

134. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

21. bis 24. März 2017 · ICM, München



Pressekonferenz anlässlich des 134. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Donnerstag, 23. März 2017, 12.00 bis 13.00 Uhr
Ort: ICM – Internationales Congress Center München, Saal 22b
Anschrift: Messengelände, Am Messensee, 81829 München

Prof. Dr. med.
Tim Pohlemann
Präsident 2017

Themen und Referenten:

Wozu brauchen wir Vorbilder in der Chirurgie?

Nachwuchssituation und Stimmung in der chirurgischen Weiterbildung

Professor Dr. med. Tim Pohlemann

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) 2016/2017;
Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am
Universitätsklinikum des Saarlandes (UKS) in Homburg/Saar

„Studiert bloß nicht Medizin“

Professor Dr. med. Heinz-Johannes Buhr

Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e. V. (DGAV), Berlin

Alterschirurgie: Herausforderungen in der chirurgischen Versorgung

Professor Dr. med. Raymund Horch

Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen
(DGPRÄC); Direktor der Plastisch- und Handchirurgischen Klinik am Universitätsklinikum
Erlangen der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Traumanetzwerke – eine Erfolgsgeschichte mit immer neuen Herausforderungen

Professor Dr. med. Ingo Marzi

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie
der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU);
Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
am Universitätsklinikum Frankfurt/Main

Moderation:

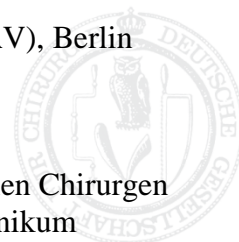
Anne-Katrin Döbler, Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Stuttgart

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.chirurgie2017.de, www.dgch.de

Vor Ort auf dem Kongress

vom 21. bis 24. März 2017
ICM, München, Pressezentrum Saal 22a
Dienstag, 21. März 2017, von 8.30 bis 17.30 Uhr
Mittwoch, 22. März 2017, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Donnerstag, 23. März 2017, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Freitag, 24. März 2017, von 8.00 bis 16.30 Uhr
Telefon: 089 949-79427
Telefax: 089 949-79857



134. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

21. bis 24. März 2017 · ICM, München



CHIRURGIE 2017

Prof. Dr. med.
Tim Pohlemann
Präsident 2017

Pressekonferenz anlässlich des 134. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Donnerstag, 23. März 2017, 12.00 bis 13.00 Uhr

Ort: ICM – Internationales Congress Center München, Saal 22b

Anschrift: Messengelände, Am Messesee, 81829 München

Verantwortung, Vertrauen, Sicherheit – Chirurgie 2017

Inhalt:

Redemanuskripte

Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Lebensläufe der Referenten

Bestellformular für Fotos



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.chirurgie2017.de, www.dgch.de

Vor Ort auf dem Kongress

vom 21. bis 24. März 2017

ICM, München, Pressezentrum Saal 22a

Dienstag, 21. März 2017, von 8.30 bis 17.30 Uhr

Mittwoch, 22. März 2017, von 8.00 bis 17.30 Uhr

Donnerstag, 23. März 2017, von 8.00 bis 17.30 Uhr

Freitag, 24. März 2017, von 8.00 bis 16.30 Uhr

Telefon: 089 949-79427

Telefax: 089 949-79857



Wozu brauchen wir Vorbilder in der Chirurgie?

Nachwuchssituation und Stimmung in der chirurgischen Weiterbildung

Professor Dr. med. Tim Pohlemann, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) 2016/2017; Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum des Saarlandes (UKS) in Homburg/Saar

Seit mehreren Jahren werden ein sich zuspitzender Nachwuchsmangel insbesondere in den chirurgischen Fächern und eine eklatante Unzufriedenheit bei den Weiterbildungsassistenten beklagt. Diese Einschätzungen und Stimmungslagen treten bei diversen Umfragen immer wieder zu Tage, zuletzt bei einer Umfrage des Hartmannbunds. Die Daten sind alarmierend: Die Mehrheit der Assistenzärzte schätzt die aktuelle Arbeitssituation an ihrer Klinik als bestenfalls befriedigend bis schlecht ein. Die Ärzte leiden vor allem unter der hohen Arbeitsbelastung, zeitaufwändigen Dokumentationsarbeiten von bis zu drei Stunden täglich oder mehr – einhergehend mit mangelnder Behandlungszeit für den Patienten. Besonders kritisch wird die Situation an Universitätskliniken und Kommunalen Krankenhäusern bewertet. Chirurgen leisten dort zum Teil so viele Überstunden, dass sie auf Nachfrage angaben, unter Schlafmangel zu leiden und weitere gesundheitliche Einschränkungen zu befürchten. Das klingt wie eine Bankrotterklärung des Weiterbildungskonzepts. Schaut man sich die Daten genauer an, sieht es in der Chirurgie in jedem Fall besser als in anderen Fächern aus und es gibt grundsätzlich nur wenig auszusetzen. Insbesondere die Operationstätigkeit und der direkte Patientenkontakt werden immer noch als erfüllend und erstrebenswert angesehen. Eine Studie aus Orthopädie und Unfallchirurgie von vor einigen Jahren kommt zu einem ähnlichen Ergebnis wie die Hartmannbundbefragung – in Bezug auf die kritischen, aber auch in Bezug auf die positiven Aussagen: Die Frage an die Ärzte, ob sie nochmals den gleichen Weg einschlagen würden, beantworteten 90 Prozent der Befragten mit „Ja“!

