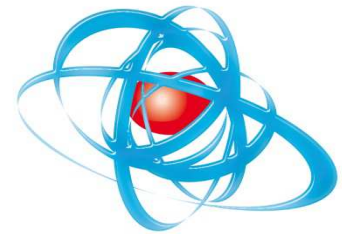




Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
132. Kongress
28. April bis 1. Mai 2015 • München/ICM



Chirurgische
im Werte-Wandel
Heilkunst

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

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

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

Thementag: Patientennutzen durch chirurgische Wissenschaft

Themen und Referenten:

Neues aus der Verbrennungsmedizin

Professor Dr. med. Peter M. Vogt

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

Einfluss der Fachgesellschaften auf gesundheitspolitische Entscheidungen

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

Wie hat sich die Organspende-Bereitschaft entwickelt?

Statusbericht aus der Transplantationsmedizin

Professor Dr. med. Björn Nashan

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

Kleiner Schnitt, große Wirkung –

Liposuktion bei krankhafter Fettansammlung an Armen und Beinen

Professorin Dr. med. Jutta Liebau

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

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

Professor Dr. med. Ernst Klar

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

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

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

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

Moderation: Anne-Katrin Döbler

Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen

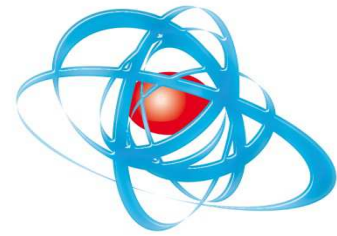
Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-641
Telefax: 0711 8931-167
E-Mail: ullrich@medizinkommunikation.org
www.chirurgie2015.de, www.dgch.de

Pressekontakt in München

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



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



Chirurgische
im Werte-Wandel
Heilkunst

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

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

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

Thementag: Patientennutzen durch chirurgische Wissenschaft

Inhalt:

Pressemeldung

Redemanuskripte

Positionspapier

Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Lebensläufe der Referenten

Bestellformular für Fotos



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

Ihr Kontakt für Rückfragen

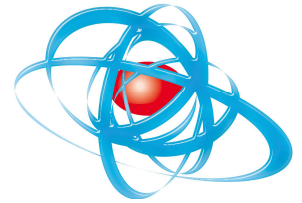
Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-641
Telefax: 0711 8931-167
E-Mail: ullrich@medizinkommunikation.org
www.chirurgie2015.de, www.dgch.de

Pressekontakt in München

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



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



Chirurgische
im Werte-Wandel
Heilkunst

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

PRESSEMITTEILUNG

132. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

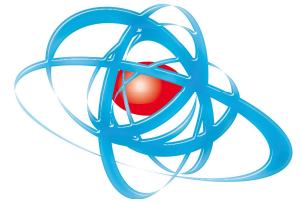
Neue Medizinprodukteverordnung der EU Chirurgen befürchten Hürden für klinische Innovationen

München, Mai 2015 – Der von der EU-Kommission vorgelegte Entwurf einer Medizinprodukteverordnung stößt bei der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) auf erhebliche Bedenken. Die wissenschaftliche Fachgesellschaft der Chirurgen befürchtet, dass die vorgesehenen neuen Zulassungsverfahren kostenintensive Hürden schaffen. Die Novelle werde Innovationen blockieren, heißt es in einer gemeinsamen Stellungnahme mit der Deutschen Gesellschaft für Biomedizinische Technik (DGBMT). Die Stellungnahme ist am Freitag auf einer Kongress-Presskonferenz der Öffentlichkeit vorgestellt worden.

Neue Medizinprodukte vom Herzschrittmacher bis zu Hightech-Implantaten entstehen meist durch die Kooperation von Ärzten und Herstellern. Ärzte liefern häufig die Ideen, die Industrie das notwendige technische Know-How für die Umsetzung. „Dieses kreative Zusammenspiel aus klinischem und technologischem Wissen ist eine wichtige Voraussetzung für medizintechnische Innovationen“, erklärt Professor Dr. med. Ernst Klar, Direktor der Abteilung für Allgemeine, Thorax-, Gefäß- und Transplantationschirurgie an der Universitätsmedizin Rostock.

Dabei entstünden neue Medizinprodukte nur, wenn die regulatorischen Rahmenbedingungen Raum für Innovationen lassen. Diese Voraussetzung ist nach Ansicht des Vorsitzenden der Sektion Chirurgische Forschung der DGCH jetzt gefährdet. „Eine Umsetzung der Entwürfe hätte eine erhebliche Erhöhung der Eingangshürden für das Inverkehrbringen von Medizinprodukten zur Folge“, warnt Klar. Der Experte befürchtet, dass durch die dann zwingend vorgeschriebenen klinischen Studien der Zulassungsprozess für Medizinprodukte oft inakzeptabel verlängert oder gänzlich unmöglich wird. Hinzu kämen administrative Hürden, die den finanziellen Aufwand erhöhen. „Dies könnte dazu führen, dass wichtige Forschungs- und Entwicklungsvorhaben in der Medizintechnik gar nicht begonnen oder weitergeführt werden“, so Klar.





Ein aufwändiges Zulassungsverfahren, wie die Medizinprodukteverordnung es vorsieht, ist nach Einschätzung des DGCH-Generalsekretärs Professor Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer zudem keine Garantie für eine erhöhte Sicherheit der Patienten. „Die Erfahrungen aus dem Bereich der Arzneimittelentwicklung zeigen, dass selbst durch große klinische Studien nicht alle Risiken erkannt werden“, erläutert Meyer. Einige Nebenwirkungen würden erst nach dem Abschluss der Studie auftreten, andere Komplikationen seien so selten, dass sie auch bei einer großen Teilnehmerzahl in der Studie nicht bemerkt würden.

Um die Sicherheit zu verbessern, spricht sich der DGCH-Generalsekretär dafür aus, die Instrumente der Marktbeobachtung und -überwachung zu stärken und das gewonnene Wissen konsequent zu nutzen. „Sinnvolle Instrumente sind verbindliche Medizinprodukte- und Studienregister oder ein effizientes Meldewesen“, so Meyer. Auch unangemeldete Kontrollen von Herstellungsbetrieben könnten verhindern, dass wie beim Brustimplantate-Skandal minderwertige Medizinprodukte verwendet werden.

