



Eröffnungs-Presskonferenz anlässlich des 130. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Dienstag, 30. April, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Saal 22b des ICM München

Thementag: Chirurgie im hohen Alter

Themen und Referenten:

Krebsbehandlung im Alter:

Welche Risiken sind zu beachten, welche Operationsstrategie ist sinnvoll?

Professor Dr. med. Dr. h. c. Karl-Walter Jauch

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Klinikum Großhadern der Ludwig Maximilian Universität, München

Chirurgen mit „Hirn, Herz und Handwerk“:

Was muss sich in der Weiterbildung zum Facharzt ändern?

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

Komplexe Kinderkrankheiten „verbrauchen“ viel Budget:

Unterfinanzierung gefährdet die Hochleistungsmedizin an Kinderchirurgischen Zentren

Professor Dr. med. Jörg Fuchs

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH); Ärztlicher Direktor der Kinderchirurgie und Kinderurologie mit Poliklinik am Universitätsklinikum Tübingen

Adipositaschirurgie: In Deutschland wird zu wenig bei krankhaftem Übergewicht operiert

Professor Dr. med. Stefan Post

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Direktor der Chirurgischen Klinik, Universitätsmedizin Mannheim

Hüft- und Knieprothesen im Alter: Wann sind künstliche Gelenke notwendig?

Professor Dr. med. Henning Windhagen

2. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC); Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover im Annastift, Hannover

Moderation:

Anne-Katrin Döbler

Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Anne-Katrin Döbler, Christine Schoner, Christina Seddig
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-573
Telefax: 0711 8931-167
E-Mail: schoner@medizinkommunikation.org
www.chirurgie2013.de, www.dgch.de

Pressekontakt in München:

Pressebüro Raum 22a, ICM München
Tel.: 089 94979-409
Fax: 089 94979-854



Eröffnungs-Presskonferenz anlässlich des 130. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Dienstag, 30. April, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Saal 22b des ICM München

Thementag: Chirurgie im hohen Alter

Inhalt:

Pressemeldungen: **Chirurgen tagen gemeinsam in München:
Sichere Operationen – durch Leidenschaft und Augenmaß**

**Vom fitten bis zum mehrfach erkrankten Greis
Für jeden Senior die passende Operation**

Redemanuskripte: Professor Dr. med. Dr. h. c. Karl-Walter Jauch
Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer
Professor Dr. med. Stefan Post
Professor Dr. med. Jörg Fuchs
Professor Dr. med. Henning Windhagen

Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Curriculum Vitae der Referenten

Übersicht Pressekonferenzen des 130. 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.chirurgie2013.de, www.dgch.de

Pressekontakt in München:

Pressebüro Raum 22a, ICM München
Tel.: 089 94979-409
Fax: 089 94979-854



PRESSEMITTEILUNG

130. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Chirurgen tagen gemeinsam in München:

Sichere Operationen – durch Leidenschaft und Augenmaß

München, 30. April 2013 – Das Durchschnittsalter der chirurgischen Patienten in der Klinik hat sich in den letzten 20 Jahren um etwa zehn Jahre erhöht. Ärzte und Pflegepersonal in der Chirurgie haben so deutlich mehr mit Alterserkrankungen wie Lungen- und Herz-Erkrankungen, Osteoporose, Arterienverkalkung, Mangelernährung oder Demenz zu tun, die den Behandlungserfolg gefährden. Auf dem 130. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) vom 30. April bis 3. Mai 2013 in München diskutieren rund 5500 Chirurgen aller Fachdisziplinen, mit welchen Konzepten die Operation und Genesung älterer Patienten künftig verbessert werden kann. Auch die aktuellen Diskurse um Bonuszahlungen, wie auch Innovationen im Operationssaal und Patientensicherheit sind Schwerpunkte des Kongresses.

Mit der steigenden Lebenserwartung in der Bevölkerung steigen auch die Wünsche an Lebensqualität und Beweglichkeit im Alter – das verlangt Höchstleistungen vom Operateur. Gleichzeitig sehen sich Ärzte in Klinik und Praxis wachsendem ökonomischem Druck ausgesetzt. „Wir müssen höchsten persönlichen Einsatz mitbringen und mit Leidenschaft für das Fach eintreten, um die alltäglichen Hürden zu meistern. Ergänzend zur Leidenschaft ist das richtige Augenmaß notwendig – in der täglichen Behandlung des Patienten und im Umgang mit Kollegen“, erläutert Professor Dr. med. Karl-Walter Jauch, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Nur so lasse sich der hohe Qualitätsstandard in Forschung und Praxis erhalten. Alle Schwerpunktthemen des diesjährigen Chirurgenkongresses in München stehen daher unter dem Motto „Chirurgie mit Leidenschaft und Augenmaß“.

Der erste der vier Thementage widmet sich der „Chirurgie im hohen Lebensalter“. 20 Prozent der über 70-Jährigen leiden unter mindestens fünf Erkrankungen gleichzeitig. „Das erfordert, dass wir sehr genau prüfen, ob eine Indikation zur Operation angesichts von Begleiterkrankungen oder eingeschränkten Kräftereserven gegeben ist, welches Operationsverfahren sich eignet und dass es ein postoperatives Konzept gibt“, erklärt Jauch, der die Chirurgische Klinik und Poliklinik des Klinikums Großhadern der Ludwig-Maximilians-Universität München leitet. Experten diskutieren am ersten Kongresstag unter



Deutsche Gesellschaft
für Neurochirurgie





anderem, wann Chirurgen Gelenke oder Hüften älterer Menschen erhalten oder besser ersetzen und wie Komplikationen verhindert werden können.

Die aktuelle Diskussion um Zielvereinbarungen in Arztverträgen hat den „Arbeitsplatz Chirurgie“ auch in den öffentlichen Fokus gerückt. Am „Tag der Arbeit“ diskutieren Chirurgen auf dem Kongress gemeinsam mit Vertretern der Krankenhausdirektion notwendige Schritte zur Verbesserung der Arbeitssituation in Klinik und Praxis sowie über Führungskultur und Verantwortung. „Denn wir möchten den Nachwuchs weiterhin für das Fach begeistern und nicht mehr akzeptierte Arbeitsbedingungen und Demotivation vermeiden“, sagt Jauch. Auch dieses Jahr bietet die DGCh das „Studentenforum“ an, um den Nachwuchs für das chirurgische Fach zu begeistern: Interessierte Medizinstudenten können im „Skills Lab“ unter Anleitung ihre chirurgischen Fertigkeiten testen. An den beiden anderen Kongresstagen stehen Innovationen in der Chirurgie und die Patientensicherheit auf der Agenda.

Neben den täglichen Sitzungen und Vorträgen bieten die Veranstalter Kongressbesuchern Exkursionen an: Zu besichtigen sind Europas größtes zusammenhängendes OP-Zentrum, dessen Eröffnung 2014 geplant ist, ein weltweit führendes Unternehmen der chirurgischen Navigationstechnik, eine Firma, die Stammzellpräparate zur Patientenbehandlung herstellt, und die erste vollklinische Protonen-Bestrahlungsanlage Europas (RPTC). Das wissenschaftliche Programm gestaltet die DGCh gemeinsam mit ihren zehn Mitgliedsgesellschaften der Allgemein- und Viszeral-, Gefäß-, Herz-, Kinder-, Neuro-, Mund-Kiefer-Gesichts-, Thorax-, Unfall- und Plastischen Chirurgie sowie der Orthopädie. Weitere Informationen zum Programm und Hinweise zur Anmeldung finden Interessierte unter www.chirurgie2013.de.

