

135. Kongress
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
17. bis 20. April 2018 · CityCube, Berlin



Prof. Dr. med. Jörg Fuchs
Präsident 2018

Pressekonferenz anlässlich des 135. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Termin: Mittwoch, 18. April 2018, 12.30 bis 13.30 Uhr
Ort: CubeClub, Ebene 1, Westfoyer im CityCube
Anschrift: Messedamm 26/Ecke Jafféstraße, 14055 Berlin

„Innovation und Globalisierung“

Themen und Referenten:

Erfolgsgeschichte und Herausforderungen in der pädiatrischen Tumorchirurgie unter dem Aspekt von Telemedizin/Referenzchirurgie und Zertifizierung pädiatrisch onkologischer Zentren

Professor Dr. med. Jörg Fuchs

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH);
Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie
am Universitätsklinikum Tübingen

Mögliche Einsatzbereiche des Physician Assistant aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH), Berlin;
Präsident des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC), Berlin
sowie

Professor Dr. med. Dr. h. c. Hugo Van Aken

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)

Innovation: Effizienzsteigerung – Minimalinvasive Thoraxchirurgie – Digitalisierung – Lebensqualität

Professor Dr. med. Erich Stoelben

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V. (DGT);
Chefarzt Thoraxchirurgie, Lungenklinik Köln-Merheim, Kliniken der Stadt Köln gGmbH,
Lehrstuhl für Thoraxchirurgie, Private Universität Witten/Herdecke, Köln

Ihr Kontakt für Rückfragen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-641
Telefax: 0711 8931-167
ullrich@medizinkommunikation.org
www.chirurgie2018.de, www.dgch.de

Vor Ort auf dem Kongress vom 17. bis 20. April 2018

CityCube Berlin, CubeClub, Westfoyer, Level 1
Dienstag, 17. April 2018, von 8.30 bis 17.30 Uhr
Mittwoch, 18. April 2018, von 8.00 bis 18.00 Uhr
Donnerstag, 19. April 2018, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Freitag, 20. April 2018, von 8.00 bis 16.30 Uhr
Telefon: 030 3038-81508



135. Kongress
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
17. bis 20. April 2018 · CityCube, Berlin



Prof. Dr. med. Jörg Fuchs
Präsident 2018

Basalzellkarzinom – Was gibt es Neues?

Professor Dr. med. Dr. med. dent. Hans-Peter Howaldt

Beirat Arbeitskreis Wissenschaft, Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG); Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie - Plastische Operationen -, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Gießen

Der Sanitätsdienst der Bundeswehr an der zivil-militärischen Schnittstelle – Kooperation als Zukunftsmodell

Generaloberstabsarzt Dr. med. Michael Tempel

Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr

Trendwende in der Wirbelsäulenchirurgie? Warum die Zahl der Eingriffe rückläufig ist

Privatdozent Dr. med. Dr. med. univ. Matthias Pumberger

Preisträger des Grundlagenforschungspreises der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU); Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Moderation:

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



Ihr Kontakt für Rückfragen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-641

Telefax: 0711 8931-167

ullrich@medizinkommunikation.org

www.chirurgie2018.de, www.dgch.de

Vor Ort auf dem Kongress

vom 17. bis 20. April 2018

CityCube Berlin, CubeClub, Westfoyer, Level 1

Dienstag, 17. April 2018, von 8.30 bis 17.30 Uhr

Mittwoch, 18. April 2018, von 8.00 bis 18.00 Uhr

Donnerstag, 19. April 2018, von 8.00 bis 17.30 Uhr

Freitag, 20. April 2018, von 8.00 bis 16.30 Uhr

Telefon: 030 3038-81508



135. Kongress
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
17. bis 20. April 2018 · CityCube, Berlin



Prof. Dr. med. Jörg Fuchs
Präsident 2018

**Pressekonferenz anlässlich des
135. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie**

Termin: Mittwoch, 18. April 2018, 12.30 bis 13.30 Uhr
Ort: CubeClub, Ebene 1, Westfoyer im CityCube
Anschrift: Messedamm 26/Ecke Jafféstraße, 14055 Berlin

„Innovation und Globalisierung“

Inhalt:

Pressemeldungen

Redemanuskripte

Themen Kongress-Pressekonferenzen vom 19. bis 20. April 2018

Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Lebensläufe der Referenten



Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dieses gerne zur Verfügung.

Bitte kontaktieren Sie uns per E-Mail unter: ullrich@medizinkommunikation.org

Ihr Kontakt für Rückfragen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Langenbeck-Virehow-Haus
Telefon: 0711 8931-641
Telefax: 0711 8931-167
ullrich@medizinkommunikation.org
www.chirurgie2018.de, www.dgch.de

**Vor Ort auf dem Kongress
vom 17. bis 20. April 2018**

CityCube Berlin, CubeClub, Westfoyer, Level 1
Dienstag, 17. April 2018, von 8.30 bis 17.30 Uhr
Mittwoch, 18. April 2018, von 8.00 bis 18.00 Uhr
Donnerstag, 19. April 2018, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Freitag, 20. April 2018, von 8.00 bis 16.30 Uhr
Telefon: 030 3038-81508





Prof. Dr. med. Jörg Fuchs
Präsident 2018

PRESSEMITTEILUNG

135. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Tumoren und Fehlbildungen bei Kindern Behandlung soll an wenigen Spezialzentren erfolgen

Berlin, 18. April 2018 – Fehlbildungen bei Neugeborenen wie Gallengangs-Verschlüsse oder angeborene Zwerchfellhernien gehören zu den Seltenen Erkrankungen und erfordern aufwändige Korrekturoperationen. Ähnliches gilt für die Therapie von Tumoren, die Kinder etwa an Niere, Leber oder Weichteilen entwickeln. Um die medizinische Versorgung der jungen Patienten zu verbessern, fordern Experten eine Konzentration dieser Behandlungen an Spezialkliniken. Warum eine Zentralisierung sinnvoll ist, erläutern Experten auf der heutigen Pressekonferenz anlässlich des 135. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH).

Die Behandlung der Krebserkrankungen im Kindesalter hat große Fortschritte gemacht. Noch Ende der 70er Jahre verstarben 80 Prozent der Kinder relativ kurze Zeit nach der Operation – heute überleben 80 Prozent der kleinen Patienten fünf Jahre und länger, viele erreichen das Erwachsenenalter. „Die Gründe für den Erfolg liegen in der Zusammenarbeit spezialisierter Zentren, die alle Behandlungen protokolliert und daraus optimale Behandlungsstrategien entwickelt haben“, erklärt DGCH-Präsident Professor Dr. med. Jörg Fuchs.

Dieser Prozess müsse nun weitergeführt werden, fügt der Tübinger Kinderchirurg hinzu. Denn viele der zunächst erfolgreich behandelten Kinder entwickeln im Laufe der Zeit Metastasen, erleben einen Rückfall oder erleiden eine zweite Krebserkrankung an der Schilddrüse oder in Form einer Leukämie. In diesen Fällen sind die Behandlungserfolge mit einer Fünf-Jahres-Überlebensrate von unter 40 Prozent deutlich schlechter.



135. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 17. bis 20. April 2018 · CityCube, Berlin



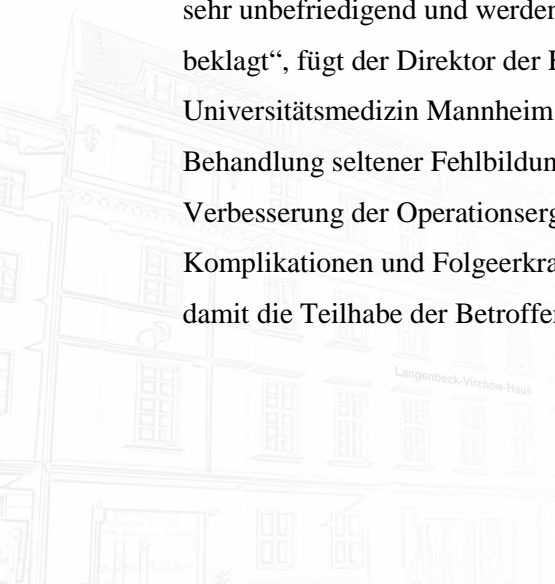
Prof. Dr. med. Jörg Fuchs
Präsident 2018

„Um die Behandlungsergebnisse auch bei fortgeschrittenen Tumoren und Zweitkrebskrankungen zu verbessern, benötigen wir eine Zentralisierung der Kinderkrebsbehandlungen in wenigen Spezialeinrichtungen“, sagt Fuchs. Dort würden internationale Behandlungsprotokolle erstellt, verglichen und Therapiestrategien erneut optimiert. Etwa 1800 Kinder erkranken jedes Jahr in Deutschland neu an Krebs.

Die Notwendigkeit einer Konzentration hat auch die deutsche Krebsgesellschaft erkannt und im zurückliegenden Jahr eine Zertifizierung von kindlichen Zentren zur Krebsbehandlung gestartet – erforderlich für eine Zertifizierung sind unter anderem Behandlungszahlen von mindestens 30 Neuerkrankungen pro Jahr. „Dieser Weg, die Expertise auf wenige Zentren zu konzentrieren, ist richtig, um die Ergebnisse weiter zu verbessern“, sagt Fuchs.

Gleiches fordern die Kinderchirurgen für die Behandlung von angeborenen Fehlbildungen, die in Deutschland höchstens 200 bis 250 Mal pro Jahr auftreten. Gemäß Art. 24 der UN-Kinderrechtskonventionen sollte jedem Kind das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit zukommen. „Realität ist, dass viele kleine kinderchirurgische Einheiten diese komplizierten Korrekturingriffe durchführen, häufig seltener als einmal jährlich“, erläutert Professor Dr. med. Dr. h. c. Lucas Wessel, Kongresspräsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH).

„Die Folgen der begrenzten Operationserfahrung sind für Betroffene oftmals sehr unbefriedigend und werden seit Jahrzehnten von Selbsthilfeorganisationen beklagt“, fügt der Direktor der Kinderchirurgischen Klinik an der Universitätsmedizin Mannheim hinzu. Eine weitgehende Zentralisierung der Behandlung seltener Fehlbildungen in Deutschland würde zu einer Verbesserung der Operationsergebnisse, zu einer Abnahme schwerwiegender Komplikationen und Folgeerkrankungen samt Folgeoperationen führen und damit die Teilhabe der Betroffenen gewährleisten.



135. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 17. bis 20. April 2018 · CityCube, Berlin



„Dafür kommen alle Fehlbildungen in Frage, die schon vor der Geburt diagnostiziert werden, so dass eine rechtzeitige Verlegung möglich ist“, sagt Wessel. Die Zentren sollten mit den vier „European Reference Networks“ (ERN) für Seltene Erkrankungen im Kindesalter vernetzt sein. Die ERN-Netzwerke tauschen europaweit Informationen zu Therapie, Diagnostik und Nachsorge bei Fehlbildungen aus, um die Therapie zu optimieren.

Prof. Dr. med. Jörg Fuchs
Präsident 2018

[Zum Online-Tagungsprogramm](#)

Termine:

Kongress-Pressekonferenzen

Die Pressekonferenzen der DGCH finden während des Kongresses täglich im CubeClub, Ebene 1, Westfoyer im CityCube statt.

Anschrift: Messedamm 26/Ecke Jafféstraße, 14055 Berlin

- Dienstag, 17. April 2018, von 12.00 bis 13.00 Uhr
- Mittwoch, 18. April 2018, von 12.30 bis 13.30 Uhr
- Donnerstag, 19. April 2018, von 12.00 bis 13.00 Uhr
- Freitag, 20. April 2018, von 12.00 bis 13.00 Uhr

Organspendelauf

Der Lauf, an dem traditionell viele Chirurgen teilnehmen, startet am 18. April 2018 um 15.20 Uhr am Haupteingang des CityCube in Berlin-Charlottenburg, wo er auch wieder endet. Die Teilnehmer können zwischen einer Distanz über zehn Kilometer oder einem Staffellauf über 4 x 2,5 Kilometer wählen.





Prof. Dr. med. Jörg Fuchs
Präsident 2018

PRESSEMITTEILUNG

135. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

**Arztassistenten: Die Rolle des Physician Assistant im Krankenhaus
Chirurgen und Anästhesisten fordern ein klares
Ausbildungskonzept**

Berlin, 18. April 2018 – In den vergangenen Jahren müssen sich Ärzte im Krankenhaus neben der Patientenbetreuung zunehmend auch um administrative und bürokratische Tätigkeiten kümmern. Diese verschlingen häufig mehrere Stunden pro Tag – Kapazitäten, die in der Patientenversorgung fehlen. Arztassistenten, sogenannte Physician Assistants, sollen Ärzten künftig als neue Fachkräfte Unterstützung bieten. Doch wie deren Ausbildung aussehen soll und welche Befugnisse Arztassistenten haben dürfen, ist bislang nicht einheitlich geregelt. Auf der heutigen Pressekonferenz am 18. April 2018 in Berlin anlässlich des 135. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) diskutieren Experten, was die neuen Fachkräfte leisten können. Zugleich fordern sie die Einbeziehung der medizinischen Fachgesellschaften in die Ausgestaltung der Ausbildungsvorgaben.

In den USA ist der Arztassistent, der so genannte „Physician Assistant“ (PA), bereits seit den 1960er Jahren etabliert. Seit einigen Jahren gibt es auch in Deutschland einen entsprechenden Ausbildungsberuf. Acht Ausbildungsstätten stehen hierzulande zur Verfügung, etwa 300 Arztassistenten sind derzeit tätig, vor allem in Kliniken – Tendenz steigend. „Wir begrüßen diese Entwicklung, kann die neue Berufsgruppe Ärzte doch insbesondere beim Abbau bürokratischer Aufgaben entlasten“, betonen Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH), und Professor Dr. med. Hugo Van Aken von der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI). „Bislang gibt es jedoch noch keine einheitlichen Standards für deren Ausbildung“, kritisieren die beiden Experten.



135. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 17. bis 20. April 2018 · CityCube, Berlin



Prof. Dr. med. Jörg Fuchs
Präsident 2018

Die DGCH und DGAI fordern daher ein bundeseinheitlich ausgestaltetes Curriculum. „Erst seit vergangenem Jahr gibt es ein Positionspapier der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung mit darin enthaltenen Ausbildungsvorgaben und Einsatzmöglichkeiten für diese derzeit noch nicht staatlich anerkannte Ausbildung“, erläutert Meyer, der auch Präsident des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) ist. DGAI und DGCH kritisieren, dass für die Erarbeitung des Papiers keine Abstimmung mit den medizinischen Fachgesellschaften stattgefunden habe. „Ärzte tragen bei der Delegation ihrer Leistungen die Verantwortung. Sollen Arztassistenten Teile ärztlicher Tätigkeiten übernehmen, müssen die Ärzte auch mitbestimmen können, welche dies sein können und dürfen. Folglich sollten sie die Rahmenbedingungen für diesen neuen Gesundheitsberuf klar mit definieren“, erklären Chirurgen und Anästhesisten.

Die ärztlichen Kernkompetenzen, die von den jeweiligen Fachgesellschaften definiert wurden, müssten daher in einem Ausbildungskonzept Berücksichtigung finden. So dürften reine Anästhesieleistungen in keinem Fall durch Nichtärzte ausgeführt werden, wie ursprünglich im Konzept vorgesehen. Diese Entwicklung könnte das Patientenwohl gefährden.

Auf dem 120. Deutschen Ärztetag 2017 in Freiburg wurde dem Modellversuch eines Arztassistenten mit Übertragung ärztlicher Aufgaben nach dem Delegationsprinzip zugestimmt. Die Substitution ärztlicher Kernkompetenzen durch nicht ärztliche Gesundheitsberufe wurde eindeutig abgelehnt. In den USA führen Arztassistenten auch kleinere Operationen durch wie etwa die Entfernung eines Muttermals oder legen Therapiepläne fest. Dies lehnen die Fachgesellschaften hierzulande ab: Arztassistenten sollten Ärzte unterstützen und entlasten, können sie aber nicht ersetzen. „Auch sollte der Arztassistent nicht als ‚Arzt light‘ zur Lösung eines Ärztemangels herangezogen werden“, kritisieren die Vertreter der Fachgesellschaften und weisen dabei auf etwaige finanzielle Motivationen der Krankenhäuser hin, Arztassistenten dem ärztlichen Stellenplan zuzuordnen.



135. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 17. bis 20. April 2018 · CityCube, Berlin



Einigkeit besteht bei den Experten darin, dass Arztassistenten bei den im Kern nicht-ärztlichen Tätigkeiten wirkungsvoll unterstützen könnten, so beispielsweise bei bürokratischen Aufgaben. Daher streben die Fachgesellschaften für die Zukunft eine gute Kooperation zwischen den ärztlichen und neuen Berufsgruppen an.

Prof. Dr. med. Jörg Fuchs
Präsident 2018

Auf der Kongress-Pressekonferenz am Mittwoch, den 18. April 2018 erläutern Professor Meyer und Professor Van Aken mögliche Einsatzbereiche für Arztassistenten.

[Zum Online-Tagungsprogramm](#)

Termine:

Kongress-Pressekonferenzen

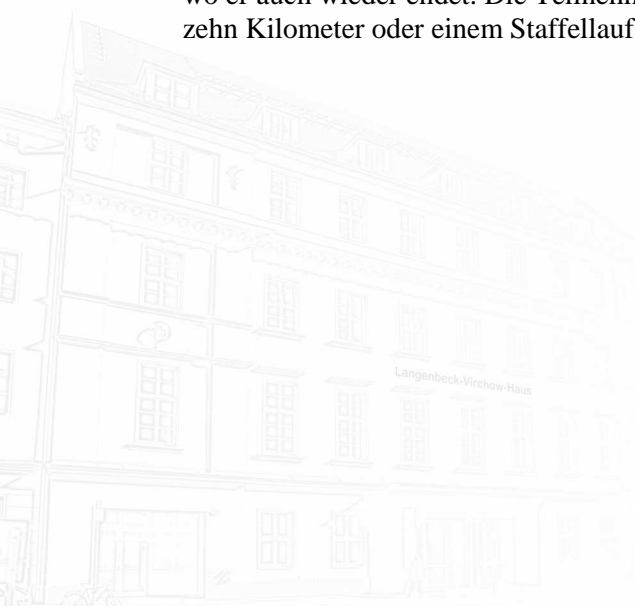
Die Pressekonferenzen der DGCH finden während des Kongresses täglich im CubeClub, Ebene 1, Westfoyer im CityCube statt.

Anschrift: Messedamm 26/Ecke Jafféstraße, 14055 Berlin

- Dienstag, 17. April 2018, von 12.00 bis 13.00 Uhr
- Mittwoch, 18. April 2018, von 12.30 bis 13.30 Uhr
- Donnerstag, 19. April 2018, von 12.00 bis 13.00 Uhr
- Freitag, 20. April 2018, von 12.00 bis 13.00 Uhr

Organspendelauf

Der Lauf, an dem traditionell viele Chirurgen teilnehmen, startet am 18. April 2018 um 15.20 Uhr am Haupteingang des CityCube in Berlin-Charlottenburg, wo er auch wieder endet. Die Teilnehmer können zwischen einer Distanz über zehn Kilometer oder einem Staffellauf über 4 x 2,5 Kilometer wählen.





PRESSEMITTEILUNG

135. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

**Neue Leitlinie zu Weißem Hautkrebs
Bei Eingriffen im Gesicht zählt auch das ästhetische Ergebnis**

Berlin, 18. April 2018 – Weißer Hautkrebs zählt zu den häufigsten Krebsformen, mehr als 150 000 Menschen erkranken daran jedes Jahr in Deutschland. Auslöser ist meist zu viel Sonneneinstrahlung, weshalb dieser Tumor besonders häufig im Gesicht auftritt. Eine neue Leitlinie verweist darauf, dass es bei operativen Eingriffen nicht nur auf die vollständige Entfernung des Tumors ankommt, sondern auch auf ein funktionell und ästhetisch angemessenes Ergebnis. Worauf Patienten achten sollen, wie sie weißem Hautkrebs vorbeugen und wie Behandlungsergebnisse aussehen können, erläuterten Experten auf der heutigen Pressekonferenz anlässlich des 135. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH).

Weißer Hautkrebs, auch Basalzellkarzinom oder Basaliom genannt, tritt besonders häufig an lichtbeschienener Haut auf. Betroffen sind vor allem ältere Menschen sowie Personen, die freizeit- oder berufsbedingt viel Zeit im Freien verbracht haben wie etwa Landwirte oder Bauarbeiter. Liegt ein Tumor vor, ist eine vollständige chirurgische Entfernung des betroffenen Gewebes wichtig, zugleich aber auch der Erhalt aller Körperfunktionen sowie ein ästhetischer Wundverschluss. So regelt es eine neue Leitlinie, die kurz vor der Publikation steht. „Die Leitlinie hat zum Ziel, dass alle Patienten eine optimale Therapie erhalten“, sagt DGCH-Präsident Professor Dr. med. Jörg Fuchs.

