



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
129. Kongress

24. – 27. April 2012 ICC-Berlin



**Chirurgie
in Partnerschaft**

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

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

Termin: Donnerstag, 26. April 2012, 11.30 bis 12.30 Uhr

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

Thementag: Perioperative und Intensivmedizin

Themen und Referenten:

Schmerzmanagement, Ernährung und Wundversorgung:

Thementag: Perioperative und Intensivmedizin

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

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), Chefarzt der
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





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
129. Kongress

24. – 27. April 2012 ICC-Berlin



**Chirurgie
in Partnerschaft**

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

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

Termin: Donnerstag, 26. April 2012, 11.30 bis 12.30 Uhr

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

Thementag: Perioperative und Intensivmedizin

Inhalt:

Pressemeldung: Verschluss der Beinschlagader oder Aneurysmen:
**Katheter können Operationen in der Gefäßchirurgie nicht
immer ersetzen**

Redemanuskripte: Professor Dr. med. Markus W. Bächler

Professor Dr. med. Michael Betzler

Professor Dr. med. Christoph Josten

Professor Dr. med. Werner Lang

Professor Dr. med. Peter M. Vogt

Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Curriculum Vitae der Referenten

Übersicht Freitags-Presskonferenz 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

Verschluss der Beinschlagader oder Aneurysmen: Katheter können Operation in der Gefäßchirurgie nicht immer ersetzen

Berlin, 26. April 2012 – Ob Hirnarterie, Hauptschlagader oder Beingefäße: Ärzte können heute mit Kathetern auch die entlegensten Blutgefäße auf schonende Weise sondieren und Engstellen mit einer Gefäßstütze offen halten. Die früheren offenen Operationen an den Blutgefäßen lassen sich durch die neuen sogenannten endovaskulären Eingriffe jedoch nicht vollständig ersetzen, betont ein Gefäßchirurg auf dem 129. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin. Die operative Wiederherstellung an Beinarterien zeige beispielweise in der Langzeitbeobachtung deutlich bessere Ergebnisse als mit Kathetertechnik.

Die Haupteinsatzgebiete der Kathetereingriffe sind Aneurysmen und Gefäßstenosen. Aneurysmen sind Aussackungen der Blutgefäße. In der Brust- und Bauchschlagader können sie lebensgefährliche Blutungen verursachen. Ein Stent, eine röhrenförmige Gefäßprothese, verhindert dies, indem er den geschädigten Gefäßabschnitt überbrückt. Gefäßstenosen dagegen sind Engstellen von Blutgefäßen. Sie treten häufig in den Beinarterien, etwa beim Raucherbein, auf. Mit der Dehnung mittels Katheter und der Einlage eines Stents versuchen Gefäßchirurgen, die Durchblutung zu verbessern.

„Kathetertechniken können Behandlungen, die vor Jahren ausschließlich operativ durchgeführt wurden, heute ganz oder teilweise ersetzen“, sagt Professor Dr. med. Werner Lang, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG). „Viele Eingriffe zur Wiederherstellung der Gefäßstrombahn werden inzwischen ausschließlich endovaskulär durchgeführt.“ Dadurch lassen sich die Eingriffe schonend und mit minimalen Verletzungen an Haut und Weichteilen durchführen.

Doch den Verfahren sind Grenzen gesetzt. Nicht alle Aneurysmen können nach Auskunft des Experten mit einem Stent versorgt werden. Und vor allem bei längerstreckigen Verengungen, zum Beispiel in der Beinarterie, kann es mit dem Katheter relativ häufig zu erneuten Engstellen kommen, was wiederum einen weiteren



Präsident 2011/12:

Prof. Dr. Markus W. Bächler

Eingriff erfordert. Denn die Katheterverfahren regen mitunter die Gefäßneubildung an. In diesen Fällen ist dann eine Standardoperation erfolgreicher. Bei Aneurysmen werden wie früher Gefäße durch Kunststoffprothesen ersetzt. Bei Stenosen werden die Gefäßverkalkungen ausgeschält oder Umgehungskreisläufe, sogenannte Bypässe, angelegt.

Diese Operationen führen Chirurgen nach wie vor „offen“ durch. „Die Schlüsselloch-Operation hat sich anders als in der Bauchchirurgie in der Gefäßchirurgie nie richtig durchgesetzt“, berichtet Professor Lang, Leiter der Gefäßchirurgischen Abteilung am Universitätsklinikum Erlangen. Technische Besonderheiten und die meist langen Operationszeiten sprächen gegen die minimal-invasiven Eingriffe. Eine Möglichkeit zur schonenderen Operation seien jedoch Hybrideingriffe. Dabei sondieren die Chirurgen von innen die Schwachstelle der Arterie, während sie gleichzeitig von außen das Blutgefäß reparieren. Professor Lang: „Die Gefäßchirurgie sieht ihre Rolle in der Auswahl der optimalen Behandlung für den einzelnen Patienten. Dies kann, muss aber nicht immer eine Katheterbehandlung sein.“

Kongresssitzungen zum Thema:

Grand Slam: Eingriffe am Herzen oder Gefäßsystem

Mittwoch, 25. April 2012, 13.00 bis 14.30 Uhr, Saal 3, ICC Berlin

Die Carotis Stenose – Ein interdisziplinäres Spannungsfeld

25. April 2012, 14.30 bis 16.00 Uhr, Saal 7, ICC Berlin

Komplexe Aortenaneurysmen – Was bleibt für die offene Chirurgie?