DGCH-Präsident Professor Dr. med. Peter M. Vogt, Direktor der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie an der Medizinischen Hochschule Hannover, weist auf Besonderheiten der klinischen Prüfung von Medizinprodukten hin. Ihre Entwicklung sei – anders als bei Arzneimitteln – nicht nach der Einführung abgeschlossen. „Hersteller und Ärzte bemühen sich darum, die Geräte im Verlauf der Jahre immer weiter zu optimieren“, sagt Vogt. Die Reglementierung der klinischen Forschung würde unüberwindbare Hürden für die stetige Verbesserung schaffen.

Vogt erinnert an Erfolge der Medizintechnik, die auf diese Weise zustande kamen. So geben Cochlea-Implantate heute tauben Patienten die Hörfähigkeit zurück und ermöglichen ihnen, am Privat- und Berufsleben teilzuhaben. Mit der Positronen-Emissions-Tomografie wiederum kann der Erfolg von Krebsoperationen besser beurteilt werden. Die Instrumente der Schlüsselloch-Operationen schließlich haben Eingriffe für den Patienten schonender gemacht. „Weitere Fortschritte in diesen Bereichen dürfen nicht durch eine unbedachte Medizinprodukteverordnung gefährdet werden“, betont Vogt.



Neues aus der Verbrennungsmedizin

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

Die Behandlung brandverletzter Patienten hat in den letzten Jahrzehnten in Deutschland durch die Einrichtung von Brandverletzentren einen hohen Standard erreicht. Eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung ist flächendeckend garantiert. Durch die Fortschritte der Medizin, neue Transplantationstechniken und die Züchtung patienteneigener Kulturhaut, ist es gelungen, die Überlebensrate der Patienten weiter zu steigern. Mit dem frühen Einsatz plastisch-rekonstruktiver Techniken können darüber hinaus Extremitäten erhalten werden, die früher, häufig im Sinne der Lebenserhaltung des Patienten, amputiert werden mussten. Die daraus resultierenden Herausforderungen und Chancen für die professionelle und soziale Rehabilitation der Patienten müssen in Zusammenarbeit aller hiermit vertrauten Institutionen und Personen angenommen und gelöst werden können.

Die gesetzlichen Unfallversicherungsträger haben der besonderen Problematik brandverletzter Patienten durch Einrichtung von Brandverletzentren an ihren Unfallkliniken Rechnung getragen. Durchgangsärzte, H-Ärzte und die zu den Verletzungsartenverfahren zugelassenen Krankenhäuser sind den Unfallversicherungsträgern gegenüber zukünftig angehalten, Brandverletzte entsprechend den Empfehlungen des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften in Zentren für Brandverletzte einzuweisen.

Der Begriff der post-traumatischen Lebensqualität ist gleichberechtigt neben das reine Überleben des Patienten oder seine funktionellen Fähigkeiten getreten. Die spezifischen Rehabilitationsmaßnahmen sind aber nicht nur auf schwerbrandverletzte Patienten beschränkt, sondern beziehen sich grundsätzlich auf alle Brandverletzten und sind nur in den entsprechenden Zentren gegeben. Daher ist zu fordern, dass alle stationär zu behandelnden Brandverletzten ausschließlich in Kliniken beziehungsweise Abteilungen behandelt werden, die nachweislich über eine entsprechende Erfahrung verfügen.

International existieren unterschiedliche Leitlinien, die den Versorgungsstrukturen der Gesundheitssysteme und weiteren Faktoren Rechnung tragen. Diese werden auf dem Kongress beleuchtet. Multicenterstudien werden zunehmend angesetzt, um angesichts der begrenzten Patientenzahlen pro Zentrum für bestimmte Behandlungsformen eine ausreichende Datenlage zu erzielen. Aktuelle Forschung untersucht weiter die Entzündungskaskade, die das schwere Verbrennungstrauma immer noch entscheidend bestimmt und auch auf die Überlebensprognose Einfluss nimmt.

Das enzymatische Wunddebridement als selektives enzymatisches Debridement tieferdermalen Verbrennungswunden ist ein aktueller Therapieansatz, der in Multicenterstudien mit Schwerpunkt in Deutschland erste vielversprechende Ergebnisse gebracht hat.

Das an der Medizinischen Hochschule Hannover grundlagenwissenschaftlich untersuchte und erstmals an Verbrennungsnarben eingesetzte Medical Needling setzt sich zunehmend in Verbrennungszentren durch. Vermehrt werden positive Ergebnisse auch an großflächigen Verbrennungsnarben berichtet, bei denen früher keine Behandlungsmöglichkeiten mehr bestanden.

Unter Leitung des Präsidenten Professor Vogt findet in Deutschland in diesem Jahr auch der Europäische Verbrennungskongress in Hannover statt.

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

Einfluss der Fachgesellschaften auf gesundheitspolitische Entscheidungen

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

Bereits Ende der Neunzigerjahre wurde nicht völlig grundlos von der damaligen Gesundheitsministerin Andrea Fischer der Terminus eines „Haifischbeckens“ für das Gesundheitswesen geprägt, welches die Besonderheiten in der Gesundheitspolitik unseres Landes mehr als plastisch beschreibt. Dies trifft sicherlich auch für den Gesundheitsausschuss zu, der zum einen als Verbändeparadies, zum anderen auch als fragmentiert bezeichnet werden kann, ohne dass dabei die Erkenntnisse der wissenschaftlichen Fachgesellschaften in relevanter Weise gefragt oder zur Kenntnis genommen werden. Am häufigsten sind nämlich bei den Anhörungen im Gesundheitsausschuss der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung vertreten. Gerade die eigentlichen Selbstverwaltungsorgane, die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung, üben jetzt sogar öffentlich Kritik an einer vermehrt dirigistischen Gesundheitsgesetzgebung.

