweise gering. Dabei hat sich der Standard der operativen und intensivmedizinischen Transplantationsmedizin so verbessert, dass Organtransplantationen heute in hohem Maße erfolgreich ablaufen. Nicht beherrschbare Abstoßungsreaktionen, tödliche Infektionen und Organversagen sind eher die Ausnahme, sodass man annehmen könnte, dass durch eine verbesserte Organspende sehr viel menschliches Leid vermieden und vielen Menschen ein glückliches Leben geschenkt werden könnte. Die gesetzliche Neuregelung der Organtransplantation in Deutschland ist damit ein brennendes Thema.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, Dezember 2010

## **Terrorwarnung in Deutschland – Wie ist die Chirurgie darauf vorbereitet?**

Professor Dr. med. Steffen Ruchholtz, Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, Standort Marburg; Sprecher des Arbeitskreises Umsetzung Weißbuch/Traumanetzwerk der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)

Die Terrorwarnung für unser Land stellt einen aktuellen Anlass dar, die Kapazität und die Möglichkeiten unserer Rettungs- und Krankenhausstrukturen mit Blick auf einen Massenansturm von Verletzten zu diskutieren. Dabei gilt grundsätzlich, dass die Bewältigung eines Grossschadensereignisses wie z.B. die eines Bombenanschlags von einer Reihe von unbeeinflussbaren und beeinflussbaren Parametern abhängt.

Nicht beeinflussbare Parameter sind z.B.:

- Anzahl der Verletzten
- Art der Verletzungen (z.B. Bombe, Schußverletzungen)
- Ort des Anschlags (z.B. Ballungszentrum, ländliche Region)
- Tageszeit und Witterung

Potentiell beeinflussbare Parameter sind:

- I. Organisation der präklinischen und klinischen Schadensbewältigung
- II. Strukturelle und personelle Voraussetzungen in der präklinischen Rettung und in den eingebundenen Kliniken

Hinsichtlich der Organisation (I.) basiert die Bewältigung eines Massenansturms von Verletzten zunächst auf der Interaktion unterschiedlicher Organisationen und Berufsgruppen wie Feuerwehr, Rettungsdiensten und Polizei sowie der Kommunikation mit den verfügbaren Krankenhäusern.

Bezüglich der präklinischen Organisation gibt es derzeit deutschlandweit unterschiedliche Konzepte (z.B. Wellenversorgung, Erstversorgende Klinik = EVK), Planungszustände (z.B. Orte der WM 2006) und Planungssoftware (z.B. MAP-Server).

Mit Hinblick auf Struktur und Personal (II.) gilt, dass insbesondere in den Akut-Krankenhäusern kein dauerhafter Alarmierungszustand aufrecht erhalten werden kann, da diese in erster Linie den Versorgungsauftrag erfüllen müssen. Durch Planung (Katastrophenplan) und Vorhaltung von notwendigem Personal und Struktur für die allgemeine Schwerverletztenversorgung sollte aber sichergestellt werden, dass die vorhandenen Ressourcen bei einem externen Schadensereignis unmittelbar so weit wie möglich angepasst werden können.

Um die flächendeckende Versorgung von schwerverletzten Patienten in unserem Land in allen eingebundenen Krankenhäusern zu optimieren, wurde im Jahre 2006 die Initiative TraumaNetzwerk<sup>D</sup> der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) ins Leben gerufen. Grundlage stellt das 2006 publizierte Weißbuch 'Schwerverletztenversorgung' der DGU dar.

Das TraumaNetzwerk<sup>D</sup> DGU ist eine wegweisende Innovation der Versorgung Schwerverletzter in Deutschland um nicht nur in Ballungszentren die möglichst hohe Behandlungsqualität vorhalten zu können sondern sicherzustellen, dass jeder schwerverletzte Patient zu jedem Ort und zu jeder Zeit sofort in einer zertifizierten Klinik (Traumazentrum) behandelt wird. Die Versorgung soll jeweils in einem Traumazentrum entsprechend dem derzeit aktuellsten Wissensstand und unter Einbindung eines interdisziplinären Behandlungsteams in dafür speziell ausgestatteten Räumlichkeiten erfolgen.