Thementage:

Dienstag, 30. April 2013

Thementag: „Chirurgie im hohen Alter“

Mittwoch, 1. Mai 2013

Thementag: „Arbeitsplatz Chirurgie“

Donnerstag, 2. Mai 2013

Thementag: „Zukunftssicherung durch Innovation“

Freitag, 3. Mai 2013

Thementag: „Patientensicherheit, Leitlinien und personalisierte Chirurgie“





PRESSEMITTEILUNG

130. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

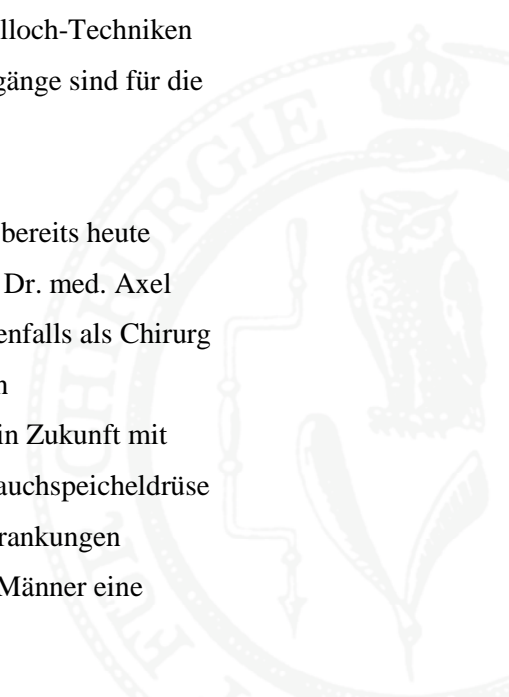
Vom fitten bis zum mehrfach erkrankten Greis

Für jeden Senior die passende Operation

München, 30. April 2013 – Die Patienten in deutschen Operationssälen werden immer älter, sind damit immer verletzungs- und erkrankungsanfälliger, aber auch immer anspruchsvoller. Auch der Gesundheitszustand von Senioren ist sehr unterschiedlich. Anlässlich des 130. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), der heute in München beginnt, rufen Mediziner deshalb zur Entwicklung neuer minimalinvasiver Techniken und zu mehr Augenmaß bei der Behandlung auf.

Die deutsche Bevölkerung ist die viertälteste der Welt. Der demografische Wandel wird für das Gesundheitswesen hierzulande zum Problem: Immer mehr ältere Patienten müssen von immer weniger Ärzten versorgt werden. Besonders betroffen von dieser Entwicklung ist die Chirurgie: „Einerseits steigt mit dem Alter die Verletzungs- und Erkrankungshäufigkeit, andererseits wollen heute viele Menschen auch mit weit über 70 ihr Leben möglichst unbeschwert und unabhängig genießen und entsprechend ärztlich behandelt werden“, sagt Professor Dr. med. Karl-Walter Jauch, Direktor der Chirurgischen Klinik der Ludwigs-Maximilians-Universität München (LMU) und Präsident der DGCH. Nach seinen Angaben waren von rund 46 000 Patienten, die im vergangenen Jahr an der LMU operiert wurden, 22 Prozent älter als 70 Jahre, Tendenz steigend. Um möglichst viele solcher Patienten auch trotz ihrer hohen Verletzungs- und Erkrankungsanfälligkeit möglichst komplikationslos operieren zu können, fordert Jauch, mehr neue gewebeschonende Schlüsselloch-Techniken zu entwickeln und anzuwenden. „Möglichst kleine Schnitte und kleine Zugänge sind für die Alterschirurgie von eminenter Bedeutung.“

„Bei vielen chirurgischen Eingriffen im Brust- und Bauchraum verringern bereits heute minimalinvasive Techniken Gewebeschädigungen“, erläutert Privatdozent Dr. med. Axel Kleespies, Kongresssekretär des diesjährigen Chirurgenkongresses und ebenfalls als Chirurg an der LMU tätig. Auch die bisher mit dem großen Bauchschnitt operierten Krebserkrankungen des Dickdarms oder der Leber könnten die Chirurgen in Zukunft mit Schlüsselloch-Techniken behandeln. Von schonenderen Operationen an Bauchspeicheldrüse oder Lunge können Ältere besonders profitieren. Denn nicht alle Krebserkrankungen nehmen mit dem Alter stetig zu. „Während wir bei Speiseröhrenkrebs der Männer eine





Spitze Anfang 70 haben und bei Schilddrüsenkrebs der Frauen ein Hoch im Alter von Mitte bis Ende 50, nehmen Bauchspeicheldrüsenkrebs und Lungenkrebs bei beiden Geschlechtern mit dem Alter kontinuierlich zu“, ergänzt Kleespies anhand von Daten des Robert-Koch-Instituts.

Besonders schwierig ist der demografische Wandel für die Chirurgen außerdem, weil die Gruppe der älteren Patienten gesundheitlich immer heterogener wird. „Viele sind im hohen Alter noch fit und aktiv, aber am anderen Ende der Skala stehen Patienten, die gleichzeitig an verschiedenen Krankheiten wie Diabetes, Bluthochdruck, chronischem Nierenversagen oder Krebs leiden“, sagt Axel Kleespies. „Die Anzahl und die Schwere der Begleiterkrankungen haben aber einen direkten Einfluss auf den Erfolg und somit auf die Wahl einer Operation.“ Deshalb seien eine dem jeweiligen Patienten angepasste Risikoabschätzung und Behandlung wichtig. Auch DGCh-Präsident Karl-Walter Jauch fordert gerade im Hinblick auf eventuelle Begleiterkrankungen älterer Patienten „Einfühlungsvermögen, Wahrhaftigkeit und eine Chirurgie mit Augenmaß“.

Terminhinweise:

Thementag: „Chirurgie im hohen Alter“

Termin: Dienstag, 30. April 2013

Kongresssitzung: Risikoeinschätzung und perioperatives Management

Termin: Dienstag, 30. April 2013, 9.00 bis 10.30 Uhr

Ort: Saal 4, ICM München

Kongresssitzung: Die Demografische Herausforderung

Termin: Dienstag, 30. April 2013, 11.00 bis 12.30 Uhr

Ort: Saal 4, ICM München

Kongresssitzung: OP-Strategien und Komplikationen beim alten Patienten

Termin: Dienstag, 30. April 2013, 13.30 bis 15.00 Uhr

Ort: Saal 4, ICM München

Kongresssitzung: OP-Indikation und Therapiebegrenzung beim alten Patienten

Termin: Dienstag, 30. April 2013, 15.30 bis 17.00 Uhr

Ort: Saal 2, ICM München

Thementag: „Arbeitsplatz Chirurgie“

Termin: Mittwoch, 1. Mai 2013

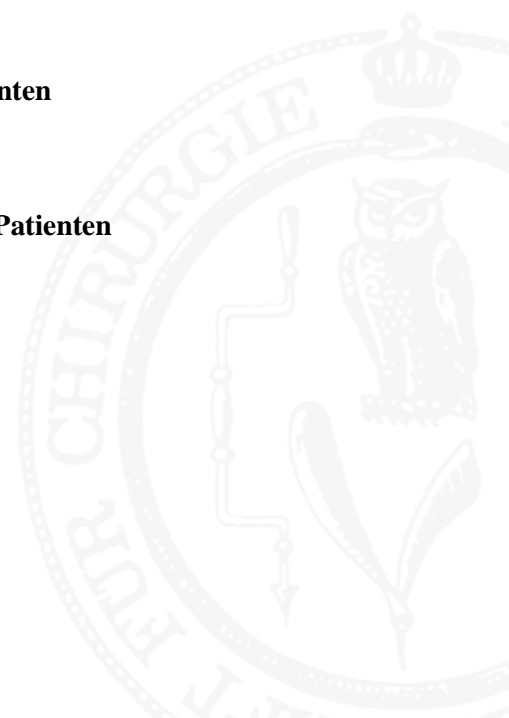
Kongresssitzung: Führungskultur und Verantwortung

Termin: 1. Mai 2013, 12.30 bis 14.15 Uhr

Ort: Saal 5, ICM München



Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie



Krebsbehandlung im Alter:

Welche Risiken sind zu beachten, welche Operationsstrategie ist sinnvoll?

