

134. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

21. bis 24. März 2017 · ICM, München



CHIRURGIE 2017

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

Prof. Dr. med.
Tim Pohlemann
Präsident 2017

Termin: Dienstag, 21. März 2017, 12.00 bis 13.00 Uhr
Ort: ICM – Internationales Congress Center München, Saal 22b
Anschrift: Messengelände, Am Messensee, 81829 München

Themen und Referenten:

Verantwortung, Vertrauen, Sicherheit – die Chirurgie, ein Fach mit Besonderheiten: Warum Chirurgen Alarm schlagen

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

Novellierung der Musterweiterbildungsordnung: Ist eine Facharztsäule Allgemeinchirurgie noch zeitgemäß?

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

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

Überblick über wichtige Sitzungen und Themen der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie auf dem Kongress

Professor Dr. med. Dietmar Lorenz

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV);
Direktor und Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie,
Sana Klinikum Offenbach GmbH

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



Prof. Dr. med.
Tim Pohlemann
Präsident 2017

Wenn Kinderpatienten erwachsen werden – Transition in der Kinderchirurgie

Privatdozentin Dr. med. Barbara Ludwиковski

Kongresspräsidentin der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH);
Chefärztin der Kinderchirurgie und Kinderurologie,
sowie

Dr. med. Mechthild Sinnig

Ärztliche Leitung des Zentrums für schwerbrandverletzte Kinder

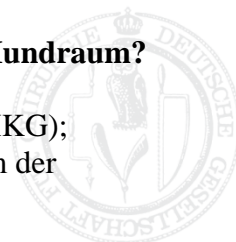
Beide: Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT, Hannover

Gefahr für die Kieferknochen durch schwere Nebenwirkungen:

Welche Folgen haben Osteoporose-Medikamente und Antikörper-Therapie im Mundraum?

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

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG);
Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Klinikum der
Universität München



Was bedeutet der Brexit für die europäische (Thorax-)Chirurgie? –

Kooperation auf internationaler Ebene

Dr. med. Gunda Leschber

Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT);

Chefärztin der Klinik für Thoraxchirurgie, Evangelische Lungenklinik Berlin gGmbH

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

Eröffnungs-Presskonferenz anlässlich des 134. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Dienstag, 21. März 2017, 12.00 bis 13.00 Uhr

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

Anschrift: Messengelände, Am Messensee, 81829 München

Verantwortung, Vertrauen, Sicherheit – Chirurgie 2017

Inhalt:

Pressemeldungen

Redemanuskripte/Fachartikel

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



134. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

21. bis 24. März 2017 · ICM, München



PRESSEMITTEILUNG

134. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Wenn Medikamente gegen Knochenabbau den Kieferknochen zerstören

Chirurgen warnen: Vor Einnahme von Bisphosphonaten Mundraum untersuchen lassen

Prof. Dr. med.
Tim Pohlemann
Präsident 2017

München, 21. März 2017 – In Deutschland steigt die Zahl der Menschen, bei denen Medikamente zur Behandlung der Osteoporose schwere Komplikationen am Kiefer auslösen. Warum es zur sogenannten Osteonekrose des Kiefers kommt, welche Behandlungsmethoden es gibt und wie man der Komplikation am besten vorbeugt, erläutern Experten auf der heutigen Pressekonferenz anlässlich des 134. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Der Chirurgenkongress zum Motto „Verantwortung, Vertrauen, Sicherheit“ findet vom 21. bis 24. März 2017 in München statt.



Mehr als eine Million Menschen in Deutschland werden mit Medikamenten behandelt, die einen Knochenabbau im Alter, die Osteoporose, verhindern sollen. Ein zweites Einsatzgebiet dieser Präparate sind Knochenmetastasen bei Krebspatienten. Am häufigsten kommen die Wirkstoffe Alendronsäure, Risedronsäure, Ibandronsäure und Zoledronsäure zur Anwendung, die zu den Bisphosphonaten gehören. Eine noch selten genutzte Alternative ist der Antikörper Denosumab, der seit 2010 zugelassen ist.

„Die Medikamente können Knochenbrüche verhindern und bei Krebspatienten die Knochenzerstörung bremsen. Der Nutzen von Bisphosphonaten und Denosumab steht deshalb außer Zweifel“, sagt Professor Dr. med. Tim Pohlemann, Präsident der DGCH. „Auch die Verträglichkeit der Medikamente ist in der Regel gut“, fügt Professor Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld hinzu, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG). Allerdings könne eine gravierende Komplikation eintreten, die zunehmend die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen beschäftigt.



134. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

21. bis 24. März 2017 · ICM, München



CHIRURGIE 2017

„Es beginnt mit Schmerzen und Schwellungen im Bereich des Kieferkammes“, berichtet Ehrenfeld. „Daraus können sich Abszesse und Fisteln bilden, aus denen Sekrete, beispielsweise Eiter, fließen.“ Eine Röntgenaufnahme zeigt dann, dass Teile des Knochens abgestorben sind. Eine solche Osteonekrose des Kiefers wurde erstmals 2003 als seltene Komplikation nach der Behandlung mit Bisphosphonaten beschrieben. Die Komplikation tritt auch nach der Behandlung mit dem Wirkstoff Denosumab auf.

Prof. Dr. med.
Tim Pohlemann
Präsident 2017

Inzwischen sind die Fälle so häufig, dass einzelne Kieferkliniken, so in München, eigens Sprechstunden für die Patienten eingerichtet haben.

„Betroffen sind meistens ältere Menschen mit Parodontose oder Infektionen der Zahnwurzeln“, sagt Ehrenfeld, der die Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie an der Universität München leitet. Die Nekrosen können auch nach Zahnextraktionen, Wurzelbehandlungen und bei Implantaten entstehen. Weitere Risikofaktoren für die Osteonekrose sind Alkohol und Rauchen oder eine Behandlung mit Kortison oder Zytostatika.

Die Ursache der Osteonekrose ist nicht ganz klar. „Wir vermuten, dass Entzündungen in der Nähe des Knochens die Toxizität der Bisphosphonate erhöhen und es deshalb zum Absterben des Knochens kommt“, erläutert DGCH-Experte Ehrenfeld. Deshalb seien akute Infektionen oder auch mundkiefer-gesichtschirurgische Eingriffe bei diesen Patienten gefährlich. „Jeder Eingriff sollte unter Antibiotika-Schutz durchgeführt werden, um eine Infektion des Knochens zu vermeiden“, rät der Münchener Chirurg.

Die Behandlung kann langwierig sein. In den Frühstadien können Mundspülungen und Antibiotika den Knochenverfall noch stoppen. Im fortgeschrittenen Stadium werden häufig Operationen erforderlich, bei denen abgestorbene Knochen abgetragen werden. „In besonders schweren Fällen müssen wir Teile des Kiefers entfernen und durch ein Transplantat ersetzen“, so der Experte.

Ehrenfeld rät allen Patienten, die mit Bisphosphonaten oder Denosumab behandelt werden, zu vorbeugenden Maßnahmen. Die Behandlung sollte erst beginnen, wenn ein Zahnarzt das Gebiss saniert hat. „Zysten, desolante Zähne,



134. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

21. bis 24. März 2017 · ICM, München



Entzündungen im Mundraum müssen vorher beseitigt werden“, fordert der Mund-Kiefer-Gesichtschirurg. Während der Osteoporose-Behandlung sollten die Patienten peinlich auf eine gute Mundhygiene achten. Dies gelte auch für Menschen mit dritten Zähnen. „Denn auch eine schlecht sitzende Prothese kann über Druckstellen die Entzündung des Knochens anstoßen“, betont der Chirurg.

Prof. Dr. med.
Tim Pohlemann
Präsident 2017

Der diesjährige Chirurgenkongress findet vom 21. bis 24. März 2017 im ICM statt. Weitere Infos zum Kongress: www.chirurgie2017.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, 22. März 2017, von 12.00 bis 13.00 Uhr

Donnerstag, 23. März 2017, von 12.00 bis 13.00 Uhr

Freitag, 24. März 2017, von 12.00 bis 13.00 Uhr

Organspendelauf:

Mittwoch, den 22. März 2017, 16.30 Uhr, ICM, zwischen Haupteingang und Messeingang



134. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

21. bis 24. März 2017 · ICM, München



Prof. Dr. med.
Tim Pohlemann
Präsident 2017

PRESSEMITTEILUNG

134. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Folgen des Brexit für die Chirurgie Experten befürchten Ärzte-Exodus, Pflegemangel und weniger Forschung

München, 21. März 2017 - Der Austritt der Briten aus der Europäischen Union – der so genannte „Brexit“ – wirft nicht nur in Politik und Wirtschaft ernste Fragen auf. Auch unter den europäischen Ärzten und Pflegekräften herrscht Unruhe. Denn derzeit profitiert das medizinische Personal von der engen Kooperation, allen voran die Chirurgen: Etwa ein Viertel der britischen Herz-Thorax-Chirurgen haben ihre Ausbildung im europäischen Ausland gemacht, mehr als in jeder anderen Ärzteguppe. Welche Auswirkungen der Brexit für Europas Gesundheitssysteme hat, mit welchen Folgen die derzeitig rund 1 000 deutschen Ärzte in Großbritannien rechnen müssen und was auf die Patienten zukommen könnte, diskutieren Chirurgen auf einer Pressekonferenz anlässlich des 134. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) vom 21. bis 24. März 2017 in München.

Mit dem Austritt Großbritanniens aus der EU gibt es viele offene Fragen, die das dortige Gesundheitssystem betreffen: Dürfen ausländische Ärzte und Pflegekräfte weiterhin in Großbritannien arbeiten? Werden sich die Arbeitsbedingungen ändern? Welche Folgen hat der Austritt auf Forschung, internationale medizinische Zusammenarbeit und Arzneimittelversorgung?

Im gesamten britischen Gesundheitssystem arbeiten rund 57 000 Menschen, die aus anderen EU-Ländern kommen. Laut einer Umfrage der British Medical Association (BMA) unter fast 1 200 Ärzten überlegen bereits 42 Prozent der Befragten, das Land zu verlassen. „Das betraf konkret etwa 4 000 Ärzte“, betont Dr. med. Gunda Leschber, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT). „Grund für die Abwanderungsüberlegungen sind vorwiegend Sorgen um die Stellung der ausländischen Ärzte und die



134. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

21. bis 24. März 2017 · ICM, München



CHIRURGIE 2017

öffentliche Einstellung ihnen gegenüber“, berichtet Professor Dr. med. Tim Pohlemann, Präsident der DGCH.

**Prof. Dr. med.
Tim Pohlemann**
Präsident 2017

Während also ein Ärzte-Exodus droht, ist ein dramatischer Rückgang von Bewerbungen ausländischer Krankenschwestern auf englische Jobangebote bereits Realität. „Es zeichnet sich ein Pflegemangel ab“, so Leschber. Zudem interessieren sich immer weniger ausländische Studenten für Ausbildungs- und Fortbildungsangebote in Großbritannien. Grund: Die rund 125 000 Studierenden aus dem EU-Ausland hätten nach dem Brexit kein Recht mehr auf ein britisches Darlehen.

„Von Studenten über Pflegekräfte bis hin zu Chefarzten wird der EU-Austritt vermutlich einen ganzen Rattenschwanz an problematischen Veränderungen für die Medizin mit sich bringen, insbesondere für die Chirurgie“, befürchtet DGT-Präsidentin Leschber, zugleich Chefarztin für Thoraxchirurgie an der Evangelischen Lungenklinik Berlin gGmbH. Mittel- und langfristige dürfte dies auch negative Folgen für die Patientenversorgung haben. Schon jetzt hat das britische Gesundheitssystem mit einem Ärztemangel zu kämpfen: Zwischen 2013 und 2015 ist die Anzahl freier Stellen für Ärzte um 60 Prozent gestiegen. „Die Situation wird sich weiter verschärfen“, meint die Lungenchirurgin.

