

136. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 136th Congress of the German Society of Surgery

26. bis 29. März 2019 · ICM, München /
March 26th – 29th, 2019 · ICM, Munich, Germany



Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
Präsident / President 2018/2019

Pressekonferenz anlässlich des 136. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Termin: Freitag, 29. März 2019, 12.00 bis 13.00 Uhr
Ort: ICM – Internationales Congress Center München, Saal 22b
Anschrift: Messengelände, Am Messesee, 81829 München

Chirurgie 2019: „Volle Kraft voraus – mit Herz, Hand und Verstand“

Themen und Referenten:

**Come in and burn out – überfordern wir den Nachwuchs und wenn ja, wodurch?
Ist eine ausgewogene Work-Life-Balance in der Chirurgie möglich?**

Professor Dr. med. Matthias Anthuber

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH);
Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie und Leiter
des Transplantationszentrums am Klinikum Augsburg

Gefäßverschlüsse bei Diabetes:

Bis zu 80 Prozent der Fußamputationen sind vermeidbar

Professor Dr. med. Dittmar Böckler

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG);
Ärztlicher Direktor der Klinik für Gefäßchirurgie und Endovaskuläre Chirurgie,
Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg, Universitätsklinikum Heidelberg

Virtual Reality in der Chirurgie:

Wie gut funktioniert die digitale Ausbildung angehender Operateure?

Dr. med. Dipl.-Phys. Anjali A. Röth

1. Vorsitzende der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Junge Chirurgen (CAJC) der
Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV); Fachärztin für
Viszeralchirurgie, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie,
Uniklinik RWTH Aachen

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.chirurgie2019.de, www.dgch.de

Vor Ort auf dem Kongress

vom 26. bis 29. März 2019
ICM, München, Pressezentrum, Saal 22a
Dienstag, 26. März 2019, von 8.30 bis 17.30 Uhr
Mittwoch, 27. März 2019, von 8.00 bis 18.00 Uhr
Donnerstag, 28. März 2019, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Freitag, 29. März 2019, von 8.00 bis 16.30 Uhr
Telefon: 089 949-79427



136. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 136th Congress of the German Society of Surgery

26. bis 29. März 2019 · ICM, München /
March 26th – 29th, 2019 · ICM, Munich, Germany



Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
Präsident / President 2018/2019

PRESSEMITTEILUNG

136. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Gefäßverschlüsse bei Diabetes

Bis zu 80 Prozent der Fußamputationen sind vermeidbar

München, 29. März 2019 – Jedes Jahr verlieren Diabetespatienten mehr als 40 000 Füße und Beine. Durch die konsequente Prävention von Fußgeschwüren und die rechtzeitige Therapie von Gefäßverschlüssen ließen sich bis zu 80 Prozent dieser Amputationen vermeiden, erklärt die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG). Wohin sich betroffene Patienten wenden sollen, erläuterten Experten auf der heutigen Pressekonferenz zum 136. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Der Kongress findet vom 26. bis 29. März 2019 unter dem Motto „Volle Kraft voraus – mit Herz, Hand und Verstand“ in München statt.

In Deutschland sind mehr als sechs Millionen Menschen an Diabetes mellitus erkrankt. „Eine gefürchtete Folgeerkrankung der Stoffwechselstörung sind Fußgeschwüre, aus denen sich häufig chronische Wunden entwickeln“, sagt Professor Dr. med. Matthias Anthuber, Präsident der DGCH.

Jeder vierte Zuckerkrankte entwickelt im Laufe seines Lebens ein solches diabetisches Fußsyndrom, dessen Behandlung die Hälfte aller Krankenhaustage bei Diabetespatienten beansprucht.