26. April 2012, 14.00 bis 15.30 Uhr, Saal 7, ICC Berlin

Periphere Aneurysmata

26. April 2012, 16.00 bis 17.30 Uhr, Saal 7, ICC Berlin

Thementage:

- **Forschung und Studien**
Dienstag, 24. April 2012, ICC Berlin
- **Chirurgie in Partnerschaft**
Mittwoch, 25. April 2012, ICC Berlin





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
129. Kongress

24. – 27. April 2012 ICC-Berlin



**Chirurgie
in Partnerschaft**

- **Perioperative und Intensivmedizin**
Donnerstag, 26. April 2012, , ICC Berlin
- **Organisation und Management**
Freitag, 27. April 2012, ICC Berlin

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



Den ganzen Patienten im Blick – gute Chirurgie geht über das Operieren hinaus

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

Zahlreiche jüngere Errungenschaften in der Chirurgie betreffen Maßnahmen, die außerhalb des Operationssaals stattfinden, die sogenannte perioperative Medizin. Chirurgen und Chirurgen sehen ihr Hauptbetätigungsfeld jedoch heute mehr denn je in der operativen Tätigkeit, wie Studien zeigen – zunehmend werden ursprünglich chirurgische Aufgaben an andere Fachdisziplinen oder nicht-ärztliches Personal abgegeben. Unterzieht sich ein Patient einer Operation, hängt der Erfolg der Behandlung von einer Vielzahl Faktoren, nicht allein dem eigentlichen Eingriff, ab. Patienten profitieren dabei entscheidend von der optimalen Vernetzung aller an ihrer Versorgung Beteiligten. Vor diesem Hintergrund rücken wir das Thema „Chirurgie in Partnerschaft“ auf dem diesjährigen Chirurgenkongress ins Rampenlicht.

Bereits die sogenannte prästationäre Phase, in der der Patient über alle zum Eingriff gehörenden Maßnahmen aufgeklärt wird, diese an den einzelnen Patienten angepasst werden und er seine schriftliche Zustimmung gibt, ist mit entscheidend für den Operationserfolg. Risiken aufgrund von Vorerkrankungen müssen abgewogen und in vielen Fällen vor einer anstehenden Operation erst minimiert werden. Beispielsweise ist es in vielen Fällen möglich, das Herzinfarktrisiko während der Operation zu senken, indem eine bestehende Therapie bei koronarer Herzkrankheit präoperativ optimiert wird. „Fast Track Chirurgie“, ein Maßnahmenkatalog, der sich in klinischen Studien bereits bewährt hat und einen schnellstmöglichen komplikationslosen Verlauf nach einer Operation sicherstellen soll, setzt sich als Konzept auch in Deutschland zunehmend durch. Die Weichen hierfür werden bereits vor der Operation gestellt durch fundierte Indikationsstellung, Optimierung des körperlichen Zustands und Einbeziehung sowie Aufklärung des Patienten.

Neuerungen im Operationssaal betreffen – abgesehen von speziellen technischen Weiterentwicklungen – vor allen Dingen die allgemeine Patientensicherheit. So haben sich vielerorts Checklisten etabliert, die helfen, Behandlungsfehler zu reduzieren. Die von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie herausgegebene „Chirurgische Sicherheits-Checkliste“ lehnt sich an einen Vorschlag der WHO an und schützt beispielsweise vor Patienten- und Seitenverwechslungen; sämtliches bei der Operation anwesende Personal wird dabei miteinbezogen.

Nach größeren chirurgischen Eingriffen oder bei komplikationsbehaftetem Verlauf hat auch die intensivmedizinische Behandlung entscheidenden Einfluss auf die rasche Genesung der Patienten und den Operationserfolg. Mit der zunehmenden Verbreitung von spezialisierten Wachstationen, sogenannten „intermediate care units“, die als Bindeglieder zwischen den Normalstationen im Krankenhaus und der Intensivstation fungieren, kann auf die konkreten Therapiebedürfnisse des

einzelnen Patienten immer besser eingegangen werden. So können Patienten, die eine aufwändige Infusionstherapie erhalten aber nicht beatmet werden müssen, differenziert betreut werden. Aktuelle Zahlen zeigen jedoch weltweit einen Trend, der auch an Deutschland nicht vorbeigeht: Chirurginnen sind immer weniger an der intensivmedizinischen Therapie ihrer Patienten beteiligt. Patienten profitieren in Studien allerdings am meisten von einem Behandlungsteam, das ebenso aus speziellen Intensivmedizinern wie aus operativ tätigen Chirurgen besteht. Die chirurgische Expertise ist bei kritisch kranken operierten Patienten besonders gefragt, um Komplikationen rechtzeitig zu erkennen und sie adäquat behandeln zu können.

Während des postoperativen Aufenthalts werden ärztliche und pflegerische Expertise verknüpft, um Ernährungspläne und eventuell Wundbehandlungskonzepte auf den einzelnen Patienten angepasst zu erstellen. Beispielsweise erfordern Bauchspeicheldrüseneingriffe eine Schulung des Patienten zu Essgewohnheiten und Selbsteinstellung mit Verdauungsenzymen, die häufig substituiert werden müssen. Auch Wundheilungsstörungen, die postoperativ auftreten können, müssen auf koordinierte Weise von Klinikärzten, Pflegenden im Krankenhaus sowie in Pflegediensten und von Hausärzten behandelt werden, um die Lebensqualität und Gesundheit des Patienten zu erhalten. Beachtung finden muss ebenso ein ausgeklügeltes Schmerztherapiekonzept, denn jeder operative Eingriff ruft Schmerzen hervor, die von Beginn an wirksam unterbunden sein müssen. In vielen Kliniken gibt es zu diesem Zweck bereits spezialisierte Akutschmerzdienste, die postoperativ Patienten zusammen mit den behandelnden Chirurgen betreuen.