Hinzu kommen Befürchtungen, dass die Forschung im Vereinigten Königreich unter dem Brexit leiden wird. Denn die Insel ist bisher der größte Empfänger von wissenschaftlichen Fördermitteln der EU. „Die Gelder sind wichtig für die Universitäten, und es besteht die Sorge, dass mit dem Verlust der Gelder auch die internationale Reputation und Attraktivität für Wissenschaftler nachlässt“, berichtet Leschber. Wird die Wissenschaftsförderung eingeschränkt, geht dies nicht nur zulasten der britischen Spitzenforschung. „Auch Patienten hätten infolgedessen weniger Zugang zu innovativen Therapien“, betont Leschber.

Was der Brexit für ihr Fach, für die Gesundheitspolitik und für Patienten bedeutet, diskutieren Chirurgen auf dem Chirurgenkongress, der vom 21. bis 24. März 2017 im ICM München stattfindet. Dr. med. Gunda Leschber referiert auf der Kongress-Pressekonferenz am 21. März 2017 über dieses Thema.



134. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

21. bis 24. März 2017 · ICM, München



Weitere Infos zum Kongress: www.chirurgie2017.de.

Prof. Dr. med.
Tim Pohlemann
Präsident 2017

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

Dienstag, 21. März 2017, von 12.00 bis 13.00 Uhr

Mittwoch, 22. März 2017, von 12.00 bis 13.00 Uhr

Donnerstag, 23. März 2017, von 12.00 bis 13.00 Uhr

Freitag, 24. März 2017, von 12.00 bis 13.00 Uhr

Organspendelauf:

Mittwoch, den 22. März 2017, 16.30 Uhr, ICM, zwischen Haupteingang und Messeingang



Die „Highlights“ des 134. Deutschen Chirurgenkongresses

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

Mit dem Motto „Verantwortung, Vertrauen, Sicherheit“ setzen wir uns bewusst von den Schwerpunkten der letzten Jahre ab. Der schnell fortschreitende medizinische Fortschritt war im Wesentlichen durch chirurgische Spezialisierung in der Chirurgie und Integrationen von neuen Technologien geprägt. Der derzeit extrem hohe Qualitäts- und Leistungsstandard der Chirurgie in Deutschland ist Resultat dieser Entwicklung. Da sich aber inzwischen die für eine sichere und zuverlässige chirurgische Arbeit notwendigen Rahmenbedingungen in Kliniken und Praxen erheblich geändert und verschlechtert haben, ist es an der Zeit, eine Diskussion über „chirurgische Grundvoraussetzungen“ zu führen und unsere Forderungen zu artikulieren. Daher werden die Themen Pflegemangel, Überbürokratisierung, Ökonomisierung, demografischer Wandel, Arbeitszeitgesetzgebung und weitere Schnittstellenthemen ausgedehnt diskutiert und sind auch wichtiges Thema der Pressekonferenz am Dienstag. Zusammengefasst behindern die Rahmenbedingungen inzwischen eine sichere und hochqualitative peri- und intraoperative Patientenbetreuung, Chirurgen brauchen wieder mehr Zeit für die Patienten, die Patienten brauchen wieder mehr Zuwendung und direkten Pflegekontakt! Die Chirurgie ist eine „besondere Branche in der Medizin“ und braucht daher auch spezifische, den Bedürfnissen angepasste Personalausstattung und Infrastruktur! Da Chirurgie weiterhin eine typische „Teamaufgabe“ ist, wird Interprofessionalität und Interdisziplinarität ein weiterer Fokus sein, der erfreulicherweise schon in der Vorbereitung auf großes Interesse gestoßen ist.

Spezifische Kongressthemen:

Der wissenschaftliche Fortschritt und die Weiterentwicklung von chirurgischen Methoden nehmen natürlich auch dieses Jahr einen wesentlichen Raum im Programm ein. In allen zehn chirurgischen Fachgebieten werden in den wissenschaftlichen Sitzungen aktuelle Forschungsergebnisse diskutiert. Die Arbeitsgruppen vertiefen Strategien zu minimalinvasiven Techniken, Infektionskontrolle und Komplikationsvermeidung, Arzt-Patienten-Beziehung, chirurgischer Intensivmedizin, zum Nachwuchs in der Chirurgie, zu Familie und Beruf und vielen anderen Themen mehr. Die Fachgesellschaften werden alle Gelegenheit haben, ihnen wichtige und vorrangige Themen in den Pressekonferenzen vorzustellen.

Wesentliche Neuigkeiten im Kongressablauf:

- Erstmals wird ein Patiententag veranstaltet, um den Deutschen Chirurgenkongress der Bevölkerung verständlich zu erläutern, Transparenz und Vertrauen zu schaffen und exemplarisch konkrete medizinische Themen aus der Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie Orthopädie und Unfallchirurgie zu besprechen. (15.3.2017, Beginn 17.00 Uhr in der „Alten Rotation“ des Münchner Merkur. Referenten aus DGCH und Münchner Kliniken. Medizinische Hauptthemen sind:

- Schlüssellochchirurgie im Bauch – immer sinnvoll?
- Was tun, wenn die Schulter schmerzt?
- Endoprothetik der großen Gelenke, wann nötig und wie ausführen?

Medienpartner: Münchner Merkur/TZ

- Deutliche Verstärkung der interprofessionellen und interdisziplinären Partnerschaften. So sind beispielsweise erstmalig der Deutsche Pflegerat, das Aktionsbündnis Patientensicherheit, der Deutsche Berufsverband Rettungsmedizin, das Bayerische Rote Kreuz, die Deutsche Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie Partner in der Gestaltung des Chirurgenkongresses. Mit der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie und unserem langjährigen Partner Bundeswehr wird in großem Umfang über Möglichkeiten und konkrete Szenarien der zivil-militärischen Zusammenarbeit diskutiert. Ganz konkret widmen sich mehrere Sitzungen der Vorbereitung ziviler Chirurgen auf die geänderten Anforderungen unter dem Aspekt drohender terroristischer Anschlagsszenarien. Ein ganztägiges Seminar zum Thema „Chirurgie unter besonderen Bedingungen und mit eingeschränkten Mitteln“ wird diesen Themenkomplex unter den Stichworten „Terrorbedrohung, Auslandseinsätze, Entwicklungshilfe, ‚NGO‘ (Non-Governmental Organisation) im Einsatz“ darstellen. Zusätzlich veranstaltet die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) einen ersten Pilotkurs im Rahmen ihres „Fünfpunkteplans“ zur Fortbildung in der Bewältigung anfallsassoziierter Verletzungen und der dazu benötigten Versorgungsstrukturen (Freitag/Samstag).
- **Schwerpunktthema Patientensicherheit in der perioperativen Betreuung.** Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), Pflegeverbänden und chirurgischen Arbeitsgemeinschaften. Themenschwerpunkte: Wertigkeit von Stellenschlüsseln, Qualifikation, Organisationsstrukturen, ärztliche Präsenz auf Normalstationen und übergreifende Konzepte, wie zum Beispiel Medizinische Einsatzteams (METs). In einer internationalen Sitzung wird neben Vertretern aus den Niederlanden (Gastland) und Österreich auch Herr Joe Kiani zu seinem viel beachteten, in den USA inaugurierten Programm „ZERO preventable deaths until 2020“ sprechen.
- **Partnerland Niederlande.** Vielfältige chirurgische Kontakte verbinden uns mit unserem Nachbarland. Trotz ähnlicher chirurgischer Tradition werden wir uns über auch für Deutschland äußerst interessante Konzepte zur Zentralisierung, Steuerung von Patientenströmen und Weiterbildung austauschen.
- **Der Organspendelauf:** historischer Tiefstand bei der Spendenbereitschaft, Patienten versterben zunehmend auf den Wartelisten! Daher rücken wir den Organspendelauf diesmal in den Mittelpunkt. Er startet als „Event“ Mittwoch nachmittags vom Haupteingang Messe. Es konnte schon jetzt ein bemerkenswertes Spendenniveau erreicht werden. Ziel ist es, eine Selbsthilfevereinigung zu unterstützen, die sich insbesondere um die Angehörigen von

Organspendern kümmert und deren Bedürfnisse wahrnehmbar macht. Ansprechpartner ist Frau Marita Donauer, „Organpatin“ im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums.

- **Zu der Eröffnungsveranstaltung erwarten wir:**
 - den Bundesminister für Gesundheit, Herrn H. Gröhe
 - den Präsidenten der Bundesärztekammer, Herrn Professor Montgomery
 - den Inspekteur des Sanitätswesens der Bundeswehr, Herrn Generaloberstabsarzt (GOSTA) Dr. Tempel
 - den Präsidenten der Niederländischen Chirurgenvereinigung, Herrn Professor Heineman

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

Novellierung der Musterweiterbildungsordnung: ist eine Facharztsäule Allgemeinchirurgie noch zeitgemäß?

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

Bei der erneut angestrebten Novellierung der Musterweiterbildungsordnung steht die Bedeutung eines Facharztes für Allgemeinchirurgie im Vergleich zu den anderen sieben Facharztsäulen im Gebiet Chirurgie weiterhin in der Diskussion. Dies trifft in gleicher Weise für die eigentliche Definition der Allgemeinchirurgie an sich zu: Handelt es sich dabei um die Chirurgie von häufig durchgeführten Eingriffen aus verschiedenen chirurgischen Fachgebieten oder stellt sie nur die Chirurgie im Sinne einer Grundversorgung dar? Weiter zu hinterfragen ist, ob dieser Facharzt lediglich aufgrund europäischer Regelungen mit Vorgaben eines „general surgeon“ beibehalten werden soll. Unabhängig von solchen Debatten war jedoch von verschiedenen Landesärztekammern der Bestand der sogenannten „Allgemeinchirurgie“ zur Aufrechterhaltung der Versorgung in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung sowie im ambulanten Bereich der niedergelassenen Kollegen vehement eingefordert worden.

Gerade unter dem Aspekt eines zu erhaltenen hohen Qualitätsstandards in der Chirurgie, auch bei frühzeitiger Spezialisierung, war nun von der gemeinsamen Weiterbildungskommission der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie mit ihren zehn chirurgischen medizinischen-wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie den Berufsverbänden gefordert worden, die Allgemeinchirurgie ohne unfallchirurgische und orthopädische Inhalte in eine Facharztsäule Allgemein- und Viszeralchirurgie einzugliedern. Argumente hierfür ergeben sich zum einen aus der Tatsache, dass innerhalb von zwölf Monaten Weiterbildungszeit in der Orthopädie und Unfallchirurgie sicherlich keine ausreichende Kompetenz für eine sichere Versorgung der Patienten erreicht werden kann. Zum anderen ist seit vielen Jahren bekannt, dass sich die Inhalte von Allgemein- und Viszeralchirurgie deutlich mehr überschneiden im Vergleich zu allen anderen Fächern. Zudem ist bekannt, dass bereits die Studierenden im praktischen Jahr frühzeitig ein Fach im Gebiet Chirurgie präferieren und ein Wechsel zwischen den Fächern auch nach Ableistung des sogenannten Common Trunk eher die Ausnahme darstellt. Die bundesweiten Facharztanerkennungszahlen zwischen den Jahren 2012 bis 2015 spiegeln dies auch als klinische Realität wider und bestätigen die Tendenz zur Spezialisierung: In der Orthopädie und Unfallchirurgie lagen die Facharztanerkennungen zwischen 775 und 911 beziehungsweise in der Viszeralchirurgie bei ansteigender Tendenz zwischen 304 und 418. In der Allgemeinchirurgie lagen diese Zahlen insgesamt bei etwa 250.

Unabhängig davon, dass sich bereits heute eine Vielzahl von Krankenhausabteilungen als Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie bezeichnet, ist die Analyse der Datenbank des Deutschen Krankenhausverzeichnisses mit Stand vom Juli 2015 besonders aussagekräftig: Nur 14 Prozent aller Krankenhäuser in Deutschland betreiben noch gemeinsame Abteilungen für Allgemein- und

Viszeralchirurgie sowie Orthopädie- und Unfallchirurgie. Getrennte Kliniken werden in 76 Prozent sogar in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung geführt, in Schwerpunkthäusern oder sogenannten Maximalversorgern in 92 Prozent oder 97 Prozent. 2015 werden damit insgesamt in 81 Prozent aller Krankenhäuser getrennte Kliniken für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Allgemein- und Viszeralchirurgie ausgewiesen, während es in den Jahren 1997 nur 22 Prozent beziehungsweise 2009 schon 75 Prozent waren. Auch nach einer aktuellen Umfrage des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen werden aktuell die operativen Eingriffe aus den beiden großen Fachgebieten Orthopädie und Unfallchirurgie beziehungsweise Allgemein- und Viszeralchirurgie in 70 Prozent von getrennten Operationsteams durchgeführt.

