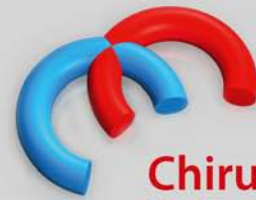




Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
129. Kongress

24. – 27. April 2012 ICC-Berlin



**Chirurgie
in Partnerschaft**

Präsident 2011/12:
Prof. Dr. Markus W. Büchler

Pressekonferenz anlässlich des 129. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Mittwoch, 25. April 2012, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Raum 42, ICC – Internationales Congress Centrum Berlin, Messegelände – Eingang:
Kleiner Stern

Thementag: Chirurgie in Partnerschaft

Themen und Referenten:

Chirurgie in Partnerschaft für eine optimale Patientenversorgung – Was sind die Ziele, wo liegen die Grenzen?

Professor Dr. med. Markus W. Büchler

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH);

Ärztlicher Direktor der Abteilung für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie der
Universitätsklinik Heidelberg

Delegation ärztlicher Leistungen in der Chirurgie – Was ist sinnvoll, was gefährlich?

Professor Dr. med. Hartwig Bauer

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

Digitalisierung der Chirurgie

Neue Möglichkeiten in der Implantat- und Gewebsversorgung im Gesicht durch 3-D

Professor Dr. med. Dr. med. dent. Nils-Claudius Gellrich

Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG);

Direktor der Klinik und Poliklinik für MKG-Chirurgie an der Medizinischen Hochschule Hannover

Altersbedingte Wirbelsäulenerkrankungen

Welche Therapien sind bei Arthrose, Bandscheibenvorfall & Co. effektiv?

Professor Dr. med. Jürgen Meixensberger

1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC);

Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Leipzig

Kardiologen oder Herzchirurgen: Wer operiert zukünftig am Herzen?

Professor Dr. med. Friedrich Wilhelm Mohr

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG);

Direktor der Klinik für Herzchirurgie am Herzzentrum der Universität Leipzig

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Anne-Katrin Döbler, Christine Schoner, Christina Seddig

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-573

Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: schoner@medizinkommunikation.org;

www.chirurgie2012.de, www.dgch.de

Pressekontakt in Berlin:

Pressebüro Raum 50, ICC Berlin

Tel.: 030 /3038 - 7550

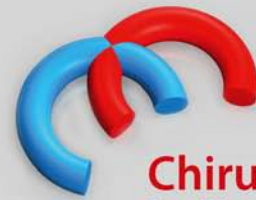
Fax: 030/3038 -81013





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
129. Kongress

24. – 27. April 2012 ICC-Berlin



**Chirurgie
in Partnerschaft**

Präsident 2011/12:
Prof. Dr. Markus W. Büchler

Pressekonferenz anlässlich des 129. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Mittwoch, 25. April 2012, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Raum 42, ICC – Internationales Congress Centrum Berlin, Messegelände – Eingang:
Kleiner Stern

Thementag: Chirurgie in Partnerschaft

Inhalt:

**Pressemeldungen: Digitale Chirurgie: Computer unterstützt Chirurgen bei
Krebsoperationen im Gesichtsbereich**

**Zu wenig Operationen bei verengtem Wirbelkanal,
zu viele Eingriffe an der Bandscheibe**

Redemanuskripte: Professor Dr. med. Markus W. Büchler
Professor Dr. med. Hartwig Bauer
Professor Dr. med. Dr. med. dent. Nils-Claudius Gellrich
Professor Dr. med. Jürgen Meixensberger
Professor Dr. med. Friedrich Wilhelm Mohr

Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Curriculum Vitae der Referenten

Übersicht Pressekonferenzen des 129. 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: seddig@medizinkommunikation.org.

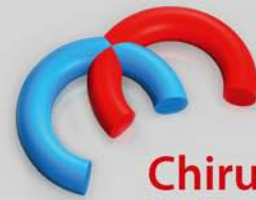
Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Anne-Katrin Döbler, Christine Schoner, Christina Seddig
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-573
Telefax: 0711 8931-167
E-Mail: schoner@medizinkommunikation.org;
www.chirurgie2012.de, www.dgch.de

Pressekontakt in Berlin:

Pressebüro Raum 50, ICC Berlin
Tel.: 030 /3038 - 7550
Fax: 030/3038 -81013





PRESSEMITTEILUNG

129. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Präsident 2011/12:
Prof. Dr. Markus W. Büchler

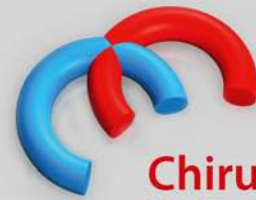
Digitale Chirurgie: Computer unterstützt Chirurgen bei Krebsoperationen im Gesichtsbereich

Berlin, 25. April 2012 – Die Wiederherstellung des Gesichtsschädels nach Krebsoperationen stellt sehr hohe Anforderungen an den Chirurgen. Er muss den Tumor restlos entfernen, dabei aber ein ästhetisch befriedigendes Ergebnis anstreben. Die Einbeziehung von Computern und Bildsoftware bei der Planung und Durchführung der Operation hat die Ergebnisse deutlich verbessert, so ein Experte auf dem 129. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Auf der heutigen Pressekonferenz berichtet der Chirurg darüber, wie neuartige dreidimensionale Bildinformationen dabei unterstützen, fehlende Gesichtsteile möglichst originalgetreu wiederherzustellen und beim Operieren zielgenau zu navigieren.

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen müssen bei Krebsoperationen manchmal den Unterkiefer oder weite Teile des Oberkiefers und bisweilen des Gesichtes entfernen. Die Knochendefekte können heute zwar durch Transplantate aus Wadenbein, Schlüsselbein oder Beckenkamm vollständig ersetzt werden. Die Patienten können später sogar mit Zahnimplantaten versorgt werden. „Um ein kosmetisch gutes Ergebnis zu erzielen, ist jedoch eine millimetergenaue Planung erforderlich“, erläutert Professor Dr. med. Dr. med. dent. Nils-Claudius Gellrich, Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie an der Medizinischen Hochschule Hannover. „Um die Lage und Größe des Tumors zu bestimmen, stehen uns dreidimensionale Bildinformationen aus unterschiedlichen Geräten wie Gesichtsscanner, Computertomografie, Volumetomografie und Kernspintomografie zur Verfügung“, sagt der Chirurg. „Die Informationen zusammenzuführen und einen exakten Operationsplan zu entwerfen, war jedoch bisher sehr aufwendig.“

Eine neue Software erleichtert den Chirurgen jetzt die Planungsarbeit erheblich. Sie können nicht nur auf dem Monitor sehen, welche Bereiche des Gesichtsschädels sie entfernen müssen. Markierungspunkte, etwa auf einer zahngetragenen Schiene, erleichtern auch während der Operation die Orientierung. „Die Software hilft uns,





den Tumor mit dem nötigen Sicherheitsabstand, einer Schicht gesunden Gewebes, zu entfernen, ohne zu viel gesundes Gewebe opfern zu müssen“, sagt Professor Gellrich, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG). Auch das Transplantat, das den Defekt später füllen soll, könne exakt vor oder während der Operation angepasst werden. Beides wirke sich unmittelbar auf die spätere Gesichtsform des Patienten aus, die deutlich originalgetreuer gelinge. „Für unsere Krebspatienten bedeutet dies einen wesentlichen Gewinn an Lebensqualität“, betont der Experte. Zudem ist erstmals die digitale Weitergabe von Bildinformationen vom Chirurgen an weiterbehandelnde Ärzte, zum Beispiel Strahlentherapeuten oder Onkologen, möglich.