Spitzenmedizin bedeutet, zunehmend älteren Patienten mit einer Vielzahl Krankheiten auch aufwändige Operationen zukommen lassen zu können – und dann möglicherweise auftretende Komplikationen sicher zu beherrschen. Die Chirurgie sollte ihre Kompetenz in den perioperativen Bereichen ihres Faches im Sinne der Interdisziplinarität und des Patientenwohls weiterhin ungebrochen einbringen.

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

Onkologische Chirurgie zwischen Radikalität und Minimalität

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

Die Spannweite des chirurgisch-operativen Beitrags zur Heilung einer malignen Organerkrankung ist groß. Chirurgisch-interventionelle Therapiemaßnahmen sind integriert in eine differenzierte Diagnostik und moderne interdisziplinäre Therapiekonzepte. Vor dem Hintergrund der Möglichkeiten, die sich heute durch verbesserte molekulare Diagnostik und dementsprechend spezifische Therapeutika („personalisierte Onkologie“) ergeben, ist eine ausschließlich auf histologische Charakteristika basierende Klassifikation bösartiger Erkrankungen nicht mehr ausreichend. Zukünftig muss das Vorhandensein oder Fehlen genetischer Veränderungen ein zentrales diagnostisches Kriterium für die Patientenselektion und -stratifizierung innerhalb klinischer Prüfungen darstellen. Die optimierte Umsetzung solcher translationaler Projekte setzt eine enge Zusammenarbeit wissenschaftlich und klinisch orientierter Mitarbeiter voraus. Aktuell lässt sich feststellen, dass vergleichsweise unspezifische, systemische Therapieansätze wie Chemotherapien zunehmend durch zielgerichtete Substanzen ergänzt werden, die zuvor etablierte systemische Chemotherapien bei einzelnen Erkrankungen sogar verdrängt haben.

Unabhängig von nichtoperativen Zusatztherapien stellt die operative Entfernung des Primärtumors durch adäquate Resektionstechniken weiterhin den entscheidenden Behandlungsschritt bei kurativer Zielsetzung dar. Dabei kommt es bei einer sogenannten R0-Resektion (kein verbliebener Tumorrest) in spezifischen Situationen darauf an, eine operative Mitentfernung von Nachbarstrukturen vorzunehmen – zusätzlich zu der Ausräumung des jeweiligen Lymphabflussgebiets des Tumors. Neben der Resektion von tumorbehafteten Organen stellen die jeweiligen Rekonstruktionstechniken zur Wiedererlangung der Lebensqualität bei dem Patienten eine weitere Herausforderung dar (beispielsweise nach Speiseröhren-, Magen und Mastdarmentfernung).

Ausdruck der Minimalisierung bezieht sich einerseits auf das Operationstrauma und andererseits auf die Resektionstechnik. Eine zunehmende Anzahl onkologischer Operationen kann heute nachweislich ohne Beeinträchtigung der Prognose durch minimalinvasive/laparoskopisch-assistierte Operationen vorgenommen werden. Sogenannte Frühkarzinome am oberen Gastrointestinaltrakt (Speiseröhre und Magen) sowie im Mastdarm können durch organerhaltende endoskopische Techniken reseziert werden (endoskopische Submukosadisektion/ESD beziehungsweise Disc-Excision).

Da onkologische Behandlungsergebnisse naheliegenderweise eine Abhängigkeit vom Tumorstadium besitzen, gewinnt ein sinnvolles Früherkennungsprogramm, speziell bei Risikogruppen, zunehmende Bedeutung. Dies gilt gerade und besonders für die Darmkrebserkrankungen, für die sich ein Vorsorge-

Screening-Programm nicht nur als medizinisch sinnvoll, sondern auch als kosteneffektiv herausgestellt hat.

Wenn gute Gesundheit und Lebensqualität möglichst lange erhalten werden sollen, müssen Prävention und Gesundheitsförderung verstärkt werden.

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

Im Trend: 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

Gliding, Biking, Climbing sind „in“. Dabei scheint es immer um das länger, höher, tiefer, schneller und oft auch gefährlicher zu gehen. Dabei zeigen gerade Risikosportler ein besonderes Persönlichkeitsprofil, wobei die Suche nach starken Reizen, Erfahrungen, Erlebnissen als tiefgehendes und umfassendes Persönlichkeitsmerkmal gesehen wird, das sehr stark genetisch bestimmt ist. Menschen mit starken Bedürfnissen brauchen einen ständigen Wechsel, um ihr eigenes optimales Aktivierungsniveau zu erreichen. Dabei gehen die Gefahren der Risikosportarten nicht nur vom eigenen Bedürfnis und der Suche nach dem Nervenkitzel aus, sondern auch durch von außen einwirkende Faktoren.

Risikosportarten, insbesondere Extremsportarten, werden als Erlebnissuche verstanden. Diese Suche nach dem Reiz im Sport erklärt sich sicherlich auch mit dem Paradoxum, dass wir in einer relativ sicheren westlichen Gesellschaft leben. Je mehr die Gesellschaft für Sicherheit sorgt, desto mehr verleitet dies den Einzelnen zu größerer Risikobereitschaft.