Tatsächlich fallen derzeit zwei Phänomene auf: Zum einen wird ein „Klimawandel“ zwischen der Politik und den Heilberufen deutlicher spürbar, wobei der Ärzteschaft von den politischen Akteuren unter anderem eine Blockadehaltung vorgehalten wird. Zum anderen zeichnen sich das Bundesgesundheitsministerium und ihr Minister durch bemerkenswert großen Fleiß aus, denn innerhalb kurzer Zeit kursieren fließbandartig die verschiedensten Gesetzesentwürfe wie ein E-Health-, Antikorruptions-, Präventiv-, Versorgungsstärkungs- oder Palliativgesetz et cetera. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass der Koalitionsvertrag im Sinne eines Koalitionsfriedens in Gesetzesentwürfe umgesetzt wird, welche teilweise auch mit „Zuckerbrot oder Peitsche“ umgesetzt werden sollen. Man registriert sehr wohl auch eine stetige Abkehr von den eigentlichen Selbstverwaltungsorganen beziehungsweise den freiberuflichen Strukturen. In vielen Bereichen müssen wir zunehmend eine staatliche Überregulierung und Kompetenzerweiterung für die Institute mit zentraler Steuerungsfunktion, allen voran der Gemeinsame Bundesausschuss, wahrnehmen. Zudem ist nun auch noch ein weiteres Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), welches letztendlich auch dem Gemeinsamen Bundesausschuss untersteht, eingerichtet worden. Der Einfluss der Bundesärztekammer nimmt nach deren Äußerungen und eigenen Angaben ab, der der wissenschaftlichen Fachgesellschaften verharrt auf niedrigster Punktezahlskala, quasi bei null, trotz möglicher, aber zeitlich sehr eingeschränkter Möglichkeiten zur Stellungnahme der Fachgesellschaften über die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), und selbst die Einwände des Bundesrats werden weitgehend ignoriert, so wie beim Versorgungsstärkungsgesetz. Staatlich vorgegebener Konformismus setzt sich also immer mehr durch. Bei der Richtigkeitsvermutung der Entscheidungen

des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bleiben also somit für die Fachgesellschaften und Berufsverbände nur sehr limitierte Einflussmöglichkeiten. Ob sich durch die dargestellte Vorgehensweise die von der Politik ausgerufene Qualitätsoffensive wirklich umsetzen lässt, mag die Zukunft erweisen.

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

Wie hat sich die Organspende-Bereitschaft entwickelt? Statusbericht aus der Transplantationsmedizin

Professor Dr. med. Björn Nashan, Präsident der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG);
Direktor der Klinik und Poliklinik für Hepatobiliäre Chirurgie und Viszerale Transplantation,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

1. Derzeitiger Stand der Organspende

Betrachtet man die zurückliegenden Jahre, so zeichnete sich bereits seit 2010 ein Rückgang der Organspende-Bereitschaft ab (Abbildung 1). Diese Entwicklung verstetigte sich nach dem Mitte 2012 bekannt gewordenen Verteilungsskandal in der Transplantation und erreichte ihren Tiefpunkt 2014. Seit Ende 2014 beobachten wir in vier von sieben Spenderregionen der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) allerdings wieder einen Anstieg der Organspende-Zahlen (Abbildung 2), der auch durch eine zunehmende positive Haltung der Bevölkerung (Abbildung 3) bedingt sein kann.

2. Strategische Initiative Nummer 1: Zusammenarbeit DSO und DTG/Kommission für Organentnahme zur Dokumentation der Entnahmequalität

- a. Neufassung der Richtlinie zur medizinischen Beurteilung von Organspendern und zur Konservierung von Spenderorganen gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 4a und 4b TPG

Im Rahmen der Novellierung des Transplantationsgesetzes (TPG) im Juli 2013, der Überarbeitung der Geschäftsordnung der DSO im Jahre 2013 durch den Interimsvorsitzenden Dr. Hess sowie der Verabschiedung des Statuts der Ständigen Kommission Organtransplantation (StäKO) bei der Bundesärztekammer im November 2014 wurden wesentliche Prozessschritte neu definiert. Hierzu gehörte unter anderem die Einführung eines klaren Prozessablaufes für die Neufassung von Richtlinien durch die StäKO, die einen finalen Genehmigungsvorbehalt des Bundesministeriums für Gesundheit vorsehen. Unter diesem Gesichtspunkt erfolgte die Neufassung der Richtlinie zur medizinischen Beurteilung von Organspendern und zur Konservierung von Spenderorganen gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 4a und 4b TPG. Wesentlicher Bestandteil ist zukünftig die Anpassung der Qualifikation verantwortlicher entnehmender Chirurgen an internationale Standards (siehe auch: Was gibt es Neues in der Chirurgie, Ecomed Verlag, ab Juli 2015)

- b. Regionale Qualitätszirkel der Entnahmechirurgen mit der DSO

Parallel zu dem unter a. ausgeführten Punkt, hat die Kommission für Organentnahme (KfO) unter Leitung von Herrn Professor Schemmer, Heidelberg, den Kontakt mit der DSO gesucht

um gemeinsame Qualitätszirkel zum Thema der Qualität der Organentnahme aufzubauen und über die Entwicklung der Strukturen, zum Beispiel eine Semiprofessionalisierung der Organentnahme, zu diskutieren (gemeinsame Veranstaltung von DGCH, DTG und DSO „AG Organentnahmequalität“ am 28. April 2015 von 12.30 bis 14.00 Uhr im Sitzungsraum „Bierstübel“)

3. Strategische Initiative Nummer 2: Einbeziehung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmediziner (DIVI) in das Thema Organspende
 - a. Die DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmediziner) vertritt Intensiv- und Notfallmedizin.
 - b. Interdisziplinäre Intensivmediziner betreuen Patienten auf den Intensivstationen und sind damit primäre Ansprechpartner bei potentiellen Organ Spendern.
 - c. Sie haben die Zuständigkeit für die intensivmedizinische Betreuung.
 - d. Ein großer Teil der Transplantationsbeauftragten rekrutiert sich aus dem Bereich der interdisziplinären Intensivmedizin.

„Die im Gesetz klar vorgenommene Strukturierung dient der Vermeidung von Interessenskonflikten. Für die Betreuung schwer hirngeschädigter Patienten, die Gespräche mit den Angehörigen zu den weiteren Behandlungsoptionen und der Prognose des Patienten sowie für die Einleitung der Diagnostik zum Nachweis des irreversiblen Ausfalls der Hirnfunktion sind weder ein Transplantationsmediziner (chirurgisch oder internistisch) noch ein Mitarbeiter der DSO geeignete Personen.