Zugleich ist das diabetische Fußsyndrom die mit Abstand häufigste Amputationsursache. „Mit über 40 000 Amputationen pro Jahr liegt Deutschland hier seit vielen Jahren leider europaweit im oberen Bereich“, kritisiert Professor Dr. med. Dittmar Böckler, Präsident der DGG. „Doch mit den richtigen Maßnahmen könnte die Amputationsrate um bis zu 80 Prozent gesenkt werden“, betont der Ärztliche Direktor der Klinik für Gefäßchirurgie und Endovaskuläre Chirurgie am Universitätsklinikum Heidelberg.

Um Amputationen zu vermeiden, sei entscheidend, rechtzeitig die arterielle Durchblutung des betroffenen Beines zu verbessern. „Dafür stehen Bypassoperationen und katheterbasierte minimalinvasive Verfahren zur Verfügung,



136. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 136th Congress of the German Society of Surgery

26. bis 29. März 2019 · ICM, München /
March 26th – 29th, 2019 · ICM, Munich, Germany



Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
Präsident / President 2018/2019

die beide in sogenannten Hybrideingriffen überaus effektiv kombiniert werden können“, erläutert Böckler.

Welches Verfahren am Ende in Frage kommt, muss individuell für jeden Patienten anhand dessen Risikoprofils von einem interdisziplinären Behandlungsteam entschieden werden. In einem solchen Team sollten Gefäßchirurgen vertreten sein, aber auch Angiologen, Radiologen, Hausarzt oder Diabetologe, Orthopäden sowie nichtärztliche Assistenzberufe wie Podologen, Fachpflege für Wundbehandlung, orthopädische Schuhmachermeister bis hin zu Schmerztherapeuten und Psychologen.

„Wir empfehlen jedem Diabetespatienten mit Fußproblemen, frühzeitig ein solches Zentrum aufzusuchen“, rät Gefäßspezialist Böckler. Gleiches gilt für Patienten, die an der sogenannten Schaufenster-Krankheit leiden, einer schweren Durchblutungsstörung in den Beinen – davon ist jeder fünfte über 65-Jährige betroffen. „Auch die periphere arterielle Verschlusskrankheit, die auf der Arteriosklerose basiert, ist mit einem erhöhten Amputationsrisiko verbunden“, erläutert Böckler.

Jeder Verlust einer Extremität hat negative Auswirkungen nicht nur auf die Lebensqualität, sondern auch auf die Lebenserwartung. So überlebt nach einer sogenannten Major-Amputation, das heißt einer Entfernung des ganzen Ober- und Unterschenkels, nur ein Viertel der Diabetespatienten fünf Jahre; bei der Minor-Amputation unterhalb des Knöchels sind es 80 Prozent. „Die Vermeidung von Amputationen ist daher oberstes Gebot in der Therapie“, so Böckler.

„Unverzichtbarer Ansprechpartner sind dabei die Gefäßchirurgen, die heutzutage vielerorts alle Behandlungsoptionen anbieten können.“



EXPERTENSTATEMENT

Diabetes und periphere Durchblutungsstörung: Wie können wir Amputationen beziehungsweise verringern? Moderne Gefäßchirurgie als Ansprechpartner?

Professor Dr. med. Dittmar Böckler, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG); Ärztlicher Direktor der Klinik für Gefäßchirurgie und Endovaskuläre Chirurgie, Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg, Universitätsklinikum Heidelberg

In Deutschland leben mehr als sechs Millionen Diabetiker. Eine Spätfolge des Diabetes mellitus ist das sogenannte diabetische Fußsyndrom, dessen Häufigkeit stark ansteigt. Dabei entstehen Wunden und Weichteil-Infektionen, die bis zur Amputation führen können.