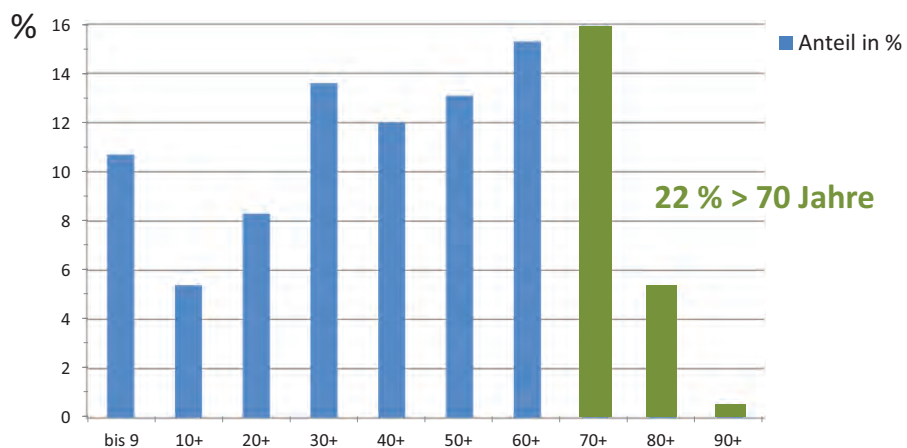
Professor Dr. med. Dr. h. c. Karl-Walter Jauch

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Klinikum Großhadern der Ludwig-Maximilians-Universität, München

Altersverteilung am Klinikum LMU

Altersverteilung

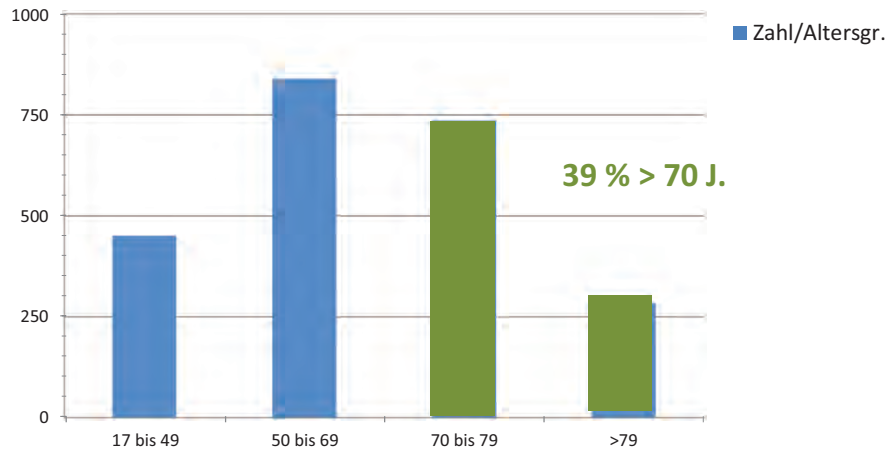
von 45.818 operierten Patienten am Klinikum der LMU in 2012



Altersverteilung

Intensivstation

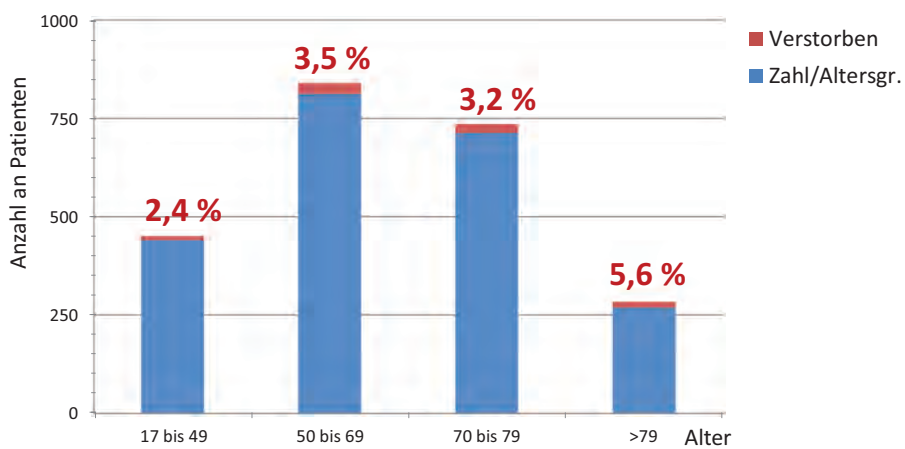
(2.236 Patienten der Klinik für Anaesthesiologie, 2012)



Altersverteilung

Intensivstation

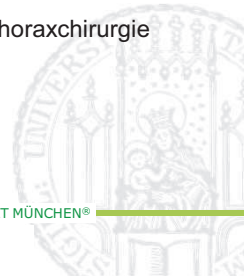
(2.236 Patienten der Klinik für Anaesthesiologie, 2012)



Demografischer Wandel und Tumorchirurgie beim alten Patienten

Prof. Dr. K.-W. Jauch

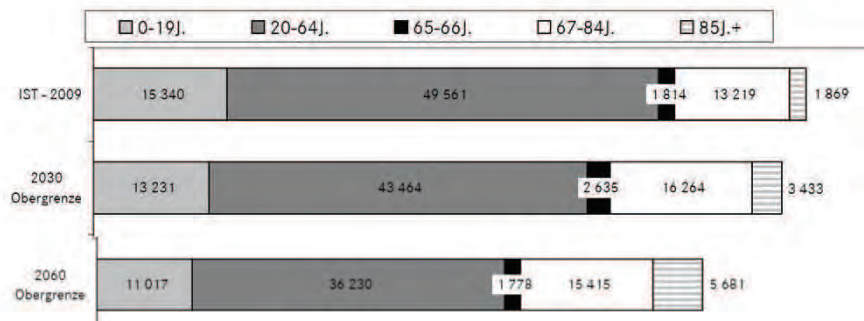
Klinik für Allgemeine, Viszeral-, Transplantation-, Gefäß- und Thoraxchirurgie



KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

Demografische Entwicklung in Deutschland

Abbildung 1: Verteilung der Gesamtbevölkerung nach Altersgruppen heute und in der Zukunft in Tsd. Einwohner/innen (2030 und 2060 entsprechend der amtlichen Bevölkerungsvorausberechnung)

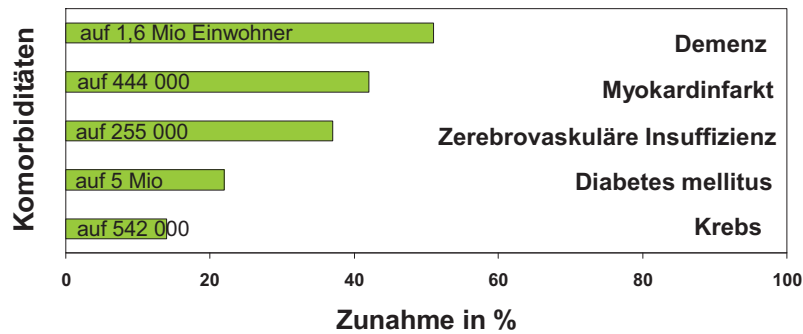


KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

Wissenschaftsrat 2012

Zunahme der Komorbiditäten im Alter

Erwartete Prävalenzen und Inzidenzen für 2030



KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

Hoffmann et al, Gesundheitspolitische Schriftreihe 2013 ; Peters et al, Gesundheitsblatt 2010