Angesichts der seitens des Gesetzgebers vorgesehenen Aufgabenteilung zur Vermeidung eines Interessenkonfliktes empfiehlt es sich daher in Anlehnung an internationale Strukturen, den Bereich Organspende mit den spezifischen Themen 1. intensivmedizinische Betreuung, 2. irreversibler Ausfall der Hirnfunktion und 3. Weiterbildung und gegebenenfalls Organisation der Transplantationsbeauftragten in eine feste Struktur mit Vertretung in der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer (StäKO) einzubinden.

Nach intensiven Gesprächen im Vorstand der DTG und in Absprache mit der DSO und StäKO kontaktierte die DTG die DIVI im November 2014 auf Vorstandsebene, um die Möglichkeiten einer zukünftigen Einbindung und Zusammenarbeit zu eruieren. Mit der Konstitution der fünften Sitzungsperiode der StäKO erfolgte die Einsetzung der Arbeitsgruppe „Organspende“ unter Leitung von Herrn Professor Klaus Hahnenkamp (Greifswald) sowie dessen Berufung als Ständigen Gast in dieses Gremium. Die DIVI hat eine Sektion Organspende unter Leitung von Herrn Professor Hahnenkamp und betreut unter anderem das Curriculum für die

Zusatzbezeichnung „Interdisziplinäre Intensivmedizin“. Teil dieses Curriculums ist die Vermittlung von Kenntnissen über die Diagnostik des irreversiblen Ausfalls der Hirnfunktion sowie das Thema Organspende. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat mittlerweile eine Arbeitsgruppe unter Leitung von Herrn Dr. von Ascheraden eingesetzt, um ein Fortbildungscurriculum für den Transplantationsbeauftragten zu erarbeiten, das noch in der ersten Jahreshälfte implementiert werden wird. In der Amtsperiode 2015 bis 2019 wird ferner als Vertreter der Transplantationsbeauftragten Herr PD Dr. Frings aus Kamp-Lintfort, benannt durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), vertreten sein.“

Zitiert aus:

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/organspende/article/883227/organtransplantation-en-geht-raus-spenden-tief.html

Die positiven Signale im Bereich der Organspende-Bereitschaft seit Ende letzten Jahres und der tatsächlichen Organspende hoffen wir gemeinsam mit allen beteiligten Kollegen in diesem und den kommenden Jahren zu verstetigen. Besonders wichtig ist es uns, zu sehen, dass die Bevölkerung wieder Vertrauen in das System fasst und damit auch eine Anerkennung der eingeleiteten Aufarbeitungsprozesse signalisiert. Die ergriffenen strategischen Initiativen dienen der weiteren Vertrauensbildung und vor allem der Lösung von Interessenskonflikten. Eine engere Zusammenarbeit zwischen den an der Organentnahme beteiligten Chirurgen, den Vertretern der DSO und den Intensivmedizinern wird die Qualitätssicherung im Bereich der Organentnahme stärken und ist damit unverzichtbar.

Entwicklung der postmortalen Organspenderzahlen pro Mio. Einwohner im Zuständigkeitsbereich der DSO seit Gründung der DSO vor 30 Jahren

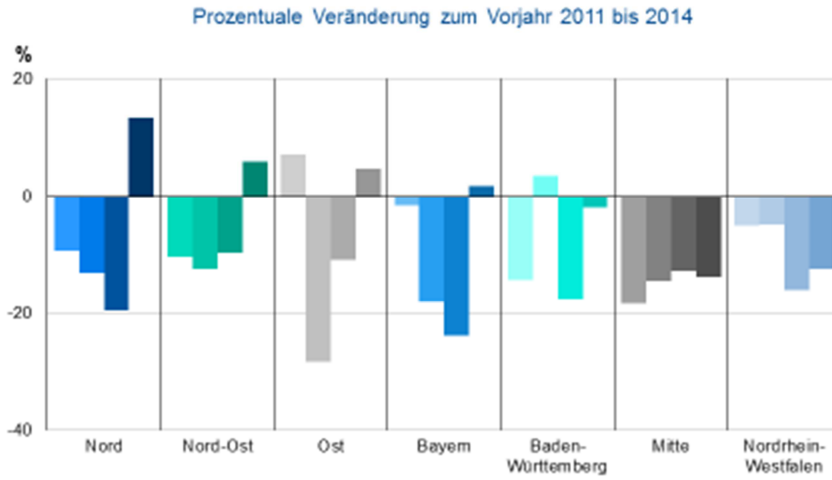


Anmerkung: Ost inklusive Berlin
Quelle zum Teil Eurotransplant



Abbildung 1: Entwicklung der Organspende in Deutschland (1984–2014)

Organspender in Deutschland



Stand 07.01.2015



Abbildung 2: Entwicklung der Organspende in den einzelnen Regionen (2011–2014)

Haltung zum Thema Organspende Info-Telefon Organspende BZgA + DSO

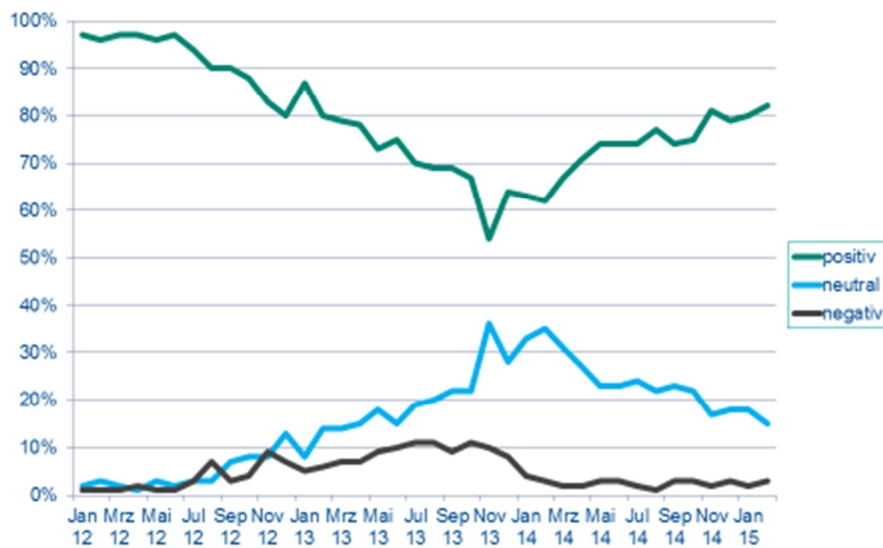


Abbildung 3: Haltung zum Thema Organspende

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

Kleiner Schnitt, große Wirkung – Liposuktion bei krankhafter Fettansammlung an Armen und Beinen

