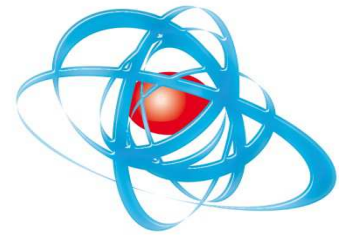




Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
132. Kongress
28. April bis 1. Mai 2015 • München/ICM



Chirurgische
im Werte-Wandel
Heilkunst

Eröffnungs-Pressekonferenz anlässlich des 132. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Dienstag, 28. April 2015, 12.00 bis 13.00 Uhr
Ort: ICM – Internationales Congress Center München, Saal 22b
Anschrift: Messengelände, Am Messesee, 81829 München

Präsident 2014/2015
Prof. Dr. Peter M. Vogt

Thementag: Patientennutzen durch chirurgisches Können und Technik

Themen und Referenten:

Hand, Gesicht, Gebärmutter – was transplantieren wir als Nächstes?

Professor Dr. med. Peter M. Vogt

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH); Direktor der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover

Morbidität und Letalität in der operativen Medizin – der Traum von null Risiko in der Chirurgie

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

Die sieben besten technischen Innovationen

Professor Dr. med. Claus-Dieter Heidecke, MBA

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV);
Direktor der Klinik und Poliklinik für Chirurgie, Abteilung für Allgemeine Chirurgie,
Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsmedizin Greifswald

Blinddarmentzündung bei Kindern – doch besser abwarten?

Professor Dr. med. Bernd Tillig

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH); Direktor der Klinik für Kinderchirurgie, Neugeborenenchirurgie und Kinderurologie, Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin

Hoffnung für Gelähmte? Ergebnisse der neuesten Studien zum Exo-Skelett

Professor Dr. med. Michael Nerlich

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU); Direktor der Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Regensburg

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
E-Mail: ullrich@medizinkommunikation.org
www.chirurgie2015.de, www.dgch.de

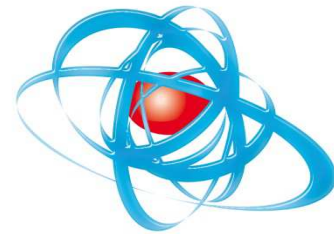
Pressekontakt in München

Saal 22a, München/ICM
Dienstag, 28. April 2015, von 8.30 bis 18.00 Uhr
Mittwoch, 29. April 2015, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Donnerstag, 30. April 2015, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Freitag, 1. Mai 2015, von 8.00 bis 15.00 Uhr
Telefon: 089 949-794 27
Telefax: 089 949-798 57





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
132. Kongress
28. April bis 1. Mai 2015 • München/ICM



Chirurgische
im Werte-Wandel
Heilkunst

Eröffnungs-Presskonferenz anlässlich des 132. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Präsident 2014/2015
Prof. Dr. Peter M. Vogt

Termin: Dienstag, 28. April 2015, 12.00 bis 13.00 Uhr
Ort: ICM – Internationales Congress Center München, Saal 22b
Anschrift: Messengelände, Am Messesee, 81829 München

Thementag: Patientennutzen durch chirurgisches Können und Technik

Inhalt:

Pressemeldungen

Redemanuskripte

Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Lebensläufe der Referenten

Übersicht Pressekonferenzen des 132. Chirurgenkongresses in München

Bestellformular für Fotos



Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dieses gerne zur Verfügung. Bitte kontaktieren Sie uns per Mail unter: ullrich@medizinkommunikation.org

Ihr Kontakt für Rückfragen

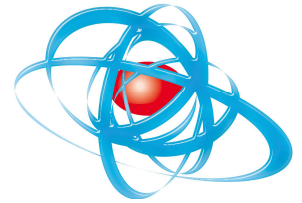
Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-641
Telefax: 0711 8931-167
E-Mail: ullrich@medizinkommunikation.org
www.chirurgie2015.de, www.dgch.de

Pressekontakt in München

Saal 22a, München/ICM
Dienstag, 28. April 2015, von 8.30 bis 18.00 Uhr
Mittwoch, 29. April 2015, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Donnerstag, 30. April 2015, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Freitag, 1. Mai 2015, von 8.00 bis 15.00 Uhr
Telefon: 089 949-794 27
Telefax: 089 949-798 57



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
132. Kongress
28. April bis 1. Mai 2015 • München/ICM



Chirurgische
im Werte-Wandel
Heilkunst

Präsident 2014/2015
Prof. Dr. med. Peter M. Vogt

PRESSEMITTEILUNG

132. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Blinddarmentzündung bei Kindern Nicht abwarten – Chirurgen raten zu sofortiger Operation

München, 28. April 2015 – Im Gegensatz zu Erwachsenen sollte eine Blinddarmentzündung bei Kindern auf keinen Fall mit Antibiotika allein behandelt werden. Eine akute kindliche Appendizitis ist immer ein Grund für eine sofortige Operation, betonen Experten anlässlich des 132. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). „Abwarten ist in Anbetracht der möglichen schwerwiegenden Komplikationen keine Option“, sagt DGCH-Präsident Professor Dr. med. Peter M. Vogt. Warum Bettruhe und Antibiotika bei Erwachsenen hingegen durchaus als Behandlung in Frage kommen, erläuterten die Chirurgen auf ihrer Eröffnungs-Pressekonferenz. Der DGCH-Kongress findet vom 28. April bis 1. Mai 2015 im ICM München statt.

Blinddarmentzündung ist eine der gefährlichsten chirurgischen Erkrankungen des Bauchraumes. „Am häufigsten erkranken Kinder im Schulalter daran, zwischen dem fünften und zwölften Lebensjahr“, erläutert Professor Dr. med. Bernd Tillig, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie. „Dabei gilt: Je jünger das erkrankte Kind, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass bereits bei der Einweisung in die Klinik ein Blinddarmdurchbruch mit beginnender Bauchfellentzündung vorliegt“, ergänzt der Direktor der Klinik für Kinderchirurgie, Neugeborenenchirurgie und Kinderurologie am Vivantes Klinikum Neukölln in Berlin. Dann drohen schwere Komplikationen wie Blutvergiftung, Verwachsungen im Bauchraum und Störungen der Darmfunktion.

Aus diesem Grund raten die Kinderchirurgen bei dringendem Verdacht auf Appendizitis und Bekräftigung des Verdachtes durch eine Ultraschalluntersuchung zur Operation. „Das operative Entfernen des Wurmfortsatzes in Vollnarkose dauert zwischen zwanzig und vierzig Minuten und ist nach über 130 Jahren Erfahrung

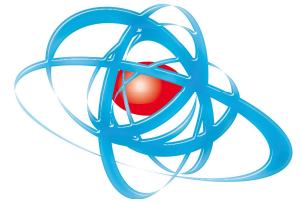


DGNC
Deutsche Gesellschaft
für Neurochirurgie





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
132. Kongress
28. April bis 1. Mai 2015 • München/ICM



Chirurgische
im Werte-Wandel
Heilkunst

unverändert die Therapie der Wahl“, sagt Tillig. Es liegen derzeit keine belastbaren und aussagekräftigen Vergleichsstudien mit Kindern vor, die eine Änderung dieses Vorgehens begründen könnten.