Pankreaskarzinom im hohen Alter

Altersgrenze	ICU Aufenthalt	KH Aufenthalt	Mortalität	Komplikationen	Überleben
>75 Jahre	0,7 Tage	19 Tage	0%	34%	21 Monate
55-75 Jahre	0,4 Tage	16 Tage	4,1%	23,6%	21 Monate
< 55 Jahre				12%	

„Das Alter sollte kein Kriterium sein, einen Patienten von der Resektion auszuschließen. Komorbidität kann ein Kriterium sein, bei einem Patienten auf eine Resektion zu verzichten“
 Adler et al, S3 Guidelines 2007

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

Niess et al (KUM), Der Chirurg 2013

Kolorektales Karzinom im hohen Alter

Ergebnisse der Qualitätssicherung

	2000-2004	2009-2011
Alter >80 J	18,6%	24,4%

A) Zunahme der alten Patienten

	2000-2004	2009-2011
Alter >80 J	96%	92%
Alter <65 J	70%	57%

B) Anteil der Komorbiditäten
in den beiden Altersgruppen
in den untersuchten Zeiträumen

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

Ptok et al, Der Chirurg 2013

Kolorektales Karzinom im hohen Alter

Bei Patienten mit >80 Jahren	2000-2004	2009-2011
Kurative Resektion	84,6%	83,7%
Radikale Resektion	89,6%	94,3%
Gesamtletalität	7,3%	7,9%

Letalität bei Ileuspatienten <65 Jahren und >80 Jahren ist 4,6% vs 17,9%

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

Ptok et al, Der Chirurg 2013

Zusammenfassung

- Komorbiditäten bei der Indikation beachten
- Notfallsituationen beim alten Patienten vermeiden



Weiterbildungsordnung

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

Die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) wird in der Bundesrepublik Deutschland durch die Bundeärztekammer (BÄK) unter Beratung mit den verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften erstellt und dann durch die 17 Landesärztekammern umgesetzt. In diesem föderalistischen System sind damit bei der Realisierung der jeweils aktuellen Richtlinien durch die jeweiligen Landesärztekammern zeitliche Verzögerungen von Monaten bis sogar Jahren keine Besonderheit. Die vorgegebene ärztliche Weiterbildung beinhaltet das Erlernen ärztlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten, resultierend in der Erteilung zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeiten bei der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung der Patienten. Die Weiterbildung erfolgt in strukturierter Form mit Mindestanforderungen bei den vorgegebenen Inhalten und Zeiten, um dann in den verschiedenen medizinischen Gebieten die Qualifikation als Facharzt und darauf basierend eine Spezialisierung oder Zusatzweiterbildung erhalten zu können. Die MWBO beinhaltet den Abschnitt A als Paragrafenteil sowie die Abschnitte B und C mit allgemeinen Inhalten der Weiterbildung in den verschiedenen Gebieten.

Für das Gebiet Chirurgie erfolgt die Erstellung der MWBO durch die BÄK in Kooperation mit der gemeinsamen Weiterbildungskommission der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen sowie allen chirurgischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und dem Berufsverband der Orthopäden und Unfallchirurgen. Bedingt durch den jeweiligen medizinischen Fortschritt sind Anpassungen der Weiterbildungsinhalte zwangsläufig vorgegeben. Bei der letzten Novellierung in den Jahren 2010/11 war die angestrebte Verschmelzung der beiden Säulen Allgemein- und Viszeralchirurgie durch den Deutschen Ärztetag abgelehnt worden. Trotz der Tatsache, dass auch in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung in mehr als 75 Prozent der Fälle eine fachliche Trennung von Allgemein- und Viszeralchirurgie gegenüber der Unfallchirurgie und Orthopädie vollzogen worden ist, wurde die Säule der Allgemeinchirurgie mit einjähriger Weiterbildung in Unfallchirurgie/Orthopädie aufrechterhalten. In der Viszeralchirurgie wurde allerdings die spezielle Viszeralchirurgie als Spezialkompetenz neu definiert. In dem jetzt angestrebten Reformkonzept ergibt sich eine Veränderung zur Strukturierung der Weiterbildungsinhalte durch die Einführung sogenannter Kompetenzblöcke, die den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten unter Einschluss neuer Lernmethoden beinhalten, wobei insgesamt eine Mindestweiterbildungszeit vorgegeben ist. Die Weiterbildungsmöglichkeiten sollen zudem im ambulanten Bereich verstärkt werden. Die zu beschreibenden Richtzahlen sollen reduziert und somit der Versorgungsrealität angeglichen werden. Die verschiedenen Gebiete der Medizin erhalten ein Editoren-/Schreibrecht für das eigene Fach, Berufsverbände und Dachorganisationen ein sogenanntes Kommentar- oder Leserecht. Hinterlegt werden die Inhalte erstmalig auf einer elektronischen Plattform (WIKI-BÄK).

Bei der Strukturierung der Weiterbildungsinhalte sollen verschiedene Blöcke mit unterschiedlichem Kompetenzlevel entwickelt werden. Das Level 1 bezieht sich auf den erfolgreichen Abschluss des Medizinstudiums und ist nicht Gegenstand der MWBO. Das Level 2 umfasst eingehende Kenntnisse hinsichtlich Prävention, Früherkennung, Diagnostik, konservativer und operativer Therapie et cetera der wesentlichen Krankheitsbilder. In Level 3 sollen Erfahrungen und Fertigkeiten erworben werden, um die entsprechenden medizinischen Maßnahmen umsetzen zu können. In Level 4 sind dann die entsprechenden Untersuchungs- und Behandlungsverfahren selbstständig und routinemäßig im Sinne der Facharztkompetenz durchzuführen. Nur in diesem höchsten Kompetenzlevel sind auch Richtzahlen zu definieren, die möglichst mit den betroffenen Nachbardisziplinen abzustimmen sind.

Der Reformansatz dieser Novellierung der MWBO ist insgesamt sicherlich als positiv anzusehen, nicht jedoch der vorgegebene Zeitrahmen zur Erstellung einer ausgewogenen und interdisziplinär abgestimmten MWBO, die zweifelsfrei auch entscheidende Bedeutung und Auswirkungen auf den chirurgischen Nachwuchs haben wird. Nach Einführungskursen durch die BÄK Ende Januar 2013 soll die elektronische Einstellung der Kompetenzblöcke bis zum 30. April 2013 abgeschlossen sein. Ein erster Zwischenbericht ist dann für Ende Mai dieses Jahres auf dem 116. Deutschen Ärztetag in Hannover vorgesehen. Bei diesem sehr engen Zeitrahmen und den vielen noch offenen formalen Fragen haben sich die Weiterbildungskommission Chirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin darauf geeinigt, dass im Rahmen des vorgegebenen Zeitkorridors lediglich eine vorläufige Form der Weiterbildungsordnung in den jeweiligen Gebieten vorgelegt werden kann, die sicherlich weiterer Korrekturen und Ergänzungen bedarf.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, April 2013

Kinderchirurgische Hochleistungsmedizin an der Grenze der Finanzierbarkeit

Professor Dr. med. Jörg Fuchs, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH);
Ärztlicher Direktor der Kinderchirurgie und Kinderurologie mit Poliklinik am Universitätsklinikum
Tübingen

In den letzten Monaten gab es eine zunehmende Diskussion in der Öffentlichkeit über die Finanzierung der Universitätsmedizin. Ein besonderes Augenmerk wurde dabei auf die ökonomisch defizitäre Situation der Kindermedizin gelegt. Die Folgen sind Reduktion der Bettenzahl in den Kinderkliniken, Personalabbau und Abweisung von kranken Kindern aufgrund mangelnder Behandlungskapazität.