Ein kürzlich vorgelegtes Konzept zur Allgemeinchirurgie einer Landesärztekammer konterkarierte die realistische Situation und flächendeckende Versorgung in unserem Land, vor allem hinsichtlich des deutlichen Überwiegens fachspezifischer Inhalten aus der Orthopädie und Unfallchirurgie. Nach intensivem Gedankenaustausch zwischen Vertretern der Landesärztekammern und der gemeinsamen Weiterbildungskommission ist es jedoch gelungen, einen erfolgversprechenden Kompromissvorschlag zu definieren. Im Bereich der Facharztsäule Viszeralchirurgie können fakultativ 18 bis 24 Monate bei Wechsel der Weiterbildungsstätte in der Unfallchirurgie mit notfallmäßigen Eingriffen ermöglicht werden. Bei diesem Konstrukt würde der Facharzt für Allgemeinchirurgie entfallen und sich eine Facharztsäule Allgemein- und Viszeralchirurgie ergeben, wobei die sichere und qualitätsorientierte Versorgung weiterhin garantiert wäre. Erweiterte Kompetenzen können dann im Sinne einer Doppelfacharztqualifikation erworben werden. Unabhängig von dieser Möglichkeit der Weiterbildung besteht beiderseitiges Einvernehmen, dass im Gebiet Chirurgie eine Weiterbildungszeit von 72 Monaten anzustreben ist, um vor allem auch operationstechnische Verfahren ausreichend erlernen zu können. Eine Mindestweiterbildungszeit von 60 Monaten wird entschieden abgelehnt.

Die oben angeführten Vorschläge mit Aufhebung der Facharztsäule Allgemeinchirurgie müssen allerdings noch durch die Weiterbildungskommission der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und den Berufsverbänden sowie dann entscheidend durch den deutschen Ärztetag bestätigt werden. Sie stellen derzeit einen realistischen Weg für die Zukunft dar; Denn die Festschreibung eines real nicht mehr existierenden „Pseudo-Generalisten“ stellt eine rückwärtsgewandte Entwicklung dar.

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

DGAV-Jahrestagung 2017 München

Professor Dr. med. Dietmar Lorenz, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV); Direktor und Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Sana Klinikum Offenbach GmbH

Gemeinsame Sitzung der DGAV, DGCH, des „German Chapters“ und der „Internationalen Region 15“ des American College of Surgeons (ACS): Saal 21, 9.00 bis 10.30 Uhr

Zum zweiten Mal findet dieser internationale Austausch mit Gästen aus den USA und Europa statt, der letztes Jahr von Professor Dr. N. Senninger (Münster) initiiert wurde. In der ersten Sitzung wird Herr Professor Dr. T. Keck (Lübeck) über das deutsche Qualitätssicherungsprogramm der DGAV für das Pankreaskarzinom (Studien-, Dokumentations- und Qualitätszentrum – StuDoQ) im Vergleich zu den USA berichten. M.A. Cainzos aus Santiago de Compostela berichtet über eine europäische Studie zu *Clostridium difficile*-Infektionen in chirurgischen Kliniken.

Die zweite Sitzung (**11.00 bis 12.30 Uhr, Saal 21**) beschäftigt sich mit der aktuellen Standortbestimmung der bariatrischen/metabolischen Chirurgie in Europa (A.J. Torres, Madrid), den Herausforderungen durch die neuen Medizingeräteverordnungen (E. Klar, Rostock), der Frage, an welchen Institutionen Allgemeinchirurgen am besten ausgebildet werden (P. da Costa, Lissabon) sowie der Rolle der Mikrochirurgie während der Facharztausbildung (A. di Cataldo, Catania).

Eröffnungsveranstaltung der DGAV in Saal 14a von 14.00 bis 15.30 Uhr

Ein Höhepunkt der Eröffnungsveranstaltung ist die Überreichung des Rudolf-Nissen-Preises an PD Dr. Seyfried (Würzburg). Entsprechend den Regularien der DGAV geht der Preis an den jungen Forscher, der bei der Exzellenzakademie in den letzten drei Jahren die beste Durchschnittsnote erhalten hat. Der Vorstand der DGAV gratuliert Herrn PD Seyfried herzlich zu dem Preis!

Gespannt sind wir auf das zweite Highlight des Nachmittags: den Festvortrag von Professor Giovanni Maio zum Thema „Die Grenzen der Transparenz in der Medizin“. Professor Maio ist Internist und Philosoph; er habilitierte sich im Jahre 2000 für das Fach Ethik in der Medizin. 2004 nahm er den Ruf auf den Lehrstuhl für Medizinethik an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg an, wo er zum Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin bestellt wurde. 2002 wurde er von der Bundesregierung in die Zentrale Ethikkommission für Stammzellforschung berufen, 2007 in den Ausschuss für ethisch-juristische Grundsatzfragen und 2010 zum ständigen Berater der Deutschen Bischofskonferenz ernannt. Über 400 Artikel zur Medizinethik und zahlreiche Bücher wurden von ihm verfasst.

Umrahmt wird die Eröffnung von dem Duo Modéré. Mit der ungewöhnlichen Kombination aus Saxofon und Akkordeon begeistern die beiden jungen Künstler Adrian Planitz und Zdravko Zivkovic ihr Publikum. Uns erwartet ein gelungener Mix aus klarer Klassik, mitreißenden Balkangrooves, Jazz

und leidenschaftlichem Tango Argentino, der den beiden jungen Vollblutmusikern einiges an Können abverlangt und gleichzeitig die Stimmungsvielfalt der Instrumente eindrucksvoll präsentiert.

Mittwoch, 22. März 2017

Der Mittwoch beginnt gleich früh um **8.00 Uhr in Saal 12** mit einer interdisziplinären **Sitzung der DGAV mit der DGT** (Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie). Thema ist die Lymphknotendissektion in der Metastasen Chirurgie der Lunge beziehungsweise der Leber. Die Sitzung ist als Pro und Contra konzipiert und verspricht eine spannende Diskussion. Eingeleitet wird das Thema durch einen Übersichtsvortrag mit dem Titel „Lymphogene (tertiäre) Metastasierung von Metastasen in parenchymatösen Organen aus Sicht der Pathologen“ (A. Fisseler-Eckhoff, Wiesbaden). Für die „Systematische Lymphadenektomie bei Lungenmetastasen“ spricht M. Ried (Regensburg), dagegen S. Bölükbas (Wuppertal). Für die „Lymphadenektomie bei Lebermetastasen“ spricht J. Weitz (Dresden), dagegen K.J. Oldhafer, Hamburg. Moderiert wird die Sitzung von J. Schirren (Wiesbaden) und H. Lang (Mainz).

Die Besten in der Viszeralchirurgie: Saal 3, 17.30 bis 19.00 Uhr

Moderiert von dem Präsidenten der DGAV Professor Germer (Würzburg) und dem Vorsitzenden des Konvents der Ordinarien Professor Ghadimi (Göttingen), werden in dieser Sitzung ausgewählte Beiträge von hervorragenden Nachwuchsforschern vorgestellt, die entweder im Jahr 2016 ihre Promotion mit „summa cum laude“ beendet oder ihre Habilitationsschrift abgeschlossen haben. Der Vorstand der DGAV gratuliert allen Doktoranden und Habilitanden zu dieser wissenschaftlichen Leistung.

Donnerstag, 23. März 2017

Der Vorstand der DGAV hat eine Kooperation mit der ESSO (European Society of Surgical Oncology) vereinbart. Die Möglichkeiten und Vorteile einer Mitgliedschaft für onkologisch interessierte Chirurginnen und Chirurgen werden am Donnerstag, den 23. März 2017 von **8.30 bis 10.00 Uhr in Saal 14a** mit Vorstandsmitgliedern der ESSO und der DGAV in mehreren Beiträgen behandelt. In der Kooperation sieht der Vorstand der DGAV eine wichtige Möglichkeit für seine Mitglieder, Teil einer grenzüberschreitenden, chirurgisch onkologischen Gemeinschaft zu werden und diese Expertise in speziellen Curricula mit einem internationalen Abschluss zu erwerben. Die ESSO ist die größte Gesellschaft für chirurgische Onkologie in Europa mit etwa 4 000 Mitgliedern in über 15 Ländern. Das Curriculum ist unter der Beteiligung verschiedener europäischer Gesellschaften entstanden: ESSO, European Society for Medical Oncology, European Society for Radiotherapy and Oncology und European Association for Cancer Research. Jedes Jahr organisiert die ESSO bis zu

15 Fortbildungsveranstaltungen und OP-Kurse, davon bereits jetzt drei in Deutschland. Außerdem bietet ESSO jährlich eine Reihe von Stipendien für junge Chirurginnen und Chirurgen, die bis zu einem Jahr in einer europäischen Institution hospitieren möchten oder an den jährlichen europäischen Kongressen der ESSO teilnehmen wollen. Nicht zuletzt gibt die ESSO „The European Journal of Surgical Oncology“ heraus.

Die Sitzung im Rahmen des diesjährigen Chirurgenkongresses soll eine Signalwirkung haben und die guten Beziehungen beider Fachgesellschaften unterstreichen. Der ESSO-Präsident, der DGAV-Präsident und der Kongresspräsident werden diese Sitzung gestalten. Kollegen aus Österreich werden zeigen, wie in anderen Ländern der Stellenwert der chirurgischen Onkologie durch die ESSO gestärkt werden konnte, deutsche Kollegen werden berichten, warum sie die europäische Prüfung zum chirurgischen Onkologen abgelegt haben. Gemeinsam mit den Teilnehmern der Sitzung werden die ersten Schritte einer Zusammenarbeit konkret definiert. Schließlich soll dies deutschen Chirurginnen und Chirurgen zugutekommen, die ihre Kenntnisse in der chirurgischen Onkologie verbessern wollen.

Präsidenten-Cup: Saal 14a, 10.30 bis 12.00 Uhr

Auch dieses Jahr wird der inzwischen traditionelle und beliebte „Präsidenten-Cup“ stattfinden. Als „Herausforderer“ werden der 2. und 3. Vizepräsident der DGAV, Professor A. Stier und Professor J. Kalff, interessante Fälle präsentieren. Der Präsident der DGAV Professor Germer, der Kongresspräsident der DGAV Professor Lorenz und der Präsident des Berufsverbandes (BDC) Professor Meyer werden versuchen, die „kniffligen“ Fälle zu lösen. Sie als Publikum dürfen mitraten und am Ende abstimmen, welcher der Präsidenten Sie in seiner Argumentation am meisten überzeugt hat. Erstmals findet diese Abstimmung live mithilfe der SynopticCon® App über Ihr Smartphone statt. Sie können die App kostenfrei jederzeit vorher herunterladen, das Kongress-Programm ist ebenfalls darin enthalten.

Ausbildung in der Allgemein- und Viszeralchirurgie und Patientensicherheit – wie geht das?

Saal 21, 14.00 bis 15.30 Uhr

Die immer weitergehende Spezialisierung und Zentrenbildung lässt die Frage aufkommen, wie unter diesen Umständen die Ausbildung junger Chirurgen gewährleistet werden kann. Dazu kommen externe und interne Qualitäts-Überwachungsmaßnahmen, die teilweise öffentlich abgebildet durchaus Einfluss auf den wirtschaftlichen Erfolg eines Krankenhauses nehmen können. Verschiedene Aspekte zu diesen Problematiken werden in der Sitzung beleuchtet. A. Stier (Erfurt) spricht zum Thema „Fehlerkultur und Safety 2.0 – worauf wir uns beim Thema Patientensicherheit einstellen müssen“. Ein wichtiger Aspekt sind auch die „systematischen Einarbeitungskonzepte neuer Mitarbeiter“ (W. Keßler, Greifswald). Die Frage „Was leisten Simulationsmodelle für die Weiterbildung?“ wird von K. Lehmann (Berlin) beantwortet. Ein weiterer Vortrag stellt die „Etablierung eines Konzepts zur sicheren Ausbildung in der laparoskopischen Chirurgie“ dar (S.T. Mees, Dresden) und C.J. Krones

(Aachen) spricht zur „Lernkurve in der Viszeralchirurgie“. Das Thema „Fehlerkultur in der Medizin: Wie geht man im Team mit Komplikationen um?“ (M. E. Kreis, Berlin) schließt diese Sitzung ab.