Präsident 2014/2015
Prof. Dr. med. Peter M. Vogt

Denn alle bisherigen wissenschaftlichen Untersuchungen, die eine nichtoperative Blinddarmtherapie mit Bettruhe, Antibiotika und Abwarten als effektiv und sicher bewerten, stammen aus der Erwachsenenmedizin. In ihnen wurde die Diagnose mit einer Computertomografie-Untersuchung (CT) gestellt, die besonders genau beschreibt, in welchem Stadium sich eine Blinddarmentzündung befindet. „Eine CT belastet den Körper jedoch mit Strahlen, so dass sie für Kinder nicht in Frage kommt“, erläutert der Berliner Kinderchirurg.

Dennoch belegen die bisherigen Studien, resümiert Tillig, dass eine milde Blinddarmentzündung bei Erwachsenen durchaus mit Antibiotika behandelt werden kann – und die Therapie in einigen Fällen sogar ganz ohne Arznei auskommt.

Weitere Infos zum Kongress: www.chirurgie2015.de.

Termine der Pressekonferenzen:

Kongress-Pressekonferenzen

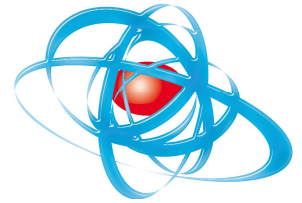
Die Pressekonferenzen der DGCh finden während des Kongresses täglich in Saal 22b, ICM – Internationales Congress Center München statt.
Anschrift: Messengelände, Am Messesee, 81829 München

Mittwoch, 29. April 2015, von 12.00 bis 13.00 Uhr

Donnerstag, 30. April 2015, von 12.00 bis 13.00 Uhr

Freitag, 1. Mai 2015, von 12.00 bis 13.00 Uhr





PRESSEMITTEILUNG

132. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

**Hoffnung für Rollstuhlfahrer
Gelähmte steuern Gehroboter mit Nervenimpulsen**

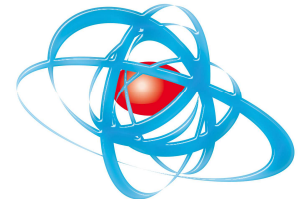
München, 28. April 2015 – Insekten, Spinnen und Krebse machen vor, dass Außen- oder Exo-Skelette ein erfolgreiches Fortbewegungskonzept sein können. Seit kurzem bieten Hersteller mechanische Exo-Skelette für Querschnittgelähmte an, die sogar Bewegungsimpulse lesen und ausführen können. Vereinzelt kommen die Gehroboter in Reha-Kliniken schon zum Einsatz. Leistungsstärkere Computer und ausgefeiltere Elektromotoren könnten dazu führen, dass sie bald auch im Alltag auftauchen, erklärt ein Experte auf der Eröffnungs-Presskonferenz des 132. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH).

„Insgesamt vier Exo-Skelette verfügen derzeit über ein CE-Zertifikat“, berichtet DGCH-Präsident Professor Dr. med. Peter M. Vogt. Die Hersteller dürfen sie damit in Europa vertreiben, auch in Deutschland werden sie angeboten. „Doch keiner der etwa 1,5 Millionen Menschen, die hierzulande nach einem Unfall oder aufgrund eines Schlaganfalls gelähmt sind, konnte deshalb bisher auf den Rollstuhl verzichten“, ergänzt Professor Dr. med. Michael Nerlich, Direktor der Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Regensburg, zugleich Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU). Die derzeitigen Exo-Skelette sind nach Einschätzung des Experten noch nicht alltagstauglich.

Das Exo-Skelett Rex sei mit knapp 40 Kilo Gewicht zu klobig. „Die Bewegungen, die der Patient mit einem Joystick steuert, sind schwerfällig“, erklärt Nerlich. Die Modelle Ekso und Re-Walk seien mit 23 und 20 Kilogramm schon wesentlich leichter. Doch die Steuerung, die durch Bewegungen von Oberkörper oder der Hüfte erfolgt, falle den gelähmten Patienten schwer. „Eine Fortbewegung ohne Rollatoren ist mit diesen beiden Exo-Skeletten nicht möglich“, so Nerlich.

Präsident 2014/2015
Prof. Dr. med. Peter M. Vogt





Auch für HAL, mit einem Gewicht von 14 bis 17 Kilo das derzeit leichteste Exo-Skelett, benötigt der Patient äußere Hilfsmittel. Dennoch ist HAL – das Kürzel steht für „hybrid assistive limb“ – für Professor Dr. med. Thomas A. Schildhauer zukunftsweisend. „HAL ist das erste Exo-Skelett mit neuronaler Steuerung“, erläutert der Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik und Poliklinik des Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikums Bergmannsheil. „Die Patienten tragen Elektroden auf der Haut, die elektrische Signale der teilweise gelähmten Muskeln auffangen und in die beabsichtigte Bewegung des Exo-Skeletts umsetzen.“ Während bei den anderen Exo-Skeletten nur fest programmierte Bewegungen gestartet oder gestoppt werden, könne der Patient mit HAL aktiv in die Kontrolle der Bewegungen eingreifen. „Mit HAL kann der Patient erstmals Hindernisse bewältigen und sogar rückwärtsgehen“, berichtet Schildhauer, der in Bochum bereits viele Patienten mit Gehrobotern behandelt hat.

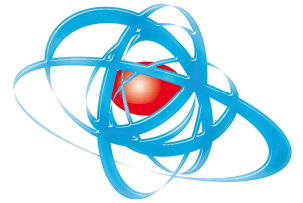
Der Einsatz von HAL ist allerdings auf spezielle Patienten beschränkt. „Eine wesentliche Voraussetzung ist, dass die Patienten noch eine Restaktivität in der Muskulatur zurückbehalten haben, was bei einer kompletten Querschnittlähmung nicht der Fall ist“, erläutert Nerlich. HAL ist auch kein Exo-Skelett für den Privatgebrauch. Das Einsatzgebiet ist die Rehabilitation mit dem Ziel, die verbliebene Muskulatur so weit zu stärken, dass der Patient einen Teil seiner Selbständigkeit zurückerhält.

Die technische Entwicklung von Exo-Skeletten ist mit HAL aber längst nicht abgeschlossen. Michael Nerlich rechnet damit, dass die Exo-Skelette durch die Miniaturisierung in der Elektrotechnik immer leichter werden und dank leistungsstärkerer Prozessoren eine immer größere Bewegungsvielfalt erlauben werden. „Ich halte es für möglich, dass die Patienten die Exo-Skelette in nicht allzu ferner Zukunft auch im Alltagsleben einsetzen können und dann wenigstens teilweise auf den Rollstuhl verzichten können“, sagt der Chirurg voraus.