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

Betroffene Patientinnen haben häufig einen langen Leidensweg hinter sich, bevor die Ursache der krankhaften Fettansammlung an Armen und/oder Beinen diagnostiziert wird und klar ist, dass ein Lipödem vorliegt. Im Vorfeld erhielten sie häufig den Rat, abzunehmen und Sport zu treiben – Maßnahmen, die bei diesem Krankheitsbild leider nicht erfolgreich sind und zu weiterer Frustration der Patientinnen führen. Es handelt sich um eine beidseitig symmetrische, fortschreitende Unterhautfettvermehrung, die überwiegend an der unteren Extremität, aber auch an den Armen auftritt mit begleitendem Ödem. Die Ursache ist bis heute ungeklärt.

Die Symptome verstärken sich mit Fortschreiten der Erkrankung, die meist nach der Pubertät, teilweise aber auch nach Schwangerschaft oder Wechseljahren eintritt. Eine genetische Prädisposition wird vermutet. Die Krankheit charakterisiert sich durch eine Umfangsvermehrung der Oberschenkel sowie Oberarme und weitet sich später auch auf Unterschenkel, Unterarme und Nacken aus. Das krankhaft veränderte Fettgewebe neigt (durch Störung der Kapillarfunktion) darüber hinaus auch zur Wassereinlagerung, was im Verlauf zu Spannungsgefühlen, Druckschmerzen und Hämatomneigung führen kann.

Eine Therapie ist konservativ möglich, aber auch operativ. Die konservative Behandlung umfasst das lebenslange Tragen von Kompressionswäsche, die halbjährlich neu verordnet und angepasst wird, sowie zwei- bis dreimal wöchentlich eine Lymphdrainage. So lassen sich die Beschwerden zwar lindern, das Fortschreiten der Erkrankung aber nicht aufhalten. Patientinnen sind damit zeitlebens stärker eingeschränkt, der Umfang von Armen und Beinen wächst im Verlauf. Die Haut, im Anfangsstadium noch feinknotig, wird im weiteren Verlauf grobknotiger mit größeren Dellen, bis hin zu deformierenden Hautlappen und -wülsten im Endstadium. Man kann sich leicht vorstellen, wie stark dieser unaufhaltsame Verlauf auch die Psyche und Lebensqualität der Patientinnen einschränkt. Hinzu kommen Einschränkungen durch den Zeitaufwand für die konservative Therapie und das Ringen um jede Verordnung angesichts knapper Budgets.

Eine operative Behandlung des Lipödems durch schonende Fettabsaugung verspricht hingegen eine lebenslange Verbesserung der Beschwerden. Die konservativen Therapien können danach deutlich reduziert, teils auch gänzlich eingestellt werden. Spätfolgen wie Störungen des Bewegungsapparates, übermäßige Belastung der Knie und Fehlstellungen der Beine werden verbessert und die Lebensqualität steigt deutlich. Die Wahl des Operateurs sollte sorgfältig erfolgen, wird bei der Absaugung die Lymphe in Mitleidenschaft gezogen, droht ein Lymphödem. Abhängig vom Stadium

und Umfang sind zwei bis vier oder auch mehr Fettabsaugungen notwendig. Jeder Eingriff kostet rund 4 000 Euro, insgesamt entstehen bei starker Ausdehnung somit Behandlungskosten von 12 000 Euro. Angesichts der Einsparungen für konservative Therapien und den deutlichen Zugewinn an Lebensqualität ist es unverständlich, dass die Patientinnen bis heute große Hürden überwinden müssen, bis die Kasse die Kosten übernimmt. Klagen vor den Sozialgerichten auf Kostenübernahme erfordern großen Einsatz von den Patientinnen und ihren behandelnden Ärzten, dabei ist der Ausgang ungewiss. Ich bin daher sehr froh, dass der Gemeinsame Bundesausschuss im Mai 2014 nach Antrag der Patientenvertreter nun das offizielle Beratungsverfahren für diese Behandlungsmethode eröffnet hat, und bin optimistisch, dass die Liposuktion als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode (NUB) anerkannt wird. Den Patientinnen würde damit großes Leid erspart.

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



Stellungnahme

der DGBMT - Deutsche Gesellschaft für Biomedizinische Technik VDE – und der DGCH – Deutsche Gesellschaft für Chirurgie - zum Entwurf der EU Kommission für eine neue Medizinprodukteverordnung

Am 26.9.2012 hat die Europäische Kommission Entwürfe für eine neue Medizinprodukteverordnung vorgestellt. Die neue Verordnung soll die Richtlinien 93/42EWG (Medizinprodukte), 90/385EWG (Aktive implantierbare medizinische Geräte) sowie 98/79/EG (In-Vitro-Diagnostika) ablösen. Gegenwärtig läuft der Abstimmungs- und Beschlussprozess unter Beteiligung des EU-Parlaments.

Die DGBMT ist eine wissenschaftlich-technische Fachgesellschaft, die auf angewandte Forschung im Bereich der Biomedizinischen Technik fokussiert. Die DGCH ist die deutsche wissenschaftliche Fachgesellschaft für die Allgemeinchirurgie. Sie koordiniert die wissenschaftlichen Tätigkeiten und Erkenntnisse aller in Deutschland tätigen und in den einzelnen Fachgesellschaften verbundenen Chirurgen zum Wohle der Allgemeinheit in allen Bereichen des Gesundheitswesens. Die DGBMT setzt sich für Rahmenbedingungen ein, die sich förderlich auf die Entstehung von medizintechnischen Innovationen auswirken. Die DGCH ist darauf ausgerichtet, Prozesse zu definieren und wissenschaftlich zu begleiten, die die translationale Umsetzung von Forschungsergebnissen in die klinische Anwendung mit größtmöglicher Patientensicherheit und Qualitätssicherung garantieren. Das kreative Zusammenspiel aus technologischem und klinischem Wissen ist Voraussetzung für das Entstehen von medizintechnischen Innovationen. Für beide Gesellschaften ist es dabei entscheidend, dass neue, Technologie vermittelte Ansätze in der medizinischen Prävention, Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation für den Patienten sicher und mit einem Nutzen verbunden sind. Daher sind die DGBMT und die DGCH der Auffassung, dass eine Medizinprodukteverordnung, welche den Zugang von Medizinprodukten zum Markt regelt, auf diese Ziele fokussieren sollte. Entscheidend ist es jedoch auch, die Patientensicherheit und den Patientennutzen kontinuierlich zu verbessern. Dieser stetige Verbesserungsprozess kann nur geschehen, wenn die regulatorischen Rahmenbedingungen Raum für Innovationen lassen.