Das TraumaNetzwerk<sup>D</sup> DGU beinhaltet gleichzeitig die Vernetzung der Traumazentren unterschiedlicher Kategorien einer Region in einem regionalen TraumaNetzwerk. Darin eingebunden sind Rettungsdienste, Ärzte und Pflegepersonal sowie kompetente Einrichtungen und Zentren zur Behandlung spezieller Verletzungsfolgen (Schwerbrandverletzte, Rückenmarksverletzte, Replantationszentren und Rehabilitation).

Im Dezember 2010 sind mit 856 Kliniken nahezu alle in die Schwerverletztenversorgung eingebunden Kliniken in Deutschland im TraumaNetzwerk<sup>D</sup> DGU angemeldet und in 53 Traumanetzwerken organisiert. Insgesamt wurden bisher 388 Kliniken (ca. 45 Prozent) vor Ort besichtigt und auf die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß dem Weissbuch der DGU geprüft (Auditbesuch).

Bisher existieren bereits neun vollständige Traumanetzwerke (mit je 12 bis 25 Kliniken) aus erfolgreich geprüften Kliniken in Bayern, Hessen, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen. Entsprechend der aktuellen Entwicklung gehen wir davon aus, dass bis Ende 2011 voraussichtlich bereits 80 Prozent und Mitte 2012 alle Kliniken die in Deutschland in die akute Schwerverletztenversorgung involviert sind vor Ort geprüft und in TraumaNetzwerken organisiert sein werden.

### **Organisatorische, strukturelle und personelle Veränderungen**

Im Rahmen der Auditierung wird auch erfasst welche organisatorischen, personellen und strukturellen Änderungen von der Klinik vor dem Besuch vor Ort durchgeführt wurden um zertifiziert zu werden. Es zeigte sich hierbei, dass neben der vertraglich fest geschriebenen Vernetzung 58 Prozent der Kliniken interdisziplinäre Behandlungsleitlinien für Schwerverletzte implementierten und 59 Prozent einen Qualitätszirkel einrichteten.

63 Prozent Kliniken haben Ihre Mitarbeiter in spezielle Trainingskurse geschickt (ATLS®) und 30 Prozent haben vertraglich festgelegte Kooperationen mit anderen Fachabteilungen (insb. der Neurochirurgie) etabliert.

Viele strukturelle Änderungen wie Notfall-OP-Siebe (28 Prozent), Sonographie- und Röntgengeräte für den Schockraum (17 Prozent) wurden ebenfalls durch die TraumaNetzwerkbildung initiiert.

Da alle in einem TraumaNetzwerk behandelten Patienten im TraumaRegister<sup>QM</sup> erfasst werden, lässt sich aufzeigen, dass die Letalität in den eingebundenen Kliniken bisher zwischen 2,5 und 3,5% unter dem Durchschnitt im nationalen TraumaRegister liegt.

Diese Verbesserungen in der organisatorischen, personellen und strukturellen Ausstattung würden im Ernstfall auch bei der Bewältigung eines Großschadensereignisses äußerst hilfreich sein. Dabei soll insbesondere die Vernetzung der Kliniken sicherstellen, dass die vorhandenen Ressourcen möglichst gleich stark belastet werden können.

Gleichzeitig sind alle auditierten Kliniken im Katastrophennetzwerk der DGU gemeldet was in Zukunft die EDV-basierte Patientendistribution für die Einsatzleitung bei einem Schadensereignis erleichtern wird.