**Neues zum Thema zytoreduktive Chirurgie (und HIPEC) – Update 2017: Saal 14a,
16.00 bis 17.30 Uhr**

Die zytoreduktive Chirurgie gewann in den letzten Jahren an Bedeutung dazu. Die Entfernung von Metastasen, in diesem Fall am Peritoneum, ist mittlerweile eines der in der onkologischen Welt akzeptierten Behandlungskonzepte, vor allem wenn es sich um kolorektale Karzinomen handelt. Die Empfehlung der Peritonektomie in Kombination mit der intraperitonealen Chemotherapie in der Deutschen S3-Leitlinie „Kolorektales Karzinom“ führte zu einer konsequenten und auch flächendeckenden Anwendung des Konzepts. Besorgt und kritisch nahmen unsere internistischen Behandlungspartner dies zur Kenntnis, vor allem aufgrund der berichteten Letalität und der postoperativen Komplikationen.

Erstmalig werden nun Daten des deutschen HIPEC-Registers gezeigt, welche die sichere Durchführung der zytoreduktiven Chirurgie und der HIPEC belegen. Auch basierend auf Daten des deutschen HIPEC-Registers kann die Wirksamkeit beim kolorektalen Karzinom nachgewiesen werden, erneut auch für die Subgruppe der Patienten mit Magenkarzinom.

Freitag, 24. März 2017

Kindliche Fehlbildungen – Überleitung ins Erwachsenenalter: Saal 1, 8.30 bis 10.00 Uhr

In Deutschland gibt es hoch spezialisierte kinderchirurgische Zentren, in denen komplexe Fehlbildungen mit gutem Erfolg korrigiert werden. Doch was wird aus diesen Patienten, wenn sie das Erwachsenenalter erreichen? Sind sie ausreichend über ihre Situation informiert? Welche Folgeoperationen sind gegebenenfalls im späteren Leben erforderlich? Und nicht zuletzt, gibt es in der Erwachsenenmedizin Zentren, die sich auf die weitere Betreuung dieser Patienten spezialisiert haben? Diesen Fragen gehen kinderchirurgische Spezialisten der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGK) und viszeralchirurgische Spezialisten der DGAV in einer interdisziplinären Sitzung nach, die von J. Dingemann (Hannover) und A. Königsrainer (Tübingen) moderiert wird.

**CAOGI-Sitzung zum Thema „Lebensqualität nach Resektionen im oberen
Gastrointestinaltrakt“: Saal 14a, 10.30 bis 12.00 Uhr**

Diese internationale Sitzung ist ein Highlight der chirurgischen Arbeitsgemeinschaft oberer Gastrointestinaltrakt (CAOGI). Bekannte Vertreter zweier Arbeitsgruppen aus unserem Gastland (Niederlande) sind ausgewiesene Experten für minimalinvasive onkologische Operationen am Ösophagus (J.P. Ruurda, Utrecht) und am Magen (D. van der Peet, Amsterdam) und sprechen zu der Frage, wie und ob die Lebensqualität durch minimalinvasive Operationen verbessert werden kann.

S.P. Mönig (Genf) beleuchtet die Frage der Lebensqualität nach Operationen von AEG-II-Tumoren: transhiatale Gastrektomie oder transthorakale Ösophagusresektionen? Dankbar sind wir auch, Vertreter zweier ausgewiesener Expertenteams aus Frankreich zu Gast zu haben. Aus der Arbeitsgruppe von C. Mariette wird G. Piessen (Lille) zum Thema „Lebensqualität nach Hybrid-Ösophagusresektion: Ergebnisse der MIRO-Studie“ sprechen. L. Gust (Marseille) veröffentlichte 2016 eine exzellente Übersichtsarbeit über die Interposition des Kolons nach Ösophagusresektionen und wird speziell auf das Thema Lebensqualität eingehen.

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

Die Transition kinderchirurgischer Patienten in die Erwachsenenmedizin – eine interdisziplinäre Herausforderung

Privatdozentin Dr. med. Barbara Ludwikowski, Kongresspräsidentin der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH); Chefärztin der Kinderchirurgie und Kinderurologie, Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT, Hannover

Die Kinderchirurgie bietet eine ganzheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit angeborenen Fehlbildungen oder nach Traumafolgen an, die letztendlich auch die Transition, das heißt, die geordnete und geplante Überleitung von der Kinder- und Jugend- in die Erwachsenenmedizin beinhaltet. Dank der hohen Spezialisierung sowohl der kinderchirurgischen Abteilungen als auch unserer Partner in den Abteilungen für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin überleben heutzutage die meisten Kinder mit angeborenen Fehlbildungen und auch solche mit schweren Entwicklungsstörungen oder nach Verkehrs- oder Verbrennungsunfällen. Diese Kinder werden von uns bis ins Jugend- und junge Erwachsenenalter begleitet und medizinisch betreut.

In der Kinderchirurgie wird unter Berücksichtigung der wachstums- und entwicklungstypischen Veränderungen des kindlichen Organismus die Diagnostik, das präoperative, operative und postoperative Management entsprechend dem Entwicklungsstand des Kindes angepasst und berücksichtigt. Neben der körperlichen Veränderung im Verlauf des Wachstums kommen die unterschiedlichen Stufen der psychosozialen Entwicklung hinzu, die Entwicklung der sexuellen Identität, die Pubertät und die Adoleszenz, die bei der Planung der Therapie Beachtung finden müssen. (1)

Die Transition dieser Jugendlichen ist dann ein letzter, aber elementarer Bestandteil der langjährigen Verantwortung gegenüber unseren Patienten. Mit der Volljährigkeit fordern die Kostenträger die Weiterbehandlung durch die Erwachsenenmediziner. Wenn der geplante Übergang von der Jugend- in die Erwachsenenmedizin misslingt, kann dies sowohl unter individuellen als auch unter sozialökonomischen Aspekten zu weitreichenden Konsequenzen führen: Kommen die jungen Erwachsenen – nach dem letzten Besuch beim Kinderarzt oder Kinderchirurgen – erst nach Jahren in eine Erwachsenenpraxis oder -ambulanz, sind die gesundheitlichen Probleme oft weit fortgeschritten. Das bedeutet für das Individuum eine verminderte Lebensqualität und letztendlich im Verlauf oft einen erhöhten Behandlungsmehraufwand. Und es hat für die Gesellschaft vor allem auch durch erhöhte Behandlungskosten eine ökonomische und gesundheitspolitische Relevanz.

Beispielsweise kann es bei Patienten mit Spina bifida und Hydrocephalus (angeborener offener Rücken mit Abflussstörung des Hirnwassers, Wasserkopf), die sowohl eine gestörte Harnblasenfunktion als auch mehr oder weniger ausgeprägte Symptome einer Querschnittslähmung haben, zu gravierenden Nierenfunktionsstörungen bis hin zum Nierenversagen kommen, wenn die Nierenfunktion und die Blasenentleerung nicht regelmäßig überprüft werden und die Therapie angepasst werden kann. Außerdem sind sie in den meisten Fällen lebenslang auf eine ventilgesteuerte Ableitung des Hirnwassers angewiesen. Wenn es hier zu unerkannten Fehlfunktionen der Hirnwasserableitung (Shunt) kommt, resultieren psychische und physische Einschränkungen bis hin zu Koma und Tod. Langwierige Therapien und

Rehabaßnahmen können notwendig werden. Eine frühzeitig eingeleitete und durchgängige spezialisierte Mitbehandlung durch geeignete Erwachsenenmediziner kann diese Komplikationen verhindern.

Experten schätzen, dass etwa 14 Prozent (2) der Jugendlichen eines Jahrgangs in Deutschland an einer chronischen Krankheit leiden, die eine lebenslange ärztliche Behandlung erfordert. Da diese Gruppe aber aufgrund der verschiedenen Krankheitsursachen (innere Erkrankungen, angeborene Fehlbildungen, Verletzungsfolgen) sehr inhomogen ist, gibt es in Deutschland nach wie vor keine standardisierten Transitionsprozesse, die alle benötigten Fachdisziplinen einbeziehen und die vor allem von den Kostenträgern berücksichtigt und vergütet werden. Bestenfalls gibt es individuelle, sonderfinanzierte Transitionsprogramme (3), die ganz überwiegend aber Patienten aus der Kinder- und Jugendmedizin betreffen und nicht solche mit chirurgischen Erkrankungen.

Auch die kinderchirurgischen Patienten, die in die Erwachsenenmedizin übergeleitet werden müssen, bilden eine sehr heterogene Gruppe mit jeweils eher kleinen Fallzahlen, was die Möglichkeit einer Spezialisierung der weiterbehandelnden Erwachsenenmediziner zusätzlich erschwert. Unter den Patientengruppen mit angeborenen Fehlbildungen, die eine lebenslange spezialisierte medizinische Nachsorge benötigen, sind die folgenden Diagnosen besonders hervorzuheben:

- Spina bifida (offener Rücken): circa 700/Jahr. Langzeitprobleme: Blasen- und Mastdarmleerungsstörung, Niereninsuffizienz, Skelettverformungen, Skoliose, chronischer Über- oder Unterdruck im Gehirn mit neurologischen Störungen. Daraus resultieren wiederholte Operationen. Transitionsbedarf 100 Prozent.
- Ösophagusatresie (Speiseröhrenverschluss): circa 200/Jahr. Langzeitprobleme: Schluckstörungen, chronische Atemwegsinfekte, Saurereflux aus dem Magen, Speiseröhrenkrebs, Wirbelsäulenfehlstellung mit chronischen Rückenschmerzen (Skoliose). Transitionsbedarf 100 Prozent.
- Analatresie (Enddarm-/Darmausgangverschluss): 280–300/Jahr. Langzeitprobleme: chronische Obstipation, chronische Darmentzündung, Stuhlinkontinenz (Überlaufenkopresis), gynäkologische Probleme, urologische Probleme, Sexualstörungen, orthopädische Probleme. Transitionsbedarf 100 Prozent (derzeit circa 10 000 Patienten in Deutschland).
- Gallengangatresie (Gallengangverschluss): 35–38/Jahr (Überleben circa 90 Prozent). Davon benötigen 70 bis 80 Prozent eine Lebertransplantation. Chronische Lebererkrankung. Transitionsbedarf 100 Prozent.
- Schwere thermische Verletzungen, die in einer Spezialklinik versorgt werden müssen: circa 6 000/Jahr. Langzeitprobleme: Kontrakturen, Bewegungseinschränkung, psychische Probleme. Transitionsbedarf circa 20 Prozent.

Die Transition kinderchirurgischer Patienten tritt erst seit fünf Jahren, mit Gründung der Deutschen Gesellschaft für Transitionsmedizin, immer mehr in den Fokus der Fachgesellschaften (4).

Als Kinderchirurgen sehen wir uns ganz besonders in der Verantwortung und der Sorge um die Patienten mit angeborenen Fehlbildungen und Verletzungsfolgen, die dank unseres Zutuns das Erwachsenenalter erreicht haben und bei denen aber mit Erreichen des 18. Lebensjahres der Bedarf nach einer fach- und sachgerechten Nachsorge nicht aufhört. Wir tragen auch die Verantwortung dafür, mit den nachbehandelnden Kollegen der Erwachsenenmedizin der unterschiedlichen chirurgischen Disziplinen zu kooperieren und unser Wissen um die Besonderheiten dieser speziellen Krankheitsbilder weiterzugeben und letztendlich unseren Patienten auch jenseits der Volljährigkeit mit Rat und Tat zur Seite zu stehen.