Wo ist das Problem verankert?

Unstrittig ist, dass es in Hinblick auf Arbeitszeitregelungen, Bezahlung und anderen Rahmenbedingungen in den letzten Jahren zu deutlichen Verbesserungen für Assistenzärzte kam. Auch in der Strukturierung und Umsetzung der Weiterbildungsvorgaben gibt es Fortschritte, wenn wir auch immer noch weit von bedarfsgerechten und qualitätskontrollierten Programmen wie z.B. in den Niederlanden entfernt sind. Die dafür verantwortlichen Ärztekammern haben derzeit keinen strukturierten Überblick, wer sich wann und wo in welcher Weiterbildung befindet. Erst die Anmeldung zur Prüfung löst das Rätsel!

Die Weiterbildung und die ersten Berufsjahre des jungen Arztes leben von Vorbildern. Auch hier kam es zu großen Veränderungen aufgrund der angepassten Strukturen in den Chirurgischen Kliniken. Früher erschien die Position eines Chefarztes oder auch verantwortlichen Oberarztes mit einer Vielzahl von Freiheiten in der Ausgestaltung des medizinischen Alltags und noch deutlich weniger administrativen Tätigkeiten als äußerst attraktiv und erstrebenswert. Im Gegensatz dazu sind die

heutigen leitenden Ärzte, die als „Motivatoren und Vorbilder“ dienen sollten, selbst in einer überbordenden Bürokratie, starker budgetären Beeinflussung und Fremdbestimmung gefangen. Die attraktive „chirurgische Entscheidungsfreiheit“, ethisch verankert und erstrebenswert, findet nur noch in kurzen Phasen der Patientenkontakte statt oder verschwindet zwischen einer budget-getriggerten und demographie-dedingt notwendigen „Hochfrequenzchirurgie“. Die gerade in akademischen Fächern mit manuellen Komponenten notwendigen Freiräume zum Austausch, zur gemeinsamen Tätigkeit, zur gegenseitigen Inspiration sind kaum noch vorhanden.

Wollen wir in Zukunft weiterhin den in Deutschland guten und verlässlichen Zugang zu einer hochqualitativen Chirurgie in der Fläche aufrechterhalten, muss sich schnell etwas ändern. Die Chirurgie an sich ist speziell! Sie braucht auch in der Weiterbildung spezielle Rahmenbedingungen: Sie braucht ein motivierendes Umfeld und überzeugende Motivatoren. Arbeitszeiten sind letztendlich ein sekundäres Problem. Das ist in der Chirurgie nicht anders als in anderen hochkompetitiven akademischen Bereichen wie z.B. in der Beratung oder im Management. Die Grundvoraussetzung für eine zufriedenstellende und erfüllende Berufslaufbahn in der Chirurgie ist die Gestaltungsfreiheit für leitende Ärzte und der Abbau der Bürokratie. Außerdem muss man sich endlich von der Annahme verabschieden, dass man durch Wettbewerb im Gesundheitsmarkt gesundheitspolitische Planungsdefizite ausgleichen könnte!

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, März 2017

Plastisch-rekonstruktive Chirurgie beim älteren Menschen

Professor Dr. med. Raymund Horch, Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC); Direktor der Plastisch- und Handchirurgischen Klinik am Universitätsklinikum Erlangen der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Bedingt durch die kontinuierliche Zunahme der Lebenserwartung stellen sich – wie auch in anderen Bereichen der Medizin – für die plastisch-rekonstruktive Chirurgie neue Herausforderungen, die mit den Begleiterscheinungen des höheren Lebensalters verbunden sind.

Nach den Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes von 2016 haben Menschen in Deutschland bei Geburt eine Lebenserwartung von 78,2 Jahren (männlich) beziehungsweise von 83,1 Jahren (weiblich). Seit Beginn der statistischen Aufzeichnungen zum Ende des 19. Jahrhunderts hat sich die Lebenserwartung Neugeborener damit mehr als verdoppelt. Während in der Vergangenheit der bestimmende Faktor für einen Anstieg der Lebenserwartung die sinkende Säuglings- und Kindersterblichkeit war, ist es heutzutage die sinkende Sterblichkeit im höheren Alter (Statistisches Bundesamt, Sterbetafel 2013/2015). Für die medizinische Versorgung und speziell für die plastisch-rekonstruktive Chirurgie ergeben sich daraus direkte Auswirkungen. So nimmt aufgrund des noch vor Jahrzehnten üblichen sorglosen Umgangs mit den UV-Strahlen der Sonne heute mit zunehmendem Lebensalter das Auftreten von Hautkrebs dramatisch zu. Der Versorgung einer alternden Gesellschaft und den hiermit einhergehenden Herausforderungen und Ansprüchen muss Rechnung getragen werden.

Neben einer Erweiterung der Rekonstruktionsverfahren ist die rasante Weiterentwicklung und Standardisierung der Mikrochirurgie auf Basis verbesserter und neu entwickelter Instrumente ein wesentlicher Erfolg der letzten Dekaden. Dadurch ist heutzutage der freie Gewebetransfer mit geringer Hebmorbidity und niedrigen Lappenverlusten nahezu unabhängig vom Alter möglich (Ludolph et al. 2015). Das zunehmende Wissen über die Gewebepfusion und die Vielzahl möglicher Gewebeentnahmestellen und -arten ermöglichen die sichere Durchführung von freien Gewebetransfers nahezu unabhängig vom Patientenalter in geeigneten Fällen. Durch die Standardisierung der Verfahren sind auch größere rekonstruktive Eingriffe, im Zweifelsfall auch als palliative Maßnahmen, selbst im hohen Lebensalter und bei Vorliegen von Komorbiditäten heute fast immer durchführbar.