Das Drachenfliegen, Kiten, Extrembergsteigen und Motorsport a priori ein hohes Gefahrenpotenzial bergen, ist sicherlich allen bekannt. Trotzdem sterben sehr viele Menschen beim Fußballspielen, Joggen oder Tennis. Hier sind es überwiegend Patienten über 50 Jahre, die sich körperlich überschätzen und häufig am plötzlichen Herztod sterben. Absolut ist auch der Fußballsport bei den Verletzungen die Numero eins gefolgt vom Alpinsport.

Auch das sogenannte einfache „Bergwandern“ zählt zu einer sehr gefährlichen Sportart, insbesondere hier auch wieder für die Menschen über 50 Jahre. Hier schwinden Trittsicherheit und Sehvermögen, sodass hier eine hohe Verletzungsgefahr besteht.

In der Schweiz sind die Unfälle beim Radfahren und Biken (ohne Straßenverkehr) – nach dem Fußballsport und dem Skifahren, aber noch vor dem Snowboarden – die dritthäufigsten. Diese Risikosportarten zeichnen sich dadurch aus, dass sie im Gegensatz zu den Ausdauersportarten ein hohes Gefahrenmoment im Bereich des Gesichtes und des gesamten Rumpfes aufweisen und es dadurch zu sehr komplexen umfänglichen Verletzungsmustern kommen kann, während die Lauf- und Joggingsportarten, die durchaus sicherlich eine Gefährdung des Kreislaufs bewirken, sich hauptsächlich im Bereich der unteren Extremität (Gelenke) manifestieren.

Zusammenfassung:

Während für die reinen Extremitätenverletzungen Ballsport, Wintersport sowie Radfahren und Skaten im Vordergrund stehen, so kommen für die tödlichen Unfälle auch Ausdauersportarten wie Laufen, Schwimmen und das Bergwandern in Betracht, wobei auch hier insbesondere Menschen ab 50 Jahre betroffen sind. Hier gilt es, nicht nur eine entsprechende Aufklärung vorzunehmen, sondern auch die Sporttreibenden dahin zu verpflichten, sich entsprechend der von Ihnen gewünschten Sportart vorher zu konditionieren.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, April 2012

Rolle der Gefäßchirurgie: Minimal versus offen?

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

Minimalinvasive Verfahren gewinnen in allen Bereichen der operativen Fachgebiete zunehmend an Bedeutung. Gemeint ist jeweils ein Eingriff mit minimalem Trauma für Haut und Weichteile. Zu Beginn wurde dieser Begriff häufig gleichgesetzt mit der laparoskopischen Chirurgie unter Vermeidung größerer Bauchschnitte. Die laparoskopische Chirurgie hat sich in der Gefäßchirurgie nie richtig durchgesetzt. Größere Eingriffe an der Bauchschlagader oder an den Beckenarterien sind mit der laparoskopischen Technik prinzipiell möglich. Technische Besonderheiten und die meist langen Operationszeiten sind aber immer Gegenargumente gegen die laparoskopischen Techniken in der Gefäßchirurgie gewesen.

Bei den minimalinvasiven Gefäßeingriffen handelt es sich deshalb praktisch immer um sogenannte endovaskuläre Eingriffe, das heißt das Einbringen von Kathetern mit oder ohne Stents zur Wiedereröffnung von Arterien an Engstellen und Verschlüssen. Bekannt wurden endovaskuläre Techniken auch durch die Ausschaltung von Aussackungen der großen Arterien (zum Beispiel der Bauchschlagader) mit Stentprothesen – einer Kombination aus Stent und einer Gefäßprothese zur inneren Schienung und zum Abdichten des Gefäßes. Inzwischen werden viele Eingriffe zur Wiederherstellung der Gefäßstrombahn bereits ausschließlich durch eine Aufdehnung (Dilatation) minimalinvasiv durchgeführt.

Die Gefäßchirurgie hat durch die Anwendung interventioneller Techniken ihr Spektrum mit Hilfe schonender Verfahren wesentlich erweitert. Kathetertechniken können Behandlungen, die vor Jahren ausschließlich operativ durchgeführt worden sind, ganz oder teilweise ersetzen. Erweitert wird das Spektrum der operativen Standardtechniken durch die Kombination mit endovaskulären Techniken (auch als sogenannte Hybrideingriffe bezeichnet).

Durch Reaktionen des Gefäßsystems auf die interventionellen Verfahren (Gewebeneubildung, Rezidiv) kommt es vor allem bei längerstreckigen Veränderungen von mehreren Zentimetern und nach dem Einsetzen von Stents immer noch relativ häufig zu erneuten Engstellen, die nachfolgende Eingriffe erfordern. Der Langzeiterfolg einer Gefäßrekonstruktion ist bei operativen Eingriffen der Beinarterien immer noch deutlich höher als nach Katheterverfahren – allerdings unter Berücksichtigung eines höheren Gewebetraumes durch den operativen Eingriff.

Die Gefäßchirurgie sieht ihre Rolle in der Auswahl der Patienten für das passende Verfahren. Es wird, wenn immer möglich, ein minimalinvasives Verfahren ausgewählt, allerdings ist minimalinvasiv nicht immer das zielführende und dauerhafte Verfahren. Die moderne Gefäßchirurgie beinhaltet neben den Standardoperationen die minimalinvasiven Techniken, sodass für den Patienten individuell das optimale Verfahren angeboten werden kann.