Der diesjährige 134. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, der unter dem Motto VERANTWORTUNG, VERTRAUEN, SICHERHEIT steht, geht erstmals in mehreren interdisziplinären Sitzungen mit anderen chirurgischen Fachgesellschaften speziell auf das Thema der Transition ein. So diskutieren wir und Mitglieder von Selbsthilfegruppen gemeinsam mit den Kollegen der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) über die angeborenen Fehlbildungen der Speiseröhre (Ösophagusatresie), der Gallenwege (zum Beispiel Gallengangatresie), des End- und Dickdarmes (zum Beispiel Analatresie) und über den besonderen lebenslangen Versorgungsbedarf dieser Patienten auch nach der Überleitung in die Erwachsenenmedizin. Mit den Kollegen der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) stellen wir die Besonderheiten des kindlichen Hydrozephalus (Wasserkopf) und dessen Behandlung aus kinderchirurgischer und neurochirurgischer Sicht dar sowie die Komplexität und die damit verbundenen Hürden der Überleitung von Kindern mit Spina bifida in die Erwachsenenmedizin. In einer gemeinsamen Sitzung mit den Kollegen der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) und der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin (DGV) stellen wir Kooperationsmodelle zwischen Zentren für schwerbrandverletzte Kinder und für Erwachsene vor und diskutieren die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit lebenslangem Behandlungsbedarf nach schweren Verbrennungen.

Literatur

- (1) Tillig B. Steckbrief: Kinderchirurgie. *Passion Chirurgie*. 2017 Januar, 7(01): Artikel 03_01.
- (2) C. Scheidt-Nave, U. Ellert, U. Thyen, M. Schlaud: Prävalenz und Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. 50(5), 2007, S. 750–756. doi:10.1007/s00103-007-0237-3).
- (3) Jana Findorff, Silvia Müther, Arpad von Moers, Hans-Dieter Nolting, Walter Burger: *Das Berliner Transitionsprogramm*. De Gruyter, ISBN 978-3-11-044035-5.
- (4) Homepage: www.transitionsmedizin.de

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

Achtung:

*Bitte beachten Sie, dass der nachfolgende Artikel aus der Zeitschrift **Passion Chirurgie** „Antiresorptiva-assoziierte Osteonekrosen der Kiefer“ ausschließlich für Ihre persönlichen Recherchezwecke verwendet werden darf. Das Dokument darf nicht weitergegeben, vervielfältigt oder online frei zugänglich gemacht werden.*

Copyright: BDC



KORRESPONDENZADRESSE:
PD DR. MED. DENT. SVEN OTTO
 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer-
 und Gesichtschirurgie
 Ludwig-Maximilians-Universität
 München
 Lindwurmstraße 2a, 80336 München
 Sven.Otto@med.uni-muenchen.de

DR. MED. JAKOB IHBE
 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer-
 und Gesichtschirurgie
 Ludwig-Maximilians-Universität
 München

**DR. MED. DENT. MATTHIAS
 TRÖLTZSCH**
 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer-
 und Gesichtschirurgie
 Ludwig-Maximilians-Universität
 München

**DR. MED. DENT. KLEOPATRA
 ZIATA-OTTO**
 Zahnarztpraxis Krailling
 Luitpoldstraße 22, 82152 Krailling
 info@zahnarztpraxis-krailling.de

**UNIV.-PROF. DR. GABRIELE
 KAEPLER**
 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer-
 und Gesichtschirurgie
 Ludwig-Maximilians-Universität
 München

**PROFESSOR DR. MED. DENT.
 MICHAEL EHRENFELD**
 Direktor
 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer-
 und Gesichtschirurgie
 Ludwig-Maximilians-Universität
 München

Antiresorptiva-assoziierte Osteonekrosen der Kiefer

Bisphosphonate und Denosumab spielen eine entscheidende Rolle in der Prävention und Therapie der Skelettdestruktion in der Osteologie und Onkologie. Sie stellen weltweit die am weitesten verbreitete Gruppe antiresorptiver osteotroper Medikamente dar und weisen eine besondere Affinität zum Knochen auf [1, 2]. Bisphosphonate binden an das Hydroxylapatit des Knochens und hemmen vor allem die Aktivität der Osteoklasten, sodass eine positive Bilanzwirkung resultiert [3].

Haupteinsatzgebiete der Bisphosphonate sind die Behandlung der Osteoporose sowie die Therapie von malignen, skelettal metastasierten Grunderkrankungen [4, 1]. Bei Patienten mit Osteoporose konnte eine deutliche Verminderung des Frakturrisikos und eine Optimierung der Lebensqualität belegt werden [4]. Im Bereich der supportiven onkologischen Therapie haben Bisphosphonate einen hohen Stellenwert und werden in der Prophylaxe und Therapie der Skelettbeteiligung bei Patienten mit Plasmozytom und soliden Tumoren wie Mamma- und Prostatakarzinomen eingesetzt [1]. Auch in diesem Indikationsgebiet konnte eine Reduktion unerwünschter skelettaler Ereignisse, insbesondere pathologischer Frakturen sowie eine Schmerzreduktion belegt werden. Die Halbwertszeit im Knochen liegt bei Bisphosphonaten im Bereich von Jahren [1].

Der antiresorptiv wirksame Antikörper Denosumab kommt in den Bisphosphonaten ähnlichen Indikationen zum Einsatz. Die Wirkungsweise des monoklonalen Antikörpers besteht in einer Hemmung des

Rezeptor-Aktivators des nukleären Faktors κ B-Liganden (RANK-L), was eine Hemmung der Osteoklastenfunktion und -differenzierung und eine daraus resultierende reduzierte Knochenresorption zur Folge hat. Die Halbwertszeit von Denosumab beträgt circa 26 Tage und ist somit deutlich kürzer als die von Bisphosphonaten [5, 6].

DIE ANTIRESORPTIVA-ASSOZIIERTE OSTEONEKROSE DER KIEFER

Generell gelten Antiresorptiva als sichere und nebenwirkungsarme Medikamente. Doch seit der Erstbeschreibung des Zusammenhanges zwischen Bisphosphonattherapie und Osteonekrosen der Kiefer im Jahr 2003 häufen sich Berichte und Fallsammlungen über dieses Krankheitsbild und belegen, dass sich die ARONJ (Antiresorptive Drug-Related Osteonecrosis of the Jaw) zu einem wichtigen klinischen Problem entwickelt haben. Hierbei besteht bei antiresorptiver Therapie bei Osteoporose eine kumulative Inzidenz von ca. 0,1% und antiresorptiver Therapie in onkologischer Dosierung eine kumulative Inzidenz von 1 bis 18% [7-10, 3]. Weiterhin wurden deutlich seltener auch Kiefernekrosen im Zusammenhang mit antiangiogenetischen Antikörpern wie Bevacizumab beschrieben, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll [11].

DEFINITION UND STADIENEINTEILUNG

Definitionsgemäß wird von einer ARONJ gesprochen, wenn Antiresorptiva aktuell verabreicht werden bzw. verabreicht wurden,

eine Bestrahlung der Kiefer nicht erfolgte, keine Metastasen im Bereich der Kiefer auftraten sowie zur Mundhöhle exponierter Knochen bzw. eine intra- oder extraorale Fistelung in der maxillofazialen Region über einen Zeitraum von mehr als acht Wochen besteht [12].

Die Einteilung der ARONJ erfolgt in folgende Stadien (Tab. 1):

KLINISCHE PRÄSENTATION

Weitere häufige klinische Symptome neben dem zur Mundhöhle exponierten Knochen sind Schmerzen, Weichgewebsschwellungen und intra- oder extraorale Fistelbildungen oder Abszedierungen. Im Bereich des Oberkiefers kann es zu Mund-Antrum-Verbindungen und zu Entzündungen des Sinus maxillaris kommen. Im Bereich des Unterkiefers ist eine Beteiligung des N. alveolaris inferior mit konsekutiver Hypästhesie im Bereich der Unterlippe und der Haut des Kinns (Vincent-Symptom) bzw. bei fortgeschrittenen Nekrosearealen eine Unterkieferfraktur möglich [13]. Das typische klinische und radiologische Bild der Erkrankung ist in **Abbildung 1a und 1b** dargestellt.

PATHOPHYSIOLOGIE

Die Pathophysiologie der ARONJ bei Bisphosphonattherapie steht im Zusammenhang mit speziellen Eigenschaften der Bisphosphonate und des Kieferknochens. Bei neutralem pH-Wert ist die Löslichkeit von Bisphosphonaten reduziert und sie sind inert. Bei Verschiebung des pH-Werts in Richtung eines sauren Milieus im Rahmen von Entzündungsreaktionen kommt es zu

einer Erhöhung der Löslichkeit und somit Aktivierung von Bisphosphonaten. Dies ist besonders häufig im Bereich der Kiefer auf Grund dentogener Infektionen und dentalchirurgischer Eingriffe gegeben [14].

Die Pathophysiologie der seit 2010 im Zusammenhang mit Denosumab beschriebenen ARONJ ist bislang nur unvollständig verstanden. Jedoch scheinen auch hier lokale Entzündungen, auf die der antiresorptiv behandelte Knochen nicht adäquat reagieren kann, eine Schlüsselrolle zu spielen [15, 11, 16].

POTENTIELLE RISIKOFAKTOREN

Allgemeine Risikofaktoren stellen Medikamentengabe in onkologischer Dosierung sowie Anwendung über einen längeren Zeitraum (länger als drei Jahre) dar. Patientenspezifische Risikofaktoren sind das Vorliegen eines Malignoms, hohes Alter, begleitende Chemo- oder Glukokortikosteroidtherapie sowie Alkohol- und Tabakkonsum. Lokale Risikofaktoren sind eine reduzierte Mundhygiene, das Vorliegen einer Parodontitis und dentoalveoläre Infektionen bzw. Eingriffe wie Zahnextraktionen, operative Zahntentfernungen und Implantationen [7, 17, 18].

PROPHYLAXE

Patienten, die eine antiresorptive Therapie auf Grund einer malignen Grunderkrankung erhalten sollen, sollten zur Reduktion lokaler Entzündungen durch ihren Zahnarzt zu adäquater Mundhygiene motiviert werden. Teilretinierte Zähne sollten entfernt, komplett von Knochen oder Mukosa bedeckte, retinierte Zähne belassen werden. Zerstörte

Ihbe J. / Tröltzsch M. / Ziata-Otto K. / Kaeppler G. / Ehrenfeld M. / Otto S. Antiresorptiva-assoziierte Osteonekrosen der Kiefer. *Passion Chirurgie*. 2017 März, 7(03): Artikel 03_02.



WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE, RUBRIK WISSEN | FACHBEREICHE | MUND-, KIEFER UND GESICHTSCHIRURGIE).

Tabelle 1 Stadieneinteilung ARONJ nach AAOMS 2014 [12]

Stadium	Definition
0	unspezifische klinische oder radiologische Zeichen einer ARONJ ohne Knochenexposition
1	freiliegender nekrotischer Knochen ohne Entzündungszeichen der umgebenden Gewebe oder Schmerzen
2	freiliegender nekrotischer Knochen mit Entzündungszeichen der umgebenden Gewebe oder Schmerzen
3	freiliegender nekrotischer Knochen mit verkomplizierenden Faktoren wie Mund-Antrum-Verbindung, pathologischer Fraktur oder Ausdehnung bis an den Unterkieferrand oder das Jochbein

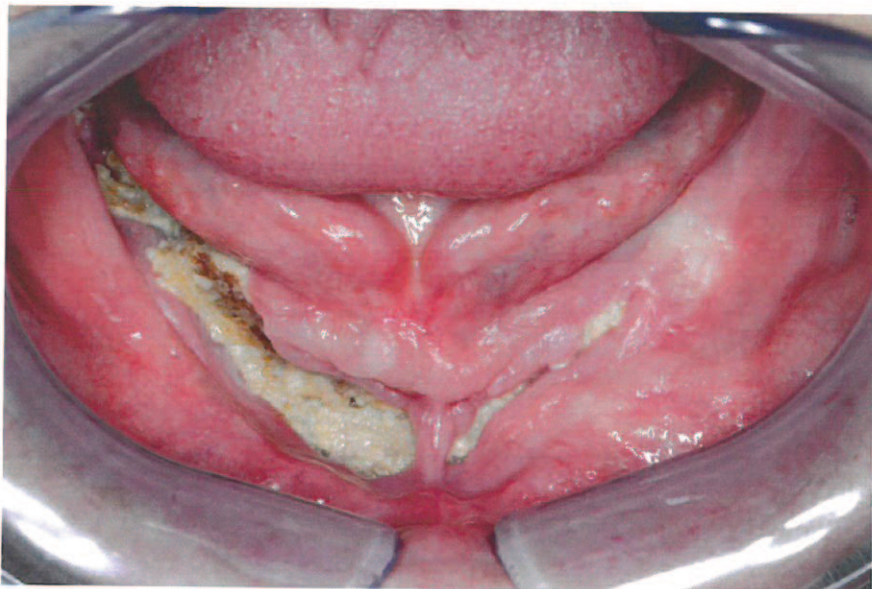


Abb. 1a: typisches klinisches Bild einer medikamenten-assoziierten Osteonekrose des Unterkiefers beidseits (Stadium III nach AAOMS 2014) mit nekrotischem exponiertem Knochen und Heranreichen der Läsion an die Basis mandibulae sowie extraoraler Fistelbildung bei einer 61-jährigen Patientin mit Mammakarzinom und mehrjähriger intravenöser Therapie mit stickstoffhaltigen Bisphosphonaten (Zoledronat 4 mg alle vier Wochen über zweieinhalb Jahre).