Verjauchende, also aufbrechende Tumoren oder stigmatisierende Veränderungen, welche die betroffenen älteren Patienten zusätzlich gesellschaftlich isolieren, können heute fast immer erfolgreich operativ behandelt werden. Chronische Wunden beispielsweise als Folge von Diabetes mellitus, peripherer arterieller Verschlusskrankheit oder Druckulzera, Defekte nach operativen Tumorbehandlungen, aber auch unfallbedingte Wunden in einem älteren Patientenkollektiv stellen dabei einen Großteil des Spektrums dar.

Eine einheitlich anerkannte Definition des Begriffs „Alter“ existiert in der operativen Medizin allerdings nicht. Altersgrenzen variieren in diesem Zusammenhang literaturabhängig zwischen 60 und 75 Jahren für die Definition des „alten Patienten“, mit einer allgemeinen Grenze von 85 Jahren als „sehr alt“. Um die tatsächliche Operationsindikation im Einzelfall abzuschätzen, ist aber die Unterscheidung zwischen dem tatsächlichen/chronologischen und dem biologischen Alter relevant. Neben dem biologischen Alter kommt daher dem Begriff der „Frailty“ aktuell mehr und mehr Bedeutung zu. Frailty beschreibt die Gebrechlichkeit, welche sich als Konsequenz der altersassoziierten Funktionseinbußen entwickelt und zu einer erhöhten Vulnerabilität des gesamten Organismus führt. Sie ist ein Zustand erhöhter Anfälligkeit gegenüber externen und internen Stressoren. Das Risiko, durch eine Erkrankung gravierende Funktionseinbußen bis hin zu dauerhaften Behinderungen zu erleiden, ist aufgrund ausgeprägter Gebrechlichkeit erhöht. Mit dem sogenannten Frailty-Index nach Rockwood lässt sich die Indikation zu einer rekonstruktiven Operation besser einschätzen. Das Beispiel der interdisziplinären Extremitätenrekonstruktion bei multimorbiden und älteren Menschen versus der früher viel häufiger geübten Amputation belegt den Wert der altersunabhängigen Wiederherstellung nachdrücklich. Eine Extremitätenamputation führt besonders bei älteren Menschen zu einer signifikanten und zahlenmäßig deutlichen Verkürzung der (Über-) Lebenszeit. Es gilt daher auch bei älteren Patienten, dass der Erhalt von Lebensqualität in Abhängigkeit vom biologischen Alter und der Verfassung des Erkrankten heute das Maß der Dinge bei der Indikationsstellung zur plastisch-chirurgischen Rekonstruktion darstellt.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, März 2017

Traumanetzwerke – eine Erfolgsgeschichte mit immer neuen Herausforderungen

Professor Dr. med. Ingo Marzi, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU); Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt/Main

Relevanz von Trauma: Zahlen

Laut Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) gab es 2014 insgesamt 9,77 Millionen Unfallverletzte. Die meisten dieser Unfälle passieren dabei in der Freizeit (3,89 Mio.) und im Haushalt (3,15 Mio.), gefolgt von Schul- und Arbeitsunfällen (1,34 Mio./1 Mio.) sowie Unfällen im Straßenverkehr (0,39 Mio.). Tödliche Verletzungen wurden im Jahr 2014 insgesamt 22 717 Mal verzeichnet. In der Konsequenz bedeutet dies für die Unfallchirurgie, dass einerseits eine breite und flächendeckende Behandlung von Unfällen aller Art – auch mit leichteren Verletzungen – gesichert sein muss, aber andererseits selbstverständlich auch eine hoch spezialisierte Behandlung lebensbedrohter Schwerstverletzter rund um die Uhr gewährleistet sein muss.

TraumaNetzwerk DGU® – eine weltweit einzigartige Versorgungsstruktur

Im TraumaRegister DGU® (TR-DGU) der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) wurden für 2015 über 30 000 verletzte Patienten dokumentiert. Sie wurden nach einem schweren Unfall über den Schockraum eines Traumazentrums eingeliefert und mussten intensivmedizinisch behandelt werden. Die aufwendige Behandlung dieser Verletzten erfolgt in einem gestuften Versorgungskonzept mit lokalen, regionalen und überregionalen Traumazentren. Dieses Konzept beziehungsweise die optimalen Bedingungen für die Versorgung von Schwerverletzten haben Unfallchirurgen im Weißbuch Schwerverletztenversorgung 2006 erstmals definiert und im Rahmen der Qualitätsinitiative TraumaNetzwerk DGU® ab 2008 umgesetzt.

Damit sollten die unterschiedlichen Behandlungskonzepte und die Ausstattung an Personal, Geräten und medizinischem Zubehör in Deutschlands Unfallkliniken standardisiert werden. Ziel ist es, jedem Schwerverletzten an jedem Ort zu jeder Zeit bestmögliche Überlebenschancen zu bieten und auch außerhalb von Ballungszentren eine optimale Versorgung zu gewährleisten. Die Teilnahme der Kliniken an der Initiative führte zu Änderungen in deren Organisations- und Personalstrukturen: Beispielsweise wurden Schockraumleitlinien etabliert, Dienstpläne hinsichtlich der Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit eines kompetenten Notfallteams verändert oder Ärzte im Schockraummanagement geschult. In vielen Kliniken wurde zudem die Ausstattung optimiert: beispielsweise Röntgenanlagen und Ultraschallgeräte für den Notfall-Behandlungsraum nachgerüstet, teleradiologische Systeme eingeführt und die Bereitstellung von Instrumenten für Notfalloperation und Blutkonserven vorgenommen.