Das sogenannte Fallpauschalensystem deckt einerseits viele häufige Erkrankungen hinsichtlich der Entgelte ab, andererseits entstehen große finanzielle Lücken in den Krankenhäusern der Maximalversorgung bei der Behandlung komplexer Krankheitsbilder. Die medizinische Versorgung von Kindern mit komplexen Fehlbildungen, schweren Verletzungen oder ausgedehnten Tumorerkrankungen sollte in unserem Land aufrechterhalten werden. Kinderchirurgische Universitätskliniken haben einen sogenannten Maximalversorgeranteil bis zu 20 Prozent. Die finanziellen Defizite resultieren dabei aus der komplexen medizinischen Versorgung mit zum Teil Langliegerpatienten (Patienten mit einer Liegedauer oberhalb der Grenzverweildauer im DRG-System, DRG = diagnosis-related groups) und einer unzureichenden finanziellen Abbildung seltener Krankheitsbilder im Fallpauschalensystem. Beispiel hierfür sind angeborene Blasenspalten, bösartige Tumoren, die alle Blutgefäße des Bauchraumes ummauern (Neuroblastome) und vieles mehr. In der eigenen Klinik umfasst die Gruppe der Langlieger nur drei Prozent, bindet aber 16 Prozent aller finanziellen Ressourcen und führt zu einer finanziellen Unterdeckung von 35 Prozent pro Jahr. Diese Zahlen veranschaulichen beispielhaft das aktuelle unlösbare Problem mit klar absehbaren Folgen.

Da viele kinderchirurgische Krankheiten selten sind, sind diese auch nicht adäquat im DRG-System abgebildet und wurden trotz Anträgen bei dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) durch unsere Fachgesellschaft nicht berücksichtigt. Hinzu kommen zum Teil fatale und medizinisch nicht nachvollziehbare Abschläge durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), wo die besonderen Behandlungsmaßstäbe im Kindesalter unzureichend Berücksichtigung finden und Kinder letztlich Erwachsenen gleichgesetzt werden.

Die Gesundheitspolitiker verweisen in der öffentlichen Diskussion auf die Vorschlagsverfahren zur Änderung im DRG-System durch das InEK und Zusatzentgeltvereinbarungen mit den Krankenkassen, die sich in der Praxis aber kaum durchsetzen lassen. Hinsichtlich der Abrechnung von Extremkostenfällen mit den Krankenkassen, finanziellen Zulagen für die Weiterbildung, Subventionen von Vorhaltekosten bei der Notfallversorgung beziehungsweise der Supramaximalversorgung an den Universitätskliniken sind separate Vergütungsinstrumente absolut notwendig. Hierzu schweigt jedoch

die Politik. Gleiches trifft für die Reinvestitionen zu, denn die Universitätskliniken sind letztlich die Innovationszentren in der Medizin.

Die Folgen aufgrund der finanziellen Defizite für die Kindermedizin im Allgemeinen und die Kinderchirurgie im Besonderen an den Hochleistungszentren sind Personalabbau mit konsekutiver Arbeitsverdichtung, Schließung von Funktionseinheiten, Reduktion der Fort- und Weiterbildung, Einschränkung der Forschung und lange Wartezeiten für elektive Eingriffe, ja sogar Abweisung von Notfällen aufgrund eingeschränkter Intensiv- und Operationskapazitäten. Hier gilt es, ad hoc Abhilfe und auch politische Rahmenbedingungen für die Kliniken der Kindermedizin und Kinderchirurgie zu schaffen, um die vorhandenen finanziellen Ressourcen zielgerichteter einzusetzen. Das bedeutet eine Mindestgröße pro Klinik mit klar definierter Struktur, angepasst an die demografischen Notwendigkeiten. In England wurde beispielsweise festgelegt, dass pro 2,5 Millionen Einwohner eine kinderchirurgische Hochleistungsklinik notwendig ist. In Deutschland leisten wir uns kleine kinderchirurgische Einheiten mit ein bis zwei Ärzten in Kinderkliniken, damit der Krankenhausträger für seine oft kleine Kinderklinik den Level-1-Zuschlag für die neonatologische Versorgung erhält. Das ist sowohl medizinisch als auch gesundheitsökonomisch nicht sinnvoll.

Die dargelegten Probleme richten sich nicht generell gegen das Fallpauschalensystem im Gesundheitssystem, zeigen aber die Grenzen für die Maximalversorger auf, da das System keine relevante Differenzierung zwischen den verschiedenen Versorgungssystemen aufweist. Die Universitätskliniken sind als letzte Behandlungsinstanz für komplexe Fälle ökonomisch benachteiligt, da sie sich eben nicht auf die lukrativen Behandlungsfälle fokussieren können, um wirtschaftlich zu arbeiten. Damit ist letztlich nicht nur die Zukunft des Fachgebietes Kinderchirurgie, sondern eine optimale Versorgung unserer Kinder und Jugendlichen als unsere Zukunftsgeneration gefährdet.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, April 2013

Viel zu wenige Operationen bei krankhaftem Übergewicht!

Professor Dr. med. Stefan Post, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Direktor der Chirurgischen Klinik, Universitätsmedizin Mannheim

Übergewicht entwickelt sich in vielen Ländern der Welt zur bedeutendsten Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung, es fördert Herz-/Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs und Gelenkverschleiß.

Bei krankhaftem Übergewicht (sogenannter Adipositas, definiert als BMI über 30) sind die Behandlungserfolge von Diäten, Schulungen oder Psychotherapien in gleicher Weise enttäuschend. In ganz besonderem Maße gilt dies für die „Super-Dicken“ mit BMI über 40 oder gar 50 (BMI = Body-Mass-Index berechnet als Gewicht [Kilogramm] geteilt durch das Quadrat der Körpergröße [m²]).

Auch wenn chirurgisch niemals an den Ursachen des Übergewichts (Bewegungsmangel und überreichliche Nahrungsaufnahme) angesetzt wird, sind die operativen Eingriffe am Magen (sogenannte „bariatrische“ Operationen) oft die einzige Chance, relevant abzunehmen. Nach großen Studien (vor allem in Schweden) verlieren die Betroffenen nach bariatrischen Operationen nicht nur mehr als die Hälfte ihrer überflüssigen Pfunde, sondern vermindern noch drastischer die Gefahr von Folgeerkrankungen: Verglichen mit der Kontrollgruppe ohne Operation haben die bariatrischen Eingriffe diese positiven Langzeiteffekte: Gesamtsterblichkeit minus 29 Prozent, Diabetes minus 83 Prozent, Herzinfarkt minus 29 Prozent, Schlaganfall minus 54 Prozent, Krebs (bei Frauen) minus 43 Prozent.

In der Zahl der bariatrischen Operationen hinkt Deutschland seinen Nachbarn weit hinterher und das, obwohl die Zahl der Adipösen bei uns höher ist.

	Deutschland	Österreich	Schweiz	Frankreich	Belgien	Schweden
Bariatrische Operationen [pro eine Million Einwohner und Jahr]	49	247	325	423	772	899
Anteil Adipöser [Prozent der Bevölkerung]	14,7	12,4	8,1	12,9	13,8	12,9

Quellen: Henry Buchwald, Obesity Surgery 2013 beziehungsweise OECD Factbook 2013

Ursache für die erstaunlich geringen Zahlen in Deutschland ist die restriktive Politik der Krankenkassen, die diese Eingriffe immer noch nicht als Regelleistung akzeptieren und die Kostenübernahme in vielen Fällen ablehnen. Angesichts der lebensverlängernden und krankheitsvermeidenden Vorteile und der Erfolglosigkeit nicht-operativer Therapieformen ist dies skandalös und in dieser Tragweite und Konstellation wohl einmalig im deutschen Gesundheitswesen. Dies ist umso erstaunlicher und bemerkenswerter, weil die Kassen mit diesen Operationen sogar Geld sparen könnten und weil dies im Gegensatz zu der sonstigen Versorgungssituation in unserem Lande steht, die von Überangebot und Überversorgung geprägt ist. Das für etliche planbare Eingriffe festzustellende „Es wird zu viel operiert!“ kehrt sich hier um in ein „Es wird viel zu wenig operiert bei krankhaftem Übergewicht!“

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, April 2013

Hüft- und Kniegelenke im Alter: Wann sind künstliche Gelenke notwendig?