Präsident 2011/12:
Prof. Dr. Markus W. Bächler

Die Chirurgen nutzen die Software auch bei der Behandlung des Morbus Basedow. Bei dieser Autoimmunerkrankung der Schilddrüse kommt es häufig zu einer massiven Gewebeerkrankung in der Augenhöhle, die die Augen deutlich nach vorne verdrängt. Wenn Medikamente diesen Exophthalmus nicht verkleinern, kann eine Operation erforderlich werden. „Um den Raum hinter dem Augapfel sicher zu erreichen und eine gezielte Volumenentlastung des Augenhöhleninhaltes zu gewährleisten, müssen wir Augenhöhlenwände entfernen“, erklärt Professor Gellrich: „Die Software hilft uns hier, den besten Weg zu finden und Verletzungen und Fehlpositionen des Auges zu vermeiden.“ Über heutige und zukünftige Möglichkeiten in der computerassistierten Chirurgie informiert Professor Gellrich auf der heutigen Pressekonferenz im Rahmen des 129. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) in Berlin.

Literatur:

Rana M, Essig H, Eckardt AM, Tavassol F, Ruecker M, Schramm A, Gellrich NC. *Advances and innovations in computer-assisted head and neck oncologic surgery. J Craniofac Surg.* 2012 Jan;23(1):272-8.

Kongresssitzungen zum Thema:

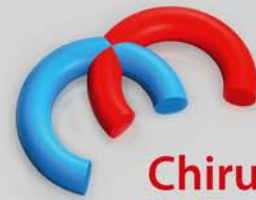
Plastische Rekonstruktion von Schädeldefekten

Mittwoch, 25. April 2012, 10.30 bis 12.00 Uhr
Salon 11/12, ICC Berlin

Profilplastik

Mittwoch, 25. April 2012, 14.30 bis 16.00 Uhr
Salon 11/12, ICC Berlin





PRESSEMITTEILUNG

129. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Präsident 2011/12:
Prof. Dr. Markus W. Bächler

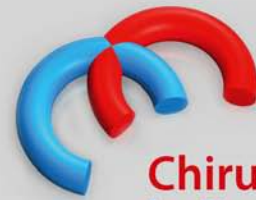
**Zu wenig Operationen bei verengtem Wirbelkanal,
zu viele Eingriffe an der Bandscheibe**

Berlin, 25. April 2012 – Die Anzahl an Bandscheibenoperationen in Deutschland ist innerhalb von fünf Jahren um 43 Prozent gestiegen. Doch eine Operation sei oft erst notwendig, wenn etwa die Blasenfunktion gestört ist oder Lähmungen auftreten, so Experten im Vorfeld des 129. Chirurgenkongresses. Um überflüssige Eingriffe zu vermeiden, empfehlen orthopädische Chirurgen und Neurochirurgen zuvor eine körperliche Untersuchung. Dagegen sei eine Internet-Zweitmeinung nicht aussagekräftig. Zunehmender Handlungsbedarf bestehe dagegen bei einer Wirbelkanalenge. Sie kann zu starken Schmerzen und Gehbehinderungen führen. Wann eine Operation an der Wirbelsäule notwendig ist, darüber informieren Experten auf zwei Pressekonferenzen im Rahmen des 129. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH).

Nahezu 85 Prozent aller Menschen leiden einmal in ihrem Leben an Rückenschmerzen, die meisten von ihnen auch wiederholt. Um unnötige Eingriffe an der Bandscheibe zu verhindern, empfiehlt etwa die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) ein Drei-Stufen-Verfahren zur Entscheidungsfindung. „Wir wollen Ärzten und Patienten mit diesem Vorgehen mehr Sicherheit im Umgang mit Bandscheibenvorfällen ermöglichen“, erklärt der DGNC-Vorsitzende Professor Dr. med. Jürgen Meixensberger im Rahmen des 129. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Das Drei-Stufen-Verfahren zur Abklärung von Bandscheibenvorfällen sieht im ersten Schritt die körperliche Untersuchung vor. „Der Arzt untersucht den Patienten auf Rücken- und Beinschmerz, prüft, ob Gefühlsstörungen oder Lähmungen vorliegen und wie weit diese Veränderungen fortgeschritten sind“, erklärt Professor Dr. med. Jürgen Meixensberger, Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie am Universitätsklinikum Leipzig.

Danach folgt die Begutachtung von CT- oder MRT-Bildern, um zu klären, ob zum Beispiel ein Bandscheibenvorfall die Ursache dieser Beschwerden ist. „In einem dritten Schritt leitet der Arzt ein Therapiekonzept ab. Dabei gilt: Rückenschmerzen alleine erfordern keine OP, Lähmungen sprechen jedoch dafür. „Liegt der Fall dazwischen,





sollten Ärzte die Entscheidung mit dem Patienten gemeinsam treffen“, erläutert Meixensberger. „Ein selbstständiger Unternehmer ist unter Umständen darauf angewiesen, schnell schmerzfrei zu werden – und zieht aus diesem Grund eine Operation einer langwierigen konservativen Behandlung mit Schmerzmitteln und Physiotherapie vor.“

Präsident 2011/12:
Prof. Dr. Markus W. Bächler

In diesem Zusammenhang warnen die DGNC und die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) vor Ferndiagnosen bei Bandscheibenproblemen. Anbieter stellen diese im Internet oft gegen Vorkasse in Aussicht. „Ein Bandscheibenvorfall kann nicht allein aufgrund von Bildern beurteilt werden. Es gehört immer eine körperliche Untersuchung dazu“, betont Professor Dr. med. Bernd Kladny, Leiter der Sektion Rehabilitation der DGOOC.

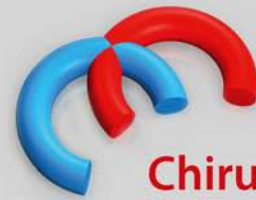
Handlungsbedarf sehen Neurochirurgen bei der Wirbelkanalenge, einer Verschleißerkrankung. „Diese Spinalkanalstenosen werden mitunter übersehen und häufig zu spät operiert. Dabei stehen hier sehr wirksame Verfahren zur Verfügung, die verlorene Lebensqualität zurückgeben“, erklärt Professor Meixensberger. Die Enge entsteht, weil der Knochen am Wirbelkörper den Kanal überwuchert. Der Knochen drückt die Nervenstränge im Kanal, was bei den Betroffenen starke Rücken- und Beinschmerzen verursacht. „Typischerweise verstärkt sich der Schmerz bei andauerndem Stehen oder Gehen“, so Meixensberger. „Die Patienten können keine längeren Wegstrecken mehr zurücklegen, keine Ausstellung besuchen.“

Die starken Schmerzen und die fehlende Mobilität führen zu einer großen Einbuße an Lebensqualität. „Häufig wird zu lange mit Physiotherapie behandelt und eine Operation herausgezögert“, stellt Meixensberger fest. Bei dem Eingriff tragen die Neurochirurgen das in den Kanal gewachsene knöcherne Material und die Bandstrukturen ab, befreien die Nerven so von dem Druck. „Dieser Eingriff lässt sich heute nach sorgfältiger Vorbereitung auch bei 80-Jährigen mit einem vertretbaren Risiko durchführen, die sonst zu Invaliden würden“, betont Meixensberger.



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
129. Kongress

24. – 27. April 2012 ICC-Berlin



Chirurgie
in Partnerschaft

Kongresssitzungen zum Thema:

Rückenschmerz

Dienstag, 24. April 2012, 16.30 bis 17.30 Uhr,
Saal 8, ICC Berlin

Degenerative Wirbelsäule

Mittwoch, 25. April 2012, 13.00 bis 14.30 Uhr,
Salon 15/16, ICC Berlin

Präsident 2011/12:
Prof. Dr. Markus W. Bächler



Chirurgie in Partnerschaft für eine optimale Patientenversorgung – Was sind die Ziele, wo liegen die Grenzen?