Innerhalb von nur zehn Jahren ist der DGU damit die Etablierung einer bundesweit hochwertigen Schwerverletztenversorgung gelungen. Über 600 Traumazentren erfüllen die Qualitätsvorgaben der DGU.

Das Wesentliche am TraumaNetzwerk DGU® ist die Vernetzung der über 600 auditierten Kliniken zu regionalen Traumanetzwerken. So kommen im Schnitt auf ein überregionales Traumazentrum (ÜTZ) knapp zwei regionale Traumazentren (RTZ) und drei lokale Traumazentren (LTZ), sodass einerseits die breite Versorgung abgedeckt ist und andererseits die interne Verlegbarkeit und Kommunikation gesichert ist. Mittlerweile ist die gesamte Bundesrepublik flächendeckend mit über 50 regionalen Traumanetzwerken überzogen, teils existieren diese Netzwerke in Grenzregionen auch länderübergreifend (zum Beispiel in Kooperation mit den Niederlanden, der Schweiz und Österreich). Über Qualitätszirkel und in Kooperation mit den Rettungsleitstellen und den kommunalen ärztlichen Leitern der Rettungsdienste lebt und aktualisiert sich das System.

S3-Leitlinie Polytrauma: Was ist wann von wem zu tun?

Von besonderer Bedeutung bei der Schwerverletztenversorgung ist die S3-Leitlinie Polytrauma / Schwerverletzten-Behandlung. Die kürzlich erschienene 2. Auflage (2016) der über 400-seitigen Leitlinie dokumentiert aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und gibt über 250 Empfehlungen zur Versorgung von Patienten mit einem Polytrauma – vom Unfallort über den Schockraum bis hin in den OP. Für die über 600 Traumazentren, die an der Initiative TraumaNetzwerk DGU® teilnehmen, gelten diese Empfehlungen. Sie haben dazu beigetragen, dass die Klinik-Sterblichkeit in den vergangenen 20 Jahren deutlich gesunken ist. Die Leitlinie wird derzeit ins Englische übersetzt. Sie wird von der European Society for Trauma & Emergency Surgery (ESTES) – der Europäischen Gesellschaft für Unfallchirurgie – als richtungsweisend angesehen. Dies beruht nicht zuletzt auf der umfassenden internationalen Literaturlauswertung, die im Rahmen der Erstellung und Überarbeitung der Leitlinie erfolgt ist.

TraumaRegister DGU®: Grundlage für wissenschaftliche Analysen und Qualitätssicherung

Das TraumaRegister DGU® als Qualitäts- und Steuerungsinstrument belegt die qualitativ hervorragende Behandlung schwerstverletzter Patienten. Wissenschaftlich bietet das Register eine hervorragende Basis zur weiteren Verbesserung der Versorgung Schwerstverletzter. Aktuell werden jährlich etwa 20 Publikationen basierend auf Daten aus dem Register in internationalen Fachzeitschriften veröffentlicht – insgesamt sind es seit 1997 über 250. Mit mehr als 30 000 Fällen pro Jahr ist das TraumaRegister DGU® eines der weltweit größten klinischen Schwerverletztenregister.

Reha-Loch schließen: Gespräch mit den Kostenträgern suchen

Unfallchirurgen sehen sich in der Verantwortung, die Behandlung vom Unfallort bis hin zur Wiedereingliederung des Patienten ins soziale und berufliche Umfeld zu sichern.

Während die Erstversorgung im Krankenhaus auf einem hohen Niveau stattfindet, ist eine Lücke derzeit aber offenbar: Mit Ausnahme der Schädelhirnverletzten und Arbeits- sowie Wegeunfällen

existiert keine gute Anschlussfinanzierung zur Rehabilitation schwerverletzter Patienten nach dem primären Krankenhausaufenthalt. Diese Lücke muss geschlossen werden, um die soziale und berufliche Reintegration zu verbessern. Eine von der DGU geplante Datenerhebung zum sogenannten „Reha-Loch“ soll Unfallchirurgen nun dazu dienen, mit verschiedenen Kostenträgern das Gespräch und nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen.

AltersTraumaZentrum DGU® – Selbstständigkeit statt Pflegeheim

Die Altersentwicklung in Deutschland schreitet rasch voran und immer ältere Menschen mit multiplen Vorerkrankungen und zahlreichen Medikamenten stürzen oder verletzen sich. Diese Patienten sind aber in vielerlei Hinsicht nicht mit einem schwerstverletzten jungen Unfallopfer zu vergleichen. Meist liegen initial nur geringe Krafteinwirkungen vor, die dann aber bereits zu relevanten Verletzungen führen. Insbesondere sind hier Verletzungen am Hüftgelenk (Schenkelhalsfrakturen), aber auch Wirbelsäulenfrakturen oder Ober- und Unterarmbrüche zu nennen. Häufig kommt es im Rahmen der Einnahme „blutverdünnender“ Medikamente auch zu ausgedehnten Blutungen, wie zum Beispiel Hirnblutungen.