Professor Dr. med. Henning Windhagen, 2. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC); Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover im Annastift, Hannover

Möglichkeiten der modernen Endoprothetik. Unsere heutige Gesellschaft versteht sich als eine aktive Gesellschaft mit allerhöchsten Ansprüchen der Patienten an Bewegung, Sport und Aktivität. Nur wenige Menschen akzeptieren Einschränkungen mit zunehmendem Alter. Gleichzeitig trägt Bewegung zur allgemeinen Gesundheit bei, weshalb die medizinische Versorgung den Gelenken höchste Priorität einräumen muss. Der künstliche Ersatz von Hüft- und Kniegelenk gehört zu den erfolgreichsten operativen Verfahren seit den 1960ern. Eine Wiederherstellung von Bewegung und Gehfähigkeit wird über einen Zeitraum von 15 und mehr Jahren ermöglicht. Damit können Sportler in moderatem Maße ihr altes Betätigungsfeld wieder aufnehmen. Moderne Biomaterialien erlauben auch längere Standzeiten unter moderater sportlicher Betätigung. Von den meisten Spezialisten und Implantatherstellern werden daher leichte Sportarten mit Endoprothesen akzeptiert. Trotzdem darf ein künstliches Implantat nicht mit dem Leistungsspektrum eines „jungen“ Gelenkes verglichen werden.

Risiken und Alternativen. Wie nahezu jeder chirurgische Eingriff birgt auch eine Endoprothesenimplantation Risiken – trotz der großen Fortschritte in den vergangenen Jahren. Wichtig ist, dass der Arzt den Patienten darüber umfassend aufklärt, sodass sich dieser damit vertraut machen kann. Eventuelle Risiken hängen auch von der individuellen Gesundheit und dem Deformationszustand des Gelenkes ab. Nicht jede Ursache für eine Gelenkerstörung darf gleich bewertet werden. Mit jedem Restrisiko empfiehlt es sich, nach Alternativen zu fragen, die in einer medikamentösen oder physiotherapeutischen Behandlung liegen können. Auch operative gelenkerhaltende Verfahren können bei beginnenden Gelenkerkrankungen helfen. Hier ist jedoch eine realistische Einschätzung des Heilungspotenzials notwendig, um überflüssige Operationen zu vermeiden.

Fakten. Aktuell werden in Deutschland pro Jahr circa 150 000 Hüftprothesen, 140 000 Knieprothesen (Externe Stationäre Qualitätssicherung/ESQS, Aqua-Institut 2011) und 45 000 Wechseloperationen durchgeführt. Diese Zahlen sind zwischen 2005 und 2011 relativ konstant geblieben mit circa drei Prozent Abnahme bei Hüftprothesen und neun Prozent Zunahme bei Knieprothesen (Krankenhausreport der AOK 2012). Gleichzeitig liegt die Versorgungsrate in Deutschland gegenüber dem internationalen Vergleich höher.

Ideale Entscheidungswege. Patienten sollten sich an einen Spezialisten wenden. Seit 2012 zertifiziert die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) Einrichtungen nach bestimmten Qualitätskriterien beim Gelenkersatz. Eine wichtige Voraussetzung für das Zertifikat „EndoCert“ ist etwa, dass die Operateure mindestens 50 Endoprothesenimplantate pro Jahr vornehmen. Spezialist und Patient stehen heute bei der Beratung über die Versorgung mit einem

künstlichen Gelenk vor einer nicht einfachen Entscheidung. Die Aufgabe des Spezialisten liegt darin, seinem Patienten die Möglichkeiten und Grenzen sowie Risiken des Gelenkersatzes zu verdeutlichen. Die Aufgabe des Patienten ist es, eigene Wunschvorstellungen und Lebenssituationen realistisch miteinander zu verknüpfen. Erst wenn die subjektiv empfundene Einbuße an Lebensqualität vom Spezialisten auf das Gelenk bezogen werden kann, sollte über den Ersatz nachgedacht werden. Wichtig ist, sich über alle möglichen Konsequenzen beim Gelenkersatz absolut klar zu sein. Gleichzeitig ist der künstliche Gelenkersatz eine fantastische Option, bis ins hohe Alter aktiv und mobil zu bleiben, und damit eine hohe Lebensqualität zu ermöglichen.

Zahlenquellen:

http://www.sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/2011/bu_Gesamt_17N5-KNIE-TEP_2011.pdf

http://www.sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/2011/bu_Gesamt_17N2-HUEFT-TEP_2011.pdf

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, April 2013



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie mit derzeit 6.550 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 rund 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 rücküberreignet. 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. Hans-Joachim Meyer
Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin

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

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dr. h. c. Karl-Walter Jauch
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Direktor der
Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Klinikum Großhadern der Ludwig-
Maximilians-Universität, München

*1952



Beruflicher Werdegang:

1971–1978	Studium der Humanmedizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
27.4.1978	Approbation
10.5.1978	Promotion „Ergebnisse ein Jahr nach aortokoronarer Bypassoperation unter besonderer Berücksichtigung ergometrischer und hämodynamischer Befunde“ (Professor Roskamm, Freiburg/Bad Krozingen)
6/1978–8/1979	Truppenarzt (Bundeswehr)
9/1979–10/1981	Assistenzarzt an der Chirurgischen Klinik Villingen (Professor Dr. E. Pross)
27.11.1985	Anerkennung als Arzt für Chirurgie
15.7.1987	Anerkennung als Arzt für Gefäßchirurgie
30.12.1995	Anerkennung als Arzt für Viszeralchirurgie
30.4.1997	Anerkennung Physikalische Medizin
11/1981–1/1988	Assistent an der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Klinikum Großhadern, LMU München (Professor Dr. Dr. h.c. G. Heberer; 3/1989 Professor Dr. Dr. h.c. F.W. Schildberg)
15.6.1988	Habilitation „Die postoperative Insulinresistenz und ihre Beeinflussung durch das Kallikrein-Kinin-System“, LMU München
25.7.1988	Ernennung zum Privatdozenten für Chirurgie
10.2.1995	Ernennung zum außerplanmäßigen Professor
12/1996–9/2002	Direktor der Klinik und Poliklinik für Chirurgie der Universität Regensburg
2000–2002	Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik Regensburg
Seit 1.10.2002	Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians- Universität München – Campus Großhadern
Seit 1.1.2008	Stellvertretender Ärztlicher Direktor der LMU München

Mitgliedschaften:

- 1976–2003 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)
- 10/2000–9/2001 Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen,
Mitglied im Ausschuss der Bayerischen Chirurgen
- 2001 und 2006 Tagungspräsident der Deutschen Transplantationsgesellschaft
Mitglied und Beirat in verschiedenen Fachgesellschaften/Stiftungen und
öffentlichen Gremien
- 2000–2003 Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Endoskopie und Sonografie
- 2003–2006 Vorsitzender der Sektion Chirurgische Forschung der Deutschen Gesellschaft für
Chirurgie
- 2005–2006 Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie
- 2006 Tagungspräsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für
Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)
Mitglied des Eurotransplant Board seit 2005
Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der BÄK seit 2005
Mitglied des Wissenschaftsrats (Medizinausschuss) seit 2006
- 2010 Wahl zum Vizepräsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und
Kongresspräsident 2013
- 2013 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und
Kongresspräsident 2013