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
132. Kongress
28. April bis 1. Mai 2015 • München/ICM



Chirurgische
im Werte-Wandel
Heilkunst

Weitere Infos zum Kongress: www.chirurgie2015.de.

Präsident 2014/2015
Prof. Dr. med. Peter M. Vogt

Termine der Pressekonferenzen:

Kongress-Pressekonferenzen

Die Pressekonferenzen der DGCH finden während des Kongresses täglich in Saal 22b, ICM – Internationales Congress Center München statt.
Anschrift: Messengelände, Am Messesee, 81829 München

Mittwoch, 29. April 2015, von 12.00 bis 13.00 Uhr
Donnerstag, 30. April 2015, von 12.00 bis 13.00 Uhr
Freitag, 1. Mai 2015, von 12.00 bis 13.00 Uhr



Hand, Gesicht, Gebärmutter – was transplantieren wir als Nächstes?

Professor Dr. med. Peter M. Vogt, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH);
Direktor der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Medizinischen
Hochschule Hannover

Am 23. September 1998 führte Dubernard in Lyon weltweit die erste Handtransplantation als sogenannte Composite-Tissue-Allotransplantation (CTA) nach einer Amputationsverletzung des rechten Unterarms bei einem 48-jährigen Patienten durch. Von September 1998 bis Februar 2006 wurden in der International Registry on Hand and Composite Tissue Transplantation 18 männliche Patienten dokumentiert, die 24 Hand/Unterarm- oder Fingertransplantationen erhielten (Lanzetta et al. 2007). Das Patienten- und Graft-Überleben lag nach zwei Jahren bei 100 Prozent. Akute Abstoßungsreaktionen traten innerhalb des ersten Jahres bei zwölf Patienten auf, die jedoch durch temporäre Erhöhung der Immunsuppression beherrscht werden konnten. Bis zum November 2011 sind weltweit rund 40 Hand- und Armtransplantationen als Composite-Tissue-Allotransplantationen durchgeführt worden.

2006 berichtete der Lancet über die erste allogene Teilgesichtstransplantation in Lyon (Devauchelle et al. 2006). Dabei wurde einer 38-jährigen Frau, die eine Amputation der distalen Nase, von Ober- und Unterlippe, des Kinns sowie der angrenzenden Wangen durch einen Hundebiss erlitten hatte, ein entsprechendes Composite-Tissue-Transplantat von einer 46 Jahre alten hirntoten Spenderin übertragen. Beide hatten Blutgruppe null Rhesus positiv und stimmten in fünf HLA-Antigenen überein (HLA-A 2–3, B 8–44, DR 3–7). Nach 18 Monaten war die Patientin mit dem erzielten Resultat zufrieden. An den Tagen 18 und 214 nach der Teilgesichtstransplantation kam es jeweils zu Abstoßungsreaktionen, die medikamentös beherrscht werden konnten (Dubernard et al. 2007). Seitdem sind bis November 2011 weltweit rund zehn Teilgesichtstransplantationen bei hochselektierten Patienten operiert worden.

Die International Registry on Hand and Composite Tissue Transplantation sammelt auf freiwilliger Basis zur Verfügung gestellte Fälle der Composite-Tissue-Allotransplantation.

Am häufigsten ist die Hand/Obere-Extremitäten-Transplantation als vaskularisierte Composite-Allotransplantation (VCA) durchgeführt worden. Bei 107 berichteten Transplantationen von Hand/Oberen Extremitäten an 72 Patienten wurden 24 Verluste (einschließlich vier Todesfällen) bekannt. Drei der vier berichteten Mortalitäten und acht von 24 Verlusten ereigneten sich bei Mehrfach-Transplantationen (kombinierte obere und untere Extremität oder obere Extremität und Gesicht). Sieben Verluste ereigneten sich bei 15 Patienten in den frühen Operationen in China. In den USA und Westeuropa wurden lediglich drei weitere nicht akute Transplantatverluste berichtet nach uni- oder bilateraler Hand-Transplantation MIT Transplantatüberlebensraten von 83,1 Prozent.

Die internationalen Ergebnisse sprechen dafür, dass eine Verbesserung der Funktion und Lebensqualität durch Hand- und Obere-Extremitäten-Transplantation bei sorgfältig ausgewählten Patienten erzielt werden kann.

Für die Transplantation von Gesichtern und weiteren Körperteilen existieren nur Einzelfallbeschreibungen.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt kann man zwar nicht von einer Routineoperation ausgehen. Die Transplantation von Körperteilen ist aber als hoch individualisierte Therapie-Möglichkeit für individuelle Indikationen zu betrachten und bedarf weiterer intensiver Forschung. Auf dem 132. Kongress der DGCH werden die Pioniere der allogenen Gewebe-Transplantationen Jean-Michel Dubernard, Edgar Biemer und Elof Eriksson vortragen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, April 2015

Morbidität und Letalität in der operativen Medizin – der Traum von null Risiko in der Chirurgie

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

Vielleicht auch die durch die Koalitionspartner der Bundesregierung ausgerufene Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen hat den Traum vieler Chirurgen wiederbeleben lassen, operative Eingriffe mit möglichst geringen Komplikations- und Sterblichkeitsraten durchführen zu können. Sicherlich verstärkt dadurch, dass angestrebt wird, sogenannte hohe Qualität auch finanziell besser vergüten zu wollen. Der Traum von einem Nullrisiko in der Chirurgie ist allerdings völlig unreal, da multipelste Faktoren das postoperative Ergebnis entscheidend beeinflussen können. Zudem ist die Bewertung einer Ergebnisqualität nur sehr schwer zu definieren, denn Qualitätsindikatoren in der Chirurgie betreffen nicht nur die reinen Zahlenwerte der Komplikations- und Letalitätsraten. Von gleicher Bedeutung sind Ergebnisse zur postoperativen Lebensqualität, oftmals nur schwierig mit „weichen“ Daten zu erheben, oder das Auftreten von lokoregionären Rezidiven in der onkologischen Chirurgie, wiederum abhängig von dem jeweiligen Tumorstadium und der Art der Vorbehandlung mit Chemo- und/oder Strahlentherapie. Neben der Ergebnisqualität spielen gerade in der operativen Medizin die Struktur- und Prozessqualität eine entscheidende Rolle, wie die derzeitigen Diskussionen um die Bedeutung des „High-Volume-Krankenhauses oder -Chirurgen“ deutlich machen. Auch die Verfügbarkeit von intensivmedizinischen Einrichtungen und deren Bettenzahlen können sich entscheidend auf die postoperative Sterblichkeit auswirken, wie die European Surgical Outcomes Study (EuSOS) aus dem Jahr 2011 hat aufzeigen können. Bei nichtkardialen Operationen wurde eine postoperative Sterblichkeit in England, Skandinavien, der Schweiz und den Niederlanden von 1,3 bis 2,0 Prozent erreicht, in Deutschland von 2,5 Prozent und in den osteuropäischen Ländern zwischen elf und 21 Prozent. Nach diesen Untersuchungen werden die unterschiedlichen Ergebnisse neben der Verfügbarkeit von intensivmedizinischen Einrichtungen auch durch klinische Behandlungspfade, hohes Patientenvolumen, chirurgische Spezialisierung und die frühzeitige Diagnostik und Therapie bei Auftreten von Komplikationen, gerade bei Risikopatienten, beeinflusst.