Professor Dr. med. Markus W. Büchler, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH),
Ärztlicher Direktor der Abteilung für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie der
Universitätsklinik Heidelberg

Das Motto des diesjährigen Kongresses lautet Chirurgie in Partnerschaft, was auch gleichzeitig den
Thementag am Mittwoch des Kongresses darstellt. Die Chirurgie, getragen von der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie und deren zehn großen Fachgesellschaften, ist heute mehr denn je eine
zentrale Disziplin der Medizin. Kollegiale Partnerschaft mit den uns zuweisenden und zugeordneten
ärztlichen Kollegen anderer Disziplinen macht die moderne Chirurgie zu einer von uns und unseren
Patienten dringend erwünschten interdisziplinären Kraft.

Eine besonders enge Zusammenarbeit verbindet uns Chirurgen naturgemäß durch unsere täglich
Arbeit im OP mit den Kollegen der Anästhesie. Eine gute Zusammenarbeit führt hier zu einem
nachgewiesen deutlich besseren Outcome für die gemeinsamen Patienten. Exemplarisch seien hier die
Senkung der Komplikationsrate durch die Einführung gemeinsamer Checklisten oder die deutliche
Verringerung von Blutverlusten in der Leberchirurgie durch ein interdisziplinär eng abgestimmtes
Flüssigkeitsmanagement genannt. Ein „Alleingang“ wäre in der heutigen modernen Medizin
undenkbar.

Als ein unverzichtbarer Partner im klinischen Alltag hat sich natürlich auch die Pflege
herauskristallisiert. Durch neue Organisationsformen, entwickelt von Ärzten und Pflegenden –
gemeinsam und auf Augenhöhe, ist eine fortschrittliche und effiziente Krankenhausstruktur mit
zentralem Patienten-, Aufnahme- und Entlassmanagement erst möglich geworden. Ein weiteres
wichtiges Beispiel bezüglich der Partnerschaft zwischen Ärzten und Pflegenden stellt das moderne
Wundmanagement dar. Gerade im Hinblick auf die zunehmende Zahl von Infektionen mit
krankenhauspezifischen multiresistenten Keimen gilt diesem in einer chirurgischen Klinik besonderes
Augenmerk. Nur durch geregelte Aufgabenverteilung in enger Kooperation zwischen Pflegenden und
Ärzten besteht die Möglichkeit, Infektionen zu vermeiden, frühzeitig zu erkennen und optimal zu
behandeln.

Chirurgen sind nicht nur Partner ärztlicher und nicht ärztlicher Kollegen in der Klinik, sondern auch
Partner der Patienten, Partner und Teil der Wissenschaft und Forschung, aber auch Partner der
Industrie. Dies alles ist Teil intensiver Diskussionen während unseres Kongresses.

Interdisziplinarität führt aber auch zu Unklarheiten in der Kompetenzverteilung und zu unerwünschten
„Umarmungen“. Hier sei nur exemplarisch auf die Behandlung von Klappenfehlern durch
Kardiologen und Kardiochirurgen hingewiesen. Besonders in der Gefäß-, Herz- oder

Viszeral(Eingeweide)medizin darf die Chirurgie ihr klares Gesicht nicht verlieren. In täglichen „Grand Slam“-Sitzungen während des Kongresses diskutieren Referenten kontrovers über diese Fragen: Was spricht für oder gegen eine Operation bei Übergewicht oder einem Bandscheibenvorfall? Implantiert der Kardiologe oder der Herzchirurg eine neue Herzklappe und was ist bei einem verengten Hirngefäß die geeignetere Behandlung? Welcher Kontrahent die schlagkräftigeren Argumente hat, entscheidet anschließend das Publikum.

Der Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie unter dem Motto „Chirurgie in Partnerschaft“ bildet für diese und viele andere Themen ein hervorragendes Forum und ist daher für alle Chirurgen im deutschsprachigen Raum von zentraler Bedeutung.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, April 2012

Delegation ärztlicher Leistungen in der Chirurgie – Was ist sinnvoll, was gefährlich?

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

Die zunehmende Differenzierung und Spezialisierung in der Medizin führt fast zwangsläufig zur Entwicklung neuer ärztlicher wie nichtärztlicher Berufsbilder. Sie sollten in einer sich ändernden Versorgungslandschaft vor allem auch sektorübergreifende koordinierende und steuernde Funktionen übernehmen. Die Versorgung auf aktuellem wissenschaftlichem Niveau, wobei immer häufiger tradierte Fachgebietsgrenzen überschritten werden, die Nutzung komplexer Technologien und die Planung, Koordination und Kontrolle der klinischen Abläufe zwingen nicht nur zu engerer interdisziplinärer Kooperation auf ärztlicher Ebene, sondern auch erweiterter interprofessioneller Zusammenarbeit mit Aufgabenübertragungen auf nichtärztliche Berufsgruppen.

Die Europäische Vereinigung der fachärztlichen Berufsverbände UEMS hat sich bereits in ihrer Deklaration 2006/18 (Budapest Declaration) zur Wahrung der Qualität in der medizinischen Versorgung nicht nur auf eine Definition des Arztberufes (Medical Act) festgelegt, sondern sich in Anerkenntnis künftig verstärkter notwendiger Teamarbeit in besonderer Weise auch mit der Regulierung der medizinischen Versorgung auf Kollegen- und Teamebene befasst. In Deutschland haben vor allem Bestrebungen von Klinikträgern und Krankenhausleitungen, zunehmend ärztliche Leistungen von nichtärztlichem Personal erbringen zu lassen („Schwesternnarkose“), aber auch weitergehende Forderungen von Pflegeverbänden für erhebliche Unruhe gesorgt. Vor dem Hintergrund ungeklärter rechtlicher Rahmenbedingungen und Berufsankennungen, überkommener hierarchisch geprägter Rollenverteilungen, berufs- und standespolitischer Interessenvertretungen sowie einer vermehrt von ökonomischen Interessen geleiteten Aufgabenzuordnung an nichtärztliche Berufsgruppen wurde und wird bei uns so heftig über Grundsätzliches der Delegierbarkeit ärztlicher Aufgaben diskutiert, dass sinnvolle und längst nicht nur im Ausland bewährte Teamkonzepte auf der Strecke zu bleiben drohen.

Wie sieht dazu die aktuelle Rechtslage aus?

Ärztokammern und Fachgesellschaften haben immer eine klare Unterscheidung zwischen Delegation und Substitution gefordert. Bei der Delegation behält der Arzt stets die ärztliche und juristische Verantwortung für die sach- und fachgerechte Durchführung der delegierten ärztlichen Leistung in Bezug auf die angeordnete Maßnahme an sich und in Bezug auf die Auswahl und Qualifizierung des nichtärztlichen Mitarbeiters*. Substitution bedeutet dagegen das Ersetzen des Arztes durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter bei der Durchführung von Leistungen, bei denen es sich um die selbständige Ausübung von Heilkunde handelt. Die ärztliche und juristische Verantwortung für die ordnungsgemäß durchgeführte Maßnahme (Heilkunde) geht hier vom Arzt auf den nichtärztlichen Mitarbeiter über.

Vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurde am 20. Oktober 2011 eine Richtlinie zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an spezialisierte Pflegekräfte verabschiedet, die vom

Bundesgesundheitsministerium nicht beanstandet worden und damit in Kraft getreten ist. Sie ermöglicht Modellversuche mit einer Laufzeit bis zu acht Jahren für die Übertragung und damit die Substitution[ärztlicher Tätigkeiten durch Krankenpflegekräfte. Dieser Entscheidung hat sich nicht an der begrifflichen und inhaltlichen Unterscheidung von Delegation und Substitution orientiert. In der Folge haben 15 ärztliche Spitzenverbände am 22. Februar in einer Resolution zur Delegation ärztlicher Leistungen die Substitution von Leistungen klar abgelehnt.