Jährlich entstehen circa 200 000 neue diabetische Fußulzera, aus denen sich häufig chronische Wunden entwickeln. Trotz intensiver Bemühungen vieler Fachgesellschaften und medizinischer Disziplinen um Prävention, frühzeitige Diagnostik und stadiengerechte Wundbehandlung werden jährlich circa 20 000 sogenannte Majoramputationen (Ober- und Unterschenkel) bei Diabetikern in Deutschland durchgeführt. Durch eine konsequente Präventionsstrategie, rechtzeitige Therapie beim Gefäßspezialisten könnten viele Ulzera vermieden und die Gefahr von erneuten Wunden verringert werden. Auch wären viele Amputationen vermeidbar, wenn rechtzeitig an eine Verbesserung der arteriellen Durchblutung gedacht würde. Eine Vorstellung beim Gefäßspezialisten und Gefäßchirurgen ist dafür sinnvoll. Bei konsequenter Therapie des diabetischen Fußsyndroms in interdisziplinären Zentren mit Ausschöpfung aller Möglichkeiten einer arteriellen Revaskularisation kann aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin die Amputationsrate um bis zu 80 Prozent gesenkt werden.

Die Prävalenz von Fußulzera bei Diabetikern beträgt in Deutschland circa drei Prozent, die jährliche Häufigkeit/Inzidenz zwei bis sechs Prozent. Das Risiko, eine sogenannte Gangrän zu entwickeln, ist beim Diabetiker 20- bis 50-mal höher als beim nicht diabetischen Patienten. Jeder vierte Diabetiker bekommt im Laufe seines Lebens ein diabetisches Fußsyndrom. In Deutschland entstehen jährlich circa 200 000 solcher Fußläsionen, welche meist in eine chronische Wunde übergehen. Fußulzera führen zu ungefähr 20 Prozent der Krankenhauseinweisungen und circa 50 Prozent aller Krankenhaustage von Diabetikern.

Das diabetische Fußsyndrom ist die mit Abstand häufigste Amputationsursache. Mit über 40 000 Amputationen pro Jahr liegt Deutschland seit vielen Jahre europaweit im oberen Bereich. Darunter verbergen sich circa 20 000 Majoramputationen bei Diabetikern, was etwa 70 Prozent aller

Majoramputationen ausmachte. Man beobachtete in den letzten Jahren zwar eine Abnahme der Majoramputationen, aber die Gesamtzahl der Amputationen ist leider gleich geblieben (Statistisches Bundesamt, Wiesbaden). Entwarnende Berichte, die von wesentlich geringeren Amputationszahlen bei Diabetikern berichten, sind kritisch zu hinterfragen.

Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) ist neben dem Diabetes im fortgeschrittenen Stadium eine Gefäßerkrankung mit erhöhter Amputationswahrscheinlichkeit. Die Prävalenz der PAVK steigt bei über 65-Jährigen bis auf 20 Prozent an. Nur jeder vierte Patient mit einer PAVK entwickelt eine Symptomatik.