Weitergehende Informationen können Sie auch gerne aus unserer Internetpräsenz [www.dgu-traumanetzwerk.de](http://www.dgu-traumanetzwerk.de) entnehmen.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, Dezember 2010

## **Schluss mit dem Schlechtreden: Chirurgie – ein Fach mit besten beruflichen Perspektiven**

Professor Dr. med. Hartwig Bauer, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

*„Ich wüsste kein Land, in dem so viele Verantwortliche und Funktionsträger mit so großer Lust so schlecht, so negativ über das eigene Land sprechen, wie das bei uns in Deutschland geschieht. Das bleibt nicht ohne Folgen.“ (Letzte sogenannte „Berliner Rede“ von Johannes Rau am 12. Mai 2004).*

Trotz ständig steigender Ärztezahlen ist der Nachwuchsmangel auch in der Chirurgie angekommen. Der Facharztindex, eine Größe, die angibt, wie viel potentielle Bewerber auf eine freie Stelle entfallen, ist in den chirurgischen Fächern besonders ungünstig. Doch nicht das Fach an sich ist abschreckend. Von allen befragten Medizinstudentinnen und -studenten geben immerhin rund 25 Prozent die Chirurgie als Wunschfachrichtung an. Es sind dann im Wesentlichen die äußeren Umstände, die sie während des chirurgischen Tertials im praktischen Jahr am Ende des Studiums erleben: Die in der Chirurgie besonders hohen Arbeitsbelastungen, lange Arbeitszeiten, die erschwerte Vereinbarkeit von Beruf und Familie, zu viel patientenferne Tätigkeiten und Defizite in den Weiterbildungsangeboten. Die chirurgischen Fachgesellschaften haben während der letzten Jahre intensiv an einer Verbesserung der Weiterbildungsbedingungen gearbeitet. Auch bei den Klinikträgern beginnt zunehmend eine systematische Personalentwicklung, die bisher übliche reine Personalverwaltung abzulösen. Der Weg zu attraktiven Positionen in einem spannenden Fach ist für angehende Chirurgeninnen und Chirurgen zurzeit so gut geebnet wie lange nicht.

Die aktuelle Debatte zum prognostizierten Ärztemangel ist geprägt von pauschalisierenden Behauptungen, sehr heterogenen Datengrundlagen und darauf fußenden fragwürdigen Prognosen. Dies betrifft die Zahl von Studienabbrechern ebenso wie eine Verlustrate an kurativ tätigen Ärztinnen und Ärzten. Nach Erhebungen des Medizinischen Fakultätentages beendeten mehr als 90 Prozent aller Studienanfänger das Medizinstudium mit Erfolg. Auf jeden Studienplatz kommen aktuell 4,4 Bewerber, vor zehn Jahren waren es nur 2,55. Die Motivation des ärztlichen Nachwuchses, kurativ tätig zu werden, ist sehr hoch. 94 Prozent der Absolventen streben eine Tätigkeit in der Krankenversorgung an. Die Ärztezahlen insgesamt sind während der letzten Jahre kontinuierlich angestiegen, die Anzahl der Facharztprüfungen in den chirurgischen Fächern bewegt sich seit Jahren auf einem konstant hohen Niveau.

Dass trotz ständig steigender Arztzahlen dennoch nicht nur ein „gefühlter“ Mangel herrscht, ist bei zahlreichen unbesetzten Stellen vor allem in chirurgischen Abteilungen der Versorgungskrankenhäuser ein reales und dabei vielschichtiges Problem. Es ist aber vor allem eine Herausforderung, der es zu begegnen gilt, wozu auch zählt, die positiven Entwicklungen und Perspektiven zu verdeutlichen.

In den letzten Jahren hat die DGCH mit ihren Fachgesellschaften und den Berufsverbänden große Anstrengungen unternommen, um Defizite in der chirurgischen Weiterbildung abzubauen und effiziente Weiterbildungsstrukturen umzusetzen. Dazu gehören unter anderem

- strukturierte Weiterbildungspläne und der Einsatz sogenannter Logbücher mit Dokumentation der in den einzelnen Weiterbildungsabschnitten zu fordernden Inhalte einschließlich regelmäßiger Zielerreichungsgespräche
- modular nach modernen didaktischen Konzepten aufgebaute Kursprogramme, begleitend für die gesamte Weiterbildungszeit unter Nutzung von Trainingslabors und Simulatoren
- in Kooperation mit den Krankenhausträgern Unterstützung bei der Teilnahme an externen Kursen und Weiterbildungsveranstaltungen sowie beim Angebot von Rotationsstellen
- Gründung einer Arbeitsgemeinschaft *Lehre in der Chirurgie* und eine verbesserte Qualifizierung der Weiterbilder
- Mentorenkonzepte für Chirurginnen, vermehrt Teilzeitstellen und Wiedereingliederungsprogramme nach Familienzeiten bei zunehmenden Angeboten der Kliniken von Kinderbetreuungen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie
- das Arbeiten in neuen Teammodellen mit flacheren Hierarchien unter sinnvoller Aufgaben-delegation und Entwicklung neuer Berufsbilder wie das des chirurgisch-technischen Assistenten
- und nicht zuletzt ein frühzeitiges Heranführen der Studierenden an die Chirurgie durch Angebote von sehr praxisorientierten „Summer Schools“, Kongress-Stipendien und Studierendentagen auf den großen Jahreskongressen der chirurgischen Fachgesellschaften