Dafür muss der Chirurg alle erforderlichen Techniken zur Wundversorgung beherrschen. Grund: Erst die Untersuchung des Pathologen zeigt, ob es gelang, den Tumor vollständig mit einem ausreichenden Sicherheitssaum zum gesunden Gewebe zu entfernen. „Es kann sich also kurze Zeit nach der Operation herausstellen, dass die Gewebeentfernung doch umfassender und weiträumiger erfolgen muss als zunächst angenommen“, erläutert Professor Dr.



**135. Kongress
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
17. bis 20. April 2018 · CityCube, Berlin**



Prof. Dr. med. Jörg Fuchs
Präsident 2018

med. Dr. med. dent. Hans-Peter Howaldt von der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG).

Um das so entstandene größere Loch ästhetisch ansprechend zu verschließen, kann eine aufwändigere plastische Rekonstruktion notwendig werden, die über das direkte Verschließen einer Wunde mit einer Naht hinausgeht. Zu diesen Techniken zählt unter anderem die sogenannte indische Nasenplastik – hierbei formen die Chirurgen aus Stirnhaut eine neue Nase. Oder sie verpflanzen einen Mikrolappen, ein Stück Haut, das mit anhängender Arterie dem Unterarm oder der Wade entnommen wird. „Damit verschließen wir eine größere Wunde am Hals oder am Gesicht, wobei dieses Transplantat seine Blutversorgung selbst mitbringt“, betont Howaldt, Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie an der Justus-Liebig-Universität Gießen.

Kommt es zum Einsatz derartiger Techniken, zählt nicht nur das ästhetische Ergebnis. Auch der Erhalt der körperlichen Funktionen ist wichtig.

„Hautlappenplastiken sollen möglichst so transplantiert werden, dass die Schnitte entlang der Hautspannungslinien verlaufen und die ästhetischen Einheiten des Gesichtes respektiert werden, Augenlider problemlos geöffnet und geschlossen werden können, die Lippenbewegungen nicht beeinträchtigt sind“, erläutert Howaldt. Leiden Patienten unter einem lokal fortgeschrittenen Basalzellkarzinom, sollte vor Beginn der Behandlung ein Tumorboard eingeschaltet werden. „Dort klären verschiedene Disziplinen, ob im Einzelfall eine Bestrahlung, eine medikamentöse oder chirurgische Behandlung sinnvoll ist“, sagt der Chirurg.

Damit es dazu gar nicht erst kommt, sind vorbeugende Verhaltensmaßnahmen dringend empfohlen. „Sich der Sonne ungeschützt längere Zeit direkt auszusetzen, ist tabu“, warnt Howaldt. So sollte man zwischen elf und vierzehn Uhr auf einen Strandbesuch verzichten oder sich unter einem Sonnenschirm aufhalten. Generell sei es sinnvoll, so Howaldt, einen Sonnenhut zu tragen.



135. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 17. bis 20. April 2018 · CityCube, Berlin



„Diese Maßnahmen gelten ganz besonders für Kinder, die auch noch nach Jahren verschiedene Formen von Hautkrebs in der Folge von zu intensiver Sonneneinwirkung und zu wenig Sonnenschutz bekommen können“, betont der Gießener Chirurg.

Prof. Dr. med. Jörg Fuchs
Präsident 2018

[Zum Online-Tagungsprogramm](#)

Termine:

Kongress-Pressekonferenzen

Die Pressekonferenzen der DGCH finden während des Kongresses täglich im CubeClub, Ebene 1, Westfoyer im CityCube statt.

Anschrift: Messedamm 26/Ecke Jafféstraße, 14055 Berlin

- Dienstag, 17. April 2018, von 12.00 bis 13.00 Uhr
- Mittwoch, 18. April 2018, von 12.30 bis 13.30 Uhr
- Donnerstag, 19. April 2018, von 12.00 bis 13.00 Uhr
- Freitag, 20. April 2018, von 12.00 bis 13.00 Uhr

Organspendelauf

Der Lauf, an dem traditionell viele Chirurgen teilnehmen, startet am 18. April 2018 um 15.20 Uhr am Haupteingang des CityCube in Berlin-Charlottenburg, wo er auch wieder endet. Die Teilnehmer können zwischen einer Distanz über zehn Kilometer oder einem Staffellauf über 4 x 2,5 Kilometer wählen.



REDEMANUSKRIFT

Erfolgsgeschichte und Herausforderungen in der pädiatrischen Tumorchirurgie unter dem Aspekt von Telemedizin / Referenzchirurgie und Zertifizierung pädiatrisch onkologischer Zentren

Professor Dr. med. Jörg Fuchs, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH); Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie am Universitätsklinikum Tübingen

In der Behandlung von kindlichen soliden Tumoren (zum Beispiel Nierentumoren, Lebertumoren, Weichteiltumoren oder Neuroblastomen) wurden in den letzten 30 Jahren erhebliche Fortschritte erzielt. Ende der 70-iger-Jahre des vorigen Jahrhunderts starben trotz erfolgreich durchgeführter Operationen nahezu 80 Prozent aller Kinder. Heute überleben 80 Prozent dieser Kinder. Die Gründe liegen in der Etablierung von sogenannten Therapieoptimierungsprotokollen durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit von vielen Professionen in der Medizin, maßgeblich Hämatologen/Onkologen, Chirurgen und Strahlentherapeuten. Letztlich werden heute weit mehr als 90 Prozent aller Kinder in Deutschland nach einem einheitlichen für den Tumor spezifischen Behandlungsprotokoll behandelt.

Dieser medizinhistorische Erfolg ist aber nur eine Seite der Medaille. Eine ungelöste Herausforderung in der Behandlung von kindlichen Tumoren sind sehr fortgeschrittene metastasierte Tumoren und Tumorrezidive. Hier sind die Behandlungserfolge mit einer Fünfjahresüberlebensrate von unter 40 Prozent ungleich schlechter und konnten trotz neuer Behandlungskonzepte in den letzten zehn Jahren nicht verbessert werden. Ein weiteres Problem sind die Spätfolgen nach Tumorbehandlung, wozu auch Zweitkrebserkrankungen wie Schilddrüsenkarzinome oder Leukämien zählen.

Die Seltenheit der kindlichen Tumoren macht in unserem Land eine Zentralisierung dieser Behandlung und eine internationale Kooperation dringend notwendig, um gerade auf dem Gebiet von metastasierenden Erkrankungen und Tumorrezidiven den Behandlungseffekt durch einheitliche internationale Protokolle auch statistisch und somit nachhaltig zu untermauern. Ein klassisches Beispiel hierfür ist der PHITT-Trial, ein einheitliches internationales Protokoll für kindliche Lebertumoren, der mit sechs zusätzlichen Arbeitspaketen durch die EU mit dem ChiLTERN-Projekt in Höhe von sieben Millionen Euro gefördert wird.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat durch Vorgaben von Strukturkriterien versucht, den Bereich der pädiatrischen Onkologie in unserem Land zu stärken und die Behandlung der Kinder in Zentren zu optimieren. Diese Zielstellung wurde letztlich nicht erreicht. Wir haben in unserem Land mehr als 100 Zentren, die diese Vorgaben erfüllen und zum Teil pro Jahr weniger als zehn Kinder mit bösartigen Neuerkrankungen behandeln.

Wir benötigen eine signifikante Reduktion der Zentren für pädiatrische Hämatologie und Onkologie sowie eine Zentralisierung der Tumorchirurgie im Kindesalter, um die Versorgungsqualität und die Behandlungsergebnisse zu verbessern. Dieses Problem wurde durch die Deutsche Krebsgesellschaft erkannt. Sie startete im Jahr 2017 mit der Zertifizierung von kindlichen Zentren zur Krebsbehandlung. Diese basiert nicht nur auf harten strukturellen Vorgaben, sondern auch auf Mindestmengen. Eckwerte sind zum Beispiel 30 Neuerkrankungen pro Jahr, strukturierte, im SAP dokumentierte Behandlungsabläufe und externe Audits im Abstand von drei Jahren. In den einzelnen chirurgischen Fächern sind definierte Operationszahlen, eine vorgeschriebene Anzahl an Fachärzten, ein 24-Stunden-Bereitschaftsdienst und eine Fortbildungspflicht auf dem Sektor Onkologie vorgeschrieben. Außerdem soll der Stellenwert referenzchirurgischer Zentren unter Einbeziehung der Telemedizin für sehr komplexe Tumoren ausgebaut werden.

Letztlich kann mit diesen Maßnahmen die dringend notwendige Zentralisierung der Tumorbehandlung im Kindesalter bei gleichzeitiger Verbesserung der Versorgungsqualität erreicht werden.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, April 2018

REDEMANUSKRIFT

Mögliche Einsatzbereiche des Physician Assistant aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer,
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH), Berlin;
Präsident des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC), Berlin
sowie

Professor Dr. med. Dr. h. c. Hugo Van Aken,
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)