Die im Vergleich zum jüngeren Patienten deutlich erhöhte Rate an allgemeinen Komplikationen während des stationären Aufenthaltes (Lungenentzündungen, Herzinfarkt, Delir, erschwerte Mobilisation) darf keinesfalls unterschätzt werden und eine geriatrische Mitbehandlung verbessert den Outcome.

Um ältere Menschen nach einem Unfall optimal zu behandeln, hat die DGU Richtlinien erarbeitet und 2014 im Kriterienkatalog „AltersTraumaZentrum DGU®“ veröffentlicht. Im Zentrum steht ein multiprofessioneller Ansatz: Er stellt sicher, dass der Verletzte durch Unfallchirurgen und gleichzeitig auch von Geriatern (Altersmediziner) betreut wird. Damit ist es möglich, die Patienten besser zu versorgen und Probleme im Heilungsverlauf zu vermeiden, sodass sie ihre Mobilität möglichst zügig und dauerhaft wiedererlangen können. Denn gerade bei geriatrischen Patienten ist die Mobilität ausschlaggebend für ihre Selbstständigkeit und damit auch für ihre Lebensqualität. Ziel der Unfallchirurgen ist es, die schlechte Prognose nach einem Sturz im hohen Alter zu verbessern. Unfallkliniken, die die im Kriterienkatalog beschriebenen strukturellen und inhaltlichen Anforderungen erfüllen, können sich in Kooperation mit Geriatern als AltersTraumaZentrum DGU® zertifizieren lassen. Mittlerweile sind bereits 54 Alterstraumazentren eingerichtet. Über 100 Unfallkliniken haben die Zertifizierung derzeit beantragt. Auch die Daten der Alterstraumazentren werden erfasst und erlauben so neben einer Qualitätssicherung auch eine wissenschaftliche Auswertung und Weiterentwicklung.

Kindertraumatologische Kompetenz im TraumaNetzwerk DGU®

Innerhalb der Initiative TraumaNetzwerk DGU® macht die Versorgung schwerverletzter Patienten im Alter zwischen 0 und 16 Jahren einen Anteil von circa vier Prozent aus. So wurden im Jahr 2015 laut

TraumaRegister-Jahresbericht über 1 000 Patienten dieser Altersgruppe im TR-DGU erfasst (BASIS-Kollektiv). Dies benötigt besondere Kompetenz. Dazu hat die DGU bereits in der 2. Auflage des Weißbuches Schwerverletztenversorgung (2012) das „kindertraumatologische Referenzzentrum“ eingeführt: Danach gibt es in jedem zertifizierten TraumaNetzwerk DGU® eine Kooperation mit einem überregionalen Traumazentrum mit besonderer kindertraumatologischer Kompetenz. Darüber hinaus steht in der derzeit dritten Überarbeitung des Weißbuches auch die klarere Definition kindertraumatologischer Referenzzentren an. In Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) sollen diese dann besser ausgewiesen werden.

Medizinische Versorgung nach Terroranschlägen: Kliniken müssen sich darauf einstellen

Die Bedrohung durch Terroranschläge stellt die deutsche Unfallchirurgie vor neue Herausforderungen: Zum einen unterscheiden sich Schuss- und Explosionsverletzungen durch die Energie und Blutungsgefahren von den bekannten zivilen Verletzungen deutlich. Zum anderen müssen Rettungsdienste und Klinikpersonal auf den Einsatz auf gefährlichen Terrains neu eingestellt werden:

- Rettung unter Gefahrenlage
- akute, präklinische Blutstillung (Tourniquet)
- klinikinterne Ablaufübungen unter Akutbedingungen
- erhöhte Infektionsgefahren und Anpassung der Therapieverfahren
- Gefahr sekundärer Anschläge in Kliniken und Sicherheitsaspekte

Die DGU kümmert sich als erste medizinische Fachgesellschaft in Deutschland darum, dass das nötige Wissen zur medizinischen Versorgung von Terroropfern strukturiert zusammengetragen und nutzbar gemacht wird. Sie hat dazu im engen Schulterschluss mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr im September 2016 auf der ersten Notfallkonferenz der DGU einen 5-Punkte-Plan vorgelegt – siehe Anlage.

Ende Februar konnten wir sehr erfolgreich den Inhaltspunkt „Regionale Informationstage“ abschließen. Durch unsere Netzwerkstruktur ist es uns gelungen, die Problematik hervorzuheben und das Spezialwissen an die über 50 regionalen Traumanetzwerke in die Fläche zu bringen.

Aktuell entwickelt unsere DGU-Tochtergesellschaft – die AUC/Akademie der Unfallchirurgie GmbH – gemeinsam mit der Bundeswehr ein neues Kursformat: „Terror and Disaster Surgical Care“ (TDSC). Der erste Kurs findet im Vorfeld der 2. Notfallkonferenz der DGU (20. Mai 2017) in Frankfurt statt.

Anpassung der Strukturen verursacht Kosten

Aus all diesen Überlegungen heraus ist die DGU über die Initiative TraumaNetzwerk DGU®, die

zivilmilitärische Zusammenarbeit mit der Bundeswehr und ihre AUC/Akademie der Unfallchirurgie grundsätzlich gut auf die aktuellen Entwicklungen vorbereitet. Es bedarf jedoch auch der politischen und wirtschaftlichen Unterstützung, da solche Anstrengungen nicht durch eine Fachgesellschaft alleine gestemmt werden können.