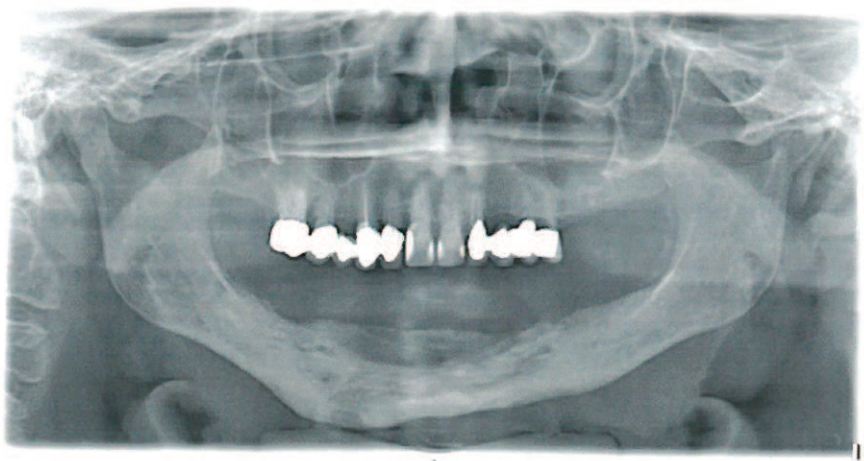


Abb. 1b: korrespondierendes röntgenologisches Bild (Panoramaschichtaufnahme/Orthopantomographie) mit ausgedehnter Radio-luzenz im Bereich des Unterkiefers beidseits von regio 36 bis regio 45 und Ausdehnung bis an die Basis mandibulae und umgebender vermehrter Radioopazität des Knochens. Nebenbefundlich konservierend und festsitzend-prothetisch versorgte Restbezahlungen des Oberkiefers.

Zähne sollten entfernt und erhaltungswürdige Zähne konservativ, z. B. mittels Wurzelkanalbehandlung therapiert werden. Der Beginn der anti-resorptiven Therapie sollte nach mukosaler Abheilung erfolgen. Fehlerhaft sitzende dentale Prothesen sollten zur Vermeidung von Druckstellen modifiziert

oder ersetzt werden. Nach Beginn der anti-resorptiven Therapie sollten alle sechs bis 12 Monate klinische und ggf. radiologische zahnärztliche Untersuchungen erfolgen, um freiliegenden Knochen oder Sequestrierungen frühzeitig zu erkennen. Ist die Entfernung von Zähnen indiziert, sollte diese unter

perioperativer antibiotischer Prophylaxe und schonend durchgeführt werden. Die Extraktionsalveolen sind plastisch zu decken [19, 20, 10].

Patienten, die orale Bisphosphonate bzw. Denosumab zur Prävention bzw. Therapie einer Osteoporose erhalten sollen, sollten ebenfalls über das im Vergleich zu onkologischer Indikation zwar deutlich geringere, aber vorhandene Risiko des Auftretens einer ARONJ aufgeklärt und zu guter Mundhygiene motiviert werden. Sollten dentoalveoläre Eingriffe notwendig werden, sollten nach aktuellem Wissensstand sowohl eine plastische Deckung als auch eine perioperative antibiotische Therapie erfolgen. Bei Denosumab ist auf Grund der im Vergleich zu Bisphosphonaten deutlich geringeren Halbwertszeit eine präoperative Pausierung bzw. die Durchführung des Eingriffs im Abstand zur letzten Medikamentengabe in Erwägung zu ziehen [20-22, 10, 12].

THERAPIE

Die Therapie der ARONJ erfolgt multidisziplinär und stadienabhängig in Zusammenarbeit mit dem Onkologen, Osteologen, Zahnarzt und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen. Ziel ist die Vermeidung chronischer Infektionen, einer Progression der Knochennekrose und den damit verbundenen Konsequenzen sowie die Minderung von Schmerzen [10, 23, 12].

In den Stadien 0 und 1 kann zunächst eine konservative, nicht-chirurgische Therapie durch lokale antiseptische sowie systemische analgetische und antibiotische Medikation in Kombination mit engmaschigen Verlaufskontrollen erfolgen. Dies führt im Großteil der Fälle zu einer Reduktion der Beschwerden jedoch nicht regelmäßig zu einer schleimhäutigen Abheilung [24, 25]. Sollten die Beschwerden persistieren oder höhergradige Nekrosen vorliegen, sind das chirurgische Debridement mit Entfernung des gesamten nekrotischen Knochens, Glättung von scharfen Knochenkanten und eine spannungsfreie plastische Deckung indiziert. Hierbei sollte perioperativ eine antientzündliche und antibiotische Therapie durchgeführt werden.

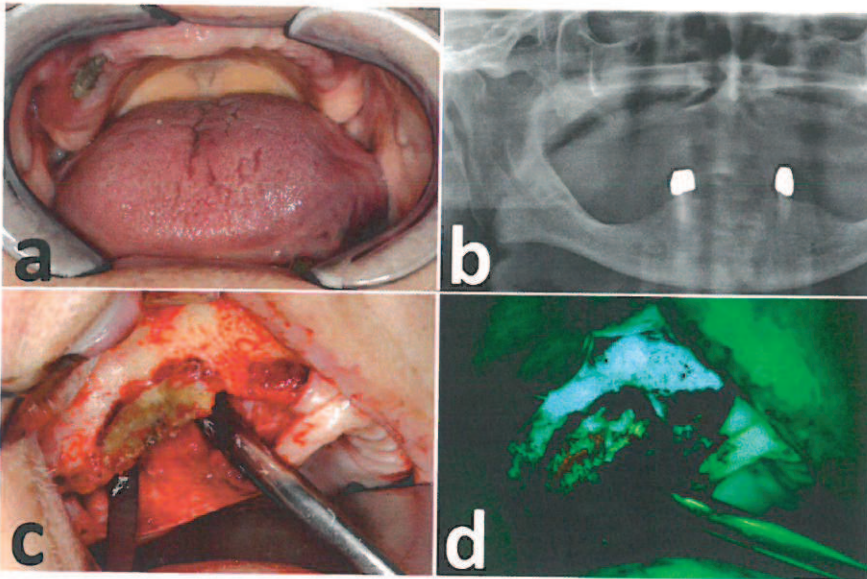


Abb. 2 a-d: Darstellung eines 79-jährigen Patienten mit Prostatakarzinom, der sich mit Schmerzen und einer nicht heilenden Wunde im Bereich des Oberkiefers rechts vorstellte. Der Patient litt unter einem Prostatakarzinom mit skelettaler Metastasierung und wurde mit Hilfe einer Chemotherapie sowie intravenösen stickstoffhaltigen Bisphosphonaten (Zoledronat 4 mg vier-wöchentlich) therapiert. Klinisch zeigte sich nekrotischer expandierter Knochen (**Abb. 2a**) im Bereich des Oberkiefers rechts, das Leitsymptom der Antiresorptiva-assoziierten Kiefernekrose. Die konventionelle radiologische Darstellung (Orthopantomographie) zeigt oft keine wesentlichen Veränderungen (**Abb. 2b**). Der Patient wurde chirurgisch (intraoperatives natives Bild **Abb. 2c**) mit Hilfe der innovativen Methode der fluoreszenz-orientierten Nekroseabtragung (intraoperatives fluoreszenz-optisches Bild siehe **Abb. 2d**) therapiert. Hierbei stellt sich vitaler Knochen in grünlicher Fluoreszenz (Autofluoreszenz des Knochens und Tetrazyklinfluoreszenz) sowie nekrotischer Knochen durch Minderung bis Auslöschung der grünlichen Fluoreszenz sowie teilweise rötlicher Fluoreszenz aufgrund der bakteriellen Besiedlung dar. Nachdruck aus Otto et al. 2012 [17] mit freundlicher Genehmigung durch Elsevier.

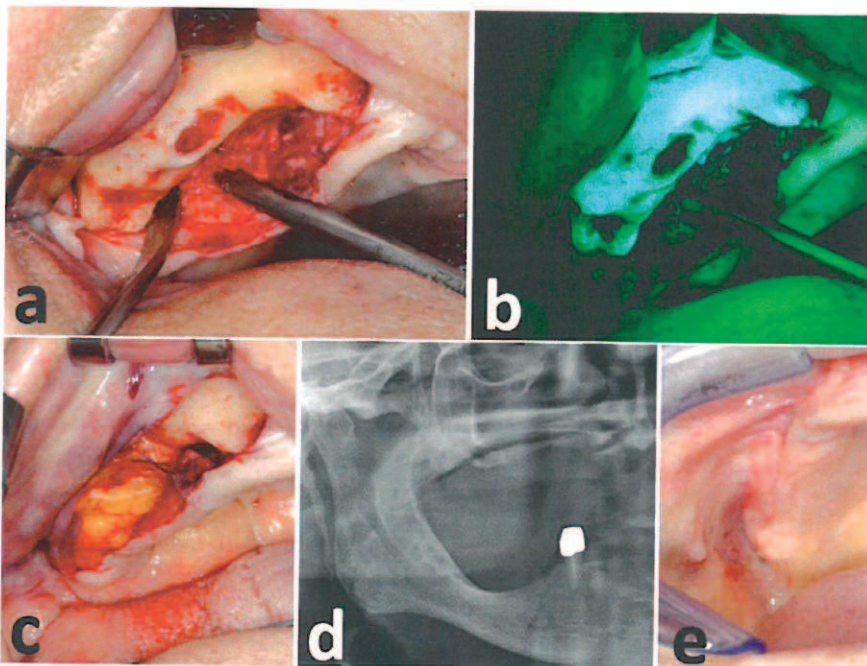


Abb. 3 a-e: Nach vollständiger Entfernung des nekrotischen und infizierten Knochens sowie Glättung scharfer Knochenkanten (**Abb. 3a** natives intraoperatives Bild sowie **Abb. 3b**, intraoperatives fluoreszenz-optisches Bild) erfolgte die mehrschichtige plastische Deckung mit Hilfe des Bichat'schen Wangenfettlappens (**Abb. 3c**) sowie Mukoperiost. Unter perioperativer antibiotischer Therapie mit Amoxicillin/Clavulansäure zeigte sich eine regelrechte postoperative Wundheilung. Das postoperative röntgenologische Bild ist in **Abb. 3d** dargestellt. Vier Wochen postoperativ zeigte sich eine reizlose schleimhäutige Abheilung der Wunde (**Abb. 3e**). Nachdruck aus Otto et al. 2012 [17] mit freundlicher Genehmigung von Elsevier.

Bei dem chirurgischen Debridement ist eine konventionell chirurgische Abtragung von einer fluoreszenz-orientierten Abtragung zu unterscheiden. Ein typisches klinisches Beispiel einer fluoreszenz-orientierten Nekroseabtragung ist in **Abbildung 2 und 3** dargestellt. Weiterhin sollte die präoperative Pausierung der antiresorptiven Therapie, insbesondere bei Denosumab, in Erwägung gezogen werden, soweit dies aus onkologischer bzw. osteologischer Sicht vertretbar ist [26, 27, 10].