Eine Schlüsselfrage ist: Kommt es zu einer neuen Aufgabengewichtung zwischen Arzt und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen unter Beibehaltung der derzeitigen rechtlichen Rahmenbedingungen (ärztlich geleitetes Team), oder entsteht daraus eine Kompetenzverlagerung mit neuen eigenverantwortlichen Zuständigkeiten für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe und damit auch eine neue Versorgungsebene? Die stärkere Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in Versorgungskonzepte hat nur dann eine Chance, wenn die Ärzteschaft hierzu eigene Konzepte vorlegt und Vorschläge zur Umsetzung unterbreiten kann. In der Chirurgie geht es hier vor allem um das Berufsbild Chirurgisch-Technischer Assistenten, wie sie im chirurgischen Team z.B. in den angloamerikanischen Ländern als Physician Assistant oder Surgical Care Practitioner seit vielen Jahren und mit allgemein anerkanntem Erfolg tätig sind.

Chirurgisch-Technische Assistenz als eigenes Berufsbild

In einer Studie hat das Deutsche Krankenhausinstitut 2008 eine Reihe von Vorteilen definiert, die sich aus dem Einsatz Chirurgisch-Technischer Assistenten ergeben könnten. Dazu zählen eine Arbeitsentlastung der Ärzte, ein Auffangen personeller Engpässe, eine mögliche Verbesserung der Versorgungsqualität (Prozessroutine), neue Karrieremöglichkeiten für nicht-ärztliche Berufsgruppen, eine Steigerung der Attraktivität des Arztberufes und nicht zuletzt eine Erhöhung der Arbeitszufriedenheit innerhalb der Berufsgruppen.

Demgegenüber sind als Nachteile zu diskutieren: die Gefahr vermehrter Koordinations-, Kommunikations- und Kontrollfehler mit der Entstehung neuer Schnittstellen im Gesundheitswesen sowie mögliche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und die Patientenzufriedenheit. Entscheidend ist, dass diesen Risiken durch eine entsprechende Qualifizierung sowie eine verantwortliche Auswahl und Supervision aller Teammitglieder Rechnung getragen wird. Keinerlei Akzeptanz wird es allerdings geben, wenn die Aufgabenübertragung lediglich ein Abwälzen unliebsamer Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen bedeutet. Es wäre auch völlig verfehlt, sich den neuen Berufsbildern nur unter dem Eindruck des sich gerade in der Chirurgie verstärkt abzeichnenden Ärztemangels zu öffnen oder zu glauben, dass sich durch Verlagerung von Leistungen auf niedriger entlohnte Berufsgruppen deutliche Kosteneinsparungen realisieren ließen. In Deutschland erledigen Ärzte Schwesternarbeiten, und Schwestern machen Hilfsarbeiten. Dies ist vorrangig zu korrigieren, und zwar in beide Richtungen.

Die Position der DGCH

Die DGCH hat sich mit ihren chirurgischen Fachgesellschaften schon vor fünf Jahren mit der Delegierbarkeit und Substitution ärztlicher Leistungen in der Chirurgie befasst. Einvernehmlich wurde die Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in chirurgische Behandlungsteams mit unterschiedlichen Kompetenzstufen vor allem als Chance gesehen. Ärzten vorbehalten sind in der Chirurgie Tätigkeiten, deren Erledigung (allgemein oder im Einzelfall) gerade die von einem Arzt erwarteten Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen voraussetzen. Verrichtungen, die wegen ihrer Schwierigkeit, ihrer Gefährlichkeit oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen ärztliches Fachwissen voraussetzen und deshalb vom Arzt persönlich auszuführen sind, sind nicht delegationsfähig. Nicht delegierbare, grundsätzlich delegierbare und im Einzelfall delegierbare Leistungen wurden beispielhaft aufgelistet.

Zulässigkeitsvoraussetzungen für eine Delegation sind die beim Arzt verbleibende Anordnungsbefugnis, eine gesicherte Qualifikation, aber auch die Bereitschaft des Mitarbeiters zur Übernahme und Erledigung dieser Aufgaben. Einsatzmöglichkeiten und typische Tätigkeitsfelder ergeben sich im Krankenhaus (auf Station, in den Funktionsbereichen, der Notfallambulanz und im Operationssaal), in Arztpraxen und Medizinischen Versorgungszentren, aber auch bei Behörden und in Betrieben.

Die Delegation ärztlicher Aufgaben an Chirurgisch-Technische Assistenten bedeutet keine Beeinträchtigung der chirurgischen Weiterbildung. Das wird ausdrücklich von den Ärzten bestätigt, in deren Kliniken nichtärztliches Assistenzpersonal eingesetzt ist, wie die nach einem Curriculum der Fachgesellschaft besonders qualifizierten Gefäßassistenten. Im Gegenteil: Der angehende Facharzt kann gezielt bei den Operationen eingesetzt werden, die er für seine Weiterbildung (noch) benötigt. Durch Vermeidung zeitraubender Bindung an den OP-Tisch ohne eigentlichen Bezug zur Weiterbildung lassen sich Freiräumen für Tätigkeiten außerhalb der OP-Abteilung schaffen, die sich unter Vermeidung von Überstunden in der regulären Arbeitszeit durchführen lassen. Daraus könnte auch eine Intensivierung der Arzt- Patienten-Beziehung resultieren, da der Arzt als Ansprechpartner vor Ort länger und regelmäßiger zur Verfügung steht.

Von verschiedenen Anbietern liegen Ausbildungs- beziehungsweise Weiterbildungsangebote für die neuen Berufsbilder vor. Teilweise wurden die Curricula in Abstimmung mit der DGCH entwickelt. Um einer nicht zu verkennenden Gefahr eines vordergründig wettbewerblich und nach Marketingkriterien ausgerichteten Angebotsvielfalt gegenzusteuern, sollten von der Ärzteschaft, sicher mit ganz unterschiedlichen Lösungsansätzen in den einzelnen Fachgebieten, einvernehmlich abgestimmte, mit den Verbandsvertretern der nichtärztlichen Berufsgruppen (Pflege, Physiotherapie) konsentrierte Eckpunkte definiert werden, die als Grundlage für eine allgemeine Berufsanerkennung dienen können.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, April 2012

Die digitale Unterstützung des Chirurgen in Gegenwart und Zukunft: Vorteil für alle!

Professor Dr. med. Dr. dent. Nils-Claudius Gellrich, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG); Direktor der Klinik und Poliklinik für MKG-Chirurgie an der Medizinischen Hochschule Hannover

Die dreidimensionale Bildgebung und Analyse sind seit vielen Jahren Bestandteil der mund-, kiefer- und gesichtschirurgischen Operationsplanung. Durch Weiterentwicklung der Rechnersysteme sind heutzutage nahezu keine Restriktionen mehr im Hinblick auf die Datenmengen und deren zeitliche Verarbeitung gegeben. Dadurch, dass Operationen im Bereich der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in der Regel im sichtbaren Bereich liegen, kommt der genauen Umsetzung eines Operationsplanes und der Wiederherstellung zum Beispiel fehlender oder deformierter Gesichtsanteile eine hohe Bedeutung zu, insbesondere wenn es um die originalgetreue Rekonstruktion geht.

Trotz Verbesserung der medizintechnischen Voraussetzungen und Operationstechniken gehört das Implementieren dreidimensionaler Oberflächen- und Volumeninformationen zum Erstellen von präzisen Operationsvorplanungen noch nicht zum Standard. Tatsächlich erlauben diese Informationen jedoch das komplette Unterstützen eines digitalen Workflows, der dem erfahrenen Chirurgen ein hohes Maß an Qualitätssicherung in allen Behandlungsphasen erlaubt, das heißt präoperativ im Rahmen der Planung, intraoperativ im Rahmen der Planungsumsetzung und postoperativ im Rahmen der Überprüfung des Operationsergebnisses.