So ist die Fixierung des dreistufigen TraumaNetzwerk-Systems der DGU in der vom Gemeinsamen Bundesausschuss geplanten Neuordnung der Notfallversorgung von eminenter Bedeutung (gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß Paragraf 136c Absatz 4 Sozialgesetzbuch (SGB) V). Ergänzend notwendig sind aktuell auch noch Regelungen zu:

- Vorhaltekosten für Katastrophenversorgung, die aktuell nicht geklärt sind. Hoch spezialisierte Traumazentren müssen dazu – und zwar nicht auf Fallzahlen basiert – 24 Stunden und 365 Tage durchfinanziert werden.
- Finanzierung von Planübungen
- Integration der klinischen Versorgung und taktischen Chirurgie in behördliche Planungen, Gesetze und Finanzierung
- Diskussion um polizeilichen Schutz der Kliniken ist notwendig.

Weitere Informationen unter www.dgu-online.de:

- 1) DGU-Pressemitteilung vom 18.01.2017: Terrorgefahr: Mediziner fordern Ausstattung von Rettungswagen mit Tourniquets.
- 2) 5-Punkte-Plan der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
http://www.dgu-online.de/fileadmin/published_content/2.Aktuelles/Presse/PDF/2016_5_Punkte_Plan_Website_Pressemappe_F.pdf
- 3) DGU-Pressemitteilung vom 27.09.2016: Terrorgefahr in Deutschland: Unfallchirurgen ergreifen Maßnahmen für den Ernstfall.
- 4) DGU-Pressemitteilung vom 6.9.2016: Jahresbericht: TraumaRegister DGU® erfasst über 30 000 Schwerverletzte 2015.
- 5) DGU-Pressemitteilung vom 21.01.2016: AltersTraumaRegister DGU® geht an den Start.
- 6) Pressemitteilung vom 29.9.2015: Unfallchirurgen spannen Notfallnetz über ganz Deutschland.

und unter folgenden Websites:

- 1) TraumaNetzwerk DGU
http://www.traumanetzwerk-dgu.de/de/startseite_tnw.html
- 2) AltersTraumaZentrum
http://www.alterstraumazentrum-dgu.de/de/startseite_atz.html

3) TraumaRegister DGU

http://www.traumaregister-dgu.de/de/startseite_tr.html

4) Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin – Unfallstatistik 2014

[http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-](http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Unfaelle/Gesamtunfallgeschehen/Gesamtunfallgeschehen.html)

[Praxis/Statistiken/Unfaelle/Gesamtunfallgeschehen/Gesamtunfallgeschehen.html](http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Unfaelle/Gesamtunfallgeschehen/Gesamtunfallgeschehen.html)

(Es gilt das gesprochene Wort!)

München, März 2017



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie mit derzeit 6450 Mitgliedern wurde 1872 in Berlin gegründet. Sie gehört damit im 145. 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 rückübergeben. 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. Tim Pohlemann
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH);
Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
am Universitätsklinikum des Saarlandes (UKS) in Homburg/Saar



Bildnachweis: R. Koop

* 1958

Beruflicher Werdegang:

Seit 2001	C4 Professor und Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Universität des Saarlandes, Homburg (Saar)
2007	Ruf auf den Lehrstuhl für Unfallchirurgie an der Universität Zürich (abgelehnt)
2004	Ruf auf den Lehrstuhl für Unfallchirurgie an der Universität Würzburg (abgelehnt)

Klinische und Akademische Weiter- und Fortbildung:

1997	Ernennung zum außerplanmäßigen Professor
1992	Habilitation für das Fach Unfallchirurgie
1992	Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie
1992	Oberarzt an der Unfallchirurgischen Klinik der MHH (H. Tscherne)
1989	Gebietsbezeichnung: Arzt für Chirurgie
1983–1989	Department Chirurgie, Medizinische Hochschule Hannover (Professor Dr. H. Tscherne, Professor Dr. R. Pichlmayr, Professor Dr. H.G. Borst), Rotation Klinikum Braunschweig (Professor Dr. P. Neuhaus)

Studium:

1983	Approbation
1982	Amerikanisches Examen ECFMG
1977–1983	Studium der Humanmedizin, Ruprecht Karl Universität Heidelberg, Fakultät für klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg, PJ im KKH Ludwigsburg

Zusätzliche Qualifikationen:

- Weiterbildungsberechtigung für Orthopädie/Unfallchirurgie, Spezielle Unfallchirurgie und Spezielle Chirurgische Intensivmedizin
- Leitender Notarzt

Auslandsaufenthalte und Auszeichnungen:

1999	Videopreis der DGU
2004	Ehrenmitglied, Asociacion Argentina Del Trauma Ortopedico, AATO
2005	Korrespondierendes Mitglied, Österreichische Gesellschaft für Unfallchirurgie
2009	Distinguished Visiting Lecturer, Annual Scientific Congress, Royal Australasian College of Surgeons, Brisbane
2011	Ehrenmitglied, Societas Medicorum Slovacorum, Societas Pro Chirurgia Traumatologica
2013	Müller-Osten-Preis 2013, 130. Chirurgenkongress, München
2013	Ehrenmitglied, Royal College of Orthopaedic Surgeons of Thailand (RCOST)
2013	Visiting Professor, Saint Louis University, Department of Orthopaedic Surgery, Saint Louis University School of Medicine

Mitglied in wissenschaftlichen Vereinigungen, Verbänden und Kommissionen:

Mitglied DGU, DGOU, DGOOC, DGCH, BDC, BVOU, OTA, AGNN, Saarländische Chirurgenvereinigung