Mit den zugegebenermaßen längst fälligen Anpassungen der chirurgischen Facharztweiterbildung an die gesellschaftlichen Realitäten sind wichtige Schritte getan, junge Ärztinnen und Ärzte nicht nur für die Chirurgie zu interessieren, sondern sie auch in den spannenden und fachlich attraktiven operativen Fächern zu halten. Wenn auch längst nicht alle Ziele erreicht sind, so haben wir heute trotz der uns weiterhin Sorge bereitenden ökonomischen Engpässe mit hohen Arbeitsverdichtungen und immer stringenteren Prozessabläufen in den Kliniken viel getan, um die Attraktivität der Chirurgie nicht nur im Rahmen von Nachwuchskampagnen aufzuzeigen, sondern sie auch real zu erzeugen.

Nachdem sich die Nachfragesituation zum Teil dramatisch geändert hat, sind die Perspektiven für den chirurgischen Nachwuchs sehr gut. Es gibt heute mehr Wahlmöglichkeiten, im Krankenhaus oder in der ambulanten Versorgung zu arbeiten. So waren, wie eine Erhebung des Deutschen Ärzteblatts (Heft 37, 17. September 2010) gezeigt hat, die Chancen für Chirurginnen und Chirurgen der verschiedenen Disziplinen auf eine Oberarztstelle, noch nie so groß wie zurzeit. Neue Kooperations- und Versorgungsmodelle wie Medizinische Versorgungszentren, bieten gerade für die chirurgischen Fächer attraktive Möglichkeiten, ob im Angestelltenverhältnis oder als Vertragsarzt.

Vor sechs Jahren hat die DGCH auf ihrer Herbst-Presskonferenz darauf hingewiesen, dass die aktuellen Entwicklungen zu deutlichen Einschnitten im Gesundheitswesen führen würden, mit der Folge einer verminderten Behandlungsqualität, von Wartelisten für bestimmte Operationen und einer chirurgische Unterversorgung der Patienten. Zwischenzeitlich ist viel geleistet worden. Es ist an der Zeit, eine positivere Grundstimmung zu vermitteln. Das Schlechtreden muss ein Ende haben, unser Nachwuchs braucht Ermutigung und nicht Abschreckung.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, Dezember 2010



## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Axel Haverich  
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH),  
Direktor der Klinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie,  
Medizinische Hochschule Hannover

\* 1953



### **Beruflicher Werdegang:**

1972–1978	Medizinstudium an der Medizinischen Hochschule Hannover
23.10.1978	Approbation
6.11.1979	Promotion
15.11.1978–30.6.1985	Assistent im Zentrum Chirurgie der MHH
1.7.1983–30.6.1984	einjähriges Stipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft als Forschungsassistent am Department of Cardiovascular Surgery, Stanford University, Stanford, California/USA
Ab 1.7.1985	Oberarzt, Klinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, Zentrum Chirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover (Leiter: Professor Dr. Hans G. Borst)
24.6.1987	Habilitation
Ab 26.11.1992	außerplanmäßiger Professor
1.4.1993–30.4.1996	Direktor, Abteilung für Herz- und Gefäßchirurgie an der Christian Albrechts-Universität, Kiel
Seit 1.5.1996	Direktor, Klinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover

### **Wissenschaftliche Aktivitäten:**

1987–1991	Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft der Transplantationszentren der Bundesrepublik Deutschland
1991–1995	Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie
1993	Gründungsmitglied der Deutschen Stiftung Organtransplantation
1993–2000	Vorsitzender der Organkommission Herz und Lunge, Eurotransplant Foundation
1994–2000	Vorstandsmitglied der Eurotransplant Foundation

1997–2007	Stiftungsratsvorsitzender der Deutschen Stiftung Organtransplantation
Seit 1997	Mitglied der Kommission Organtransplantation der Ärztekammer Niedersachsen
1997–2005	Mitglied der Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer
1997–1999	Präsident der Deutschen Transplantationsgesellschaft
1999–2003	Mitglied des Senats der Medizinischen Hochschule Hannover
1999–2003	Mitglied des „Board of Directors“, International Society for Heart and Lung Transplantation
Seit 1999	Mitglied der Kommission für Tierexperimentelle Forschung der Deutschen Forschungsgemeinschaft
Seit 1999	Mitglied der Kommission für klinische Forschung der Deutschen Forschungsgemeinschaft
2000–2002	Mitglied der Arbeitsgruppe für Stammzellforschung der Deutschen Forschungsgemeinschaft
Seit 2000	Mitglied der Kommission für Stammzellforschung der Bundesärztekammer
2001–2007	Mitglied des Senats der Deutschen Forschungsgemeinschaft
2002–2004	Mitglied der Zentralen Ethikkommission für Stammzellforschung des Bundesgesundheitsministeriums
Seit 2003	Mitglied des Beirats der Biotechnica
Seit 2004	Mitglied des Stiftungsrates der Tierärztlichen Hochschule Hannover
Seit 2006	Sprecher des Exzellenz-Clusters der Deutschen Forschungsgemeinschaft „REBIRTH“
2007–2009	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie
Seit 2007	Sprecher des SFB der Deutschen Forschungsgemeinschaft „Transregio 37“
5/2010–5/2013	Mitglied des Hochschulrats der Leibniz Universität Hannover
Seit 7/2010	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

**Wissenschaftliche Preise:**

2/1993	Franz Köhler-Preis für experimentelle und klinische Organkonservierung bei Lungen-Transplantationen gemeinsam mit Dr. Thorsten Wahlers
1/1995	Leibniz-Förderpreis für deutsche Wissenschaftler, Deutsche Forschungsgemeinschaft
11/2002	Niedersächsischer Staatspreis 2002

**Forschungsaktivitäten:**

1996	Gründung der Leibniz Laboratorien für Biotechnologie und künstliche Organe
------	---

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Markus W. Böhler  
Europäisches Pankreaszentrum, Ärztlicher Direktor  
der Klinik für Allgemeine, Viszerale und  
Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg

\* 1955



### **Beruflicher Werdegang:**

Professor Dr. med. Markus W. Böhler ist geschäftsführender Direktor der Chirurgischen Klinik und gleichzeitig ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am Universitätsklinikum Heidelberg.

Sein Medizinstudium absolvierte Professor Böhler von 1974 bis 1980 an der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg und der Freien Universität Berlin. Im Jahr 1980 erhielt Professor Böhler seine Approbation als Arzt und im gleichen Jahr promovierte er. Seine chirurgische Weiterbildung begann Professor Böhler in Berlin im Jahr 1981 und setzte sie später am Universitätsklinikum in Ulm fort. 1987 wurde er Facharzt für Chirurgie. Im selben Jahr erhielt er die Venia Legendi für das Fach Chirurgie und wurde Oberarzt an der Chirurgischen Universitätsklinik in Ulm. 1991 wurde Professor Böhler zum leitenden Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik in Ulm ernannt.

Im Jahr 1993 nahm Professor Böhler einen Ruf als Professor für Chirurgie und Direktor der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie der Universität Bern in der Schweiz an. Als er 2001 einen Ruf an die Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie des Universitätsklinikums Heidelberg erhielt, kehrte er nach Deutschland zurück. Im Jahr 2003 trat er die jetzige Position als geschäftsführender Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik in Heidelberg an. Seit 2006 ist Professor Böhler ebenfalls Chefarzt der Abteilung Chirurgie des Krankenhauses Salem in Heidelberg und zusätzlich seit 2009 Chefarzt der Abteilung Chirurgie des Kreiskrankenhauses Sinsheim.