Sollten ausgedehnte Resektionen notwendig sein, so ist je nach Allgemeinzustand des Patienten die Überbrückung und Stabilisierung der Defektzone mit Osteosynthesematerial, lokalen Lappenplastiken oder mikrovaskulär reanastomisierten Transplantaten möglich. Bei ausgedehnten Defekten im Bereich des Oberkiefers mit Beteiligung

der Kieferhöhle kommen auch Obturatorprothesen zum Einsatz [28, 29].

REHABILITATION

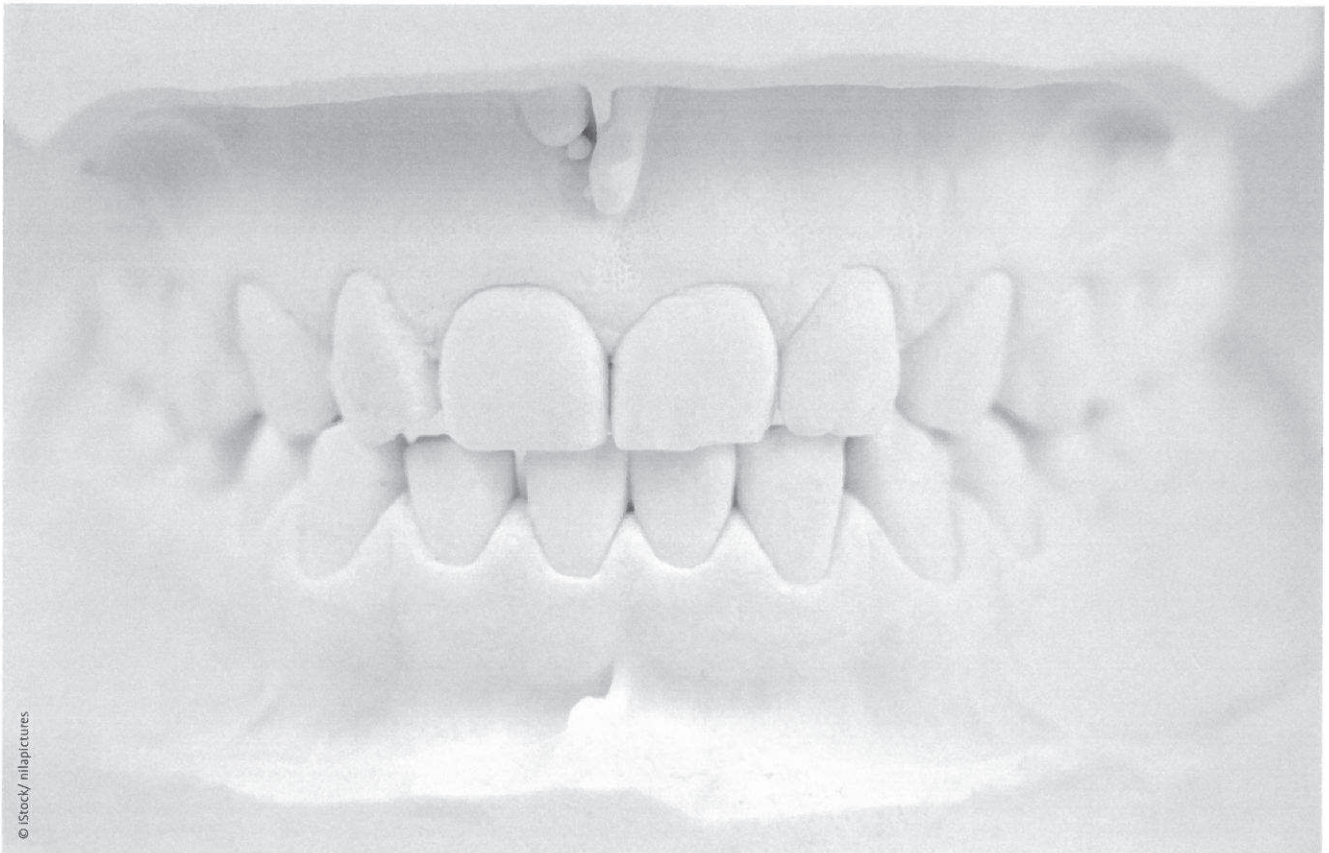
Die dentale Rehabilitation bei Patienten mit ARONJ erfolgt in Abhängigkeit von der Grunderkrankung. Bei Patienten, die Antiresorptiva auf Grund einer Osteoporose erhalten, kann die Insertion von dentalen Implantaten entsprechend der aktuellen Leitlinie „Implantation bei antiresorptiver Therapie“ erfolgen. Hierbei sollte über das Risiko des Auftretens einer Osteonekrose aufgeklärt werden, insbesondere wenn zusätzliche Risikofaktoren wie eine Glukokortikosteroidtherapie oder eine Antiresorptivtherapie länger als drei Jahre vorliegen [30].

Bei Patienten, die aus onkologischer Indikation antiresorptiv therapiert werden, gestaltet sich die Rehabilitation schwierig.

Die Insertion dentaler Implantate wird nicht empfohlen. Jedoch auch schleimhautgetragene Prothesen bergen durch das Verursachen von Schleimhautdruckstellen das Risiko einer erneuten Osteonekrose [31, 30].

Die Literaturliste erhalten Sie über passion_chirurgie@bdc.de.

Interessenkonflikt: Sven Otto hat themenbezogene Drittmittelförderungen der AO (Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen AO CMF C11-20 BRON), AO S 13-1390, AO CMF 16-15T, AO CMF 16-210) sowie interne Fördermittel der Ludwig-Maximilians-Universität (FöFoLe Reg-Nr. 623 sowie Friedrich-Baur 65/09 und 71/11 und Honorar für Vortragstätigkeit der Firma AMGEN® erhalten. ○



Was bedeutet der Brexit für die europäische (Thorax-)Chirurgie – Kooperation auf internationaler Ebene

Dr. med. Gunda Leschber, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT);
Chefärztin der Klinik für Thoraxchirurgie, Evangelische Lungenklinik Berlin gGmbH

Der Brexit hat auch unter den europäischen Chirurgen Unruhe ausgelöst, denn das Fachgebiet profitiert von enger internationaler Kooperation, zudem ist in England der Sitz der European Society of Thoracic Surgeons (ESTS), also der Europäischen Thoraxchirurgischen Gesellschaft.

Gegenwärtig arbeiten im englischen Gesundheitssystem (National Health Service, NHS) circa 10 300 Ärzte, die in europäischen Ländern ausgebildet wurden, das entspricht circa sieben Prozent der dort tätigen Ärzte. Bei den Herz-Thorax-Chirurgen liegt dieser Anteil sogar bei 25,4 Prozent.

Nach Angaben des NHS sind derzeit in Großbritannien 922 Ärzte mit deutschem Pass beschäftigt. Im gesamten NHS arbeiten 57 000 Menschen aus der Europäischen Union.

Nach Aussagen von europäischen Thoraxchirurgen, die zurzeit in England arbeiten, besteht eine große Unsicherheit, da bislang unklar ist, in welche Richtung sich die Dinge im Zusammenhang mit dem Brexit entwickeln werden. Laut einer Umfrage der British Medical Association (BMA) unter 1 193 nicht englischen Ärzten überlegen sich 42 Prozent, das Land zu verlassen, 23 Prozent waren sich dessen unsicher. Die Kollegen treibt die Sorge um, dass sie zwar als Ärzte weiter akzeptiert sind, sich aber die öffentliche Einstellung gegenüber Ausländern deutlich verschlechtern wird.

Auf die Frage, ob sich weniger internationale Chirurgen um eine Arbeitsstelle in Großbritannien bemühen würden, hat mir ein Kollege geantwortet, dass dies nun schon geschehe. Insbesondere wäre ein dramatischer Rückgang von Krankenschwestern auf englische Jobangebote zu verzeichnen, auch internationale Studenten würden sich weniger für eine Ausbildung oder Fortbildungsangebote in Großbritannien interessieren. Die größte Sorge der akademischen Institute ist, dass Wissenschaftler sich seltener um Positionen auf der Insel bewerben werden.

Das Vereinigte Königreich ist bisher der größte Empfänger von wissenschaftlichen Fördermitteln der EU. Die Gelder sind wichtig für die Universitäten und es besteht die Sorge, dass mit dem Verlust der Gelder auch die internationale Reputation beziehungsweise Attraktivität für Wissenschaftler nachlässt.

Die ESTS versteht sich als eine europäische Gesellschaft, aber nicht als eine Gesellschaft der Europäischen Union, da dort Kollegen auch zum Beispiel aus der Schweiz und der Türkei sehr aktiv mitarbeiten. So befürchtet der derzeitige Präsident der ESTS, Jaroslaw Kuzdzal, auch keine wesentlichen Änderungen durch den Brexit.

Quellenangaben:

Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 114, Heft 7, S. 259

British Medical Association

ESTS

British Medical Journal

(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 rückübertragen. Renoviert ist es wieder in neuem Glanz erstanden. Dieses symbolträchtige Haus der Chirurgie mit seinem traditionsreichen Hörsaal ist der Sitz mehrerer wissenschaftlich-chirurgischer Fachgesellschaften sowie des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen und repräsentiert auch in dieser räumlichen Vereinigung die große Gemeinschaft der Chirurgen.

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

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

Tel.: 030 28876290
Fax: 030 28876299
Mail: 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)
Gutachter	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. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH), Berlin;
Präsident des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC), Berlin

* 1948



Beruflicher Werdegang:

1967–1972	Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München
1972	Promotion an der Universität Göttingen
1973–1980	Chirurgische Weiterbildung an der Medizinischen Hochschule Hannover
1981	Habilitation
1988–1996	Leitender Oberarzt der Klinik für Abdominal- und Transplantationschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover (Professor Dr. R. Pichlmayr)
1996–2012	Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des Städtischen Klinikums Solingen
2011	Doctor honoris causa der Jagiellonien-Universität Krakau
Seit 2012	Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Seit 04/2015	Präsident des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC), Berlin

Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte:

- Onkologie des oberen Gastrointestinaltraktes
- Minimalinvasive OPs bei onkologischen Erkrankungen
- Fortentwicklung der Viszeralmedizin zusammen mit der Gastroenterologie („Viszeralmedizinisches Zentrum“). Dazu auch regelmäßiger Referent beim Gastro Update (über 1 300 Teilnehmer/Jahr) seit 2007
- Multiviszerale Resektionen gemeinsam mit der gynäkologischen Onkologie

Kongresse:

Seit 2000 Ausrichter zahlreicher Fortbildungen und Kongresse, die wichtigsten:

- Aktuelle Viszeralmedizin, Wiesbaden 2005 und 2007 (mit LIVE-Übertragungen aus den OPs der HSK)
- Excellence in Gastroenterology: Esophageal Cancer 2006, Wiesbaden (internationaler Kongress mit LIVE-Übertragungen aus den OPs der HSK)
- Jahrestagung der Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen 2009, Wiesbaden (mit LIVE-Übertragungen aus den OPs der HSK)
- Koloproktologisches Sommermeeting 2010, Hamburg (European Surgical Institute)
- Gründer, wissenschaftlicher Leiter und Referent des DGAV-Chirurgie-Update seit 2009 (über 1 000 Teilnehmer/Jahr)

Mitgliedschaften und Berufungen:

- Konvent der Leitenden Krankenhauschirurgen (KLK): Mitglied und Beirat
- Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen (VMC): Mitglied und Präsident 2009
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH): Mitglied
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV): Mitglied des Präsidiums und aktueller Präsident
- Weitere Funktion in der DGAV: Vorsitzender der CAOGI (Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für den Oberen Gastrointestinaltrakt)
- Focus-Ärzteliste, gelistet seit 2011, seit 2013 mit zwei Auszeichnungen: „Onkologie“ und „Bauchchirurgie“

Curriculum Vitae

Privatdozentin Dr. med. Barbara Ludwikowski
Kongresspräsidentin der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie
(DGKCH); Chefärztin der Kinderchirurgie und Kinderurologie, Kinder-
und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT, Hannover



Berufliche Position:

2009 bis heute: Chefärztin der Abteilung Kinderchirurgie und -urologie im Kinder- und
Jugendkrankenhaus Auf der Bult, Zentrum Kinderchirurgie Hannover