Besonders der letzte Aspekt macht die schwierige und objektive Beurteilung der Behandlungsergebnisse besonders deutlich, nämlich die Berücksichtigung einer adäquaten Risikoadjustierung. Neben der Unterscheidung in elektive Eingriffe – gegenüber Notfalleingriffen – spielt besonders das biologische Alter der Patienten mit dem breiten Spektrum der Komorbiditäten eine entscheidende Rolle. Bei Auftreten von Begleiterkrankungen oder -medikationen, zum Beispiel bei kardiovaskulären und pulmonalen Zusatzerkrankungen, Hypertonie, Diabetes mellitus oder Immunsuppression, steigt die Sterblichkeitsrate deutlich an und gerade solche Hochrisikopatienten kommen oftmals auch notfallmäßig zur Operation. Somit ist es bei stetiger Verbesserung der Operationsverfahren und -techniken, der Anästhesie und der intensivtherapeutischen Maßnahmen zwar möglich, postoperative Störungen und tödliche Verläufe zu minimieren, ein Restrisiko bleibt

allerdings immer bestehen und die Garantie eines ungestörten postoperativen Verlaufes ist einfach nicht realistisch und realisierbar. Bei entsprechend fundierter Aufklärung wird diese Tatsache erfreulicherweise bereits vielen der uns anvertrauten Patienten und deren Angehörigen bewusst, wobei sich dann auch etwaige Vorwürfe wegen eines möglichen Behandlungsfehlers deutlich reduzieren lassen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, April 2015

Die sieben besten technischen Innovationen

Professor Dr. med. Claus-Dieter Heidecke, MBA, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV); Direktor der Klinik und Poliklinik für Chirurgie, Abteilung für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsmedizin Greifswald

Endoskopie: flexibel oder starr – die Mutter der laparoskopischen und thorakoskopischen Operationen. Egal, in welcher Form die Endoskopie durchgeführt wird, sie ist die Voraussetzung für die künftige Weiterentwicklung von Chirurgie durch natürliche Körperöffnungen (NOTES, sogenannte narbenfreie Chirurgie).

Stents: röhrenförmige Implantate zum Wiedereröffnen/Offenhalten/Abdichten von Gefäßen oder luminalen Organen. Mit diesen Stents werden endovaskuläre Operationen durchgeführt (zum Beispiel Wiedereröffnung von verschlossenen Gefäßen beziehungsweise zum Abdichten von Aussackungen (Aneurysmen)). Ferner können Stents zum Offenhalten von Engen im Darm oder Bronchialsystem sowie zum Abdichten von zum Beispiel Perforationen von Hohlorganen verwendet werden. Über Stents können Medikamente freigesetzt werden, sofern die Stents beschichtet sind.

Gewebeverstärkung und -ersatz: Gewebeverstärkung zur Überbrückung von Gewebeschwächen oder bei Hernien/Brüchen wird durch die Einlagen von Kunststoffnetzen oder auch zunehmend von biologischem Material vorgenommen. Viel spannender ist das Züchten künstlichen Gewebes bis hin zum „3D-Druck/Tissue Engineering“. Vision: künstliche Organe.

Elektrochirurgie: von der Koagulation zur Gefäßversiegelung. Elektrisches Schneiden und Koagulieren sind Standard, Gefäßversiegelung ein zeitsparendes, aber teures Add-on. Vision: Gewebefusion (inklusive luminaler Organe wie Darm oder parenchymatöser Organe).

Robotik: vom Helfershelfer (Kameraführer) zum ferngesteuerten Operieren; Vision: automatische Assist-Systeme sowie die Miniaturisierung der Apparatur.

Bildgebung/Bildfusion: von der Schnittbildgebung mit 3D-Bildrekonstruktion zu navigierten Operationen – „augmented reality“: Der Rechner erkennt die Gewebestrukturen und hilft dem Operateur.

Nervenstimulation: vom diagnostischen Hilfsmittel (Beispiel Stimmband/Recurrensmonitoring) zum aktiven Implantat.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, April 2015

Blinddarmentzündung bei Kindern – doch besser abwarten?

Professor Dr. med. Bernd Tillig, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH);
Direktor der Klinik für Kinderchirurgie, Neugeborenenchirurgie und Kinderurologie, Vivantes
Klinikum Neukölln, Berlin

Die akute Blinddarmentzündung, oder besser die Entzündung des Wurmfortsatzes (akute Appendizitis), ist die chirurgische Erkrankung, die am häufigsten die Symptomatik eines sogenannten „akuten Abdomens“, das heißt eine schwere Erkrankung mit heftigen Bauchschmerzen, bei Kindern und Jugendlichen auslöst. Gleichzeitig ist sie eine der häufigsten und dabei auch gefährlichsten chirurgischen Krankheiten des Bauchraumes. Das Haupterkrankungsalter ist das Schulalter (Häufigkeitsgipfel im fünften bis zwölften Lebensjahr). Je jünger das erkrankte Kind ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass bereits bei der Einweisung in die Klinik eine Perforation (Durchbruch) mit beginnender Bauchfellentzündung vorliegt. Bei dem Verdacht auf das Vorliegen einer akuten Appendizitis besteht bei Kindern immer eine dringende Indikation zur Operation, um schwerwiegende akute Komplikationen wie Bauchfellentzündung mit Sepsis und Spätfolgen wie Verwachsungen innerhalb des Bauchraumes und Darmfunktionsstörungen möglichst zu vermeiden.

Bis heute konnten die Definition beziehungsweise die diagnostischen Kriterien für eine „unkomplizierte“ Appendizitis, bei der eventuell die Operation nicht sofort notwendig ist und eine Behandlung mit Antibiotika zur sicheren Heilung führen kann, nicht gefunden werden.

Ergebnisse zur nicht operativen Behandlung einer Blinddarmentzündung werden bereits seit Ende der 50er-Jahre regelmäßig veröffentlicht, jedoch meist auf der Grundlage eher ungesicherter Diagnosen und zudem unzureichender Nachuntersuchungen.