Die Unterstützung der ärztlichen Aufgaben im ambulanten wie stationären Bereich durch nicht ärztliches Fachpersonal steht seit vielen Jahren in der Diskussion. Dies trifft auch für den Physician Assistant (PA) oder Arztassistent/-in zu, obwohl dieses Berufsbild in den USA oder einigen europäischen Nachbarstaaten im Gegensatz zum in Deutschland praktizierten arztzentrierten Gesundheitssystem bereits etabliert ist. Auf dem 120. Deutschen Ärztetag 2017 in Freiburg wurde nun dem Modellversuch eines PA mit Übertragung ärztlicher Aufgaben nach dem Delegationsprinzip zugestimmt. Die Substitution ärztlicher Kernkompetenzen durch nicht ärztliche Gesundheitsberufe wurde eindeutig abgelehnt. Ziel des Einsatzes eines PA ist es also, den Arzt zu unterstützen und zu entlasten, aber in keiner Weise zu ersetzen. Derzeit stehen nun in Deutschland acht Ausbildungsstätten zur Verfügung und es sind bereits etwa 300 PAs, vor allem in Kliniken, tätig, wobei die Anordnungs- und Durchführungsverantwortung beim Arzt verbleibt. Als Grundlage für ein derzeit noch nicht einheitliches und staatlich anerkanntes Ausbildungscurriculum haben die Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 2017 ein entsprechendes Positionspapier zum neuen Gesundheitsberuf „Physician Assistant“ mit Ausbildungsvorgaben und Einsatzmöglichkeiten erarbeitet. Dabei wurden die verschiedenen Fachgesellschaften, wie die DGAI oder DGCH, primär leider nicht aktiv in ein solches Konzept mit einbezogen. Zu Recht weist die DGAI darauf hin, dass Anästhesieleistungen in keinem Fall durch Nichtärzte durchgeführt werden dürfen, wie im ursprünglichen Konzept von BÄK/KBV ausgewiesen. Es kann also nur verwundern, dass eine Abstimmung mit den medizinischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften nicht stattgefunden hat, wo sie es doch sind, die letztendlich bei der Delegation ärztlicher Leistungen die entsprechende Verantwortung tragen müssen. Folgerichtig stellt der Generalsekretär der DGAI fest, dass die ärztlichen Kernkompetenzen für die verschiedenen Gebiete von den jeweiligen Fachgesellschaften definiert und dann auch berücksichtigt werden müssen. Dies trifft auch für die von der Deutschen Gesellschaft für Physician Assistants vorgestellten Inhalte der möglichen Aufgabenkataloge in den unterschiedlichen Einsatzbereichen zu. Daran ändert auch die Aussage von Kollegen nichts, dass die Tätigkeiten des Arztassistenten vom ärztlichen Personal gut angenommen werden, weniger von den Pflegekräften. Somit werden die Argumente der DGAI in gleicher Weise auch von der DGCH akzeptiert und nachdrücklich unterstützt. Im Gebiet der Chirurgie ergeben sich zudem unterschiedliche Einsatzmöglichkeiten der PAs, so besonders in der Gefäß- oder Herzchirurgie im Vergleich zur

Allgemein- und Viszeralchirurgie. Generell besteht allerdings weitgehend Einigkeit darin, dass durch einen Arztassistenten eine Entlastung insbesondere von im Prinzip nicht ärztlichen Tätigkeiten anzustreben ist, also beim Abbau von bürokratischen Aufgaben. Ferner ist aus Sicht der Fachgesellschaften der Einsatz von Arztassistenten weder als „Arzt light“ noch zur Lösung eines etwaigen Ärztemangels anzusehen. Es sollte damit deren Einsatz auch nicht aus finanziellen Gesichtspunkten dem ärztlichen Stellenplan zugeordnet werden. Insgesamt ist also derzeit vor allem Kooperation zwischen den ärztlichen und neuen Berufsgruppen bei proaktivem Vorgehen der Fachgesellschaften statt Konfrontation gefordert. Denn der Arztassistent sollte den Arzt unterstützen, ersetzen kann er ihn aber nicht!

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, April 2018

REDEMANUSKRIFT

Innovation:

Effizienzsteigerung – Minimalinvasive Thoraxchirurgie – Digitalisierung – Lebensqualität

Professor Dr. med. Erich Stoelben, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V. (DGT); Chefarzt Thoraxchirurgie, Lungenklinik Köln-Merheim, Kliniken der Stadt Köln gGmbH; Lehrstuhl für Thoraxchirurgie, Private Universität Witten/Herdecke, Köln

1. Die Zukunft der Thoraxchirurgie liegt in der minimalinvasiven Chirurgie, da sie die Lebensqualität erhöht und die Komplikationsrate senkt. Hierzu gehört auch die Roboter-assistierte Chirurgie. Die Digitalisierung ist eine Voraussetzung für moderne minimalinvasive Chirurgie.

2. In der Wirtschaft ist neben der Innovation eine ständige Steigerung der Effizienz notwendig. Hierbei spielt die Digitalisierung eine zentrale Rolle. Da sich die Medizin aus dem Mehrwert der wirtschaftlichen Tätigkeit der Gesellschaft finanziert, muss auch die Medizin innovativ sein und ihre Effizienz ständig steigern. Würde sie dies nicht tun, würden die Ausgaben gemessen am Brutto sozialprodukt (BIP) relativ zunehmen. Die Kosten steigen zusätzlich durch den steigenden Anteil älterer Patienten, wodurch die Zahl von Erkrankungen ansteigt, und durch die Innovationen, die Behandlungen effektiver, aber auch teurer werden lassen.

Dieser Konflikt von steigenden Ausgaben im Verhältnis zum BIP (Abbildung 1) wurde durch Kürzungen bei den Investitionsmitteln (Abbildung 3) und Einsparungen beim Personal in den Krankenhäusern, hier vor allem Pflegepersonal (Abbildung 2), kompensiert.

Diese Entwicklung hat dazu geführt, dass die Kliniken (Universitätskliniken ausgenommen) personell und strukturell in einer Sackgasse angekommen sind.

Bestimmte Leistungen wie zum Beispiel Operationen, das Gespräch mit dem Patienten und die Pflege sind nur sehr bedingt effizienter zu gestalten.

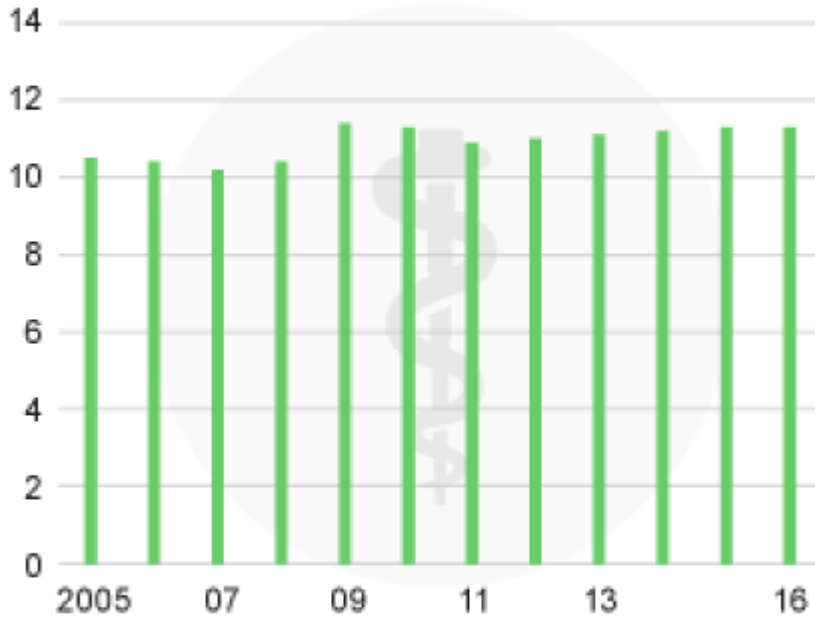
Die Digitalisierung erlaubt aber eine enorme Unterstützung bei Befundübermittlung, Dokumentation, Analyse von Daten und Unterstützung von Prozessen und Qualitätssicherung.

Hierzu sind erhebliche Investitionen in die Krankenhäuser im Bereich Pflegepersonal und Digitalisierung notwendig. Leider besteht schon ein dramatischer Investitionsstau in den Kliniken. Ohne Investitionen wird die Qualität der Versorgung der Patienten und die Attraktivität des Arbeitsplatzes Krankenhauses so weit eingeschränkt werden, dass die Versorgung der Patienten in Deutschland gefährdet ist.

Abbildung 1:

Gesundheitsausgaben

Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) in %

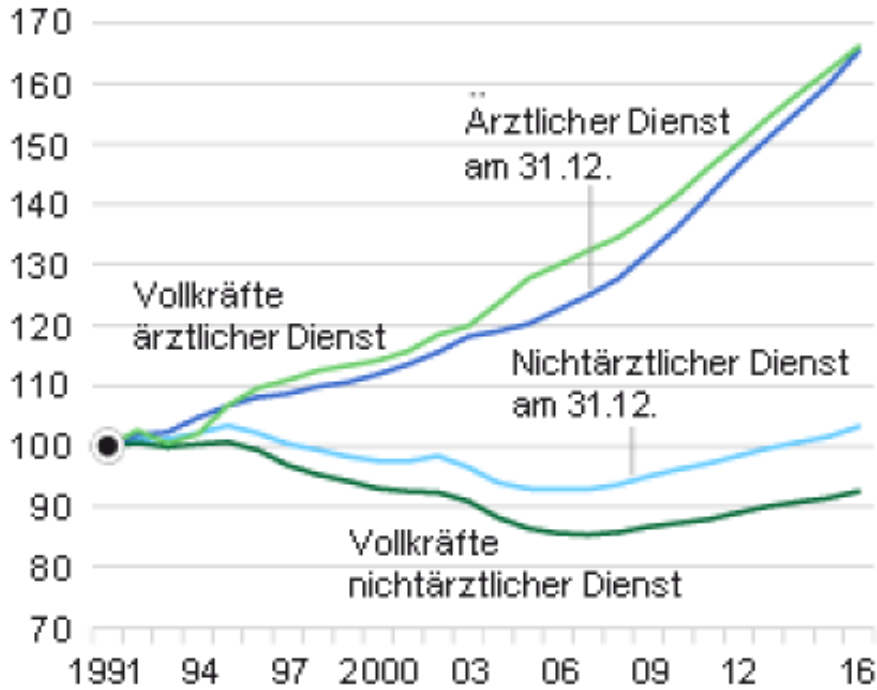


© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018

Abbildung 2: Personal nach Berufsgruppen 1991 bis 2016

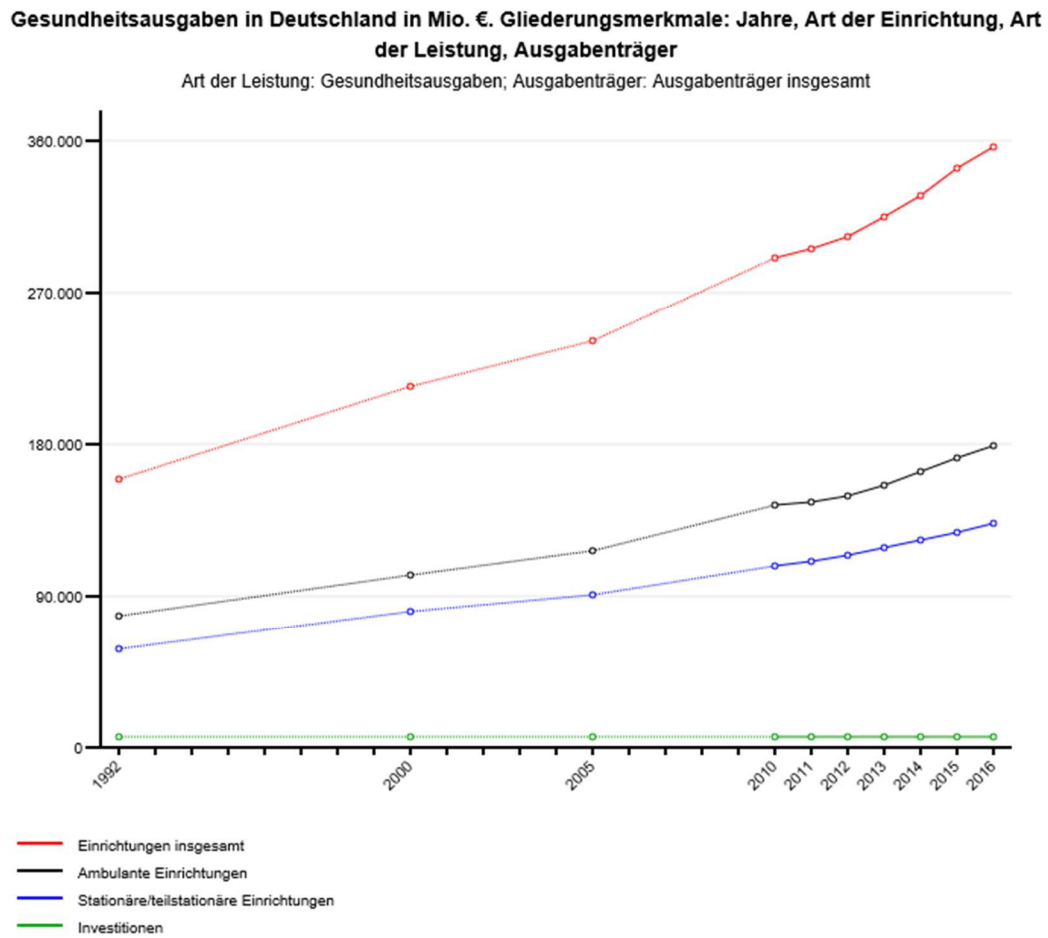
Beschäftigte in Krankenhäusern

Index 1991=100



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2017

Abbildung 3: Ausgaben gesamt, nach Sektor und Investitionen 1992 bis 2016.
Investitionen (öffentliche Haushalte, Krankenkassen) mit etwa sechs Milliarden Euro seit 1992 konstant



(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, April 2018

REDEMANUSKRIFT

Basalzellkarzinom – Was gibt es Neues?

Professor Dr. med. Dr. med. dent. Hans-Peter Howaldt, Beirat Arbeitskreis Wissenschaft, Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG); Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie - Plastische Operationen -, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Gießen

Das Basalzellkarzinom stellt die häufigste Geschwulst der äußeren Haut dar. Es wird auch als Basaliom oder weißer Hautkrebs bezeichnet. Wesentlicher Auslösfaktor ist eine jahrelange Lichtexposition, weshalb der Tumor besonders häufig im Gesicht lokalisiert ist und bei Menschen vorkommt, die große Teile ihres Lebens außerhalb geschlossener Räume verbringen, wie dieses zum Beispiel bei Landwirten, Bauarbeitern und Ähnlichem der Fall ist.

Das Basalzellkarzinom führt nur in extrem seltenen Fällen zu einer Metastasierung, jedoch wächst es lokal destruierend und Rezidive treten besonders dann auf, wenn bei der ersten Entfernung nicht ein ausreichender Sicherheitsabstand erreicht wurde. Die Therapie des Basalzellkarzinoms besteht in erster Linie in einer vollständigen chirurgischen Exzision unter histologischer Kontrolle der Schnittränder. Wie bei allen Tumorerkrankungen gibt es auch für das Basalzellkarzinom eine Leitlinie. Diese wurde gerade in einem umfangreichen interdisziplinären Arbeitsprozess erneuert und erreicht das Evidenzniveau S2k.

Die Leitlinie befindet sich gerade in der Konsultationsphase und steht somit kurz vor der Publikation durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Ein Kernpunkt der Leitlinie beschreibt die primäre Therapie in Form einer vollständigen Exzision des Tumors mit histologischer Randschnittkontrolle sowie eine funktionell und ästhetisch adäquate Rekonstruktion. Diese ist gerade besonders im Gesicht von großer Bedeutung, damit wichtige Funktionen, zum Beispiel der Nase, des Lidschlusses oder auch der Lippenkompetenz, erhalten bleiben und auch ein ästhetisch ansprechendes Ergebnis erreicht wird.

Anhand von drei kurzen Bildbeispielen werden Möglichkeiten der Rekonstruktion nach Exzision eines Basalzellkarzinoms im Gesicht gezeigt.

Neben der chirurgischen Therapie kommt grundsätzlich auch eine medikamentöse Behandlung in Betracht, insbesondere wenn es sich um ein multiples Auftreten der Basalzellkarzinome handelt, wenn sehr große Tumoren vorhanden sind oder wenn Patienten aufgrund ihres Alters oder Allgemeinzustandes nicht mehr operiert werden können. Hier kommen insbesondere Hedgehog-Inhibitoren zur Anwendung. Diese Medikamente können zu einem spektakulären Rückgang der Basaliome führen. Zumeist ist jedoch eine Dauertherapie vonnöten und die Behandlung ist sehr teuer.

Insgesamt wird deutlich, dass die Therapie der Basalzellkarzinome eine interdisziplinäre Aufgabe darstellt, damit nach adäquater Diagnostik die für die Patienten individuell optimierte Therapie bestimmt wird und auch nach chirurgischer Behandlung ästhetisch und funktionell gute Ergebnisse erreicht werden.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, April 2018

REDEMANUSKRIFT

Der Sanitätsdienst der Bundeswehr an der zivil-militärischen Schnittstelle – Kooperation als Zukunftsmodell

Generaloberstabsarzt Dr. med. Michael Tempel, Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr

1. Was haben wir in den Einsätzen gelernt?

Im Rahmen der Auslandseinsätze der Bundeswehr wurden chirurgisch tätige Sanitätsoffiziere regelmäßig mit Verletzungsmustern konfrontiert, die im Inland nur selten vorkommen. Als Beispiel sind hier Explosionsverletzungen (Blast Injuries) zu nennen, die ein umfangreiches und verheerendes Spektrum an Verletzungen mit sich bringen.

Dies führte in der Wehrmedizin früh zur Entwicklung spezieller Behandlungsmethoden, Materialien und Zeitlinien, binnen derer die verschiedenen Schritte von der Erst- bis zur abschließenden Versorgung eines Verletzten unter Einsatzbedingungen erfolgen müssen, um die Überlebenschancen der Patienten zu erhöhen und bestmögliche Behandlungsergebnisse sicherzustellen.

Dazu zählt auch das Verfahren der Damage Control Surgery, bei der primäres Ziel ist, zunächst die Kontrolle über die Verletzung zu erlangen und primär lebensbedrohliche Zustände zeitweilig und zum Teil unkonventionell zu stabilisieren, das Ganze unter oft schwierigen Einsatzbedingungen und mit limitierten Ressourcen. So gewinnt man Zeit, zum Beispiel für die Evakuierung des Verletzten vom Schadensort oder für den Transport zu einer Einrichtung der nächsthöheren Behandlungsebene.

2. Zukünftige Aufgaben gemäß Weißbuch

Seit dem Ende des Kalten Krieges hat sich die Bundeswehr im Wesentlichen an Stabilisierungsoperationen wie auf dem Balkan in Bosnien, in Herzegowina und dem Kosovo, aber auch in Afghanistan, dem Irak und in Mali sowie im Rahmen von maritimen Einsätzen beteiligt. Nach den fundamentalen Änderungen in der internationalen Sicherheitsarchitektur (Stichwort Syrien, Ukraine, Krim) ist eine stärkere Akzentuierung von Landes- und Bündnisverteidigung einschließlich der Notwendigkeit der Abschreckung potenzieller Gegner angezeigt. Das bedeutet unter anderem aber auch, wieder über Ausfallraten, Bevorratungshöhen oder Handlungsoptionen bei Ressourcenknappheit nachzudenken.

Aber auch Terrorlagen können binnen kürzester Zeit das Gefüge eines modernen Staates erschüttern, ihn kurzfristig in seiner Handlungsfähigkeit einschränken und ihn an die Grenzen des Leistbaren bringen. Ein solches Ereignis stellt alle beteiligten Behörden, insbesondere aber das zivile Gesundheitssystem, vor enorme logistische Herausforderungen. Insofern rücken auch der Heimatschutz, die nationale Krisen- und Risikovorsorge und – in ganz besonderen Fällen – mögliche subsidiäre Unterstützungsleistungen durch die Bundeswehr in den Fokus der Betrachtung.

3. Verpflichtung zum Transfer von Kenntnis und Fertigkeit mil > ziv

Über das taktische und strategische Wissen um die logistische Ausplanung, Vorbereitung und letztendlich Bewältigung eines Großschadensereignisses mit zahlreichen Schwerstverletzten, wie zum Beispiel eines Terroranschlags, verfügt der Sanitätsdienst der Bundeswehr – vor allem wegen der Einsätze – in besonderer Weise.

Aufgrund der oben aufgezeigten Entwicklung der Sicherheitslage sowie der Vorkommnisse in den letzten Jahren in Paris, Brüssel, München oder Berlin sieht sich der Sanitätsdienst der Bundeswehr in der Pflicht, das erworbene Wissen an das zivile Gesundheitssystem weiterzugeben.

4. Letter of Intent mit DGU als Grundlage, um Ziffer 3 mit Leben zu füllen

Als Grundlage hat der Sanitätsdienst der Bundeswehr 2017 mit der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) eine Absichtserklärung gezeichnet. Absicht ist es, im Rahmen gemeinsamer Ausbildungen die schnelle und situationsgerechte Versorgung der Opfer zu vermitteln.

Dabei geht es weniger um die Versorgung der Verletzungen als vielmehr um den Transfer von Fachwissen zur Vorbereitung auf die Ausnahmesituation, in der sich das betroffene Personal bei einer Terrorlage befinden wird. Im Ernstfall sind sowohl das Militär als auch die zivile Medizin gleichermaßen auf die Nutzung des vollen Umfangs der vorliegenden Erfahrung angewiesen.