Eine Umsetzung der vorliegenden Entwürfe zur neuen Medizinprodukteverordnung hätte eine aus Sicht der DGBMT und der DGCH erhebliche Erhöhung der Eingangshürden für das Inverkehrbringen von Medizinprodukten zur Folge. Deren Realisierung geht mit Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten (FuE) der beteiligten Akteure einher. Daher sind auch Hochschulen, Forschungseinrichtungen, Kliniken oder technologieorientierte Unternehmen von einer neuen Medizinprodukteverordnung betroffen, die als FuE-Partner, im Zuge der klinischen Forschung oder als Technologielieferant an der Entwicklung von neuen Medizinprodukten in Zusammenarbeit mit den Herstellern teilnehmen.

Die DGBMT und die DGCH sind der Auffassung, dass die gegenwärtigen Zugangsbedingungen für Medizinprodukte in den europäischen Markt ausreichend sind. Eine Verschärfung würde zu keinem *erheblichen* Gewinn an Sicherheit und Nutzen für den Patienten führen. Die klinische Anwendung von Medizinprodukten ist *stets* mit einem Restrisiko verbunden, welches im jetzigen Prozess der Konformitätsbewertung sorgfältig und detailliert gegen den Patientennutzen abgewogen wird. Erst



der längerfristige klinische Einsatz in der realen Patientenversorgung in Verbindung mit größeren Fallzahlen wird zu einer Aufdeckung auch sehr kleiner Risiken und sehr seltenen unerwünschten Wirkungen führen. Diese könnten auch in großen Zulassungsstudien nicht aufgedeckt werden. Die Erfahrungen aus dem Bereich der Arzneimittelentwicklung zeigen, dass auch durch ein sehr aufwändiges Zulassungsverfahren mit großen klinischen Studien keine absolute Sicherheit für den individuellen Patienten erreichbar ist. Der gegenwärtig vorliegende Entwurf der Medizinprodukteverordnung würde lediglich den administrativen und in der Folge finanziellen Aufwand für die beteiligten Akteure erhöhen und dazu führen, dass Forschungs- und Entwicklungsvorhaben in der Medizintechnik vielfach nicht begonnen oder weitergeführt werden könnten. Hiervon wären neben Forschung und Klinik insbesondere hoch-innovative, kleine und mittlere Technologieunternehmen betroffen, die im Zusammenspiel mit größeren Partnern eine Schlüsselrolle beim Entstehen medizintechnischer Innovationen spielen. Durch diese Entwicklung gingen Wissenschaft und Forschung wertvolle Impulse verloren und den Patienten würden zukünftige Innovationen perspektivisch vorenthalten. Anstatt die Patientensicherheit durch eine Erhöhung der Eingangshürde verbessern zu wollen, wäre es vielmehr entscheidend, die Instrumente der Marktbeobachtung und -überwachung zu stärken und das auf diese Weise gewonnene Wissen systematisch und konsequent zu nutzen. Dazu gehören der Aufbau verbindlicher Medizinprodukte- und Studienregister, die Überwachung und Qualifizierung Benannter Stellen, unangekündigte Kontrollen von Herstellungsbetrieben, ein effizientes Meldewesen für unerwünschte Ereignisse in Verbindung mit Medizinprodukten sowie die konsequente Aus- und Weiterbildung aller beteiligten Akteure.

Als besonders anspruchsvolle Phase der Medizinproduktentwicklung erweist sich die klinische Prüfung. In der qualifizierten klinischen Anwendung neuer Technologien entstehen essentielle Erkenntnisse, die zu sicheren, nützlichen und damit später erfolgreichen Innovationen für den Patienten führen. Angesichts des stetig wachsenden Kostendrucks in der Patientenversorgung, der auch zu Lasten von Freiräumen für die klinische Forschung geht, kommt der Gestaltung der Rahmenbedingungen eine zentrale Rolle zu. Klinische Forschung darf nicht zu einer unüberwindbaren Hürde werden, denn die Translation von Forschungsergebnissen stellt einen der anspruchsvollsten Schritte für ein erfolgreiches Medizinprodukt dar. Aus wissenschaftlich-technischer Sicht erscheint es zudem nicht sinnvoll, methodische Maßstäbe klinischer Arzneimittelstudien obligatorisch auf die Anforderungen von Medizinprodukten zu übertragen. Dazu sind sowohl die Bandbreite von Medizinprodukten zu groß als auch die individuellen Charakteristika im Vergleich zu Arzneimitteln zu unterschiedlich. Medizinprodukte sind oftmals durch inkrementelle Verbesserungszyklen bei gleichbleibendem Funktionsprinzip gekennzeichnet. Im Falle medizintechnischer Sprunginnovationen könnten methodisch anspruchsvolle Studien verstärkt in klinischen Studienzentren bearbeitet werden. Hier kann das erforderliche Know-how gebündelt und für eine größere Zahl von Forschungseinrichtungen und Unternehmen verfügbar gemacht werden.