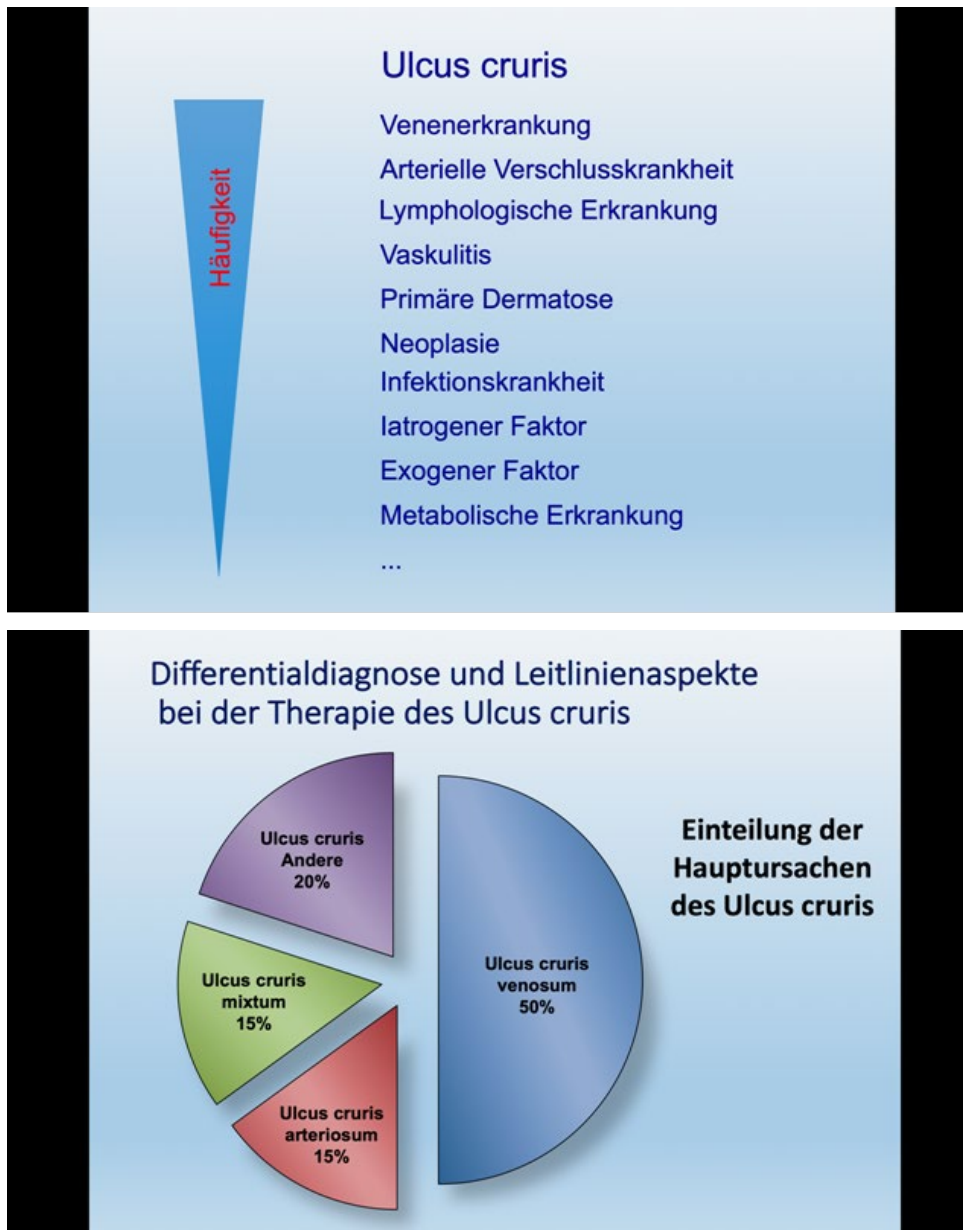
Umgehungskreisläufe sowie die stoffwechselbasierte Adaptation des Muskels auf die Minderdurchblutung dienen der Kompensation. Im Stadium der sogenannten kritischen Extremitätenischämie zeigt sich nur bei 25 Prozent ein Jahr nach der Primärbehandlung eine Befundverbesserung. Die Rate der Majoramputationen (Amputationen proximal des Sprunggelenkes) liegt in diesem Zeitraum auch nach Revaskularisation zwischen fünf und zehn Prozent. Insgesamt beträgt die Mortalität der PAVK fünf, zehn und 15 Jahre nach Diagnosestellung 30, 50 und 70 Prozent. Die Ursache hierfür ist in 80 Prozent der Fälle auf die kardiovaskuläre Morbidität, das heißt Herzinfarkt und Schlaganfall, zurückzuführen.

Die Gefäßchirurgie hat vor diesem Hintergrund bei der Behandlung von Diabetikern und Gefäßpatienten mit Bein-Durchblutungsstörungen einen hohen Stellenwert.