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

Möglichkeiten und 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

„Sich stetig weiterentwickelnde Methoden und Techniken führen zu einer konstanten Ausweitung der Möglichkeiten im Bereich der ästhetischen Chirurgie. Damit wächst ein Bereich der wunsch-erfüllenden Medizin, in dem sich in immer größerem Ausmaß Ärzte aller Fachrichtungen betätigen“, leitet Professor Vogt, Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) ein. Er führt aus, dass die Grenzen der ästhetischen Chirurgie sich aus seiner Sicht vorrangig aus der Qualifikation des Arztes, dessen Berufsethos und einer korrekten Indikationsstellung ergeben. Flankierend erweitern grundlagenwissenschaftliche und apparativ-technische Aspekte sowie neuere Erkenntnisse aus der Anatomie, Biologie und Psychologie die derzeitigen Möglichkeiten.

Der Facharzt als Garant für Qualität

In der Weiterbildung umfassend abgebildet, so Vogt, sei die ästhetische Chirurgie lediglich beim Facharzt für plastische und ästhetische Chirurgie sowie mit der Zusatzbezeichnung „Plastische Operationen“, die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen sowie Hals-Nasen-Ohrenärzte zu ästhetischen und rekonstruktiven Eingriffen im Kopf-Hals-Bereich qualifiziere. Damit sei zwar aus berufsrechtlicher Sicht klar, wer welchen Eingriff durchführen dürfe, nur leider sei das Berufsrecht ein stumpfes Schwert. So hatte das Berufsgesicht Hamburg einen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, der neben seiner Kassenarztstätigkeit in seinem Fachbereich in einer Privatklinik auch Schönheitsoperationen an Oberarmen, Bauch und Brust vorgenommen hatte, wegen Tätigkeit außerhalb seines Fachgebietes verurteilt. „Leider ist das Bundesverfassungsgericht im Frühjahr 2011 der Argumentation des Berufsgesichtes aber nicht gefolgt, hat das Urteil aufgehoben und an den Berufsgesichtshof zurückverwiesen“, bedauert Vogt. Argumentiert habe das Verfassungsgericht primär mit der ärztlichen Berufsfreiheit, begründet durch Artikel 3, Absatz 1¹ sowie Artikel 12, Absatz 1² des Grundgesetzes. „Zwar begrüßt und akzeptiert die DGPRÄC die Auffassung, dass der Arztberuf grundsätzlich ein freier Beruf ist. Bei dieser Auslegung der Rechtslage bleibt der Faktor der Qualifikation im privatärztlichen Bereich aber leider völlig unberücksichtigt“, verdeutlicht Vogt und stellt klar, dass eine qualitätsgesicherte ästhetische Chirurgie unter diesen Voraussetzungen nicht garantiert werden könne. „Ich hoffe sehr, dass die auch vor dem Hintergrund dieses Urteils beim Ärztetag 2011 beschlossene Änderung der Musterberufsordnung den Weg dazu ebnet, auch Selbstzahler vor einer unqualifizierten Behandlung zu schützen“, schließt Vogt. Besonders wichtig sei diese Frage in dem stetig expandierenden sogenannten zweiten Gesundheitsmarkt, also der ärztlichen Behandlung jenseits von Krankheit.

¹ Artikel 3, (1) Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich.

² Artikel 12, (1) Alle Deutschen haben das Recht, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen. Die Berufsausübung kann durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes geregelt werden.

Apparative und wissenschaftliche Grenzen

Auch die Art der Einrichtung, in der ästhetische Eingriffe durchgeführt werden, könne und müsse die Ausübung der ästhetischen Chirurgie begrenzen, führt Vogt weiter aus. „So haben moderne Anästhesieformen und verbesserte anatomische Ausbildung zwar zu einer Ausweitung der Möglichkeiten geführt, dabei muss im Einzelfall aber immer Rücksicht auf die individuellen Gegebenheiten genommen werden“, erläutert der plastische und ästhetische Chirurg und führt aus, dass abzuwägen sei, ob ein Eingriff ambulant oder stationär zu erfolgen habe. „Immer wieder kommt es bei Behandlungen in dafür nicht ausgewiesenen Einrichtungen zu schweren Komplikationen im Rahmen der Anästhesie oder des Eingriffes selbst“, berichtet der Direktor der Klinik und Poliklinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover. Bei operativen Eingriffen müsse immer die Option einer raschen Überführung in die Intensivmedizin gewährleistet werden. Auch der aktuelle Stand der Wissenschaft hat aus Vogts Sicht maßgeblichen Einfluss auf die Möglichkeiten und Grenzen ästhetischer Eingriffe. So werde die Eigenfettinjektion zwar verstärkt auch großflächig eingesetzt, langfristige Studien dazu fehlten aber bislang, die DGPRÄC bemühe sich hier aktuell mit der Erstellung einer Leitlinie um Übersicht. Der aktuelle Skandal um Brustimplantate habe deutlich gemacht, dass die ästhetische Chirurgie auch durch fehlerhafte Medizinprodukte an ihre Grenzen stoßen könne.