Es gibt eine Vielzahl von Beispielen für innovative Medizintechnologien, die aus der Patientenversorgung nicht mehr wegzudenken sind. So ermöglichen Hightech-Implantate, dass Patienten wieder hören und am Privat- und Berufsleben teilhaben können. Moderne bildgebende Verfahren erlauben eine umfassende und frühzeitige Diagnostik beispielsweise von Tumoren und helfen, Krebserkrankungen erfolgreich therapieren zu können. Kontinuierliche Innovation im Bereich der chirurgischen Intervention hat dazu geführt, dass operative Eingriffe so schonend und minimal invasiv wie nie durchgeführt werden können. Alle diese Beispiele haben gemein, dass erhebliche FuE-Anstrengungen über lange Zeiträume verbunden mit entsprechenden Risiken für die beteiligten

München, 29.April.2015

DGBMT DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
BIOMEDIZINISCHE TECHNIK IM VDE

**Deutsche
Gesellschaft
für Chirurgie**



Akteure zu diesen Ergebnissen geführt haben. Der Nutzen dieser Medizinprodukte für die betroffenen Patienten ist evident. Ein Großteil dieser bzw. vergleichbarer Entwicklungen fände jedoch unter Anwendung der gegenwärtig diskutierten, erhöhten regulatorischen Eintrittsbarrieren nicht mehr statt. Da der Patient einen Anspruch auf stetige Verbesserung der medizinischen Versorgung auch im Sinne kontinuierlicher technischer Innovation hat, gilt es, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass dieser Prozess weiterhin stattfinden kann.

VDE Verband der Elektrotechnik Elektronik Informationstechnik e. V.
Deutsche Gesellschaft für Biomedizinische Technik im VDE (DGBMT)
Stresemannallee 15
60596 Frankfurt
Tel.: +49 69 6308-348
dgbmt@vde.com
www.vde.com/dgbmt

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin

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

Professor Dr. med. Dr. h. c. Axel Haverich, Direktor der Klinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover

EBM – die evidenzbasierten medizinischen Daten gelten heute als Voraussetzung für die klinische Einführung neuer Medikamente, Verfahren oder Produkte. Der Schlüssel hierfür liegt in prospektiv randomisierten klinischen Studien (RCTs), möglichst an mehreren Zentren. Aber ist für die Chirurgie diese sogenannte „Externe Evidenz“ das einzige Kriterium für innovative klinische Anwendungen?

Als David Sackett 1996 das Prinzip der EBM vorstellte, verwies er auf drei Hauptkriterien:

1. klinische Erfahrung, 2. Patientenwunsch und 3. externe Evidenz über Daten. Heute bezieht sich EBM aber leider ausschließlich noch auf Punkt 3.

Historisch waren demnach alle ohne RCTs in die Klinik eingeführten Neuerungen nicht evidenzbasiert. Dies wurde am Dienstag vorgestellt, insgesamt 13 bahnbrechende Innovationen in Deutschland, aus der Chirurgie für die Chirurgie, wurden untersucht. Keine einzige dieser Neuerungen wurde jemals randomisiert untersucht. Der Erstbericht war jeweils so überzeugend, dass erfahrene Chirurgen das Konzept übernahmen und dieses so rasche Verbreitung erfuhr.

Der Ruf nach Generierung von medizinischer Evidenz ausschließlich durch vergleichende Studien auch außerhalb der Arzneimittelforschung birgt darüber hinaus wesentliche Risiken, die auch ein erhebliches Risiko für Patienten bedeuten können. So ist das Verlangen nach einer RCT bei überaus klarem Ausgang der Pilotstudie nach Ansicht der DGCH medizinisch-ethisch außerordentlich zweifelhaft. Hierfür wird ein Beispiel benannt, was zu einem Ausschluss der Publikation im New England Journal of Medicine (NEJM) führte.

Die DGCH diskutiert derzeit, wie durch Registerformate nach Einführung und durch verbesserte tierexperimentelle Erforschung neuartiger Medizinprodukte medizinische Evidenz zu generieren ist, die RCTs vergleichbar oder überlegen ist, darüber hinaus die Patientensicherheit erhöht.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

München, Mai 2015



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie mit derzeit knapp 6 500 Mitgliedern wurde 1872 in Berlin gegründet. Sie gehört damit im 143. Jahr ihres Bestehens zu den ältesten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften.

Zweck der Gesellschaft ist laut Satzung „die Förderung der wissenschaftlichen und praktischen Belange der Chirurgie“. Neben dem Fortschritt in Forschung und Klinik, dessen kritischer Evaluation und Umsetzung in eine flächendeckende Versorgung zählt dazu auch die Auseinandersetzung mit den politischen, ökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen unseres Faches. Die chirurgische Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie die Nachwuchsförderung durch Vergabe zahlreicher Preise und Stipendien an in- und ausländische junge Wissenschaftler sind weitere Kernaufgaben. Kontinuierliche Bemühungen gelten der Pflege internationaler Kontakte und der Beziehung zu den Nachbarfächern, zu Wissenschafts-Organisationen und allen Partnern im Gesundheitswesen.

Der traditionsreiche Deutsche Chirurgenkongress mit seiner schwerpunkts- und gebietsübergreifenden Themensetzung wurde früher ausschließlich in Berlin und nach dem Krieg über 40 Jahre in München abgehalten. Kongressort ist jetzt im jährlichen Wechsel Berlin und München.

Eine bereits bei Gründung der Gesellschaft 1872 formulierte Aufgabe, nämlich „die chirurgischen Arbeitskräfte zu einigen“, hat heute eine besondere Bedeutung erhalten. Vor dem Hintergrund der im Jahr 2003 neu strukturierten Weiterbildungsordnung mit einer gemeinsamen Basisausbildung aller chirurgischen Fächer (Common Trunk) ist es jetzt mit einer neuen Satzung gelungen, alle Säulen des Gebietes Chirurgie (Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Kinderchirurgie, Herzchirurgie, Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Thoraxchirurgie, Unfallchirurgie/Orthopädie und Viszeralchirurgie) mit ihren wissenschaftlichen Fachgesellschaften unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu vereinen. 2007 sind auch die Neurochirurgen und 2010 die Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen dieser Gesellschaft beigetreten. Sie vertritt mit ihren über die einzelnen Fachgesellschaften assoziierten Mitgliedern damit mehr als 20 000 Chirurgen. Es können so die gemeinsamen Interessen besser gebündelt und in einer starken Gemeinschaft nach außen vertreten werden.

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

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

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

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

Curriculum Vitae

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



* 1958

Beruflicher Werdegang:

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

Mitgliedschaften in deutschen und internationalen Fachgesellschaften:

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

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

Klinische Schwerpunkte:

- rekonstruktive plastische Chirurgie
- Handchirurgie
- Verbrennungsmedizin
- ästhetische Chirurgie

Wissenschaftliche Arbeitsgebiete:

- Nervenrekonstruktion
- regenerative Therapie
- Gewebezüchtung

Curriculum Vitae

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

* 1948



Beruflicher Werdegang:

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

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Björn Nashan
Präsident der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG);
Direktor der Klinik und Poliklinik für Hepatobiliäre Chirurgie und
Viszerale Transplantation, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf



Beruflicher Werdegang:

Professor Nashan absolvierte sein Medizinstudium an der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf, legte sein Staatsexamen 1984 ab, erhielt im gleichen Jahr die Approbation und fertigte seine Doktorarbeit auf dem Gebiet der experimentellen Anästhesiologie an.