Aufgabe dieser Präsentation ist es, den aktuellen Stand sowie die zukünftigen Möglichkeiten bei vollumfänglicher Nutzung der zur Verfügung stehenden dreidimensionalen Bildinformation aus unterschiedlichen Modalitäten (Gesichtsscanner, Computertomografie, Volumetomografie, Kernspintomografie) darzustellen. Es werden hierbei sowohl die in Hinblick auf die Erstellung von klar nachvollziehbaren Operationsplänen als auch in Hinblick auf die präoperative Anfertigung patientenspezifischer Implantate bis hin zu modernsten Entwicklungen des prävaskularisierten dreidimensionalen Gewebeersatzes im Patienten selber aufgezeigt.

Ohne zusätzliche Röntgenbestrahlung beziehungsweise ohne zusätzliche Invasivität erlaubt eine vollumfängliche Ausnutzung digitaler Bildinformationen einen enormen Vorteil für Patienten und Behandler, um über die gewünschte Transparenz hinaus gelebte Qualitätssicherung für den einzelnen Patienten im Hinblick auf das Erreichen eines gewünschten Operationsergebnisses zu erzielen.

Anhand von Beispielen wird der Vorteil der Sprachbarriere-unabhängigen Informationsweitergabe auch für die interdisziplinäre Zusammenarbeit der chirurgischen und mitbehandelnden Fächer dargestellt.

Literatur:

Rana M, Essig H, Eckardt AM, Tavassol F, Ruecker M, Schramm A, Gellrich NC., Advances and innovations in computer-assisted head and neck oncologic surgery, *J Craniofac Surg.* 2012 Jan;23(1):272-8.

Essig H, Rana M, Kokemueller H, von See C, Ruecker M, Tavassol F, Gellrich NC., Pre-operative planning for mandibular reconstruction - a full digital planning workflow resulting in a patient specific reconstruction, *Head Neck Oncol.* 2011 Oct 3;3:45.

Tavassol F, Kokemüller H, Müller-Tavassol C, Schramm A, Rucker M, Gellrich NC., A Quantitative Approach to Orbital Decompression in Graves' Disease Using Computer-Assisted Surgery: A Compilation of Different Techniques and Introduction of the "Temporal Cage", *J Oral Maxillofac Surg.* 2011 Jul 12. [Epub ahead of print]

Schramm A, Suarez-Cunqueiro MM, Rucker M, Kokemueller H, Bormann KH, Metzger MC, Gellrich NC., Computer-assisted therapy in orbital and mid-facial reconstructions. *Int J Med Robot.* 2009 Jun;5(2):111-24. Online im Volltext verfügbar:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/rcs.245/pdf>

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, April 2012

Aus neurochirurgischer Sicht:

Differenzierte Diagnostik und individualisierte Therapiekonzepte erhöhen die Qualität der Behandlung degenerativer Wirbelsäulenerkrankungen

Professor Dr. med. Jürgen Meixensberger, 1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC), Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Leipzig

Eine aktuelle Auswertung (28.3.2012) der Techniker Krankenkasse (TK) zeigt: Im Jahr 2006 wurden bei den TK-Versicherten über 10 600 Wirbelsäulenoperationen durchgeführt. Im Jahr 2011 waren es schon rund 19 000 Eingriffe. Bereinigt um den Zuwachs der Versicherten ist die Anzahl der operativen Eingriffe in diesem Zeitraum damit um 25 Prozent gestiegen.

In regelmäßigen Abständen finden sich in den öffentlichen Medien ähnliche Berichte, die jedoch aus klinisch-wissenschaftlicher Sicht eine differenzierte Analyse und patientenorientierte Lösungsansätze erfordern.(1) Nur eine differenzierte Bewertung der Therapiekonzepte und Therapieverfahren (konservativ/operativ) wird ermöglichen, die Behandlungsstandards in hoher Versorgungsqualität vorzuhalten und Entwicklungen – unabhängig von demografischen Faktoren und so weiter(2) zu erfassen.

Die Analyse erfordert im ersten Schritt die Betrachtung des klinischen neurologischen Beschwerdebildes (Rücken-Bein-Schmerz, neurologische Ausfälle wie Lähmungen und Gefühlsstörungen), zweitens die differenzierte Diagnostik im Hinblick auf die Ursache und drittens sich daraus abzuleitende individualisierte Therapiekonzepte. Behandlungskorridore und -empfehlungen werden hierbei durch konsensbasierte Leitlinien vorgegeben. Im Allgemeinen stellen hier isolierte Rückenschmerzen, wie auch radikuläre Schmerzsyndrome, eine Domäne zunächst konservativer Behandlungskonzepte dar.

Die Behandlung von Verschleißerkrankungen der Wirbelsäule hat hierbei in den letzten Dekaden durch die zunehmende Alterung der Bevölkerung und den Wunsch nach mehr Lebensqualität auch im Alter („der sportlich aktive Mensch“), aber auch mit der Entwicklung vieler neuer Behandlungstechniken eine stetig wachsende Bedeutung in der Neurochirurgie erfahren.

Durch die weite Verbreitung bildgebender, insbesondere kernspintomografischer Diagnostik kommt es zudem zur Darstellung des Verschleißprozesses, der die knöchernen Strukturen, die Bänder und die Bandscheiben umfassen kann, aber auch die Darstellung intraduraler Prozesse ermöglicht, die zur klinischen Symptomatik führen. Dadurch kann die Kompression der nervalen Strukturen beziehungsweise im Hals- und Brustbereich zusätzlich des Rückenmarks visualisiert werden. Unter anderem wird die Stenose des Spinalkanals häufig als Ursache für Gehbeschwerden älterer Menschen übersehen, was zu einer Einschränkung der Mobilität und damit verbunden einer Reduzierung der

Lebensqualität führt. Bei der Spinalkanalstenose kann beispielsweise das eingeeengte stenotische Segment durch verschiedene mikrochirurgische Operationsverfahren entlastet werden, die alle zu einer Vergrößerung des Innendurchmessers des Spinalkanals führen. Zu den angewandten Techniken gehören die Laminektomie, die bilaterale Fensterung und die unilaterale Fensterung mit Dekompression zur Gegenseite. Als ein Beispiel evidenzbasierter Medizin hat sich beispielsweise beim Krankheitsbild der Spinalkanalstenose der Lendenwirbelsäule gezeigt, dass die Operation die überlegene Behandlungsmethode gegenüber der konservativen Therapie ist, untermauert durch die Ergebnisse der bisher einzigen prospektiven, randomisierten, kontrollierten Studie zum Vergleich von Operation und konservativer Behandlung bei der lumbalen Spinalkanalstenose.

Neurochirurgische Eingriffe an der Wirbelsäule zeichnen sich durch die Verwendung des Operationsmikroskops und minimalinvasive, mikrochirurgische/endoskopische Techniken aus. Darüber hinaus finden bei Vorliegen einer Instabilität Stabilisierungsoperationen mit Platten-/Schraubensystemen Anwendung. Neben altersbedingten Veränderungen und Bandscheibenvorfällen umfasst das Behandlungsspektrum neurochirurgischer Operationen an der Wirbelsäule auch die Behandlung von Tumoren, Blutungen und Traumen, das heißt Verletzungen am Rückenmark und an der Wirbelsäule, die insbesondere aufgrund der ausgesprochen schlechten Regenerationsfähigkeit des Rückenmarks eine besondere Herausforderung darstellen.

(1)Epstein N, Hood DC: „Unnecessary“ spinal surgery: A prospective 1-year study of one surgeon's experience. *Surg Neurol Int* 2011;2:83.