Aktuelle prospektive randomisierte Studien, die eine nicht operative Therapie der Appendizitis als „effektive und sichere Behandlung“ bewerten, stammen ausnahmslos aus der Erwachsenenmedizin und beziehen sich fast immer auf Befunde, die mithilfe einer Computertomografie erhoben wurden. Die CT-Untersuchung mit relevant hoher Strahlenbelastung sollte jedoch im Kindesalter bei Verdacht auf Appendizitis in jedem Fall vermieden werden.

Von der Ultraschalluntersuchung, die bei Kindern mit Bauchschmerzen in der Regel durchgeführt wird, wissen wir, dass ihre Genauigkeit als diagnostische Untersuchung zur Feststellung einer Appendizitis nur 38 bis 83 Prozent beträgt. Bei übergewichtigen Kindern ist es noch schwieriger, insbesondere zwischen akuter und unkomplizierter Blinddarmentzündung zu differenzieren. Selbst in Zentren mit ausgewiesener kinderradiologischer beziehungsweise sonografischer Expertise gelingt die Darstellung des Blinddarmes, gleich, ob gesund oder entzündet, keinesfalls bei allen Kindern. Zudem präsentieren sich die Anamnese und das Beschwerdebild der Blinddarmentzündung im Kindes- und Jugendalter sehr variabel.

Aus diesen Gründen ist es trotz der hohen Sicherheit, mit der heute in den kinderchirurgischen Kliniken die Diagnose einer Appendizitis gestellt werden kann, prinzipiell problematisch, klinische Parameter als Einschlusskriterium für solche Studien zu finden, die tatsächlich dann auch eine ausreichende Allgemeingültigkeit, Reproduzierbarkeit und Beweiskraft besitzen.

Trotzdem verdienen Studien über konservative Behandlungsoptionen bei Appendizitis Beachtung mit Ihrem Bestreben, den Wurmfortsatz mit seiner Abwehrfunktion zu erhalten. Darüber hinaus wird dadurch gezeigt, dass eine zu Beginn milde Blinddarmentzündung nicht ausnahmslos als eine Krankheit zu verstehen ist, die bei Nichtbehandlung immer zur „Katastrophe“ führt. Bei sorgfältiger und strenger, nicht übereilter Indikationsstellung zur Operation gelingt es sogar in einigen Fällen, dem Körper selbst das Heilen zu überlassen und selbst eine antibiotische Therapie zu vermeiden!

Zusammenfassend ist festzustellen, dass gegenwärtig keine medizinische Evidenz existiert, eine nicht operative, rein antibiotische Vorgehensweise zur Behandlung der Appendizitis im Kindesalter zu empfehlen. Nach über 130 Jahren Erfahrung mit dem operativen Entfernen des Wurmfortsatzes und über 30 Jahren Erfahrung mit der laparoskopischen Operation ist die Entfernung des Wurmfortsatzes (Appendektomie) unverändert die Therapie der Wahl bei der Appendizitis im Kindes- und Jugendalter. Der Vorteil einer Operationsvermeidung im Vergleich zu den möglichen Komplikationen eines konservativen Vorgehens und womöglich verspäteter Operation ist bisher nicht hinreichend nachweisbar. Weitere prospektive Studien sind vor allem im Kindesalter erforderlich, um hier gegebenenfalls ein Umdenken zu gestatten.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, April 2015

Hoffnung für Gelähmte? – Ergebnisse der neuesten Studien zum Exoskelett

Professor Dr. med. Michael Nerlich, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU); Direktor der Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Regensburg

Für jeden gesunden Menschen ist die Vorstellung, plötzlich nicht mehr gehen zu können, weil man durch einen Unfall eine Querschnittslähmung des Rückenmarks erlitten hat, ein angsteinflößender Albtraum. Die Teilhabe am täglichen Leben erfordert in vielen Fällen einen hohen Mobilitätsgrad, die Taktung durch Termine nimmt in der Regel keine Rücksicht auf längere und umständliche Transportkonditionen. Entsprechend nachvollziehbar ist die Angst vor dem Leben im Rollstuhl, bildlich sprechen wir vom Gefesseltsein an den Rollstuhl.

In Deutschland gibt es 1,56 Millionen Rollstuhlfahrer, Patienten, die nach einem Unfall oder auch aufgrund eines Schlaganfalles oder anderer Erkrankungen ihre Gehfähigkeit verloren haben. Wenn auch der barrierefreie Ausbau von Bürgersteigen, öffentlichen Gebäuden et cetera in politischen Programmen verankert ist, sieht die Realität doch ganz anders aus. Schon eine einzige Stufe kann einen einzelnen Rollstuhlfahrer zur Verzweiflung bringen.

Daher ist es nachvollziehbar, dass der Wunsch jedes gelähmten Menschen nach einem funktionsfähigen Gangbild unermesslich ist. In der medizinischen Rehabilitation querschnittsgelähmter Patienten werden zur äußeren Stützfunktion schon seit Jahrzehnten sogenannte Orthesen eingesetzt, die die gelähmte Bein- und Rumpfmuskulatur unterstützen oder ersetzen. Diese äußere Stützfunktion wird auch als Exoskelett (Außenskelett) bezeichnet, da es einen extern am Körper des Trägers montierten Rahmen mit beweglichen Segmenten in Höhe der großen Gelenke zusammen mit Antriebsaggregaten bildet. In der Zoologie ist dieses Prinzip einer äußeren mehrgliedrigen Stützstruktur, an deren Innenseite die Muskulatur ansetzt, bei allen möglichen Arten von Insekten höchst erfolgreich realisiert. In der Medizin nutzt man Exoskelette seit Langem im Rahmen der Akutbehandlung Rückenmarkverletzter zum sogenannten Lokomotionstraining. Der Patient wird durch das Exoskelett passiv bewegt, man möchte damit die funktionelle Mobilität des Patienten unterstützen, neuropathische Schmerzen und vorhandene Spastiken reduzieren sowie einen positiven Einfluss auf Knochendichte, Blasen- und Mastdarmfunktion und Durchblutung erreichen. Es handelt sich dabei um elektromechanische Hightech-Hilfsmittel, die passiv wirken.

Mit den bislang verfügbaren unterschiedlichen Systemen waren diese Ziele nur teilweise erreichbar, das lag zum einen an der unzureichenden Kapazität der verfügbaren Computersysteme, einer fehlenden ausgefeilten Elektromotortechnik für Gelenke und einem insgesamt schwerfälligen und teils monströsen Rahmenkonstrukt, sodass die bestehenden Systeme hier keine flächendeckende Anwendung erreichen ließen.