Viele Amputationen wären vermeidbar, wenn bei Patienten mit diabetischem Fußsyndrom im Rahmen eines multidisziplinären Therapiekonzepts rechtzeitig an die Verbesserung der arteriellen Durchblutung gedacht würde. Dadurch könnten die Amputationsraten um 80 Prozent gesenkt werden. Moderne Gefäßchirurgie bietet sowohl die konventionelle Bypasschirurgie, die immer noch ihren berechtigten und wichtigen Stellenwert in der Behandlung von Durchblutungsstörungen hat, als auch eine Vielzahl minimalinvasiver endovaskulärer Verfahren und die oft notwendige chirurgische Wundbehandlung an. Manchmal sind Kombinationen aus allen Verfahren, sogenannte Hybrideingriffe, sinnvoll und notwendig. Gefäßchirurgen spielen dabei eine zentrale Rolle. Durch geeignete Prävention kann zudem die Zahl der Patienten mit diabetischem Fußsyndrom gesenkt werden und die große Gefahr erneuter rezidivierender Wunden gesenkt werden.

Die Gefäßchirurgie muss deshalb heutzutage fester Bestandteil der Behandlung von Diabetikern und Patienten mit peripheren Durchblutungsstörungen (sogenannte Schaufensterkrankheit bis hin zur sogenannten kritischen Durchblutungsstörung) sein.

Diese beiden Grafiken zeigen, dass die große Mehrzahl (75 Prozent), somit drei von vier Wunden eine vaskuläre Ursache haben, also auf dem Boden von Gefäßerkrankungen entstehen.



Fazit:

Das Risiko von Amputationen kann vermieden beziehungsweise verringert werden. Die Gefäßchirurgie ist innerhalb der multidisziplinären Versorgungs- und Behandlungsstruktur von Patienten mit Diabetes und peripheren Durchblutungsstörungen der Beine ein kompetenter und essenzieller Partner und Ansprechpartner.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, März 2019

EXPERTENSTATEMENT

Virtual Reality in der Chirurgie:

Wie gut funktioniert die digitale Ausbildung angehender Chirurgen?

Dr. med. Dipl.-Phys. Anjali A. Röth, 1. Vorsitzende der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Junge Chirurgen (CAJC) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV); Fachärztin für Viszeralchirurgie, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Uniklinik RWTH Aachen

Die sogenannte Knopfloch-Chirurgie oder auch laparoskopische Chirurgie wird heutzutage immer wichtiger in der Allgemein- und Viszeralchirurgie. Verschiedene Studien konnten belegen, dass die Patienten hierdurch schneller genesen, weniger Zeit im Krankenhaus verbringen und früher mobil sind. Sogar in der Krebschirurgie und bei Notfalloperationen konnte in den letzten Jahren gezeigt werden, dass eine minimalinvasive Operation keine Nachteile für den Patienten bringt.

Dementsprechend ist es zunehmend wichtig, die laparoskopische Chirurgie früh in die chirurgische Ausbildung zum Viszeralchirurgen einzubauen. Klassischerweise lernen angehende Chirurgen das Operieren im Operationssaal von ihren Lehrern, indem sie ihnen zunächst zuschauen und dann unter Anleitung auch selber operieren dürfen. Gerade im Bereich der laparoskopischen Chirurgie eröffnen sich für das Trainieren von operativen Fertigkeiten ganz neue Möglichkeiten durch Trainingsmöglichkeiten außerhalb des Operationssaals wie Simulationsboxen und virtuelle Realitätssimulatoren (VR-Simulatoren). Eine Umfrage der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft „Junge Chirurgen“ (CAJC) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) zeigte, dass solche Trainingsmöglichkeiten grundsätzlich in über 50 Prozent der Kliniken zur Verfügung stehen, wobei die sehr viel teureren VR-Simulatoren meist nur in Unikliniken und Klinikverbänden verfügbar waren¹. Dennoch wurde dieses Training in den meisten Fällen nur regelmäßig benutzt, wenn es an ein Curriculum der jeweiligen chirurgischen Klinik gebunden war. In dieser Hinsicht ist das Weiterbildungssystem in anderen Ländern wie den USA schon deutlich weiter, hier ist der erfolgreiche Abschluss eines FLS-Kurses (Fundamentals of Laparoscopic Surgery) Voraussetzung für die Zulassung zur Facharztprüfung. Ein solches verpflichtendes Curriculum vor dem ersten Eingriff am Patienten gibt es in Deutschland nur im Bereich der robotisch-assistierten Operationen. Dies ist insbesondere deswegen ausbaufähig, weil zahlreiche Studien belegen konnten, dass regelmäßiges Training zu einer deutlichen Verbesserung der Lernkurve führt, was sich vor allem in wesentlich kürzeren Operationszeiten widerspiegelt. Dies führt zu einer besseren Qualität der Patientenversorgung. Ein solches Training ist viel effizienter, wenn es regelmäßig im Sinne eines Intervalltrainings im Gegensatz zu einem einmaligen Kurs durchgeführt wird.