(2)Konnopka A, Heinrich S, Zieger M, Lupp M, Riedel-Heller SG, Meisel HJ, Günther L, Meixensberger J, König HH: Effects of psychiatric comorbidity on costs in patients undergoing disc surgery: a cross-sectional study. *Spine J.* 2011 Jul;11(7):601-9. Epub 2011 May 6.

(3)Weinstein JN, et al.: Surgical versus nonsurgical therapy for lumbar spinal stenosis. *N Engl J Med.* 2008;358:794-810.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, April 2012

Kardiologen oder Herzchirurgen: Wer operiert zukünftig am Herzen?

Professor Dr. med. Friedrich Wilhelm Mohr

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG);

Direktor der Klinik für Herzchirurgie am Herzzentrum der Universität Leipzig

Angesichts neuer Behandlungsformen für Herzerkrankungen, beispielsweise die Katheter-gestützten Herzklappen-Implantationen, und dem gleichzeitigen Rückgang der koronaren Bypass-Operationen könnte der Eindruck entstehen, dass die Kardiologen den Herzchirurgen ersetzen könnten. Bei genauerem Hinsehen zeigt sich jedoch, dass dieser Eindruck nicht ganz richtig beziehungsweise falsch ist: Zum einen liegt die Zahl der herzchirurgischen Eingriffe seit Jahren konstant bei rund 100 000 im Jahr. Zum anderen zeigen kontrollierte Studien immer wieder die Überlegenheit herzchirurgischer Eingriffe im mittel- und langfristigen Verlauf gegenüber konkurrierenden interventionellen Behandlungsformen.

Und doch hat sich das Umfeld in der „Herzmedizin“ in den letzten Jahren deutlich verändert und wird sich weiter wandeln: Waren 1994 beispielsweise nur knapp 25 Prozent der Patienten, die sich einer Herzoperation unterziehen mussten, älter als 69 Jahre, sind es 2011 bereits nahezu 54 Prozent. Grund für diesen Unterschied ist einerseits die „demografische Entwicklung“ der Bevölkerungsstruktur und die ständige Weiterentwicklung der herzchirurgischen Verfahren in Kombination mit Innovationen und Fortschritten. Somit können heutzutage auch ältere Patienten mit zahlreichen – oft altersbedingten – Begleiterkrankungen mit schonenderen herzchirurgischen Eingriffen erfolgreich behandelt werden.

Entscheidend ist jedoch, dass für jeden Patienten individuell die für ihn am besten geeignete Behandlung in enger Zusammenarbeit von Herzchirurgen und Kardiologen – also in einem „Herzteam“ – festgelegt werden sollte. Beispielsweise sollten heutzutage die kathetergeführten Aortenklappenimplantationen gemeinsam von Herzchirurgen und Kardiologen, bestenfalls im sogenannten Hybrid-Operationssaal, durchgeführt werden. Ein derartiges Herzteam ist aber auch gefragt, wenn bei Verengungen der Herzkranzgefäße die bestmögliche Therapieoption für den Patienten zum Einsatz kommen sollte – sei es medikamentös, interventionell oder herzchirurgisch.

Ein weiterer Teil der Behandlungen setzt spezialisierte Expertise von Herzchirurgen voraus. Ein Beispiel ist der Einsatz beziehungsweise die Durchführung minimalinvasiver Operationsmethoden, die einer zusätzlichen Qualifikation bedürfen.

Auch in Zukunft werden also Herzchirurgen und Kardiologen Patienten mit Herzerkrankungen behandeln. Die Anforderungen an die Ärztinnen und Ärzte beider Disziplinen werden zu einer weiteren Differenzierung führen: Einerseits wird es weitere Spezialisierungen im herzchirurgischen beziehungsweise kardiologischen Fachgebiet geben. Andererseits müssen Herzchirurgen und Kardiologen ausgebildet werden, die über die Grenzen des eigenen Fachgebiets hinaus die Arbeit des

jeweils anderen noch detaillierter verstehen beziehungsweise kennenlernen müssen, um zunehmend Behandlungen gemeinsam als „Herzteam“ durchführen zu können. Infolge dieser Herausforderungen wird die DGTHG für angehende Herzchirurgen spezielle Lerneinheiten zu den Themen „Kathetergestützte Verfahren“ und „Bildgebung“ (Ultraschall/MRT-Einsatz) anbieten.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, April 2012



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie mit derzeit 6.600 Mitgliedern wurde 1872 in Berlin gegründet. Sie gehört damit im 140. 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 rd. 17.500 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 aller wissenschaftlich-chirurgischen Fachgesellschaften sowie des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen und repräsentiert auch in dieser räumlichen Vereinigung die große Gemeinschaft aller Chirurgen.

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

Prof. Dr. med. Hartwig Bauer
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. Markus W. Bächler
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH);
Ärztlicher Direktor der Abteilung für Allgemeine, Viszerale und
Transplantationschirurgie der Universitätsklinik Heidelberg

* 1955



Beruflicher Werdegang:

Professor Dr. med. Markus W. Bächler ist Geschäftsführender Direktor der Chirurgischen Klinik und gleichzeitig Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg.

Er wurde 1955 in Saarlouis geboren und wuchs in Dillingen und Sasbach auf. Sein Medizinstudium absolvierte Professor Bächler von 1974 bis 1980 an der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg und der Freien Universität Berlin. Im Jahr 1980 erhielt Professor Bächler seine Approbation als Arzt und im gleichen Jahr promovierte er. Seine chirurgische Weiterbildung begann Professor Bächler 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 Bächler zum Leitenden Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik in Ulm ernannt.

Im Jahr 1993 nahm Professor Bächler 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 Bächler ebenfalls Chefarzt der Abteilung Chirurgie des Krankenhauses Salem in Heidelberg und zusätzlich seit 2009 Chefarzt der Abteilung Chirurgie des Kreiskrankenhauses Sinsheim.

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

*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, von 1993 bis 2010 Schriftführer
- 1996/1997 Präsident und seit 2003 Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Preise und Ehrungen:

- 1975 Otto-Goetze-Preis
- 1978 Johann-Nepomuk-Nussbaum-Preis der Vereinigung Bayerischer Chirurgen
- 1999 Deutscher Innovationspreis „Medizin und Gesundheit“ des Hauptstadtkongresses Berlin, 2000 Jubiläumspreis (Rudolf-Zenker-Preis) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 2001 Richard von Volkmann-Medaille der Vereinigung Mitteldeutscher Chirurgen, 2008 Von-der-Porten-Medaille des Berufsverbandes der Deutschen Anästhesisten

- 2011 Max Lebsche-Medaille der Vereinigung Bayerischer Chirurgen
- Ehrenmitglied der Vereinigung Bayerischer Chirurgen, der Mittelrheischen Chirurgenvereinigung, der Königlichen Gesellschaft für Medizin und Chirurgie von Granada, der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie und der Polnischen Gesellschaft für Chirurgie
- 2006 Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dr. med. dent. Nils-Claudius Gellrich
Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie (DGMKG); Direktor der Klinik und Poliklinik für
MKG-Chirurgie an der Medizinischen Hochschule Hannover

*1963



Beruflicher Werdegang:

Studium:

- | | |
|---------------|---|
| 1982 | Studium der Zahnmedizin und Medizin an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel mit Studienabschnitten im Ausland |
| 1983–1989 | Stipendiat der Studienstiftung des Deutschen Volkes |
| 1988 | Approbation als Zahnarzt |
| 1989 | Vorläufige Approbation als Arzt |
| 1991 | Approbation als Arzt |
| 1991 | Promotion zum Dr. med. |
| 1992 | Promotion zum Dr. med. dent. |
| 1990–1993 | Weiterbildung zum Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie an der Ruhr-Universität Bochum |
| 1/1994 | Anerkennung als Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie |
| 1/1996–3/1997 | Oberarzt in der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Ruhr-Universität Bochum |
| 7/1996 | Anerkennung der Zusatzbezeichnung „Plastische Operationen“ |
| 4/1997–9/2004 | Leitender Oberarzt und Stellvertreter des Ärztlichen Direktors der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg |
| 2001 | Anerkennung der Gebietsbezeichnung „Zahnarzt, Oralchirurg“ |
| Seit 10/2004 | Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover |
| 2009 | Oberfeldarzt der Reserve der Deutschen Bundeswehr |