Anatomische und psychologische Grenzen

Schließlich gebe es auch gesundheitliche Faktoren, die die Möglichkeiten der ästhetischen Chirurgie begrenzen, erläutert Vogt. So sollten weitreichende Eingriffe bei Rauchern wegen drohender Wundheilungsstörungen vermieden werden. Bei der Fettabsaugung müsse berücksichtigt werden, dass nicht mehr als vier Liter entnommen werden. Auch eine übermäßige Häufung von Eingriffen im Rahmen eines Operationstermins sei zu vermeiden, um Belastungsgrenzen des Körpers nicht zu überschreiten. „Schließlich sind wir mit dem Krankheitsbild der Körperbildwahrnehmungsstörung konfrontiert“, berichtet Vogt und führt aus, dass sich dieses als „Dysmorphophobie“ bezeichnete Krankheitsbild nur durch ein sorgfältiges Gespräch und eine eventuell notwendige Überweisung zum Psychologen abklären lasse. „Solchen Patienten wird mit einer Operation nicht geholfen“, stellt Vogt klar und ergänzt, dass dies aus seiner Sicht auch für Eingriffe gelte, mit denen Patienten eher grotesk als objektiv attraktiver würden – so etwa, wenn übergroße Brüste, Elfenohren oder die besondere Ähnlichkeit mit einem Star gewünscht werde.

Grundsätzlich, so Vogt, müsse man sich von dem Gedanken befreien, dass alles machbar sei. Gerade durch die gehäufte Berichterstattung, in der Risiken nur selten thematisiert würden, entstehe der Eindruck, dass alles realisierbar sei. „Dem ist leider nicht so. Wir können die Zeit weder anhalten noch zurückdrehen. Möglich ist eine Optimierung der Körperform oder auch die Bekämpfung von Falten, dies alles hat aber seine Grenzen. Erst unlängst wurde in einer US-amerikanischen Arbeit dargestellt, dass ein Facelift im Schnitt um sieben Jahre verjüngt – das ist sicher ein erfreuliches Ergebnis, macht aber auch deutlich, dass die Wirkung durchaus begrenzt ist“, schließt Vogt.

(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.

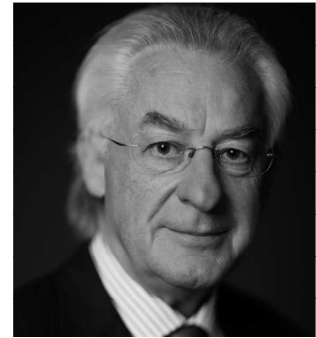
Er wurde 1955 in Saarlouis geboren und wuchs in Dillingen und Sasbach auf. Sein Medizinstudium absolvierte Professor Bächler von 1974 bis 1980 an der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg und der Freien Universität Berlin. Im Jahr 1980 erhielt Professor Bächler seine Approbation als Arzt und im gleichen 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. Michael Betzler
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und
Viszeralchirurgie (DGAV), Chefarzt der Klinik für Allgemeine, Unfall-
und Gefäßchirurgie, Alfried Krupp Krankenhaus Essen



Beruflicher Werdegang:

1966–1972	Medizinstudium an den Universitäten Tübingen und München
1973	Promotion
1974–1981	Tätigkeit am Department für Chirurgie der Universität Ulm
1979	Anerkennung als Arzt für Chirurgie
1980	Habilitation
1981–1990	Oberarzt (zuletzt Leitender Oberarzt) an der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg
1987	Verleihung der Bezeichnung „Außerplanmäßiger Professor“
Seit 1/1991	Chefarzt der Klinik für Chirurgie I am Alfried Krupp von Bohlen und Halbach Krankenhaus Rüttenscheid
Seit 1996	Ärztlicher Direktor
Seit 2006	Leiter des Darmzentrums am Alfried Krupp Krankenhaus
Seit 2011	Chefarzt der Klinik für Chirurgie II am Alfried Krupp von Bohlen und Halbach Krankenhaus Steele

Curriculum Vitae

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



Studium:

- 1973–1979 Studium der Humanmedizin an der Universität des Saarlandes mit Abschluss
des 3. Staatsexamens
- 1976–1979 Studium der Psychologie an der Universität des Saarlandes

Approbation als Arzt:

08.11.1979

Beruflicher Werdegang:

- Nov. 1979–Nov. 1980 Assistenzarzt an der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses
66822 Lebach (Chefarzt Dr. med. Bonner)
- Dez. 1980–Okt. 1981 Assistenzarzt der Chirurgischen Abteilung der Bliestal-Kliniken in
66440 Blieskastel (Professor Dr. med. L. Schweiberer)
- Nov. 1981–Juni 1983 Assistenzarzt der Chirurgischen Universitätsklinik Homburg/Saar
(Professor Dr. med. G. Muhr, Professor Dr. med. G. Feifel)
- 1983–1987 Assistenzarzt der Berufsgenossenschaftlichen Krankenanstalten
“Bergmannsheil” Bochum, Chirurgische Universitätsklinik (Professor
Dr. med. G. Muhr)
- 1987–1997 Oberarzt / 1. Oberarzt an den Berufsgenossenschaftlichen
Krankenanstalten “Bergmannsheil” Bochum, Ruhr-Universität
(Professor Dr. med. G. Muhr)
- Seit 1997 Direktor an der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie im
Zentrum für Chirurgie der Universität Leipzig
- 2001–2008 Geschäftsführender Direktor des Operativen Zentrums des
Universitätsklinikums Leipzig

Weiterbildungsabschnitte:

1986	Arzt für Chirurgie
1987	Teilgebietsbezeichnung Unfallchirurgie Zusatzbezeichnung – fakultative Weiterbildung
1992	Leitender Notarzt
1995	Chirurgische Intensivmedizin
1997	Handchirurgie
1997	physikalische Medizin

Wissenschaftliche Laufbahn:

Mai 1981	Promotion
1989	Stipendiat der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie mit Besuch verschiedener Kliniken in den USA
Mai 1990	Habilitation und Ernennung zum Privatdozenten im Fach Chirurgie
März 1997	apl. Professor an der Ruhr-Universität Bochum
April 1997	C4-Professor, Unfallchirurgie, Universität Leipzig
2002	Präsident des Mitteldeutschen Chirurgenkongresses
2010	Präsident der Norddeutschen Orthopädenvereinigung
Seit 2010	Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
2012	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)

Mitgliedschaften:

- Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
- Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Wirbelsäulen Chirurgie
- Kammermitglied der Sächsischen Landesärztekammer
- Stellv. Vorsitzender der Weiterbildungskommission der Ärztekammer Sachsen
- Vorstand der Kreisärztekammer Leipzig
- Kuratorium St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig

Curriculum Vitae

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

*1957



Beruflicher Werdegang:

1977–1983	Medizinstudium, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
1984	Promotion, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
1984–1985	Wehrpflichtiger Stabsarzt, Bundeswehr
1985–1986	Wissenschaftlicher Assistent, Anatomisches Institut I (Professor Dr. Dr. J. Rohen), Universität Erlangen-Nürnberg
1986–1993	Assistenzarzt, Chirurgische Klinik mit Poliklinik, Universitätsklinikum Erlangen
1993–1995	Oberarzt, Schwerpunkt Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Erlangen
Seit 1995	Leiter des Schwerpunkts Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Erlangen, seit 2008 eigenständige Abteilung für Gefäßchirurgie
1996	Habilitation, Lehrbefähigung und -befugnis
2003	Außerplanmäßiger Professor für Chirurgie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Zusatzqualifikationen:

1990	Laserschutzbeauftragter
1993	Anerkennung als Chirurg
1994	Anerkennung als Gefäßchirurg
1994	Anerkennung als Phlebologe
1995	Weiterbildungsermächtigter der Bayerischen Landesärztekammer für den Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1997	Weiterbildungsermächtigter der Bayerischen Landesärztekammer für die Zusatzbezeichnung Phlebologie
1997	Weiterbildungsermächtigter der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns für den vaskulären Ultraschall (Doppler-Sonografie)
2005	Fellow of the European Board of Vascular Surgery (FEBVS)

Mitglied in Herausbergremien von Fachzeitschriften:

Wissenschaftlicher Beirat:

Seit 2005 Gefäßchirurgie

Seit 2009 Phlebologie

Mitgliedschaften und Funktionen in Fachgesellschaften und Kommissionen:

Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie
- Berufsverband der Deutschen Chirurgen
- Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin
- European Society for Vascular and Endovascular Surgery
- Vereinigung der Bayerischen Chirurgen e.V.
- Österreichische Gesellschaft für Gefäßchirurgie
- Mitglied der Sachverständigenkommission beim Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

Kommissionen und Funktionen:

- Prüfungsausschuss der Bayerischen Landesärztekammer
- Ultraschallkommission der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie
- Prüfungsausschuss Europäische Facharztweiterbildung, European Society for Vascular and Endovascular Surgery
- Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie
- Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin 2011/2012

Curriculum Vitae

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



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------|--|
| 1977–1983 | Medizinstudium, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt/Main |
| 1984 | Promotion, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt/Main |
| 1985–1991 | Weiterbildung im Gebiet Chirurgie, Chirurgische Universitätsklinik Lübeck
(Professor Dr. F.W. Schildberg), Medizinische Hochschule Hannover:
Klinik für Abdominal- und Transplantationschirurgie (Professor Dr. R.
Pichlmayr), Unfallchirurgische Klinik (Professor Dr. H. Tscherne), Klinik für
Herz-,Thorax- und Gefäßchirurgie (Professor Dr. H.G. Borst) |
| 1991–1994 | Weiterbildung im Gebiet Plastische Chirurgie, Universitätsklinik für Plastische
Chirurgie, Handchirurgie und Schwerbrandverletzte, BG-Kliniken
„Bergmannsheil“, Ruhr-Universität, Bochum (Direktor: Professor Dr.
H.U. Steinau) |
| 1991–1993 | Weiterbildung im Gebiet Plastische Chirurgie, Division of Plastic Surgery,
Brigham and Women’s Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA
(Professor Dr. E. Eriksson) |
| 1994 | Habilitation für das Fach Chirurgie, Ruhr-Universität Bochum |
| 1994 | Teilgebietsanerkennung Plastische Chirurgie |
| 1995 | Anerkennung der Bezeichnung Handchirurgie |
| 1996 | Gebietsanerkennung Plastische Chirurgie |
| 1999 | Außerplanmäßige Professur für Plastische Chirurgie, Ruhr-Universität Bochum |
| 2000 | Anerkennung der fakultativen Weiterbildung Spezielle plastisch-chirurgische
Intensivmedizin |
| 2000 | Berufung auf den C4-Lehrstuhl für Plastische-, Hand- und Wiederherstellungs-
chirurgie der Medizin, Hochschule Hannover |

- 9/2004 Ruf auf die ordentliche Professur für Wiederherstellungschirurgie der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich, Ablehnung des Rufes
- 2006 Neuaufbau der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie auf dem Campus der Medizinischen Hochschule Hannover mit Etablierung des Zentrums für Schwerbrandverletzte

Visiting Professor unter anderem:

- Harvard Medical School
- University of Texas, MD Anderson Cancer Center Houston, TX, USA
- University of Texas, Shriners Hospitals for Children, Burns Hospital Galveston TX, USA
- Johns Hopkins University, Plastic and Reconstructive Nerve Surgery Center, Baltimore MD, USA
- Johns Hopkins University, Burn Center, Baltimore MD, USA
- University of Pittsburgh, Medical School, Department of Plastic and Reconstructive Surgery, Pittsburgh, USA
- Ohio State University, Division of Plastic Surgery, Columbus, OH, USA
- Medical College of Virginia, Richmond VA, USA
- University of Belgrade

Klinische Schwerpunkte:

- Rekonstruktive plastische Chirurgie
- Handchirurgie, Verbrennungsmedizin
- Plastisch-rekonstruktive Chirurgie von Extremitätentumoren, Nervenwiederherstellung
- Chronische Wunden, Critical Wound Care, plastische Mammachirurgie

Wissenschaftliche Arbeitsgebiete:

- Mikrochirurgie
- Transplantationschirurgie
- Chirurgische Onkologie
- Wundheilung, Tissue Engineering

Forschungsförderungen:

Projektförderungen seit 1985 unter anderem von der DFG, Harvard Medical School, Plastic Surgery Educational Foundation (USA), Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, diversen Biotechnologie-Unternehmen

Wissenschaftliche Auszeichnungen:

1992	Research Grant Award; Plastic Surgery Educational Foundation, Chicago, Ill, USA
6/1993	Joseph E. Murray Resident Award; New England Society of Plastic and Reconstructive Surgery, Newport, Rhode Island, USA
4/1994	Von-Langenbeck-Preis der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, München
4/1999	Stipendium als Fortbildungshilfe der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, München
2007	Innovationspreis der deutschen Hochschulmedizin
2007	Claudia-von-Schilling-Grant
2010	Edgar-Ungeheuer-Preis der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, München

Veröffentlichungen:

Mehr als 300 Publikationen und Vorträge

Gesellschaften:

1999–2004	Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin (DGV)
2000–2005	Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie (DGPW)
Seit 2005	Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)
2005–2007	Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin (DGV)
2005–2009	Executive Board Member European Burns Association (EBA)
2006–2008	Beirat Verbrennungsmedizin der VDPC, DGPRÄC
2007–2008	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin (DGV)
Seit 2009	Sekretär der European Burns Association (EBA)
Seit 2009	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung (DGfW)
Seit 2010	Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen

Key Publications:

- Vogt PM, Thompson S, Andree C, Liu P, Breuing K, Hatzis D, Brown H, Mulligan RC, Eriksson E (1994): Genetically modified keratinocytes transplanted to wounds reconstitute the epidermis. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 91: 9307-9311
- Vogt PM, Andree C, Breuing K, Liu P, Hatzis D, Eriksson E (1995): Wet, moist and dry repair, *Ann Plast Surg* 1995, 34:493-500
- Vogt PM, Lehnhardt M, Wagner D, Jansen V, Krieg H, Steinau HU (1998): Determination of Endogenous Growth Factors in Human Wound Fluid: Temporal Presence and Profiles of Secretion. *Plast Reconstr Surg*, 102(1): 117-123
- Vogt PM, Reimers K, Hauser J, Roßbach O, Bosse B, Drücke D, Fleischer W, Steinau HU (2001): PVP-Iodine Liposome Hydrogel Improves Epithelialization By Combining Moisture and Antisepsis – A New Concept In Wound Therapy. *Wound Rep Reg*, 9(2), 116-122
- Vogt PM, Reimer K, Hauser J, Roßbach O, Steinau HU, Bosse B, Muller S, Schmidt T, Fleischer W: PVP-Iodine in hydrosomes and hydrogel – A New Concept In Wound Therapy leads to enhanced epithelialization and reduced loss of skin grafts. *Burns*, 2006, 32(6):698-705
- Vogt PM, Steinau HU, Spies M, Kall S, Steiert A, Boorboor P, Vaske B, Jokuszies A: Outcome of Simultaneous and Staged Microvascular Free Tissue Transfer Connected to Arteriovenous Loops in Areas Lacking Recipient Vessels. *Plast Reconstr Surg* 2007
- Vogt PM, Gohritz A, Haubitz M, Steiert A: Reconstruction of Nasal Deformity in Wegener's Granulomatosis: Contraindication or Benefit?, *Aesthetic Plast Surg*. 2011, 35(2):156-161
- Vogt PM, Busche MN: Evaluation of infrastructure, equipment and training of 28 burn units/burn centers in Germany, Austria and Switzerland. *Burns*, 2010 Nov 17



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
129. Kongress

24. – 27. April 2012 ICC-Berlin



**Chirurgie
in Partnerschaft**

Freitag, 27. April 2012, 11.30 bis 12.30 Uhr

Raum 42, ICC – Internationales Congress Centrum Berlin, Messegelände

Präsident 2011/12:

Prof. Dr. Markus W. Bächler

Thementag: Organisation und Management

Ihre vorläufigen Themen und Referenten

Patientengerechte und moderne Klinikführung, Arzt-Patienten-Kommunikation:

Thementag: Organisation und Management

Professor Dr. med. Markus W. Bächler

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH);

Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie,
Universität 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





Bestellformular Fotos

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

Termin: Donnerstag, 26. April 2012, 11.30 bis 12.30 Uhr

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

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

- Professor Dr. med. Markus W. Bächler
- Professor Dr. med. Michael Betzler
- Professor Dr. med. Christoph Josten
- Professor Dr. med. Werner Lang
- Professor Dr. med. Peter M. Vogt

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

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Anne-Katrin Döbler, 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