Es liegt auf der Hand, dass der Nutzen des Trainings deutlich größer wird, je genauer das Training die Wirklichkeit widerspiegelt. Hierzu gibt es einige sehr interessante Studien aus der Chirurgischen

Klinik der Uni Mainz, die um die bereits bekannten und etablierten VR-Trainer einen virtuellen OP-Saal „herumgebaut“ haben^{2,3}. Operiert man nun virtuell beispielsweise eine Gallenblase, sieht man das Ergebnis nicht nur am Bildschirm wie bei der Knopfloch-Chirurgie üblich. Stattdessen operieren die Trainierenden mit VR-Brillen und erhalten so das Gefühl, tatsächlich in einem Operationsaal zu stehen. Dieses Phänomen bezeichnet man in der VR-Technologie als Immersion. Die Mainzer Arbeitsgruppe konnte zeigen, dass hierdurch die Attraktivität des Trainings deutlich zunimmt.

Es ist zu berücksichtigen, dass das virtuelle Training auch Nachteile haben kann. So gibt es das auch unter VR-Computerspielern bekannte Phänomen der sogenannten Cybersickness oder Simulatorkrankheit, bei der es zu Reisekrankheits-ähnlichen Symptomen kommt. Des Weiteren kostet ein VR-Simulator heutzutage 50 000 bis 100 000 Euro, während es einfachere laparoskopische Trainingsmöglichkeiten bereits für 3 000 Euro gibt. Dies liegt auch daran, dass im Gesundheitssystem im Gegensatz zur Computerspiele-Welt für die Weiterentwicklung solcher virtuellen Simulationen nur wenig Geld zur Verfügung steht. Gäbe es ein verpflichtendes Curriculum, das vor oder auch parallel zu Operationen am Patienten absolviert werden muss, hätten sicherlich mehr Firmen ein finanzielles Interesse an der Weiterentwicklung in enger Zusammenarbeit mit laparoskopisch tätigen Chirurgen.

Selbstverständlich stehen wir heute erst am Beginn der digitalen Revolution und es gibt vielfältige Ausbaumöglichkeiten. Eine Reaktion der Umgebung auf Fehler des Trainierenden oder Multi-User-Anwendungen mit mehreren Beteiligten im selben virtuellen Raum würde definitiv auch die Möglichkeit bieten, Stresssituationen zu üben, um im Ernstfall besser vorbereitet zu sein. Dies wird durch die Kollegen der Anästhesie bereits für Situationen im Schockraum geübt, bei denen jeder der Teilnehmer eine VR-Brille trägt und die Teilnehmer miteinander interagieren. Ein weiteres Problem ist, dass das Fühlen und Empfinden von Gewebe, die Haptik, in der Chirurgie eine zentrale Rolle spielt und derzeit noch nicht zufriedenstellend virtuell wiedergegeben werden kann. Dies liegt daran, dass es hierfür noch keine Datengrundlage gibt, die der Computer umsetzen kann. Ich bin aber überzeugt, dass wir hierhin noch kommen werden. Durch die Möglichkeiten der virtuellen Realität in der Chirurgie bieten sich zudem Patienten-individualisierte Simulationen an, bei denen beispielsweise die computertomografisch erhobenen Daten eines Patienten eingelesen werden und dann komplexere Eingriffe vorher „geübt“ werden können.