Ein neurologisch kontrolliertes Exoskelett (Modell HAL, Firma Cyberdyne, USA) geht einen neuen Weg, in dem Restmuskelaktivitäten des Patienten über ein Elektromyogramm (EMG) abgeleitet werden und diese zur Steuerung verwendet werden. Damit wird eine Restmuskelnervation des Patienten vom Exoskelett erkannt und synchron in eine Roboterbewegung über die angesteuerten Elektromotoren umgesetzt. Hierdurch ist es auch erstmals möglich, im sogenannten „close-loop biofeedback system“ ein willkürliches Überschreiten von Hindernissen oder auch ein Rückwärtsgehen zu realisieren. In Studien der Bochumer Arbeitsgruppe von Aach und Cruciger konnte durch Einsatz dieses innovativen Systems beim Training nach Querschnittslähmungen und anderen neurologischen Ausfällen therapeutisch von sehr gutem Effekt berichtet werden (siehe Abbildung).

Während sich die bisherigen verschiedenen Exoskelettmodelle noch nicht eignen, um als reguläres tägliches Hilfsmittel querschnittsgelähmten Menschen permanent zur Verfügung zu stehen, ist es mit der neuen Generation von Biofeedback-basierten Geräten das Ziel, ein erhöhtes Funktionsniveau auch ohne Gerät zu erreichen. Die Fortschritte, die durch technologische Innovationen in den letzten Jahren erreicht wurden, zeigen auf, dass bei einer Vielzahl von gelähmten Patienten auch im Alltagsleben in Zukunft eine Gehfähigkeit erreicht werden kann.



Gehtraining eines querschnittsgelähmten Patienten im Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikum Bergmannsheil, Bochum
Bildrecht: Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil GmbH, Bürkle-de-la-Camp-Platz 1, 44789 Bochum

Literatur:

Exoskelette in der Rehabilitation Querschnittgelähmter, M. Aach et al., Unfallchirurg 2015, 118:130-137, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, April 2015



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie mit derzeit knapp 6 500 Mitgliedern wurde 1872 in Berlin gegründet. Sie gehört damit im 143. 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 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 rücküberreignet. 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: DGChirurgie@t-online.de

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Peter M. Vogt
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH); Direktor der
Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der
Medizinischen Hochschule Hannover



* 1958

Beruflicher Werdegang:

- 1977–1983 Medizinstudium und Promotion an der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt/Main
- 1984–1985 Wehrdienst als Truppenarzt in Lahnstein
- 1985–1991 Weiterbildung im Gebiet Chirurgie an der Chirurgischen Universitätsklinik Lübeck
(Professor F.W. Schildberg) und Medizinischen Hochschule Hannover
(Professor R. Pichlmayr, Professor H. Tscherne, Professor H. G. Borst)
- 1991–1994 Weiterbildung in plastischer Chirurgie, Handchirurgie und spezieller
Intensivmedizin, Universitätsklinik für Plastische Chirurgie und
Schwerbrandverletzte, „Bergmannsheil“, Bochum (Professor H.U. Steinau)
- 1991–1993 Research Fellowship an der Division of Plastic Surgery, Brigham and Women’s
Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA (Professor E. Eriksson)
- 1994–2001 Oberarzt mit Bereichsleitung des Brandverletztenzentrums, Universitätsklinik für
Plastische Chirurgie und Schwerbrandverletzte, „Bergmannsheil“, Bochum
- 1994 Habilitation
- 1999 Außerplanmäßige Professur für plastische Chirurgie, Ruhr-Universität Bochum
- 2001 Berufung auf die C4-Professur für plastische, Hand- und Wiederherstellungs-
chirurgie der Medizin, Hochschule Hannover;
Aufbau eines Labors für Regenerationsbiologie in der plastischen Chirurgie

Mitgliedschaften in deutschen und internationalen Fachgesellschaften:

- 2005–2013 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin (DGV), der
Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW), der
Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen,
Präsident der European Burns Association (EBA)
- Seit 2014 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Herausgeber des Open-Access-Journals „GMS German Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery“, Tätigkeit im Editorial Board, Beirat und Reviewer zahlreicher nationaler und internationaler Fachzeitschriften

Klinische Schwerpunkte:

- rekonstruktive plastische Chirurgie
- Handchirurgie
- Verbrennungsmedizin
- ästhetische Chirurgie

Wissenschaftliche Arbeitsgebiete:

- Nervenrekonstruktion
- regenerative Therapie
- Gewebezüchtung

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 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 |

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Claus-Dieter Heidecke, MBA
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und
Viszeralchirurgie (DGAV); Direktor der Klinik und Poliklinik für
Chirurgie, Abteilung für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Thorax- und
Gefäßchirurgie, Universitätsmedizin Greifswald

* 1954



Beruflicher Werdegang:

Studium der Humanmedizin in Regensburg und München (Technische Universität).
Forschungsaufenthalt Harvard Medical School 1981 bis 1983 als Stipendiat der Deutschen
Forschungsgemeinschaft (DFG). Assistenz- und später Oberarzt an der Chirurgischen Klinik des
Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München bei Professor Siewert. Facharzt für
Chirurgie, Viszeralchirurgie und Thoraxchirurgie. Seit 2001 Inhaber des Lehrstuhls für Allgemeine
und Viszeralchirurgie und Geschäftsführender Direktor der Chirurgischen Klinik der
Universitätsmedizin Greifswald; 2002 bis 2012 Studiendekan der Medizinischen Fakultät, seit 2012
Stellvertretender Ärztlicher Direktor. 2009 bis 2011 MBA-Studiengang Gesundheitsmanagement an
der Hochschule Osnabrück. Seit 2009 Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für
Qualität und Sicherheit in der Chirurgie (CAQS) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 2014/2015
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV).

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Bernd Tillig
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH);
Direktor der Klinik für Kinderchirurgie, Neugeborenenchirurgie und
Kinderurologie, Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin

* 1955



Beruflicher Werdegang:

1977–1983	Studium an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig
1983	Staatsexamen und Diplom
17.5.1983	Approbation
1985	Dissertation zur Promotion, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig
1987	Anerkennung als Facharzt für Kinderchirurgie
1994	Forschungspreis der Deutschen Akademie der Naturforscher „Leopoldina“
1995/1996	Kinderurologie, Stanford University, California
1998	Habilitation und Venia Legendi für Kinderchirurgie, Universität Bochum
2000	Forschungspreis der Deutschen Gesellschaft für Urologie
Bis 2003	Oberarzt, Kinderchirurgie, Universität Bochum
Seit 2004	Chefarzt der Klinik für Kinderchirurgie und Neugeborenenchirurgie, Kinderurologie, Vivantes Klinikum Neukölln und Friedrichshain
2008	Ernennung zum außerplanmäßigen Professor für Kinderchirurgie, Universität Bochum
Seit 2010	Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
2010–2013	Stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie
Seit 2011	Zusätzlich Ärztlicher Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) Prenzlauer Berg, Zentrum für ambulante Kinder- und Jugendmedizin
Seit 1.11.2013	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Michael Nerlich
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und
Unfallchirurgie (DGOU); Direktor der Klinik und Poliklinik für
Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Regensburg