Professor Böhler ist ein Experte in der hepatobiliären Chirurgie, der Rektumchirurgie und insbesondere der Pankreaschirurgie. Seine zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen umfassen sowohl klinische Fragestellungen, insbesondere der Pankreas- und Rektumchirurgie, als auch Ergebnisse aus molekularbiologischen Untersuchungen, hier insbesondere des Pankreaskarzinoms und der chronischen Pankreatitis.

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Peter Neuhaus  
Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Charité  
Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow Klinikum

\* 1946

### **Beruflicher Werdegang:**

1965–1971	<b>Studium (Universitäten Münster, Freiburg und Glasgow)</b>
1971–1972	Staatsexamen und Promotion an der Universität Münster
1972–1973	Stabsarzt Bundeswehr
1973–1979	<b>Berufliche Ausbildung (Medizinische Hochschule Hannover)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Viszeral- und Transplantationschirurgie (Professor Dr. R. Pichlmayr)</li><li>- Thorax- und Gefäßchirurgie (Professor Dr. H.G. Borst)</li><li>- Unfallchirurgie und Orthopädie (Professor Dr. H. Tscherne)</li></ul>
1979	Facharztanerkennung
1980–1985	Oberarzt der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie
1982	Habilitation
1985–1988	Chefarzt der Chirurgischen Klinik in Braunschweig
Seit 1988	Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum, Humboldt- Universität Berlin (vormals FU Berlin)

### **Preise:**

1983	„Von Langenbeck Preis“ der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
1999	„Karel Pavlik Preis“ der Tschechischen Gesellschaft für Chirurgie
2001	Ehrendoktorwürde der Universität Woronezh/Russland
2004	Ehrenmitglied der Spanischen Gesellschaft für Chirurgie
2010	Verleihung der Rudolf-Pichlmayr-Medaille durch die DGAV Ehrenmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie

**Lehre und Forschung (seit 1975):**

- Lehre in Allgemein-, Viszeral und Transplantationschirurgie
- Erfahrungen in der experimentellen Arbeit mit Ratten, Schweinen, Hunden und Rhesusaffen bei Nieren- und Lebertransplantation, Konservierung und Perfusion
- Klinische Evaluierung und Forschung auf dem Gebiet der Leberchirurgie und Lebertransplantation

**Hauptinteressen:**

- Leber-, Nieren-, Pankreas- und Dünndarmtransplantation
- Chirurgie von Lebertumoren, Resektion zentraler Gallengangskarzinome
- Pankreaschirurgie, chirurgische Onkologie
- Immunologische und nicht-immunologische Transplantatschäden
- Extrakorporale Leberperfusion, Unterstützungssysteme, künstliche Leber, Leberkonservierung

**Mitgliedschaften bei medizinischen und wissenschaftlichen Gesellschaften:**

- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
- Berliner Chirurgische Gesellschaft
- Norddeutsche Gesellschaft für Chirurgie
- Société Internationale de Chirurgie
- Deutsche Transplantationsgesellschaft (DTG)
- European Society of Organ Transplantation (ESOT)
- The Transplantation Society
- The International Hepato-Pancreato-Biliary Association (IHPBA)
- The International Liver Transplantation Society (ILTS)
- European Liver Transplant Association (ELTA)
- German Association for the Study of the Liver (GASL)
- European Association for the Study of the Liver (EASL)
- American Association for the Study of Liver Disease (AASLD)
- European Surgical Association (ESA)
- Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
- Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie Berlin-Brandenburg
- Bayerische Gesellschaft für Gastroenterologie