Dazu finden bereits jetzt regelmäßig Intensivkurse, wie zum Beispiel der Lehrgang „Terror and Disaster Surgical Care“ (TDSC), an der Lehrakademie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie statt, in denen Sanitätsoffiziere der Bundeswehr gemeinsam mit erfahrenen zivilen Chirurgen als Referenten dieses Wissen vermitteln.

So wird es gelingen, Erfahrungen aus den Einsatzgebieten, über die bislang fast ausschließlich der Sanitätsdienst der Bundeswehr verfügt, zur Optimierung der Bewältigung von komplexen Szenarien an den zivilen Bereich weiterzugeben. Die gemeinsame Basis schaffen wir durch die Kooperation mit den Fachgesellschaften.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, April 2018

REDEMANUSKRIFT

Trendwende in der Wirbelsäulenchirurgie? Warum die Zahl der Eingriffe rückläufig ist

Privatdozent Dr. med. Dr. med. univ. Matthias Pumberger, Preisträger des Grundlagenforschungspreises der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU); Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Die Wirbelsäulenchirurgie hat innerhalb der vergangenen Jahrzehnte eine dramatische Weiterentwicklung durchschritten. Innerhalb kürzester Zeit wurden alt bewährte Konzepte durch neue Versorgungsstrategien ersetzt. Zum Beispiel wurde die Versteifungsoperation durch den standardisierten Einsatz von Pedikelschrauben und einer zusätzlichen intersomatischen Fusion revolutioniert. Jedoch ist an dieser Stelle hervorzuheben, dass im Speziellen durch die Entwicklung neuer Versorgungsstrategien das Indikationsspektrum erweitert wurde. Anfänglich wurden spinale Eingriffe aufgrund traumatischer Verletzungen, entzündlicher Prozesse, fortschreitender Deformitäten (Verkrümmungen der Wirbelsäule) oder neurologischer Ausfälle durchgeführt. Das Indikationsspektrum wurde vor allem im Bereich der degenerativen Erkrankungen ausgeweitet. Das heißt, es wurden Patienten aufgrund von Abnützungserscheinungen vermehrt operiert. Aktuelle Analysen der Krankenkassen in Deutschland als auch Registerdaten anderer Industrieländer wie Amerika oder Großbritannien bestätigen diesen Trend. Jedoch ist genau im degenerativen Bereich die Indikationsstellung eine große Herausforderung. Vorwiegend beklagen diese Patienten Rückenschmerz, wobei dieser unspezifischer (zum Beispiel: muskulär bedingt) oder spezifischer Natur (zum Beispiel: Spondylolisthese, Osteochondrose, Spondylarthrose) sein kann. Hervorzuheben ist, dass ausschließlich die Patienten mit spezifischen Rückenschmerzen, bei denen ein pathologisches Korrelat ursächlich für die Beschwerden ist, nach fehlgeschlagener konservativer Therapie von einer Operation überhaupt profitieren. Zusammenfassend ist hervorzuheben, dass der degenerative Bereich für die steigende Anzahl an Wirbelsäulenoperationen verantwortlich war.

Interessanterweise sind bereits vor dieser Erkenntnis mehrere Instrumente zur Steuerung der Problematik etabliert worden. So hatte zum Beispiel die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) bereits im Jahr 2012 das Initiierungstreffen zur kürzlich veröffentlichten Leitlinie zur Behandlung von spezifischem Kreuzschmerz abgehalten. Hier erarbeiteten alle Fachgesellschaften, die in die konservative und operative Behandlung dieser

Patienten eingebunden sind, einen diagnostischen und therapeutischen Leitfaden. Parallel wurde von der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft (Kommission Weiterbildung und Kommission Qualitätssicherung) ein persönlicher Zertifizierungsprozess als auch eine Zertifizierung der Kliniken initiiert. Die persönliche Zertifizierung stellt die Weiterbildung in den Vordergrund und unterliegt strengen Auflagen. So sind in Deutschland mit dem Excellence Zertifikat nur 21 Chirurgen ausgezeichnet (Stand 8.3.2018). Das gleiche gilt für die Zertifizierung von Kliniken – hier erreichten bislang nur 11 Kliniken das Level I. Das Konzept zur Zertifizierung von Wirbelsäulenzentren liegt bereits seit 2013 vor und wird aktuell durch unabhängige Zertifizierungsdienstleister durchgeführt. Darüber hinaus werden die Eingriffe und die Komplikationen aller durchgeführter Operationen in einem zentralen Wirbelsäulenregister erfasst und erlauben so eine weitere Qualitätskontrolle. Durch ein eigenes Zweitmeinungsportal erleichtert die Deutsche Wirbelsäulengesellschaft den Kontakt zu Spezialisten. Natürlich ist der endgültige Einfluss der Vielzahl an ergriffenen Maßnahmen auf die Versorgungsqualität in Deutschland noch abzuwarten.

Interessanterweise ist jedoch ein Trend in der Veröffentlichung der Bertesmann Stiftung bereits erkennbar. Während sich zum Beispiel die Krankenhaushäufigkeit aufgrund der häufigsten assoziierten Hauptdiagnosen zwischen 2007 und 2011 noch deutlich gesteigert hat, scheint diese in den darauf folgenden vier Jahren nur noch marginal gesteigert. Der zugrundeliegende Einfluss der demographischen Verschiebung in unserer Bevölkerung ist vor diesem Hintergrund zu berücksichtigen. Einzelne Diagnosen beziehungsweise Prozeduren zeigen sich sogar im Vergleich zu den vorangegangenen Jahren bereits rückläufig.

Zusammenfassend wird die Entwicklung der Wirbelsäulenchirurgie von den Fachgesellschaften kritisch überwacht. Entscheidend ist die Etablierung entsprechender Instrumente zur Steuerung und Regulierung der Wirbelsäulenchirurgie. Auch wenn viel Arbeit durch die Fachgesellschaften bereits geleistet wurde, wird die Zukunft erst zeigen, ob eine natürliche Balance bereits erreicht wurde.

Parallel dazu ist alleinig die patientenorientierte Forschung das einzige Instrumentarium zur Verbesserung der medizinischen Qualität.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, April 2018

135. Kongress
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
17. bis 20. April 2018 · CityCube, Berlin



Prof. Dr. med. Jörg Fuchs
Präsident 2018

Pressekonferenz anlässlich des 135. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Termin: Donnerstag, 19. April 2018, 12.00 bis 13.00 Uhr
Ort: CubeClub, Ebene 1, Westfoyer im CityCube
Anschrift: Messedamm 26/Ecke Jafféstraße, 14055 Berlin

„Innovation und Globalisierung“

Themen und Referenten:

Sektorübergreifende Versorgung – Mehr als nur ein Schlagwort?

Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Vizepräsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC)

Nachhaltige Konzepte zur Versorgung kinderchirurgischer Fehlbildungen in Entwicklungsländern

Dr. med. Gül Schmidt
Operation Smile; Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum

Globalisierung: Seltene Erkrankungen – exotische Infektionen – Verständigung

Professor Dr. med. Erich Stoelben
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V. (DGT);
Chefarzt Thoraxchirurgie, Lungenklinik Köln-Merheim, Kliniken der Stadt Köln gGmbH;
Lehrstuhl für Thoraxchirurgie, Private Universität Witten/Herdecke, Köln

Moderne Konzepte in der chirurgischen Fort- und Weiterbildung – Sectio chirurgica

Professor Dr. med. Bernhard Hirt
Leiter des Instituts für Klinische Anatomie und Zellanalytik, Universitätsklinikum Tübingen

Global Health Care und Global Surgery – der große und der kleine Bruder

Privatdozent Dr. med. Henning Mothes
Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Entwicklungsländer (CAEL) der
DGCH; Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Jena

Ihr Kontakt für Rückfragen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-641
Telefax: 0711 8931-167
ullrich@medizinkommunikation.org
www.chirurgie2018.de, www.dgch.de

Vor Ort auf dem Kongress vom 17. bis 20. April 2018

CityCube Berlin, CubeClub, Westfoyer, Level 1
Dienstag, 17. April 2018, von 8.30 bis 17.30 Uhr
Mittwoch, 18. April 2018, von 8.00 bis 18.00 Uhr
Donnerstag, 19. April 2018, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Freitag, 20. April 2018, von 8.00 bis 16.30 Uhr
Telefon: 030 3038-81508



135. Kongress
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
17. bis 20. April 2018 · CityCube, Berlin



Prof. Dr. med. Jörg Fuchs
Präsident 2018

Nachwuchs – Karrierepfade – Wissenschaftliche Ausbildung

Professor Dr. med. Jörg C. Kalff

Zweiter Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV); Direktor der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie und Vorstandsmitglied, Universitätsklinikum Bonn

Chancen und Herausforderungen der chirurgischen Forschung in der globalen Welt

Professor Dr. med. Michael Menger

Direktor des Instituts für Klinisch-Experimentelle Chirurgie, Universität und Universitätsklinikum des Saarlandes

Gemeinsam stark: Interdisziplinäre Plastische Chirurgie - Wiederherstellung von Form und Funktion nach Trauma und Tumor

Professor Dr. med. Riccardo Giunta

Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgie (DGPRÄC); Direktor der Abteilung für Handchirurgie, Plastische Chirurgie und Ästhetische Chirurgie der Ludwig-Maximilians-Universität München am Campus Innenstadt und Campus Großhadern

Moderation:

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

Ihr Kontakt für Rückfragen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-641

Telefax: 0711 8931-167

ullrich@medizinkommunikation.org

www.chirurgie2018.de, www.dgch.de

Vor Ort auf dem Kongress

vom 17. bis 20. April 2018

CityCube Berlin, CubeClub, Westfoyer, Level 1

Dienstag, 17. April 2018, von 8.30 bis 17.30 Uhr

Mittwoch, 18. April 2018, von 8.00 bis 18.00 Uhr

Donnerstag, 19. April 2018, von 8.00 bis 17.30 Uhr

Freitag, 20. April 2018, von 8.00 bis 16.30 Uhr

Telefon: 030 3038-81508



135. Kongress
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
17. bis 20. April 2018 · CityCube, Berlin



Prof. Dr. med. Jörg Fuchs
Präsident 2018

**Pressekonferenz anlässlich des
135. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie**

Termin: Freitag, 20. April 2018, 12.00 bis 13.00 Uhr
Ort: CubeClub, Ebene 1, Westfoyer im CityCube
Anschrift: Messedamm 26/Ecke Jafféstraße, 14055 Berlin

„Tradition – Innovation – Globalisierung“

Themen und Referenten:

Erste Bilanz – Wie lief der 135. Chirurgenkongress?