*1953

Studium:

1972–1978 Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München

Approbation:

11/1978 Verliehen durch den Bayerischen Staatsminister des Inneren

Promotion:

10/1979 Ludwig-Maximilians-Universität München

Habilitation:

10/1987 Erhalt der Venia Legendi für Unfallchirurgie
Führung der Bezeichnung Privatdozent der Medizinischen Hochschule
Hannover

Fachgebiet:

1985 Facharztanerkennung für Chirurgie durch die Ärztekammer
Niedersachsen
1986 Teilgebietsbezeichnung Unfallchirurgie
2007 Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
2001 Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“
2008 Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“
Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“
2000 Qualifikationsnachweis „Qualitätsmanagement“ der Bayerischen
Landesärztekammer (BLÄK)

Berufsausübung:

01/1979–07/1981 Unfallchirurgische Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover
(MHH), Prof. Dr. H. Tscherne
07/1981–06/1982 Department of Surgery, University of California, Davis, USA
Prof. Dr. F.W. Blaisdell
07/1982–04/1983 Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, MHH,
Prof. Dr. H. G. Borst
05/1983–08/1984 Klinik für Abdominal- und Transplantationschirurgie, MHH,
Prof. Dr. R. Pichlmayr

09/1984–03/1992 Oberarzt, Unfallchirurgische Klinik, MHH, Prof. Dr. H. Tscherne
09/1986–11/1986 Klinik und Poliklinik für Orthopädische Chirurgie, Inselspital,
Universität Bern, Schweiz, Prof. Dr. R. Ganz

Berufung:

06.04.1992 C3-Professur für Unfallchirurgie an der Universität Regensburg

Funktionen:

Seit 1992 Leiter der Abteilung für Unfallchirurgie der Chirurgischen Klinik
und Poliklinik des Universitätsklinikums Regensburg (UKR)
Seit 2014: Direktor der Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie am
Universitätsklinikum Regensburg (UKR)

Seit 1992 Durchgangsarzt für das UKR

Seit 2002 Leiter der Funktionsbereiche Hand- und Plastische Chirurgie

Seit 1998 Leiter der Forschungsgruppe AARU (Audi Accident Research Unit)

Seit 2008 Ärztlicher Leiter der Abteilung für Physikalische Therapie des UKR

Seit 2009 Leiter des FIFA Medical Centre of Excellence Regensburg

Seit 2012 Direktor der Klinik für Unfallmedizin am Caritas-Krankenhaus
St. Josef, Regensburg

Seit 2015 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und
Unfallchirurgie sowie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie

Weiterbildungsbefugnisse:

Chirurgie: Common Trunk
Facharzt für Unfallchirurgie und Orthopädie
spezielle Unfallchirurgie
radiologische Skelettdiagnostik (gemeinsam mit Prof. Stroszczyński)

Gremientätigkeit:

Akademische Selbstverwaltung:

2003–2007 Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Regensburg
2007–2009 Prodekan der Medizinischen Fakultät der Universität Regensburg
Seit 2009 Mitglied im Senat der Universität Regensburg
2009–2011 Mitglied im Hochschulrat und stellvertretender
Hochschulratsvorsitzender der Universität Regensburg
2012–2016 Mitglied des Aufsichtsrates des Universitätsklinikums Regensburg

Ehrenamtliches Engagement:

- | | |
|-----------|---|
| Seit 1995 | Gründer und Vorsitzender des Rettungszentrums Regensburg e. V. (RZR) |
| 2003–2011 | Präsident der International Society for Telemedicine and eHealth (IsfTeH) |
| Seit 2007 | Vorstandsvorsitzender des Forums MedTech Pharma e.V. |

Forschungsschwerpunkte:

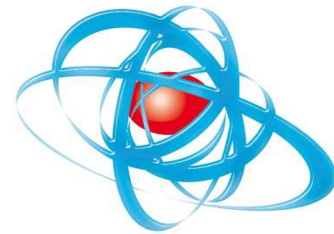
Frakturheilung, Wundheilung, Biomechanik, Tissue Engineering, Sportmedizin, Notfallmedizin, Rettungswesen, Kommunikationstechnologie, Schwerverletzten- und Polytrauma-Versorgungsforschung
durch über 300 Veröffentlichungen in internationalen wissenschaftlichen Journalen und Monografien belegt

Gutachtertätigkeit:

Gutachter für nationale und internationale Forschungseinrichtungen wie die Deutsche Forschungsgemeinschaft und Fachjournale



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
132. Kongress
28. April bis 1. Mai 2015 • München/ICM



Chirurgische
im Werte-Wandel
Heilkunst

Pressekonferenz anlässlich des 132. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Mittwoch, 29. April 2015, 12.00 bis 13.00 Uhr
Ort: ICM – Internationales Congress Center München, Saal 22b
Anschrift: Messengelände, Am Messesee, 81829 München

Präsident 2014/2015
Prof. Dr. Peter M. Vogt

Thementag: Patientennutzen durch konservative Therapieoptionen

Themen und Referenten:

Entgrenzung der Chirurgie – lässt sich Gesundheit konsumieren?

Professor Dr. med. Peter M. Vogt

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH); Direktor der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover

Pausen im OP, Training an der Xbox:

Wie sieht der chirurgische Arbeitsplatz von morgen aus?

Professor Dr. med. Claus-Dieter Heidecke, MBA

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV); Direktor der Klinik und Poliklinik für Chirurgie, Abteilung für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsmedizin Greifswald

Was wir aus Schadensfällen lernen können – erste Ergebnisse eines Fehleranalyse-Projektes

Dr. med. Christian Kugler

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT);
Chefarzt der Abteilung für Thoraxchirurgie, LungenClinic Großhansdorf

EndoProthesenZentren und Endoprothesenregister: Was haben wir erreicht?

Professor Dr. med. Rüdiger Krauspe

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) sowie Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU); Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Universitätsklinikum Düsseldorf

Volksleiden Bandscheibenvorfall: Wann operieren, wann besser nicht?

Professor Dr. med. Bernhard Meyer

Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum rechts der Isar, Technische Universität München

sowie

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), 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
E-Mail: ullrich@medizinkommunikation.org
www.chirurgie2015.de, www.dgch.de

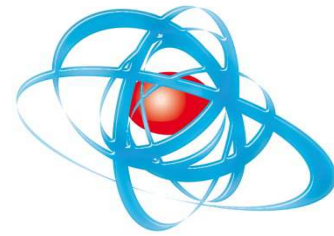
Pressekontakt in München

Saal 22a, München/ICM
Dienstag, 28. April 2015, von 8.30 bis 18.00 Uhr
Mittwoch, 29. April 2015, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Donnerstag, 30. April 2015, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Freitag, 1. Mai 2015, von 8.00 bis 15.00 Uhr
Telefon: 089 949-794 27
Telefax: 089 949-798 57





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
132. Kongress
28. April bis 1. Mai 2015 • München/ICM



Chirurgische
im Werte-Wandel
Heilkunst

Pressekonferenz anlässlich des 132. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Donnerstag, 30. April 2015, 12.00 bis 13.00 Uhr
Ort: ICM – Internationales Congress Center München, Saal 22b
Anschrift: Messengelände, Am Messesee, 81829 München

Präsident 2014/2015
Prof. Dr. Peter M. Vogt

Thementag: Patientennutzen durch chirurgisches Management

Themen und Referenten:

Chirurgische Komplikationen: vom Schicksalsschlag zum regulierten Schaden?