Studium und Schulausbildung:

1983–1987 Studium der Humanmedizin, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und
Philipps-Universität Marburg

1980–1983 Studium der Humanbiologie (Vordiplom) in Marburg

Beruflicher Werdegang:

1987 Approbation

1987–1991 Ausbildungsassistentin für Chirurgie I, Friedberg/Hessen

1992–1996 Ausbildungsassistentin für Kinderchirurgie, Landeskrankenhaus Salzburg

1995 Facharztprüfung für Chirurgie

1996 Fachärztin für Kinderchirurgie

1997 European Board of Pediatric Surgery

2000–2009 Oberärztin Universitätsklinik für Kinderchirurgie, Paracelsus Medizinische
Privatuniversität (PMU) – Landeskrankenhaus Salzburg

2007 Hospitation duPont Hospital for Children, Pediatric Urology and Surgery Wilmington/
USA (laparoskopische Operationsverfahren)

2008 Diplom für Körperakupunktur

2009 Mitglied der Salzburger Ethikkommission (Vertreter PMU)

2009 Chefärztin der Abteilung Kinderchirurgie und -urologie am Kinder- und
Jugendkrankenhaus Auf der Bult, Hannover

2010 Leiterin der Kinderschutzgruppe Auf der Bult

2010 Mitglied des Beirates Kinderschutz Hannover

2010 Mitglied der Lenkungsgruppe Kinderschutz Region Hannover und Stadt Hannover

2012 Associate Editor Frontiers Pediatric Urology

- 2016 Chief Editor Frontiers Pediatric Surgery
- 2016 Fellow of the European Academy of Paediatric Urology (FEAPU)
- 2017 Kongresspräsidentin der DGKCH für den Chirurgenkongress und Kongress für Kinder- und Jugendmedizin

Mitgliedschaften:

- DGKCH (Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie)
- BDC (Bund Deutscher Chirurgen)
- DGKIM, zuvor AGKIM (Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin)
- Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie
- ESPU (European Society for Paediatric Urology)

Wissenschaftlicher Werdegang und Lehre:

1992 Promotion zum Doktor der Medizin, Philipps-Universität Marburg: Die Rolle der sonografisch geführten Feinnadelpunktion bei zystischen und soliden Mammaveränderungen in Austestung gegen röntgenmammografisch kontrollierte Punktionen.

1993 Reisestipendium Austro-American Society: Children's Hospital Boston/USA, Professor Hardy Hendren, und University of Philadelphia/USA (Pediatric Urology), Professor John Duckett

1.1.–30.06.1997 Stipendium des Schweizer Nationalfonds am Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Kinderchirurgie, Professor Dr. P. Frey: Urothelzellkulturen beim Menschen, Hausschwein, Ratte. Verantwortlich für das Zelllabor

1997 Operationen am Kaninchen zur Erprobung neuer Operationsmethoden zur Blasenaugmentation, Zoologisches Institut, Naturwissenschaftliche Fakultät der Universität Salzburg

1998 Forschungstätigkeit am Institut für Anatomie und Histologie, Universität Innsbruck, Universitätsprofessor Dr. H. Fritsch: embryologische Forschungen der Beckenorgane mit spezieller Berücksichtigung der Sphinkteren der Urethra, des Anorektums und der Vaginalentwicklung

12/1998 Studienaufenthalt in San Francisco

1999 Posterpreis: Utero-vaginal development in human. ESPU-Tagung Istanbul

2000 Reisestipendium ESPU: Hospital for Sick Children, Great Ormond Street (interest in complex urological anomalies in children and urological laparoscopic procedures), Professor Philip Ransley, London, UK

2003 Ständiges Mitglied als klinischer Vertreter zum Studentenauswahlverfahren der PMU

2005 Fachexpertin im Auswahlverfahren im Sinne des Salzburger Objektivierungsgesetzes

2006 Habilitation an der Paracelsus Privatuniversität Salzburg: Die klinische Bedeutung der Beckenbodenembryologie

2008 Zertifikatslehrgang klinische Studien, PMU

2008 Forschungsreise Mayo Clinic Rochester/USA: Vorstellung Kooperationsmodell kinderchirurgische Forschung Rochester/Salzburg

2000–2009 Verantwortlich für das Erstellen und die Durchführung des Curriculums „Kinderchirurgie und klinische Embryologie“ an der PMU

2009 bis heute: Ausbildung für Medizinstudenten im praktischen Jahr im Fach Kinderchirurgie im Kinder- und Jugendkrankenhaus Auf der Bult

2016 Umhabilitation an die Medizinische Hochschule Hannover mit Lehrtätigkeit

Curriculum Vitae

Dr. med. Mechthild Sinnig

Ärztliche Leitung des Zentrums für schwerbrandverletzte Kinder,
Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT, Hannover

* 1962



Beruflicher Werdegang:

- 10/2000 bis jetzt Oberärztin, Abt. für Kinderchirurgie/-urologie (Chefärztin PD Dr. Barbara Ludwikowski), Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT (KKB), Hannover, Deutschland
Ärztliche Leiterin des Zentrums für schwerbrandverletzte Kinder, KKB
- 3/2001 Facharztanerkennung Fachärztin für Kinderchirurgie
- 2/1993–10/2000 Assistenzärztin, Abteilung für Kinderchirurgie/-urologie (Chefarzt Dr. Ulrich Hofmann), KKB
- Incl. 2/1996–7/1996 Interdisziplinäre Intensivstation für Kinder und Jugendliche, KKB
- Incl. 8/1996–8/1997 Allgemeinpädiatrie (Chefarzt Prof. Dr. Peter Hürter), KKB
- 8/1991–2/1993 Ärztin im Praktikum, Abteilung Kinderchirurgie/-urologie (Chefarzt Dr. Ulrich Hofmann), KKB

Leitungsfunktionen:

- 1/2009–11/2009 Kommissarische Leitung der Abteilung für Kinderchirurgie/-urologie, KKB
- 1/2008–12/2008 Ärztliche Leitung Medizinisches Versorgungszentrum Kinder- und Jugendmedizin, Hannover

Zusätzliche Funktionen:

- 4/1998–4/2008 Mitglied des Betriebsrates Hannoversche Kinderheilanstalt

Dissertation:

„Delay in fracture healing due to septic and aseptic complications of open fractures: An analysis of 704 open fractures between 1981 and 1989 with special emphasis on nonunion“.

Erstellt in der Abteilung für Unfallchirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover, Direktor Prof. Dr. Harald Tscherne.

Mitgliedschaften:

Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH)

Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC)

European Club for Paediatric Burns (ECPB)

Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin (DGV)

Arbeitskreis „Das schwerbrandverletzte Kind“

LiLa – Licht und Lachen für kranke Kinder. Effizienz in der Medizin e.V.

Paulinchen e.V., Initiative für brandverletzte Kinder

Deutsche Gesellschaft für Transitionsmedizin (DGfTM)

Studium:

5/1991 Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

3/1990 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

8/1987 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

8/1986 Ärztliche Vorprüfung

10/1984–5/1991 Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie (DGMKG); Direktor der Klinik und Poliklinik für
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Klinikum der Universität München

* 1955



Betätigungsfeld:

Mikrochirurgie, Behandlung von Fehlbildungen, Traumatologie, plastische und
Wiederherstellungschirurgie, präprothetische Chirurgie inklusive dentaler Implantologie

Beruflicher Werdegang:

1974–1979	Zahnmedizinstudium an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main
1977–1982	Medizinstudium
1979	Staatsexamen Zahnmedizin, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main
1980	Promotion Zahnmedizin, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main
05/1982	Staatsexamen Medizin, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main
1985	Promotion Medizin, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main
06/1982–10/1986	Facharztausbildung Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Direktor: Prof. Dr. Dr. N. Schwenzer), Eberhard-Karls-Universität, Tübingen
10/1987	Oberarzt in der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universität Tübingen
1989	Habilitation: Eberhard-Karls-Universität, Tübingen
01/1990	Leitender Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universität Tübingen
1996	Professor und Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universität München
1999–2004	Chairman AO European Craniomaxillofacial Education and

	Steering Committee
2004–2005	Chairman AO International Craniomaxillofacial Education and Steering Committee
2005–2012	Chairman International AO CMF Specialty Board
2008–2014	Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirates der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
2012–2014	Vorsitzender des DÖSAK (Deutsch-Österreichisch-Schweizerischer Arbeitskreis für Tumoren im Kiefer- und Gesichtsbereich
Seit 2014	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG)

Preise und Auszeichnungen:

1988	Hans-von-Seemen-Preis, Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie
1990	Martin-Waßmund-Preis, Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Curriculum Vitae

Dr. med. Gunda Leschber

Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT);
Chefärztin der Klinik für Thoraxchirurgie, Evangelische Lungenklinik
Berlin gGmbH



* 1958

Ausbildung | Studium:

1996 Fachärztin für Thoraxchirurgie

1993 Fachärztin für Chirurgie

1985 Promotion: „Tierexperimentelle Untersuchung zur Beeinflussung der Hodenfunktion durch Östrogene und Aromatasehemmer“

1985 Foreign Medical Graduate Examination of Medical Science

1984 Approbation als Ärztin

1980–1981 Studium an der Faculté de Médecine de Tours

1977–1984 Studium der Humanmedizin, Freie Universität Berlin–

Berufliche Stationen:

Seit 2003 Chefärztin der Klinik für Thoraxchirurgie, Evangelische Lungenklinik Berlin

1997–2003 Leitende Oberärztin, Abteilung für Thoraxchirurgie, Lungenklinik Hemer

1994–1997 Assistenzärztin, Abteilung für Thoraxchirurgie, Lungenklinik Heckeshorn, Berlin

1988–1994 Assistenzärztin Chirurgie, Universität Düsseldorf und St. Gertrauden Krankenhaus Berlin

1987–1988 Research Fellow, Veterans Administration Hospital, Boston, USA

1986–1987 Surgical Resident, Tufts University, Boston, USA

1984–1985 Assistenzärztin, Institut für Pathologie, Städtisches Krankenhaus Berlin-Neukölln

Sonstige Aktivitäten | Zusatzqualifikationen:

- Befugnis zur Leitung der Facharztweiterbildung Chirurgie (seit 2003)
- Befugnis zur Leitung der Zusatzweiterbildung Thoraxchirurgie (seit 2003)

Auszeichnungen:

- Wolfgang-Müller-Osten-Medaille (2015) – höchste berufsständische Auszeichnung des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC)

Mitgliedschaften

Gewählt/berufen:

- Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) (2015–2017)
- Präsidentin der European Society of Thoracic Surgeons (ESTS) (2010–2011)
- Director of External Relations der ESTS (2012–2013)
- Mitglied im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (seit 2005)
- Mitglied des Präsidiums des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (seit 2007)
- Mitglied des International Advisory Committee der American Association for Thoracic (AATS) (seit 2012)
- Mitglied des Präsidiums des Tumorzentrums Berlin (seit 2010)
- Stellvertretende Vorsitzende der Projektgruppe „Lungenkarzinom“ des Tumorzentrums Berlin-Buch (seit 2012) (Vorsitzende 2007–2012)
- Stellvertretende Vorsitzende des Tumorzentrums Berlin-Buch (seit 2007)
- Sprecherin von „FiT“ (Frauen in der Thoraxchirurgie) der DGT (2006–2009)

Weitere Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)
- European Society of Thoracic Surgeons (ESTS)
- American Association for Thoracic Surgeons (AATS)
- Women in Thoracic Surgery der Society of Thoracic Surgeons (STS), USA (WTS)
- Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC)
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
- Deutsche Krebsgesellschaft
- Berliner Krebsgesellschaft
- Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie
- Berliner Chirurgische Gesellschaft
- Berlin-Brandenburger Pneumologische Gesellschaft
- Deutscher Ärztinnenbund
- Marburger Bund

134. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

21. bis 24. März 2017 · ICM, München



CHIRURGIE 2017

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

Termin: Dienstag, 21. 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. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer
- Professor Dr. med. Dietmar Lorenz
- Privatdozentin Dr. med. B. Ludwikowski
- Dr. med. Mechthild Sinnig
- Professor Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld
- Dr. med. Gunda Leschber

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