Im Anschluss an den Wehrdienst war er von 1986 bis 1988 als Assistenzarzt im immunologischen Transplantationslabor der Klinik für Abdominal- und Transplantationschirurgie in Hannover tätig. 1994 erlangte Professor Nashan den Facharzt für Allgemeinchirurgie und 1996 den Facharzt für Viszeralchirurgie. 1995 habilitierte er und erhielt die Venia Legendi als Privatdozent der Medizinischen Hochschule Hannover. Seit 1996 lag seine Zuständigkeit in der hepatopankreatikobiliären Chirurgie sowie in der Leitung des multiviszeralen Transplantationsprogramms für Kinder und Erwachsene an der Medizinischen Hochschule Hannover. Dieses beinhaltete die Leber-, Nieren- und Pankreastransplantation mit besonderem Schwerpunkt auf Lebendspende von Leber und Niere bei Kindern und Erwachsenen. Im Jahr 2000 wurde er zum außerplanmäßigen Professor ernannt.

2003 wurde er zum Direktor des Multi-Organ Transplant Program der Dalhousie Universität, QEII Health Science Center in Halifax, Nova Scotia, Kanada, berufen. Neben dem Aufbau des Transplantationsprogrammes war er dort eingebunden in nationale Komitees zur Erstellung von Standards in der Organallokation und Spenderevaluation sowie das immunologische Screening.

Im Juli 2007 wurde Professor Nashan auf den Lehrstuhl für hepatobiliäre Chirurgie und viszerale Transplantationschirurgie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, berufen und Leiter der gleichnamigen Klinik. Er ist Stellvertretender Leiter des Universitären Transplantationszentrums.

Schwerpunkte der klinischen und experimentellen Arbeit liegen in der onkologischen Chirurgie von Leber- und Gallenwegserkrankungen, der Transplantation von Leber, Niere und Pankreas bei Erwachsenen und Kindern inklusive der Lebendspende sowie der Erforschung molekularer Signalstrukturen von Lymphozyten und soliden Tumoren der Leber und Gallenwege.

Herr Professor Nashan war von 2010 bis 2013 President Elect der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG) und qua Amt Mitglied des Aufsichtsrates der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO). Er ist Mitglied der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer und wurde 2015 zu deren Stellvertretendem Vorsitzenden gewählt. Seit Oktober 2013 ist er Präsident der DTG und Stiftungsratsvorsitzender der DSO. Bei Eurotransplant (ET) ist er Mitglied des Boards und Councils.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Jutta Liebau

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



Beruflicher Werdegang:

Professor Dr. Jutta Liebau ist Präsidentin der DGPRÄC. Sie ist Chefärztin der Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie im Florence-Nightingale-Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie Düsseldorf. 1996 erfolgte die Anerkennung der Europäischen Prüfung für plastische Chirurgie (European Board of Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery – EBOPRAS). Seit 2005 lehrt sie als außerplanmäßige Professorin an der Medizinischen Hochschule Hannover. Sie ist Mitglied der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler der Ärztekammer Nordrhein. Schwerpunkte sind die wiederherstellende und ästhetische Brust- und Gesichtschirurgie sowie körperformende Chirurgie.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Axel Haverich
Direktor der Klinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie der
Medizinischen Hochschule Hannover

*1953



Beruflicher Werdegang:

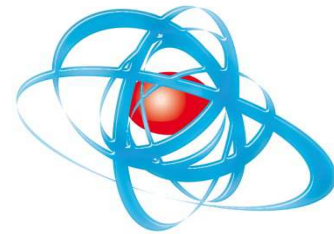
- | | |
|-----------------|---|
| 10/1972–10/1978 | Studium der Humanmedizin |
| 12/1978–6/1985 | Wissenschaftlicher Assistent der Klinik für THG-Chirurgie |
| 7/1983–6/1984 | Stipendiat der DFG an der Stanford University in Kalifornien/USA |
| 24.6.1987 | Habilitation |
| 1993–1996 | C4-Professor, Universitätsklinik für Herz- und Gefäßchirurgie in Kiel |
| Seit 1996 | C4-Universitätsprofessor, Klinik für HTTG-Chirurgie an der MH Hannover
und Vorstandsmitglied des LEBAO |
| 2/1993 | Franz-Köhler-Preis gemeinsam mit Professor Dr. T. Wahlers |
| 1/1995 | Förderpreis für Wissenschaftler im Leibniz-Programm der Deutschen
Forschungsgemeinschaft (DFG) |
| 11/2002 | Niedersächsischer Staatspreis |
| 10/2007 | Verleihung der Ehrendoktorwürde der Universität Chisinau, Moldawien |
| Seit 10/1986 | Co-Editor “European Journal Cardio-thoracic Surgery” |
| Seit 2001 | Mitglied verschiedener Kommissionen und des Senats der DFG |
| Seit 5/2004 | Mitglied des Stiftungsbeirates der Tierärztlichen Hochschule Hannover |
| Seit 2/2007 | Präsident der Dt. Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie |
| Seit 2006 | Koordinator des Exzellenzclusters „REBIRTH“ der DFG |
| Seit 2007 | Sprecher des Sonderforschungsbereichs „Transregio 37“ der DFG |
| 2010/2011 | Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie |

Wissenschaftliche Schwerpunkte:

Transplantation, kardiovaskuläre Implantate, Aortenchirurgie, Tissue Engineering



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



Chirurgische
 im Werte-Wandel
 Heilkunst

Bestellformular Fotos:

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

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

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

Thementag: Patientennutzen durch chirurgische Wissenschaft

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

- Professor Dr. med. Peter M. Vogt
- Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer
- Professor Dr. med. Björn Nashan
- Professorin Dr. med. Jutta Liebau
- Professor Dr. med. Dr. h. c. Axel Haverich



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

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

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

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