Seit 1989	Mitglied „Technische Kommission Becken“ der AO-International
Seit 1997	Vorsitzender der Pelvic Study Group der AO und Mitglied des Stiftungsrates der AO („Trustee“)
1999–2004	Wahl in das „Academic Council“ der AO-International /NOMCOM
1991–1996	Gründungsmitglied und Organisator Arbeitsgruppe Becken I (DGU/AO)
Seit 1997	Leiter der AG Becken II der DGU/AO (Multicenterstudie 26 Kliniken)
2002–2006	Gewähltes Beiratsmitglied der Deutschen Sektion der AO-Foundation
2003–2005	Gewähltes Mitglied im Nichtständigen Beirat der DGU
2004–2008	Mitglied des AOVA („Board of Directors“ der AO-Stiftung)
2004	Wahl in den Geschäftsführenden Vorstand der DGU (ab 2006)
2006–2008	Schatzmeister DGU
2008	Gründungsmitglied Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie
2008–2010	Vorsitzender der Saarländischen Chirurgenvereinigung
2008–2011	Gewähltes Beiratsmitglied der Deutschen Sektion der AO International
2008	Chairman AO-TK System, AO Foundation
2011	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie
2013	Wahl in den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (3. Vizepräsident und Präsident 2016/2017)
2014	Ernennung zum „Senior Member“ der American Society for Bone and Joint Surgeons (ABJS)

Akademische Aufgaben:

2002–2010	Gewähltes Mitglied des Bereichsrats der Medizinischen Fakultät, Universität des Saarlandes
Seit 2006	Stellvertretender Studiendekan der Medizinischen Fakultät, Universität des Saarlandes
Seit 2008	Mitglied der Studienkommission der Medizinischen Fakultät, Universität des Saarlandes
Seit 2010	Stellvertretendes Mitglied des Bereichsrats für Klinische Medizin der Medizinischen Fakultät, Universität des Saarlandes
Seit 2012	Mitglied der Forschungskommission der Medizinischen Fakultät, Universität des Saarlandes
Seit 2014	Mitglied des Bereichsrats für Klinische Medizin der Medizinischen Fakultät, Universität des Saarlandes

Wissenschaftliche Zeitschriften:

<i>Co-Editor</i>	European Orthopaedics and Traumatology (Springer Verlag)
<i>Beiratsmitglied</i>	Der Unfallchirurg (Springer Verlag) Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery (Springer Verlag) Chirurgische Praxis (Marseille Verlag) Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie (Thieme Verlag) Zeitschrift „Notfall und Rettungsmedizin“ (Springer Verlag)
<i>Section Editor</i>	„Pelvic Trauma“, European Journal of Trauma and Emergency Surgery (Urban&Vogel Verlag)
<i>Gutachter</i>	für verschiedene wissenschaftliche Zeitschriften wie zum Beispiel Journal of Bone and Joint Surgery, Clinical Orthopaedics and Related Research, European Journal of Trauma and Emergency Surgery, Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery, Der Unfallchirurg, Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie, Journal of Orthopaedic Trauma, Der Chirurg, International Orthopaedics, Journal of Biomechanics u. a.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Heinz-Johannes Buhr
Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und
Viszeralchirurgie e. V. (DGAV), Berlin



Beruflicher Werdegang:

Studium:

SS 1966–WS 1968/1969	Medizinstudium an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
10/1968	Physikum
SS 1969–WS 1971/1972	Medizinstudium an der Universität Düsseldorf
12/1971	Staatsexamen
12/1971	Promotion

Weiterbildung:

4/1973–9/1994	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg (Direktoren: Professor Dr. med. F. Linder bis 31.3.1981; Professor Dr. med. Ch. Herfarth bis 1.10.1981)
---------------	--

Facharztanerkennungen:

8/1978	Facharzt Chirurgie
11/1980	Teilgebiet Unfallchirurgie
3/1989	Teilgebiet Gefäßchirurgie Teilgebiet Viszeralchirurgie

Wissenschaftliche Tätigkeiten:

1976–1980	Experimentelle Arbeit am Institut für Experimentelle Chirurgie, Heidelberg
1980	Habilitation: „Der traumatisch-hämorrhagische Schock im Langzeitversuch unter Berücksichtigung des kapillären Wasser- und Eiweißaustritts“
1987	Außerplanmäßige Professur C4-Professur für Chirurgie am Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Freie Universität Berlin, Charité–Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin

- 1994 Editor-in-Chief der internationalen Zeitschrift:
International Journal of Colorectal Disease (IJCD)
- 1994–10/2012 **C4-Professur für Chirurgie**
am Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Freie Universität Berlin,
Charité–Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin

Leitende berufliche Tätigkeiten:

- 1988 Leitender Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg
(Personalmanagement Ärzte, Bibliothek, Foto- und Grafik-Labor,
Sekretariate)
- 1994–10/2012 C4-Professur für Chirurgie und Direktor der Chirurgischen Klinik und
Poliklinik I, Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Freie Universität
Berlin, Charité–Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin

Berufspolitische Tätigkeiten:

- Seit 2004 Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und
Viszeralchirurgie (DGAV)
- Seit 2006 Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
- 2006/2007 Präsident der DGAV
- Seit 2007 Sekretär der DGAV (Wiederwahl 2010, 2013, 2016)

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Raymund Horch
Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen Rekonstruktiven
und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC); Direktor der Plastisch- und
Handchirurgischen Klinik am Universitätsklinikum Erlangen der
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg



Universitätsprofessor Dr. Dr. h. c. Raymund E. Horch ist Präsident der DGPRÄC. Als Direktor leitet er die Plastisch- und Handchirurgische Klinik am Universitätsklinikum Erlangen. Seine klinischen Schwerpunkte liegen auf der rekonstruktiven, ästhetischen und Handchirurgie. In der komplexen Wiederherstellung nach Tumorbehandlungen durch Gewebeverpflanzungen hat er interdisziplinäre moderne Konzepte weiterentwickelt. Professor Horch hat sich wissenschaftlich besonders engagiert bei der Schaffung von Ersatzgeweben durch Tissue Engineering und regenerative Medizin. Er ist gleichzeitig Sprecher des Chirurgischen Departments des Universitätsklinikums Erlangen und des Konvents der Leitenden Universitätschirurgen für Plastische Chirurgie. Sein wissenschaftliches Oeuvre umfasst mehrere Hundert Veröffentlichungen. Neben zahlreichen Einladungen als „Visiting Professor“ zu renommierten internationalen Universitäten weltweit wurde seine wissenschaftliche Arbeit mit einer Vielzahl von namhaften Preisen und Ehrungen gewürdigt.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Ingo Marzi

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU); Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt/Main



* 1959

Professor Dr. Ingo Marzi ist seit Januar 2017 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU).

Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ist seit 2001 Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt der Goethe-Universität, wo er auch eine Professur innehat.

Marzi war 2012 Präsident der European Society for Trauma and Emergency Surgery (ESTES) und leitete 2014 als Präsident den World Trauma Congress.

Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte:

- Translationale Polytraumaforschung: Frühdiagnostik inflammationsbedingter System-Reaktionen, Mikrozirkulationsstörungen und Organversagen
- Experimentelle und klinische Studien zur Knochenregeneration und Stammzelltherapie
- Wundheilung, Gewebeersatz und Infektsanierung
- Kindertraumatologie
- Wirbelsäulentraumatologie

Klinischer Werdegang:

Seit 2001	Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie des Universitätsklinikums Frankfurt
1999–2001	Kommissarischer Direktor der Abteilung für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum des Saarlandes
1996–1999	Leitender Oberarzt der Abteilung für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum des Saarlandes
1986–1996	Assistenz- und Oberarzt der Chirurgischen Klinik des Universitätsklinikums des Saarlandes

- 1985–1986 Assistenzarzt der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses St. Marienwörth in
Bad Kreuznach
- 1984–1985 Stabsarzt in Kastellaun

Wissenschaftlicher Werdegang:

- Seit 2001 Universitätsprofessor der Goethe-Universität in Frankfurt am Main
- 1998 Außerplanmäßiger Professor an der Medizinischen Fakultät der Universität des
Saarlandes
- 1993 Habilitation im Fach Chirurgie an der Medizinischen Fakultät der Universität des
Saarlandes
- 1987–1988 Forschungsstipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) am Department
of Pharmacology der University of North Carolina, USA
- 1985 Promotion im Fach Neurologie an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
- 1977–1983 Studium der Humanmedizin an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Fachqualifikationen:

- 2010: Zusatzbezeichnung Sportmedizin
- 2005: Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
- 2000: Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie
- 1996: Zusatzbezeichnung Handchirurgie
- 1993: Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie
- 1992: Fachkundenachweis Rettungsdienst
- 1992: Facharzt für Chirurgie

Mitgliedschaften und Ehrenämter:

- 2017 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
- Seit 2015 Präsidiumsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
- 2014 Kongresspräsident des World Trauma Congress (WTC)
- 2011 Präsident der Sektion Grundlagenforschung der Deutschen Gesellschaft für
Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
- 2011 Präsident der European Society for Trauma & Emergency Surgery (ESTES)
- 2009–2014 Leiter des Wissenschaftsausschusses der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
(DGU)

Weitere Mitgliedschaften:

- AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)
- Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC)
- Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen (VSOU)
- European Shock Society (ESS)
- European Society for Trauma & Emergency Surgery (ESTES)
- Euroacademia Multidisciplinaria Neurotraumatologica (EMN)
- Association for Orthopaedic Research (AFOR)
- Shock Society
- AO International

134. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

21. bis 24. März 2017 · ICM, München



CHIRURGIE 2017

Pressekonferenz anlässlich des 134. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Donnerstag, 23. März 2017, 12.00 bis 13.00 Uhr

Ort: ICM – Internationales Congress Center München, Saal 22b

Anschrift: Messengelände, Am Messensee, 81829 München

Prof. Dr. med.
Tim Pohlemann
Präsident 2017

Verantwortung, Vertrauen, Sicherheit – Chirurgie 2017

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

- Professor Dr. med. Tim Pohlemann
- Professor Dr. med. Heinz-Johannes Buhr
- Professor Dr. med. Raymund Horch
- Professor Dr. med. Ingo Marzi

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
ullrich@medizinkommunikation.org
www.chirurgie2017.de, www.dgch.de

Vor Ort auf dem Kongress

vom 21. bis 24. März 2017
ICM, München, Pressezentrum Saal 22a
Dienstag, 21. März 2017, von 8.30 bis 17.30 Uhr
Mittwoch, 22. März 2017, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Donnerstag, 23. März 2017, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Freitag, 24. März 2017, von 8.00 bis 16.30 Uhr
Telefon: 089 949-79427
Telefax: 089 949-79857