Professor Dr. med. Jörg Fuchs

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH);
Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie
am Universitätsklinikum Tübingen

**Herzchirurgie sieht kritischen Mangel an Spenderherzen; Europäische ESC/EACTS
Leitlinie zur Behandlung von Herzklappenerkrankungen 2017 wird ausdrücklich von
Herzchirurgen befürwortet**

Privatdozent Dr. med. Wolfgang Harringer

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG);
Chefarzt der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Städtisches Klinikum
Braunschweig

Nachwuchsförderung unter den Aspekten des Kongressmottos:

Tradition – Innovation – Globalisierung

Professor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG);
Direktor der Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie und des Universitären
Wundzentrums, Universitätsklinikum Frankfurt am Main

Moderation:

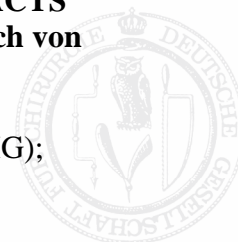
Anne-Katrin Döbler, Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-641
Telefax: 0711 8931-167
ullrich@medizinkommunikation.org
www.chirurgie2018.de, www.dgch.de

**Vor Ort auf dem Kongress
vom 17. bis 20. April 2018**

CityCube Berlin, CubeClub, Westfoyer, Level 1
Dienstag, 17. April 2018, von 8.30 bis 17.30 Uhr
Mittwoch, 18. April 2018, von 8.00 bis 18.00 Uhr
Donnerstag, 19. April 2018, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Freitag, 20. April 2018, von 8.00 bis 16.30 Uhr
Telefon: 030 3038-81508





Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, mit derzeit 6 450 Mitgliedern, wurde 1872 in Berlin gegründet. Sie gehört damit im 146. 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 Wissenschaftsorganisationen und allen Partnern im Gesundheitswesen.

Der traditionsreiche Deutsche Chirurgenkongress mit seiner schwerpunkt- 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 Gesellschaft beigetreten. Sie vertritt mit ihren über die einzelnen Fachgesellschaften assoziierten Mitgliedern damit mehr als 20 000 Chirurgen. Es können so die gemeinsamen Interessen besser gebündelt und in einer starken Gemeinschaft nach außen vertreten werden.

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

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

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

Tel.: 030 28876290
Fax: 030 28876299
Mail: info@dgch.de

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Jörg Fuchs
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH);
Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie
am Universitätsklinikum Tübingen



*1963

Studium:

1983–1989 Medizinstudium an der Humboldt-Universität zu Berlin, Charité
1989 Approbation mit Diplom und Promotion zum Dr. med. an der
Humboldt-Universität zu Berlin, Charité

Klinische und akademische Weiterbildung/Aufgaben:

1989–1990 Beginn der Facharztausbildung für Kinderchirurgie an der Medizinischen Akademie
„Carl Gustav Carus“ in Dresden
1991 Fortführung der Weiterbildung an der Kinderklinik des Klinikums
Mannheim/Tätigkeit als DFG-Stipendiat
1991–1997 Weiterbildung zum Kinderchirurgen an der Medizinischen Hochschule
Hannover, inklusive einer sechsmonatigen Tätigkeit an der Unfallchirurgischen
Klinik (Prof. Dr. med. Tscherne) und einer einjährigen Ausbildung in
Intensivmedizin (Prof. Dr. med. Kallfelz)
1997 Facharzt für Kinderchirurgie
1998 Oberarzt an der Kinderchirurgischen Klinik der Medizinischen
Hochschule Hannover (Prof. Dr. med. H. Mildenerger)
1999 Venia legendi im Fach Kinderchirurgie
2002 Ordinarius für Kinderchirurgie und Kinderurologie am
Universitätsklinikum Tübingen
2007 Ruf auf die W3-Professur für Kinderchirurgie an die Berliner Charité
(„Primo loco et unico“, Ruf abgelehnt)
2010–2013 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie
2011 Ehrenmitglied der „American Academy of Pediatrics/Section on Surgery“
2011 Mitglied der Forschungskommission des Universitätsklinikums Tübingen
2013 Kongresspräsident des World Congress of Pediatric Surgery in Berlin
2016 Vizepräsident Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
2017 Präsident Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

Wissenschaftliche Preise und Auszeichnungen:

1988	„Robert Koch-Preis“ der Humboldt-Universität zu Berlin
1999	„Richard-Drachter-Preis“ der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie
2000	„Best Poster Prize for Clinical Trials Phase III“ der International Society for Pediatric Oncology (SIOP) (Amsterdam)
2005	Novartispreis für Kinderchirurgische Forschung (Stockholm)
2011	„Stephen L. Gans“ Award – American Academy of Pediatrics

Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte:

Mitglied der Studienleitung und Referenzchirurg in folgenden Therapieoptimierungsstudien:

Kooperative Weichteilsarkomstudie der Gesellschaft für pädiatrische Orthopädie und Onkologie (GPOH)

Nierentumor-Studie der GPOH und SIOP (SIOP 93-01 und 2001)

Lebertumor-Studie der GPOH und SIOP (HB 94, HB 99 und Registrierstudie)

Neuroblastomstudie der GPOH und SIOPEN

Schwerpunkte: Neugeborenenchirurgie inklusive Thoraxchirurgie, onkologische Chirurgie, Kinderurologie und minimalinvasive Chirurgie

Wissenschaft: Onkologische Grundlagenforschung auf dem Gebiet kindlicher solider Tumoren (Chemotherapiesensibilität, Imaging, innovative Therapieansätze)
Analyse klinischer Daten innerhalb der Tumorstudien der GPOH und SIOP
Klinische Untersuchungen zur minimalinvasiven Chirurgie im Kindesalter

Publikationen:

- Mehr als 180 medline-gelistete Publikationen
- 15 Buchkapitel in deutsch- und englischsprachigen Lehrbüchern/Monografien
- Herausgeber des Lehrbuches „Solide Tumoren im Kindesalter“, Schattauer-Verlag/Stuttgart

Mitgliedschaften in wissenschaftlichen Fachgesellschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (Vorstandsmitglied)
- Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (Vorstandsmitglied)
- International Society of Pediatric Surgical Oncology (Vorstandsmitglied)
- European Society of Pediatric Surgery (Mitglied im wissenschaftlichen Board)
- Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie
- Berufsverband Deutscher Chirurgen
- European Society of Pediatric Urology
- Renal Tumor Study Group der International Society of Pediatric Oncology (SIOP)
- Liver Tumor Study Group der SIOP (SIOPEL)

Beiratsmitgliedschaften in wissenschaftlichen Zeitschriften:

- Pediatric Surgery International
- European Journal of Pediatric Surgery
- Pediatric Blood and Cancer
- Monatsschrift für Kinderheilkunde
- Der Chirurg
- Zentralblatt für Chirurgie

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH), Berlin,
Präsident des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC), Berlin

* 1948



Beruflicher Werdegang:

1967–1972	Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität 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 Medizinischen Hochschule 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
Seit 04/2015	Präsident des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC), Berlin

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dr. h. c. Hugo Van Aken

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI); ehemaliger Direktor der Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie, Universitätsklinikum Münster

* 1951



Professor Hugo Van Aken ist seit 2010 Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Er war von 1995 bis 2016 Lehrstuhlinhaber und Direktor der Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie am Universitätsklinikum Münster. Er promovierte 1976 an der Medizinischen Fakultät der Universität Leuven, Belgien, zum Doktor der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe. 1980 erlangte er die Facharztanerkennung für das Fach Anästhesiologie. 1983 bekam er die Venia Legendi für das Fach Anästhesiologie an der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Von 1986 bis 1995 war er Lehrstuhlinhaber und Direktor der Klinik für Anästhesiologie an der Katholischen Universität Leuven. Von 2000 bis 2004 war er Präsident der European Academy of Anaesthesiology (EAA) und in dieser Zeit verantwortlich für die Zusammenlegung aller europäischen Gesellschaften für Anästhesiologie in die neu gegründete European Society of Anaesthesiology (ESA). Von 2005 bis 2007 war er Generalsekretär dieser Gesellschaft.

Von 2000 bis 2006 war er Präsident der Deutschen Akademie für Anästhesiologische Fortbildung, 2007 bis 2008 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI). Von 1999 bis 2011 war er Mitglied des „Board of Trustees“ der International Anesthesia Research Society (IARS). Seit 2012 ist er Mitglied des Executive Committee der World Federation of Societies of Anaesthesiologists (WFSA) und Liaison Officer für die World Health Organization (WHO) für alle Belange der Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin. Seit 2013 ist er Präsident der European Patient Safety Foundation (EUPSF).

Er ist Fellow des Royal College of Anaesthetists (FRCA) und Fellow des Australian and New Zealand College of Anaesthetists (FANZCA). Darüber hinaus ist er Ehrenmitglied der Association of University Anesthesiologists (AUA), der American Society of Anesthesiologists (ASA), der European Society of Anaesthesiology (ESA), der Polnischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, der Georgischen Gesellschaft für Anästhesiologie, der Belgischen Vereinigung für Anästhesie und Reanimation, der Tschechischen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin, der

Niederländischen Gesellschaft für Anästhesiologie, der Chinese Society of Anesthesiology und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Seit 2005 versuchte er, die Laienreanimation als Pflichtfach in den Schulen einzubringen (Schüler werden Lebensretter). Der 395. Schulausschuss der Kultusministerkonferenz hat 2014 empfohlen, die Wiederbelebung als Thema ab dem Schuljahr 2015/2016 mit zwei Unterrichtsstunden pro Jahr mit aufzunehmen.

2008 erhielt er von der Bundesärztekammer die Ernst-von-Bergmann-Plakette für Verdienste um die ärztliche Fortbildung. Im Jahr 2009 wurde er als ordentliches Mitglied in die Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina gewählt. Seit 2015 ist er Vorsitzender des Aufsichtsrats des Universitätsklinikums Bonn. Im August 2015 erhielt er das Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland. Von der Huazhong University of Science and Technology wurde er von Juli 2015 bis Juli 2018 zum Gastprofessor ernannt. Seit 30.09.2016 ist Professor Van Aken emeritiert. Seit 2016 ist er Vorsitzender des Lenkungsausschusses der Akademie der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe.