Professor Dr. med. Peter M. Vogt

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH); Direktor der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover

Lasst Zahlen sprechen: Wann interventionell, wann offen?

Professor Dr. med. Giovanni Torsello

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG) 2015/2016; Direktor der Klinik für Vaskuläre und Endovaskuläre Chirurgie am Universitätsklinikum Münster, Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie, St. Franziskus-Hospital Münster

Zehn Jahre Fehlermanagement in der Chirurgie – was hat sich in der Patientensicherheit getan?

Professor Dr. med. Matthias Rothmund

Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 2004/2005

Neue Verfahren bei der Korrektur der Gesichtsproportionen durch Veränderung des Gesichtsskeletts

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

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer-, und Gesichtschirurgie (DGMKG); Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universitätsklinikum München

Klammern, Kleben, Nahtmaterial – wie narbenfrei ist Wundheilung heute möglich?

Professorin Dr. med. Jutta Liebau

Präsidentin der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC); Chefärztin der Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Florence-Nightingale-Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie Düsseldorf

sowie

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), 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
E-Mail: ullrich@medizinkommunikation.org
www.chirurgie2015.de, www.dgch.de

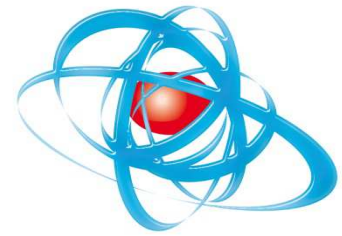
Pressekontakt in München

Saal 22a, München/ICM
Dienstag, 28. April 2015, von 8.30 bis 18.00 Uhr
Mittwoch, 29. April 2015, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Donnerstag, 30. April 2015, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Freitag, 1. Mai 2015, von 8.00 bis 15.00 Uhr
Telefon: 089 949-794 27
Telefax: 089 949-798 57





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
132. Kongress
28. April bis 1. Mai 2015 • München/ICM



Chirurgische
im Werte-Wandel
Heilkunst

Pressekonferenz anlässlich des 132. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Freitag, 1. Mai 2015, 12.00 bis 13.00 Uhr
Ort: ICM – Internationales Congress Center München, Saal 22b
Anschrift: Messengelände, Am Messesee, 81829 München

Präsident 2014/2015
Prof. Dr. Peter M. Vogt

Thementag: Patientennutzen durch chirurgische Wissenschaft

Themen und Referenten:

Neues aus der Verbrennungsmedizin

Professor Dr. med. Peter M. Vogt

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH); Direktor der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover

Einfluss der Fachgesellschaften auf gesundheitspolitische Entscheidungen

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

Wie hat sich die Organspende-Bereitschaft entwickelt?

Statusbericht aus der Transplantationsmedizin

Professor Dr. med. Björn Nashan

Präsident der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG); Direktor der Klinik und Poliklinik für Hepatobiliäre Chirurgie und Viszerale Transplantation, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Kleiner Schnitt, große Wirkung –

Liposuktion bei krankhafter Fettansammlung an Armen und Beinen

Professorin Dr. med. Jutta Liebau

Präsidentin der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC); Cheffärztin der Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Florence-Nightingale-Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie Düsseldorf

Die geplante neue Medizinprodukteverordnung der EU – warum die Novelle innovationsfeindlich ist und den medizinischen Fortschritt behindern wird

Professor Dr. med. Ernst Klar

Direktor der Abteilung für Allgemeine, Thorax-, Gefäß- und Transplantationschirurgie der Universitätsmedizin Rostock; Vorsitzender der Sektion Chirurgische Forschung der DGCH

Empirie versus Evidenz, Erfahrung versus Studie – wie soll der Chirurg entscheiden?

Professor Dr. med. Dr. h. c. Axel Haverich

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

Moderation: Anne-Katrin Döbler

Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen

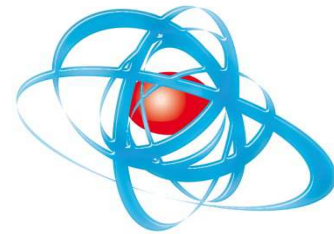
Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-641
Telefax: 0711 8931-167
E-Mail: ullrich@medizinkommunikation.org
www.chirurgie2015.de, www.dgch.de

Pressekontakt in München

Saal 22a, München/ICM
Dienstag, 28. April 2015, von 8.30 bis 18.00 Uhr
Mittwoch, 29. April 2015, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Donnerstag, 30. April 2015, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Freitag, 1. Mai 2015, von 8.00 bis 15.00 Uhr
Telefon: 089 949-794 27
Telefax: 089 949-798 57



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
 132. Kongress
 28. April bis 1. Mai 2015 • München/ICM



Chirurgische
 im Werte-Wandel
 Heilkunst

Bestellformular Fotos:

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

Präsident 2014/2015
 Prof. Dr. Peter M. Vogt

Termin: Dienstag, 28. April 2015, 12.00 bis 13.00 Uhr
Ort: ICM – Internationales Congress Center München, Saal 22b
Anschrift: Messengelände, Am Messesee, 81829 München

Thementag: Patientennutzen durch chirurgisches Können und Technik

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

- Professor Dr. med. Peter M. Vogt
- Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer
- Professor Dr. med. Claus-Dieter Heidecke, MBA
- Professor Dr. med. Bernd Tillig
- Professor Dr. med. Michael Nerlich



Vorname:	Name:
Medium:	Redaktion/Ressort:
Straße, Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	Unterschrift:

**Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen
 oder per Mail an ullrich@medizinkommunikation.org**

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
 E-Mail: ullrich@medizinkommunikation.org
 www.chirurgie2015.de, www.dgch.de

Pressekontakt in München
 Saal 22a, München/ICM
 Dienstag, 28. April 2015, von 8.30 bis 18.00 Uhr
 Mittwoch, 29. April 2015, von 8.00 bis 17.30 Uhr
 Donnerstag, 30. April 2015, von 8.00 bis 17.30 Uhr
 Freitag, 1. Mai 2015, von 8.00 bis 15.00 Uhr
 Telefon: 089 949-794 27
 Telefax: 089 949-798 57