Wissenschaftlicher Werdegang:

- 1994–1995 Forschungsstipendium in der Abteilung für Neurophysiologie der Ruhr-Universität Bochum
- 1995–1998 DFG-Forschungsprojekt 820-2/1, Antragsteller, im Forschungsbereich Neuroprotektion am Modell traumatischer Sehnervläsionen
- 06/1996 Habilitation für das Fach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
„Histomorphologische und elektrophysiologische Untersuchung zur traumatischen Sehnervschädigung“
- 07/2001 Ernennung zum „Außerplanmäßigen Professor“ an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
- 2003–2005 DFG-Projekt GE 820/6-1, Antragsteller, „Untersuchungen zum Osteoblastenwachstum auf biodegradierbaren, 3D-geplotteten, vitalisierten Trägermatrizes in Kalottendefekten“
- 2000–2004 Listenplätze im Bewerbungsverfahren für Lehrstühle für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie: Bochum (tertio loco), Basel (secundo loco), Kiel (secundo loco), Regensburg (secundo loco), Frankfurt a.M. (primo loco), Hannover (primo loco)
- 01/2004 Ruf auf die C4-Professur für Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie der Johann-Wolfgang-Goethe Universität Frankfurt a.M.
- 10/2004 Berufung auf die W3-Professur für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie an der Medizinischen Hochschule Hannover
- 2005 Forschungsförderung der Volkswagen-Stiftung
- 2005 DFG-Projekt 1224-1/1, Mitantagsteller im Forschungsbereich Tissue Engineering
- 2007 AO Research Grant F-07-58K, Mitantagsteller, „Prefabrication of vascularized bone grafts in the latissimus dorsi muscle in sheep for reconstruction of large segmental bone defects by using Chronos®-scaffolds“
- 2009 AOCMF-Grant C-09-4E, Mitantagsteller, „Multimodal virtual model for computer-assisted complex reconstruction of the midfacial deformities“
- 2010 AOCMF-Grant C-10-17R, Mitantagsteller, „Imaging and Planning in Surgery“
- 2011 DFG-Projekt Ge 820/8-1, Antragsteller, „Entwicklung prävitalisierter metallischer Hybrid-Implantate mit Biopolymerbeschichtung zur biologisch adäquaten patientenspezifischen Rekonstruktion von Gesichtsschädeldefekten“

2011 CORTISS- und Wille-Stiftung, „Präfabrikation kombinierter Hart- und Weichgewebstransplantate aus modular zusammengesetzten, axial vaskularisierten und osteogen besiedelten β -Trikalziumphosphat-Hohlzylindern mit individuell angulierter Konfiguration zur Thoraxwandrekonstruktion im Schafmodell“

Forschungsschwerpunkte:

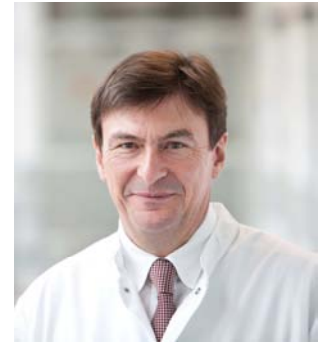
- Komplexe rekonstruktive Chirurgie des Gesichtsschädels
- Gewebeersatz und -regeneration
- Tissue Engineering
- Patientenspezifische Implantate
- Computer-assistierte Planung und Chirurgie
- Multimodale Bildanalyse
- Intraoperative Navigation
- Neuroprotektion und -regeneration

Auszeichnungen:

- Hans-Pichler-Preis 2000 der Österreichischen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Posterpreis 2003 der Deutschen Gesellschaft für Schädelbasischirurgie
- Preisträger 2004 des DÖSAK (Deutsch-Österreichisch-Schweizerischer Arbeitskreis für Tumoren im Kiefer- und Gesichtsbereich)

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Jürgen Meixensberger
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC);
Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie,
Universitätsklinikum Leipzig



Beruflicher Werdegang:

1976–1982	Medizinstudium, Approbation an der Julius-Maximilians-Universität, Würzburg
1983–1990	Arzt in Weiterbildung, Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Julius-Maximilians-Universität, Würzburg
1990–1995	Oberarzt, Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Julius-Maximilians- Universität, Würzburg
1993/94	Habilitation und Venia Legendi Fachgebiet Neurochirurgie
1996–2001	Leitender Oberarzt, Vertreter des Klinikdirektors
1998–2001	Professor für Neurochirurgie „Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Julius-Maximilians-Universität, Würzburg
Seit 2001	Professor für Neurochirurgie und Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum, Leipzig
Seit 2005	Geschäftsführender Direktor des „Innovation Center Computer-assisted Surgery“
2005–2008	Dekan der Medizinischen Fakultät, Universität Leipzig
Seit 2010	1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie, Mitglied in weiteren wissenschaftlichen Fachgesellschaften

Klinische Schwerpunkte:

- Schädelbasis- und Hirntumorchirurgie
- neurovaskuläre Erkrankungen
- spinale Neurochirurgie
- computerassistierte Chirurgie
- Neuromonitoring
- neurochirurgische Intensivmedizin

Publikationen:

Zahlreiche Publikationen/Bücher und Vorträge zu neurochirurgisch relevanten Themen auf dem Gebiet der computerassistierten Chirurgie, Weiterentwicklung bildgestützter Operations- und Trainingsverfahren, der Neuroonkologie, des Neuromonitorings und der neurochirurgischen Intensivtherapie.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Friedrich Wilhelm Mohr
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und
Gefäßchirurgie (DGTHG), Direktor der Klinik für Herzchirurgie
am Herzzentrum der Universität Leipzig

* 1951



Beruflicher Werdegang:

Medizinstudium

- 1972–1974 Freie Universität Berlin, West Berlin
- 1974 Physikum an der FU Berlin
- 1974–1978 Friedrich-Wilhelms Universität Bonn
- 1976 University of New South Wales, Sydney, Australien
- 1977–1978 Praktisches Jahr an der Universität Bonn
- 1978 Staatsexamen und Approbation

- 1978–1981 Assistenzarzt an der Universitätsklinik für Herz- und Gefäßchirurgie Bonn
- 1980 Promotion
- 1981–1984 Chirurgischer Assistenzarzt St. Josefs-Hospital, Troisdorf
- 1984 Facharzt für Allgemein Chirurgie
- 1984–1985 Assistenzarzt an der Universitätsklinik für Herz- und Gefäßchirurgie Bonn
- 1985 Oberarzt an der Universitätsklinik für Herz- und Gefäßchirurgie Bonn
- 1986 Facharzt für Gefäßchirurgie
- 1986–1987 „Research Fellow“ an der Abteilung für Kardiologie und Herz- und Gefäßchirurgie,
Cedars-Sinai Medical Center, UCLA School of Medicine, Los Angeles, USA
- 1988 Oberarzt an der Universitätsklinik für Herz- und Gefäßchirurgie Bonn
- 1988 Habilitation
- 1989 Facharzt für Thorax- und Kardiovaskularchirurgie
- 1989 Weiterbildungsermächtigung für das Teilgebiet Gefäßchirurgie
Universitätsklinik Bonn durch die Ärztekammer Nordrhein Leitender Oberarzt der
Universitätsklinik für Herz- und Gefäßchirurgie Bonn und Stellvertreter des
Klinikdirektors