Schwerpunkte der Forschungsaktivitäten von Herrn Professor Van Aken sind die Sicherheit und Verfeinerung regionaler Anästhesietechniken, die Behandlung akuter postoperativer Schmerzen, die Pharmakokinetik und -dynamik neuer Anästhetika sowie die kardiovaskulären Auswirkungen verschiedener Anästhesieverfahren.

Herr Professor Van Aken ist Autor oder Co-Autor von mehr als 597 wissenschaftlichen Veröffentlichungen. Er ist Herausgeber der Zeitschrift „Current Opinion in Anesthesiology“ und Herausgeber der Zeitschrift „Baillière’s Best Practice in Research and Anaesthesiology“ sowie Mitglied mehrerer internationaler Editorial Boards und wissenschaftlicher Gesellschaften.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Erich Stoelben
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V. (DGT);
Chefarzt Thoraxchirurgie, Lungenklinik Köln-Merheim, Kliniken der Stadt
Köln gGmbH; Lehrstuhl für Thoraxchirurgie, Private Universität
Witten/Herdecke, Köln



Medizinstudium:

1982–1988 Universität Erlangen, Marburg und Bordeaux

Promotion am Pathologischen Institut der Universität Marburg: „Bestimmung der
Östrogenrezeptoren beim Mammakarzinom mit histo- und biochemischen Methoden“, 1990

Berufliche Tätigkeiten:

- 1988–1991 Thoraxklinik der LVA Baden, Heidelberg-Rohrbach,
Chirurgische Abteilung und Abteilung für Anästhesie
- 1991–1993 Klinikum der Stadt Mannheim, Chirurgische Universitätsklinik
- 1993–1998 Klinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden,
Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie
- 1999–2004 Chirurgische Universitätsklinik Freiburg, Abteilung Thoraxchirurgie,
Leitender Oberarzt, Vertreter des Abteilungsleiters
- 1995 Facharzt für Chirurgie
- 1997 Schwerpunkt Thoraxchirurgie
- 1999 Schwerpunkt Gefäßchirurgie
- 1/2004 Habilitationsverfahren und Venia Legendi, Medizinische Fakultät der
Universität Freiburg
- 1/2005 Chefarzt der Lungenklinik, Kliniken der Stadt Köln gGmbH
- 1/2013 Lehrstuhl für Thoraxchirurgie an der Fakultät für Gesundheit der Universität
Witten/Herdecke

Funktionen:

- 2009–2015 Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie
- Seit 2017 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dr. med. dent. Hans-Peter Howaldt
Beirat Arbeitskreis Wissenschaft, Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG); Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie - Plastische Operationen -, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Gießen



* 1959

- | | |
|----------------|--|
| 1975/76 | Studium der Humanmedizin an der Ruhr-Universität Bochum |
| 1976–1980 | Studium der Humanmedizin und der Zahnmedizin an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen |
| 11/1980 | Approbation als Zahnarzt |
| 11/1980 | Promotion zum Dr. med. dent., Thema der Dissertation: „Temporäre Anus praeter – Komplikationen bei der Rückverlagerung“ |
| 1980–1982 | Studium der Humanmedizin an der Freien Universität Berlin |
| 4/1981–9/1982 | Assistenz Zahnarzt bei Dr. H. Rämisch in Berlin |
| 3/1982 | Approbation als Arzt |
| 5/1983 | Promotion zum Dr. med., Thema: „Der Einfluss von Galactosamin auf die Listeriose der Maus“ |
| 4/1983–10/1994 | Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt, Abteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie |
| 4/1989–12/1998 | Wissenschaftliche Leitung des Tumorregisters des Deutsch-Österreichisch-Schweizerischen Arbeitskreises für Tumoren im Kiefer- und Gesichtsbereich (DÖSAK) |
| 3/1990 | Anerkennung als Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Leitender Oberarzt der Abteilung |
| 11/1990 | Habilitation für das Fach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie mit der Schrift „Aufbau und Ergebnisse einer klinischen Dokumentation für Tumoren im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich als Grundlage für ein überregionales Tumorregister“ |
| 1/1991 | Verleihung der akademischen Bezeichnung „Privatdozent“ |

- 3/1992 Verleihung der Zusatzbezeichnung „Plastische Operationen“ für das Fach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Seit 1/1994 Mitglied des Deutschsprachigen TNM-Ausschusses
- 10/94 Berufung als Kommissarius für den Lehrstuhl Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Justus-Liebig-Universität Gießen
- Seit 7/96 Berufung als C4-Professor, Lehrstuhl Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Justus-Liebig-Universität Gießen
- 1997–2001 Vorsitzender des Deutsch-Österreichisch-Schweizerischen Arbeitskreises für Tumoren im Kiefer- und Gesichtsbereich (DÖSAK-Tumorregister)
- 1998–2003 Mitglied der Kommission Klinische Studien der Deutschen Krebsgesellschaft
- 2000–2002 Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft AHMO innerhalb der Deutschen Krebsgesellschaft
- 2002–2014 Vorstandsmitglied der Europäischen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (EACMFS)
- 2006–2016 Stellvertretender Vorsitzender des Landesverbandes Hessen im DGI e.V.
- 2010–2014 Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG)
- Seit 2012 Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
- Seit 2016 Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der Nationalen Versorgungskonferenz Hautkrebs (NVKH)
- Seit 2016 1. Vorsitzender des Landesverbandes Hessen im DGI e.V.

Curriculum Vitae

Generaloberstabsarzt Dr. med. Michael Tempel
Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr



Werdegang:

- 1973 Eintritt in die Bundeswehr beim Fallschirmjägerbataillon 251, Calw,
Ausbildung zum Fallschirmjägeroffizier
- 1977 Studium der Humanmedizin als Sanitätsoffizieranwärter (SanOA) in Würzburg und
Heidelberg
- 1983 Assistenzarzt im Bundeswehrkrankenhaus, Wildbad
- 1984 Truppenarzt beim Fallschirmjägerbataillon 252, Nagold
- 1985 Chef der AMF-Sanitätskompanie, 2./Sanitätslehrbataillon 851, München
- 1986 Teilnahme am 29. Generalstabslehrgang an der Führungsakademie der Bundeswehr,
Hamburg
- 1988 Austauschoffizier an der Academy of Health Sciences, San Antonio, Texas
- 1989 Kommandeur Gebirgssanitätsbataillon 8, Kempten,
während dieser Zeit von Jan. bis Dez. 1991 zum Aufbau der Sanitätsbrigade Ost in
Perleberg, Brandenburg
- 1994 Referent BMVg InSan II 1, Bonn
- 1995 Leitender Sanitätsoffizier WBK VI / 1. Gebirgsdivision, München
- 2000 Lehrgangsteilnehmer am NATO Defense College, Rom
- 2000 Divisionsarzt KLK / 4. Division, Regensburg
- 2001 Referatsleiter BMVg InSan II 4, Bonn
- 2002 Abteilungsleiter I – Ausbildung / Weiterentwicklung Sanitätsdienst, SanABw,
München
- 2006 Stellvertretender Kommandeur und Chef des Stabes Sanitätskommando II, Diez
- 2007 Stellvertretender Kommandeur und Kommandeur Regionale Sanitätseinrichtungen,
Sanitätskommando II, Diez
- 2007 Kommandeur Sanitätskommando III, Weißenfels
- 2013 Kommandeur Sanitätsdienstliche Einsatzunterstützung, Weißenfels
- 2014 Kommandeur Gesundheitseinrichtungen und Stellvertreter des Inspektors des
Sanitätsdienstes
- Seit Juli 2015 Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr, Koblenz

Beförderungen:

1975	Leutnant
1983	Stabsarzt
1985	Oberstabsarzt
1988	Oberfeldarzt
1994	Oberstarzt
2008	Generalarzt
2013	Generalstabsarzt
2015	Generaloberstabsarzt

Einsätze:

1992–1993	United Nations Transitional Authority in Cambodia (UNTAC), Kambodscha
1995	United Nations Peace Force (UNPF), Kroatien
1998–1999	Stabilisation Force (SFOR), Bosnien-Herzegowina

Auszeichnungen:

1990	Small Arms Expert Marksman (US)
1993	UN Transitional Authority in Cambodia (UNTAC), Medaille
1995	UN Protection Force (UNPROFOR), Medaille
1996	Einsatzmedaille (UNPF)
1998	Einsatzmedaille (SFOR)
2004	Ehrenkreuz der Bundeswehr in Gold
2013	Einsatzmedaille Fluthilfe

2015	Projektförderung Berlin Brandenburg Schule für Regenerative Therapien 10.000 € Universitäre Forschungsförderung 7000 €
2016	Universitäre Forschungsförderung 16950 €
2017	Universitäre Forschungsförderung 15000 €

Mitgliedschaft in Fachgesellschaften:

Seit 2013	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie, Sektion Wirbelsäule
Seit 2015	Deutsche Wirbelsäulengesellschaft
Seit 2017	Eurospine

Referententätigkeiten und Kongressbeiträge (Auszug, insg. >60):

2009	Northeast Bioengineering Conference, Boston, USA Annual Meeting of the Controlled Release Society, Kopenhagen, Dänemark
2010	Gesellschaft fuer Orthopädisch-Traumatologische Sportsmedizin, München, Deutschland Hospital for Special Surgery Alumni Meeting, New York, USA
2011	AAOS, San Diego, USA ISSLS, Göteborg, Schweden IMAST, Kopenhagen, Dänemark Österreichische Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Linz, Österreich
2012	Endoprothetik Kongress, Berlin, Deutschland EFORT, Berlin, Deutschland Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie, Berlin, Deutschland Deutscher Wirbelsäulenkongress, Stuttgart, Deutschland
2013	Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie, Berlin, Deutschland Deutscher Wirbelsäulenkongress, Frankfurt, Deutschland ISSCR, Boston, USA

- 2014 Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie,
Berlin, Deutschland
Deutscher Wirbelsäulenkongress, Leipzig, Deutschland
- 2015 Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie,
Berlin, Deutschland
Deutscher Wirbelsäulenkongress, Frankfurt, Deutschland
Biomechanics Spine, Berlin, Deutschland
- 2016 Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie,
Berlin, Deutschland
Eurospine, Berlin, Deutschland

Auszeichnungen:

- 2009 Max Kade Fellowship, Austrian
American Foundation
- 2011 Wilhelm-Auerswald-Preis, Beste
Medizinische Doktorarbeit
- 2014 Wissenschaftlicher Nachwuchspreis der Deutschen
Wirbelsäulengesellschaft