Wissenschaftliche/organisatorische Tätigkeiten und Selbstverwaltung:

- 1994–1997 Vorsitzender Ethikkommission der Uniklinik Regensburg
- 1998–2000 Stellvertretender Ärztlicher Direktor und Baubeauftragter der Uniklinik
Regensburg
- 2000 Gründung der Stiftung HTCR zur Forschung mit humanem Gewebe und
Zellmaterial

Curriculum Vitae

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

*1948



Beruflicher Werdegang:

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

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Jörg Fuchs
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH);
Ärztlicher Direktor der Kinderchirurgie und Kinderurologie mit Poliklinik
am Universitätsklinikum Tübingen



Beruflicher Werdegang:

- 1983–1989 Medizinstudium an der Humboldt-Universität zu Berlin, Charité
1989 Diplom und Promotion zum Dr. med. an der Humboldt-Universität zu Berlin,
 Charité
1989–1991 Beginn der Facharztausbildung für Kinderchirurgie an der Medizinischen Akademie
 „Carl Gustav Carus“ in Dresden
1–6/1991 Fortführung der Weiterbildung an der Kinderklinik des Klinikums Mannheim
 Tätigkeit als DFG-Stipendiat
7/1991–1/1997 Weiterbildung zum Kinderchirurgen an der Medizinischen Hochschule Hannover

Berufstätigkeit:

- Seit 1997 Tätigkeit als Facharzt für Kinderchirurgie an der Medizinischen Hochschule
 Hannover
Seit 1998 Oberarzt an der Kinderchirurgischen Klinik der Medizinischen Hochschule
 Hannover
Seit 2002 Ordinarius für Kinderchirurgie am UK Tübingen (C4-Professur)
2007 Ruf auf die W3-Professur für Kinderchirurgie an die Berliner Charité, Verbleib beim
 UK Tübingen

Funktionen:

- Seit 9/2010 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH), Sitz Berlin

Preise und Auszeichnungen:

- 1988 „Robert-Koch-Preis“ der Humboldt-Universität zu Berlin
1999 Zuerkennung des „Richard Drachter-Preises“ der Deutschen Gesellschaft für
 Kinderchirurgie (DGKCH)
2005 Novartis-Preis in Stockholm für Kinderchirurgische Forschung der Pediatric Surgery
 International Research Group

- 2008 Verleihung des SIOP-AWARDS 2008 Berlin
- 2011 Stephen L. Gans Overseas Lectureship Award
The Academy of Pediatrics, Section on Surgery, Boston/USA

Forschungsschwerpunkte:

- Onkologische Chirurgie (Referenzchirurg für Lebertumoren, Nierentumoren und Weichteilsarkome der GPOH-Studien)
- Minimal-invasive Chirurgie/Kinderurologie
- Onkologische Forschung bei soliden kindlichen Tumoren (Drug Resistance, Molecular Imaging and Photodynamic Therapy, Tiermodelle für pädiatrische solide Tumoren, Targeting Therapy)

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Stefan Post
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und
Viszeralchirurgie (DGAV), Direktor der Chirurgischen Klinik,
Universitätsmedizin Mannheim



Beruflicher Werdegang:

1973–1980	Studium der Medizin an den Universitäten Düsseldorf und Denver/USA
1980–1982	Assistenzarzt in Wuppertal (Gynäkologie) und Meerbusch (Chirurgie)
1982–1984	Arzt im Entwicklungsdienst mit dem Deutschen Entwicklungsdienst am Newala District Hospital/Tansania
1984–1990	Assistenzarzt an der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg (Herfarth)
1990–1991	Forschungsjahr in München (Meßmer)
1991–1994	Facharzt/Oberarzt in Heidelberg mit Habilitation und Zusatzausbildung Gefäßchirurgie
1994–1998	Leitender Oberarzt und C3-Professor an der Uniklinik Göttingen
Seit 5/1998	Direktor der Chirurgischen Klinik, Universitätsmedizin Mannheim, Inhaber des Lehrstuhls für Chirurgie der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg (Nachfolge Trede)
2001	Ruf auf den Lehrstuhl für Chirurgie der Universität Frankfurt abgelehnt

Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte:

- Chirurgische Onkologie (Tumorbehandlung)
- Chirurgie des Dickdarms und Mastdarms (Darmkrebs, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)
- Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse (Pankreaskarzinom, Pankreatitis)
- Leberchirurgie
- Transplantationschirurgie
- Hernienchirurgie

Mitgliedschaften mit beruflichen Ämtern:

- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
 - Ständiger Delegierter bei der UEMS (Europäische Facharzt-Union) seit 2005
 - Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Entwicklungsländer CAEL (2000–2007)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
 - Präsident 2012/2013, im Vorstand seit 2010
 - Vorsitzender der Zertifizierungskommission seit 2007
- Deutsche Gesellschaft für Tropenchirurgie, 1. Vorsitzender 1999–2006
- Deutsche Krebsgesellschaft, Stellvertretender Vorsitzender der Zertifizierungskommission für Darmkrebszentren seit 2010
- International Surgical Group, Sekretär seit 2006
- Südwestdeutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Präsident 2008/2009
- European Society of Coloproctology, Membership Officer im Vorstand seit 2005 und Vorsitzender des Membership Committee seit 2011
- British Journal of Surgery Society, Council Member (als einziger Deutscher) seit 2008
- Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg
 - Mitglied im Fakultätsvorstand 1999–2001
 - Mitglied der Studienkommission 2005–2010
 - Stellvertretender Vorsitzender des Forschungsschwerpunkts Onkologie 2008–2012

Mitgliedschaften (ohne Ämter):

- Berufsverband der Deutschen Chirurgen
- Deutsche Crohn-Colitis Vereinigung
- Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie
- Deutsche Transplantationsgesellschaft
- Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen

Publikationen:

- über 260 Originalarbeiten
- über 30 Buchbeiträge
- über 35 Videos zur Operationstechnik
- 9 Softwareprogramme

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Henning Windhagen
2. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und
Orthopädische Chirurgie (DGOOC); Ärztlicher Direktor der Orthopädischen
Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover im Annastift, Hannover

* 1965



Beruflicher Werdegang:

Ausbildung

- 1984–1991 Studium der Humanmedizin, Philipps-Universität Marburg
- 1991 Abschluss des Studiums Universität Marburg
- 1992–1994 Postdoctoral Fellowship in Experimental Orthopaedics and Biomechanics, Harvard Medical School, Boston, USA
- 1995 Dissertation

Akademische Anstellungen

- 1994 Orthopaedic Biomechanics Laboratory, Beth Israel Hospital, Harvard Medical School, Boston, USA
- 1995 Assistenzarzt, Humboldt-Universität Berlin, Abteilung Unfallchirurgie
- 1996 Leiter der Forschungseinheit Biomechanik, Abteilung Unfallchirurgie, Humboldt-Universität Berlin
- 1997 Wehrdienst an der medizinischen Offiziersschule, Hannover
- 1998 Assistenzarzt, Medizinische Hochschule Hannover (MHH), Abteilung Orthopädie
- 2000 Facharzt, Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Orthopädie
- 2001 Habilitation, Privatdozent, Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Orthopädie
- 2002 Oberarzt, Privatdozent, Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Orthopädie
- 2004 Leiter der Forschungseinheit SFB 599
- 2006 Ordinarius für Orthopädie an der MHH, Direktor der Orthopädischen Klinik der MHH und des Labors für Biomechanik und Biomaterialien
- 2009 Ärztlicher Geschäftsführer des Diakoniekrankenhauses Annastift gGmbH und Leiter des Departments Endoprothetik