**Universitäre und Ausschusspositionen:**

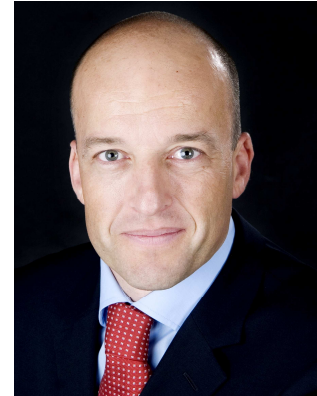
1984–1987	Vorsitzender der Deutschen Sektion der Gesellschaft für Hepato-Pankreo-Biliäre Chirurgie (HPB)
1990–2002	Mitglied des Fakultätsrates für Medizin an der FU/HU Berlin
1992–1997	Mitglied der „Gemeinsamen Kommission“ (alle akademischen Ernennungen/Berufungen in der Medizin in Berlin)
1992/1993	Mitglied der Expertenkommission „Struktur der Universitätsmedizin in Berlin“
1992–1993	Präsident der Deutschen Gesellschaft zum Studium der Leber (GASL)
1992–1995	Präsident der Berlin-Brandenburger Gesellschaft für Hepatologie und Gastroenterologie
1992–1996	Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgruppe „Transplantation“ der Deutschen Chirurgischen Gesellschaft
1993–1997	Präsident der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG)
1993–2004	Mitglied des Eurotransplant Liver Advisory Committee (ELAC)
1994–1995	Präsident der Berliner Chirurgischen Gesellschaft
1995–1996	Vizepräsident der European Liver Transplant Association (ELTA)
Seit 1995	Mitglied der Ständigen Kommission „Organtransplantation“ bei der Deutschen Ärztekammer
1995–1996	Stellvertretender Vorsitzender der European Liver Transplant Association (ELTA)
1996–2004	Boardmember der International Liver Transplantation Society (ILTS)
Seit 1999	Vorstandsmitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer
2000–2004	Generalsekretär der ESA
2001–2002	Präsident der ILTS
2004–2005	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie
2005–2006	Gewählter Präsident der Europäischen Chirurgischen Gesellschaft
2006–2007	Präsident der Europäischen Chirurgischen Gesellschaft
2010–2011	Präsident der Berlin-Brandenburger Gesellschaft für Hepatologie und Gastroenterologie
2012	Präsident des örtlichen Organisationskomitees für den Weltkongress der Transplantationsgesellschaft

## Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Steffen Ruchholtz

Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie  
des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, Standort Marburg; Sprecher  
des Arbeitskreises zur Umsetzung Weissbuch/Traumanetzwerk – AKUT

\* 1963



### Beruflicher Werdegang:

#### Studium:

- 9/1985–9/1990            Studium der Humanmedizin an der Universität Ulm  
9/1990–9/1991            Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU)  
München

#### Ärztliche Funktionen:

##### *Chefarzt*

- Seit 10/2007            Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am  
Universitätsklinikum Giessen/Marburg, Standort Marburg

##### *Leitender Oberarzt*

- 10/2000–10/2007        Leitender Oberarzt und Stellvertreter des Klinikdirektors an der Klinik für  
Unfallchirurgie des Universitätsklinikums Essen

##### *Oberarzt*

- 6/1998–9/2000            Oberarzt an der Klinik für Unfallchirurgie des Universitätsklinikums Essen

##### *Assistenzarzt*

- 7/1993–4/1998            Chirurgische Klinik und Poliklinik, Klinikum Innenstadt der LMU-München  
4/1998–5/1998            Klinik für Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Essen

##### *Arzt im Praktikum*

- 1/1992–6/1993            Chirurgische Klinik und Poliklinik, Klinikum Innenstadt der LMU-München

#### Fachliche Qualifikationen:

- 14.12.2006            Zusatzbezeichnung Handchirurgie  
31.8.2006            Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie  
8.6.2006            Gebietsbezeichnung Spezielle Unfallchirurgie  
19.2.1998            Facharzt für Chirurgie

**Akademische Titel:**

**Universitätsprofessor**

Seit 10/2007                    Lehrstuhl für Unfallchirurgie (W3 Professur) am Universitätsklinikum  
Marburg

**Habilitation**

1/2000                         an der Universität Essen

**Promotion**

11/1991                      an der Abteilung für Unfall-, Hand-, Plastische- und Wiederherstellungs-  
chirurgie, Klinikum der Universität Ulm