Zusammenfassend kann man also sagen, dass wir in der chirurgischen Aus- und Weiterbildung zwar noch nicht ganz auf dem Holodeck von Star Trek angekommen sind, uns aber auf einem guten Weg dahin befinden.

1 Huber T, Kirschniak A, Johannink J: Umfrage zum Training laparoskopischer Fertigkeiten in Deutschland. Zentralbl Chir 2017; 142(01): 67-71.

*Pressekonferenz anlässlich des
136. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Freitag, 29. März 2019, 12.00 bis 13.00 Uhr, München*

- 2 Huber T, Wunderling T, Paschold M, Lang H, Kneist W, Hansen C: Highly immersive virtual reality laparoscopy simulation: development and future aspects. *Int J Comput Assist Radiol Surg* 2018; 13(2): 281-290.
- 3 Huber T, Paschold M, Hansen C, Lang H, Kneist W: Artificial versus video-based immersive virtual surroundings: analysis of performance and user's preference. *Surg Innov* 2018; 25(3):280-285.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, März 2019



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, mit derzeit 6 150 Mitgliedern, wurde 1872 in Berlin gegründet. Sie gehört damit im 147. 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 und sozialen Rahmenbedingungen des Faches. Die chirurgische Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie die Nachwuchsförderung durch Vergabe zahlreicher Preise und Stipendien an in- und ausländische junge Wissenschaftler sind weitere Kernaufgaben. Kontinuierliche Bemühungen gelten der Pflege internationaler Kontakte und der Beziehung zu den Nachbarfächern, zu Wissenschaftsorganisationen und allen Partnern im Gesundheitswesen.

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

Eine bereits bei Gründung der Gesellschaft 1872 formulierte Aufgabe, nämlich „die chirurgischen Arbeitskräfte zu einigen“, hat heute eine besondere Bedeutung erhalten. Vor dem Hintergrund der im Jahr 2018 neu strukturierten Weiterbildungsordnung 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. Bereits 2007 waren auch die Neurochirurgen und 2010 die Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen dieser Gesellschaft beigetreten. Sie vertritt mit ihren über die einzelnen Fachgesellschaften assoziierten Mitgliedern damit mehr als 20 000 Chirurgen. Es können so die gemeinsamen Interessen besser gebündelt und in einer starken Gemeinschaft nach außen vertreten werden.

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

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

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

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

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Matthias Anthuber

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH) 2018/2019;
Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie
und Leiter des Transplantationszentrums am Klinikum Augsburg



* 1959

Beruflicher Werdegang:

- Seit 01.08.2004 Chefarzt Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Klinikum Augsburg
- 01.04.2003–31.07.2004 Chefarzt Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie der Kreisklinik Altötting
- 01.05.1997 Leitender Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Chirurgie der Universität Regensburg (Direktor: Prof. Dr. Karl-Walter Jauch)
- 01.12.1995 Oberarzt Klinik und Poliklinik für Chirurgie der Universität Regensburg (Direktor: Prof. Dr. Karl-Walter Jauch)
- 01.12.1987–30.11.1995 Wissenschaftlicher Assistent, Chirurgische Klinik und Poliklinik, Klinikum der Universität München, Großhadern (Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. G. Heberer und Prof. Dr. Dr. h.c. F.W. Schildberg)
- 01.12.1985–30.11.1987 Wissenschaftlicher Assistent, Herzchirurgische Klinik, Klinikum der Universität München, Großhadern (Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. W. Klinger)
- 28.11.1985 Approbation als Arzt
- 1979–1985 Studium der Humanmedizin, Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München

Berufliche Qualifikationen:

- 05.05.2000 Qualifikationsnachweis „Qualitätsmanagement“ der Bayerischen Landesärztekammer
- 14.10.1997 Qualifikation zum „Leitenden Notarzt“
- 20.03.1996 Schwerpunktbezeichnung „Viszeralchirurgie“
- 11.08.1993 Facharzt für Chirurgie
- 09.06.1993 Fachkundenachweis Strahlenschutz
- 31.10.1991 Fachkundenachweis Rettungsdienst