Berufliche Aktivitäten:

Gutachter für die Alexander-von-Humboldt-Stiftung, verschiedene internationale Stiftungen und Universitäten. Gutachter „Journal of Orthopaedic Research“, „Journal of Experimental Animal Science“, „Clinical Orthopaedics and Related Research“, „Z Orthop Traumatol“, „Der Orthopäde“, „Biomaterials“

Auszeichnungen:

- 1996 Wissenschaftliche Auszeichnung der deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie(DGU)
1999 Wissenschaftliche Auszeichnung der Sektion Grundlagenforschung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT)
1999 Innovationswettbewerb Medizintechnik, Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)
2010 Innovationswettbewerb Medizintechnik, Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

Tätigkeiten und Ehrenämter:

- (2013) Präsident Association for Orthopaedic Research (AFOR)
- (2013) Zweiter Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
- (2013) Schriftführer der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE)

Ausgewählte Publikationen (aus 98 pub med gelisteten Publikationen):

- Waizy H, Diekmann J, Weizbauer A, Reifenrath J, Bartsch I, Neubert V, Schavan R, Windhagen H. In vivo study of a biodegradable orthopedic screw (MgYREZr-alloy) in a rabbit model for up to 12 months. J Biomater Appl. 2013 – e-pub ahead.
- Ezechieli M, Dietzek J, Becher C, Ettinger M, Calliess T, Ostermeier S, Windhagen H. The influence of a single-radius-design on the knee stability. Technol Health Care. 2012;20(6):527.
- Thorey F, Weinert K, Weizbauer A, Witte F, Willbold E, Bartsch I, Hoffmann A, Gross G, Lorenz C, Menzel H, Windhagen H. Coating of titanium implants with copolymer supports bone regeneration: a comparative in vivo study in rabbits. J Appl Biomater Biomech. 2011 Jan-Apr;9(1):26-33.
- Lerch M, Thorey F, von Lewinski G, Klages P, Wirth CJ, Windhagen H. An alternative treatment method to restore limb-length discrepancy in osteoarthritis with high congenital hip dislocation. Arch Orthop Trauma Surg. 2009 Dec;129(12):1593-9.



Termin: Mittwoch, 1. Mai 2013, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Saal 22b des ICM München

Thementag: Arbeitsplatz Chirurgie

Vorläufige Themen und Referenten:

Verleiten DRG`s und Bonuszahlungen zu unnötigen Operationen?

Professor Dr. med. Dr. h. c. Karl-Walter Jauch

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Klinikum Großhadern der Ludwig Maximilian Universität, München

Wer wird uns in Zukunft operieren?

Wie Kliniken und Chirurgen sich auf die Generation Y einstellen müssen

Professor Dr. med. Hans-Peter Bruch

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC); Präsident der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände e.V. (GFB), ehem. Direktor der Klinik für Chirurgie der Universität zu Lübeck

Zwischen Ökonomie und Arztethos:

Wie können Ärzte unabhängig und im Sinne der Patienten entscheiden?

Professor Dr. med. Frank Ulrich Montgomery

Präsident der Bundesärztekammer (BÄK); Facharzt und Oberarzt für Radiologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Wie gut ist die Versorgung bei Darmkrebs und was bringt der Nationale Krebsplan?

Professor Dr. med. Stefan Post

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Direktor der Chirurgischen Klinik, Universitätsmedizin Mannheim

Knochen transplantationen im Gesicht:

Wie Chirurgen mithilfe neuester Technik den Schädel exakt nachbilden

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

Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG), Direktor der Klinik Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Ludwig-Maximilians-Universität München

sowie

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

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.chirurgie2013.de, www.dgch.de

Pressekontakt in München:

Pressebüro Raum 22a, ICM München
Tel.: 089 94979-409
Fax: 089 94979-854



Termin: Donnerstag, 2. Mai 2013, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Saal 22b des ICM München

Thementag: Zukunftssicherung durch Innovation

Vorläufige Themen und Referenten:

Chirurgie benötigt sichere Implantate, Biomaterialien und Operationsverfahren: Wie kann die chirurgische Forschung in Zukunft finanziert werden?

Professor Dr. med. Axel Haverich

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

Neue Zertifizierungen in der Bauchchirurgie:

Wie Kliniken ihre chirurgische Qualität transparent nachweisen und verbessern können

Professor Dr. med. Heinz-Johannes Buhr

Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV); Ehemaliger Direktor der Chirurgischen Klinik und Hochschulambulanz I, Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie Charité - Universitätsmedizin Berlin

Operationen bei Lungenkrebs

Neue Daten belegen: In großen Zentren ist das Sterblichkeitsrisiko am geringsten

Professor Dr. med. Bernward Passlick

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT), Abteilung für Thoraxchirurgie, Chirurgische Universitätsklinik Freiburg

Verengte Beinschlagadern oder Aneurysmen:

Wie Gefäßchirurgen mit Hybrid-OPs ihre multimorbiden Patienten schonen

Professor Dr. med. Eike Sebastian Debus

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

sowie

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

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.chirurgie2013.de, www.dgch.de

Pressekontakt in München:

Pressebüro Raum 22a, ICM München
Tel.: 089 94979-409
Fax: 089 94979-854



Termin: Freitag, 3. Mai 2013, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Saal 22b des ICM München

Thementag: Patientensicherheit, Leitlinien und personalisierte Chirurgie

Vorläufige Themen und Referenten:

Fehlermanagement, Risikobewertung oder der Kampf gegen Keime:

Patientensicherheit vom Jungmediziner bis zum Klinikchef aktiv leben

Professor Dr. med. Dr. h.c. Karl-Walter Jauch

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Klinikum Großhadern der Ludwig Maximilian Universität, München

Patientenrechtgesetz: Welche Auswirkungen hat es in der Chirurgie?

Professor Dr. med. Claus-Dieter Heidecke

Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Qualität und Sicherheit (CAQS) der DGCH, Direktor der Abteilung für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie an der Klinik und Poliklinik für Chirurgie der Universität Greifswald

„Freehand“ oder navigationsgestützt:

Bei welchen Eingriffen an der Wirbelsäule lohnt sich eine navigierte OP?

Professor Dr. med. Gabriele Schackert

Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC), Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden

Sichere Brustimplantate?

Was sich dringend bei der Zulassung und Risikobewertung von Medizinprodukten ändern muss

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

Schwerverletztenversorgung auf höchstem Niveau:

Das TraumaregisterDGU® wird „zwanzig“

Professor Dr. med. Reinhard Hoffmann

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU); Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Frankfurt am Main

Wiederherstellung von Herzklappen

Neueste Daten zu Risiken und Qualität der OP-Verfahren

Professor Dr. med. Armin Welz

1. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG), Direktor der Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, Rheinische-Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Sowie: Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer, Generalsekretär der DGCH

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.chirurgie2013.de, www.dgch.de

Pressekontakt in München:

Pressebüro Raum 22a, ICM München
Tel.: 089 94979-409
Fax: 089 94979-854



Bestellformular Fotos

Eröffnungs-Pressekonferenz anlässlich des 130. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Dienstag, 30. April, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Saal 22b des ICM München

Thementag: Chirurgie im hohen Alter

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

- Professor Dr. med. Dr. h. c. Karl-Walter Jauch
- Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer
- Professor Dr. med. Jörg Fuchs
- Professor Dr. med. Stefan Post
- Professor Dr. med. Henning Windhagen

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.chirurgie2013.de, www.dgch.de

Pressekontakt in München:

Pressebüro Raum 22a, ICM München
Tel.: 089 94979-409
Fax: 089 94979-854