- 1.9.1990 C3-Professur auf Lebenszeit für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, Georg August
Universität Göttingen
Stellvertreter des Klinikdirektors
Weiterbildungsermächtigung für das Teilgebiet Gefäßchirurgie Ärztekammer
Niedersachsen in Göttingen
- 1.10.1994 C4-Professur für Herzchirurgie Universität Leipzig, Ärztlicher Direktor der Klinik am
Herzzentrum Leipzig

Stipendien:

- 1976 Stipendium des „Deutschen Akademischen Austauschdiensts“
1986–1987 „Deutsche Forschungsgemeinschaft“ Mo 221/1–1 zum Aufenthalt in den USA

Forschungsförderung:

Sonderforschungsbereich Organprotektion Göttingen

Präsidenschaften und Direktionen:

- Präsident: Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie
Tagungspräsident: Deutsche Gesellschaft für Kardiologie 2010
Ehemaliger Präsident: Society for Heart Valve Disease (SHVD) – 2007 bis 2009
International Director: Society of Thoracic Surgeons (STS)

Preise und Auszeichnungen:

- Bundesverdienstkreuz 1. Klasse (September 2010)
- Doctor Honoris Causa de la Universidad de Marón, Argentina (2010)
- Ethica Award, EuroPCR Barcelona (2008)
- Franz-Loogen-Preis (2008)

Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)
- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK)
- International Society of Surgery
- German Transplant Society (DTG)
- European Society of Cardiothoracic Surgery (EACTS)
- European Society of Cardiology
- American Association of Thoracic Surgery (AATS)
- American Society of Thoracic Surgeons (STS)
- Society for Heart Valve Disease (SHVD)

- International Society for Minimally Invasive Cardiac Surgery (ISMICS)
- Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina
- Ehrenmitglied Australian Society of CTS Surgery
- Ehrenmitglied Scandinavian Society of CTS Surgery
- Ehrenmitglied Society for Cardiothoracic Surgery in Great Britain and Ireland
- Ehrenmitglied: Sociedad Argentina de Cardiología

Gutachtertätigkeiten:

- Gutachter der Deutschen Forschungsgemeinschaft
- EU-Gutachter des BMBF

Sonstiges:

- Principal Investigator SYNTAX-Trial
- Wissenschaftlicher Beirat: Deutsche Herzstiftung

Editorial Board:

- The Thoracic and Cardiovascular Surgeon
- Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie

International Advisory Board:

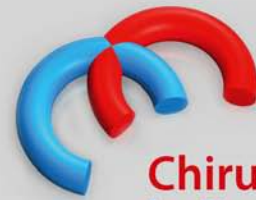
Asian Annals

Reviewer:

- Circulation Journal
- European Heart Journal
- European Journal of Cardio-Thoracic Surgery
- Heart (formerly British Heart Journal)
- Journal of Cardiothoracic Surgery
- Journal: Clinical Research in Cardiology
- Journal: The Annals of Thoracic Surgery
- Journal: The Thoracic and Cardiovascular Surgeon

Komitees:

- STS (New Technology)
- EACTS (Techno College)



Donnerstag, 26. April 2012, 11.30 bis 12.30 Uhr

Raum 42, ICC – Internationales Congress Centrum Berlin, Messiegelände – Eingang:
Kleiner Stern

Thementag: Perioperative und Intensivmedizin

Ihre Themen und Referenten

Schmerzmanagement, Ernährung und Wundversorgung:

Thementag: Perioperative und Intensivmedizin

Professor Dr. med. Markus W. Büchler
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH);
Ärztlicher Direktor der Abteilung für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie der
Universitätsklinik Heidelberg

Magen, Darm- und Speiseröhrenkrebs:

Der schmale Grat zwischen wichtigem Organerhalt und effizienter Krebstherapie

Professor Dr. med. Michael Betzler
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Klinik
für Allgemeine, Unfall- und Gefäßchirurgie, Alfried Krupp Krankenhaus Essen

Immer mehr Risikofreudige und Ältere, die sich wagen:

Schwere Verletzungen bei Risikosportarten zu Lande, zu Wasser und in der Luft

Professor Dr. med. Christoph Josten
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU); Direktor der Klinik und
Poliklinik für Unfall-, Wiederherstellungs- und Plastische Chirurgie am Universitätsklinikum
Leipzig

Verschluss der Beinschlagader, Gefäßengstellen oder Aneurysmen:

Wann ist der Katheter-Eingriff an Gefäßen die bessere Wahl?

Professor Dr. med. Werner Lang
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG);
Leiter der Gefäßchirurgischen Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen

Fehlerhafte Medizinprodukte und übersteigerte Patientenerwartungen –

Die Grenzen der ästhetischen Chirurgie

Professor Dr. med. Peter M. Vogt
Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen
Chirurgen (DGPRÄC); Direktor der Klinik und Poliklinik für Plastische, Hand- und
Wiederherstellungschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover

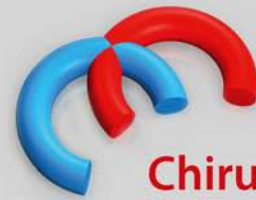
Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Anne-Katrin Döbler, Christine Schoner, Christina Seddig
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-573
Telefax: 0711 8931-167
E-Mail: schoner@medizinkommunikation.org;
www.chirurgie2012.de, www.dgch.de

Pressekontakt in Berlin:

Pressebüro Raum 50, ICC Berlin
Tel.: 030 /3038 - 7550
Fax: 030/3038 -81013





Freitag, 27. April 2012, 11.30 bis 12.30 Uhr

Raum 42, ICC – Internationales Congress Centrum Berlin, Messegelände

Thementag: Organisation und Management

Patientengerechte und moderne Klinikführung, Arzt-Patienten-Kommunikation:

Thementag: Organisation und Management

Professor Dr. med. Markus W. Büchler

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH);

Ärztlicher Direktor der Abteilung für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie der
Universitätsklinik Heidelberg

Patientensicherheit ist Chefsache

Die zentrale Bedeutung einer gelebten Sicherheitskultur in der Chirurgie

Professor Dr. med. Hartwig Bauer

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

Fehlbildungen an Lunge und Speiseröhre bei Säuglingen

Neue Behandlungskonzepte in der Früh- und Neugeborenenchirurgie

Professor Dr. med. Jörg Fuchs

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH); Ärztlicher Direktor der
Kinderchirurgischen Klinik, Universität Tübingen

Ökonomischer Druck in der Chirurgie:

Wird vor allem zum Wohle des Krankenhauses operiert?

Professor Dr. med. Joachim Jähne

3. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie DGCH, Chefarzt der Klinik für
Allgemein- und Viszeralchirurgie, Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung, Hannover

Pflege auf Augenhöhe:

Neue Anforderungen an das Pflegepersonal von Morgen

Gisela Müller

Leiterin des Pflegedienstes, Chirurgische Klinik und Klinik für Anästhesiologie,
Universitätsklinikum Heidelberg

und

Edgar Reisch

Pflegedirektor und Mitglied des Vorstandes des Universitätsklinikums Heidelberg

Der Schnitt ist immer gleich –

Müssen Frauen und Männer unterschiedlich operiert werden?

Professor Dr. med. Beate Rau

Sprecherin der AG Genderforschung der DGVS und DGAV, Oberärztin an der Klinik für
Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie, Charité-Universitätsmedizin Campus Mitte

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Anne-Katrin Döbler, Christine Schoner, Christina Seddig

Telefon: 0711 8931-573

Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: schoner@medizinkommunikation.org;

Pressekontakt in Berlin:

Pressebüro Raum 50, ICC Berlin

Tel.: 030 /3038 - 7550

Fax: 030/3038 -81013