**Aktivitäten in der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU):**

Seit 4/2007                    Stellvertretender Leiter der Sektion „Notfall-, Intensivmedizin und  
Schwerverletztenversorgung“

Seit 1/2007                    Mitglied des nichtständigen Beirats im Präsidium der DGU

Seit 11/2006                   Sprecher des Arbeitskreises zur Umsetzung  
Weissbuch/Traumanetzwerk – AKUT

Seit 11/2006                   Mitglied der Strukturkommission

Seit 10/2005                   Stellvertretender Leiter der AG „Notfall- und Intensivmedizin“

Seit 12/2004                   Sprecher der Initiative Traumanetzwerk

Seit 1/2004                    Mitglied des Berufsständigen Ausschusses

Seit 3/2002                    Koordinator der Leitlinienerstellung für die Behandlung Schwerverletzter der  
DGU für das 2. Teilstück – „Schockraum“

Seit 10/1999                   Schriftführer der AG „Polytrauma“

**Mitgliedschaften:**

Seit 2009                      Verband leitender Orthopäden und Unfallchirurgen (VLOU)

Seit 2007                      AO – Sektion Deutschland

Seit 2006                      Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC)

Seit 2003                      AO Alumni Association

Seit 2000                      Westdeutsches Tumorzentrum Essen (WTZE)

Seit 1998                      Vereinigung Niederrheinisch-Westfälische Chirurgen

Seit 1996                      Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Seit 1995                      Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)



## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Hartwig Bauer  
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

\* 1942



### **Beruflicher Werdegang:**

- Studium der Medizin in München mit Staatsexamen und Promotion 1967
- Medizinalassistent 1967–1969 am Kreiskrankenhaus Kipfenberg
- 1969–1980 klinische Weiterbildung und wissenschaftliche Tätigkeit an der Chirurgischen Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München (Professor Dr. F. Holle)
- 1971/72 Wehrdienst als Stabsarzt an der Sanitätsakademie der Bundeswehr in München
- Facharztanerkennungen durch die Bayerische Landesärztekammer:  
1975: Chirurgie, 1979: Teilgebiet Unfallchirurgie, 1993: Schwerpunkt Viszeralchirurgie
- 1977: Habilitation an der Ludwig-Maximilians-Universität München
- 1980: Ernennung zum Professor an der Ludwig-Maximilians-Universität München
- 1981–2002 Chefarzt der Chirurgischen Abteilung und Ärztlicher Direktor der Kreisklinik Altötting, Krankenhaus der III. Versorgungsstufe, Akademisches Lehrkrankenhaus der Technischen Universität München
- Schwerpunkt der wissenschaftlichen Tätigkeit vorwiegend auf dem Gebiet der gastroenterologischen Chirurgie, der Unfallchirurgie und Notfallmedizin  
Weitere Arbeitsgebiete: Krankenhausökonomie, Klinikmanagement und Qualitätssicherung
- Vorstands- beziehungsweise Präsidiumsmitglied verschiedener chirurgisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften und berufsständischer Vereinigungen
- 1989 Vorsitzender der Vereinigung Bayerischer Chirurgen, seit 1994 Schriftführer
- 1996/1997 Präsident und seit 2003 Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie



Gegründet 1872  
Sitz Berlin

## DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

### Bestellformular Fotos:

#### **Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)**

Termin: Mittwoch, 8. Dezember 2010, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Langenbeck-Virchow-Haus, Bibliothek der DGCH, Luisenstraße 59, 10117 Berlin

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

- Professor Dr. med. Axel Haverich
- Professor Dr. med. Markus W. Böhler
- Professor Dr. med. Steffen Ruchholtz
- Professor Dr. med. Hartwig Bauer

Vorname:	Name:
Redaktion:	Ressort:
Anschrift:	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	Unterschrift:

**Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.**

Kontakt für Journalisten:

DGCH Pressestelle

Anna Julia Voormann/Kathrin Gießelmann

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Berliner Büro:

Langenbeck-Virchow-Haus

Luisenstraße 59, 10117 Berlin

Telefon: 0711 8931-981

Fax: 0711 8931-167

giesselmann@medizinkommunikation.org

www.dgch.de