Akademische Qualifikationen:

- 01.10.2002–31.03.2003

- Ernennung zum C4-Universitätsprofessor an der Universität Regensburg (auf Zeit)
- 01.04.1999 Ernennung zum C3-Universitätsprofessor an der Universität Regensburg
(auf Lebenszeit)
- 20.03.1997 Ernennung zum Privatdozenten an der Universität Regensburg
- 30.01.1997 Habilitation zum Thema: „*Untersuchungen zum Ischämie-/Reperfusionsschaden nach
Lebertransplantation im Rattenmodell – Einfluss von Prostaglandinen und ACE-
Hemmern*“
- 26.05.1986 Promotion bei Prof. Dr. E. Pöppel, Institut für Medizinische Psychologie der LMU
München: „*Einfach- und Wahlreaktionen bei Handballspielern und Nicht-Sportlern*“
(„magna cum laude“)

Mitgliedschaften in Fachgesellschaften und Verbänden (Ausschnitt):

- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Vereinigung der Bayerischen Chirurgen
Berufsverband der Deutschen Chirurgen
Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie
Europäische Akademie der Wissenschaften und Künste, seit 2017
American Society of Colon and Rectal Surgeons
Deutsche Transplantationsgesellschaft
Gastro-Liga
Konvent der Leitenden Krankenhauschirurgen

Ehrenamtliche Tätigkeiten (Ausschnitt):

- Seit 2007 Vorsitzender Regionalverband Bayern des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen
- Seit 2004 Mitglied im Beirat des Konvents der Leitenden Krankenhauschirurgen
- 2010–2012 Vorsitzender des Konvents der Leitenden Krankenhauschirurgen
- 2009 Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen
- 2004–2012 Mitglied im Beirat der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Onkologie (Sektion
Viszeralchirurgie, CAO-V) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
- Seit 2011 Schriftführer und Kassenwart der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen
- 2013/2014 Präsident der DGAV
- Seit 2009 Fachberater „Viszeralchirurgie“ der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK)
- 2004–2015 Mitglied im Beirat der Zeitschrift „*Der Chirurg*“
- Seit 2016 Herausgeber der Zeitschrift „*Der Chirurg*“
- Seit 2004 Mitglied im Beirat der Zeitschrift „*Zentralblatt für Chirurgie*“

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dittmar Böckler

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG); Ärztlicher Direktor der Klinik für Gefäßchirurgie und Endovaskuläre Chirurgie, Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg, Universitätsklinikum Heidelberg



* 1966

Akademische Ausbildung mit Abschluss:

2003	Anerkennung Zusatzbezeichnung Phlebologie
2001	Anerkennung als Facharzt für Gefäßchirurgie
1998	Anerkennung als Facharzt Chirurgie
1993	Approbation
1994	amerikanisches und südafrikanisches Staatsexamen für Medizin
1993	Staatsexamen Medizin Deutschland
11/1986 bis 04/1993	Studium der Humanmedizin in Erlangen, Edinburgh, London, Kapstadt

Wissenschaftliche Abschlüsse:

10/2010	MHBA, Master of Health Business Administration
07/2005	Habilitation und Venia Legendi im Fach Chirurgie, Universität Heidelberg
09/1994	Promotion Dr. med. (cum laude), „ <i>Konservative Therapie nach Milztrauma beim Erwachsenen</i> “; Mentor: Prof. Dr. med. J. Scheele

Beruflicher Werdegang ab Studienabschluss (chronologisch rückblickend):

11/2013	Ärztlicher Direktor der Klinik für Gefäßchirurgie und Endovaskuläre Chirurgie, Kreiskrankenhaus Bergstraße, Heppenheim
11/2011	Universitätsprofessor und Lehrstuhlinhaber für Gefäßchirurgie und endovaskuläre Chirurgie
01/2009	Ärztlicher Direktor der Klinik für Gefäßchirurgie und Endovaskuläre Chirurgie
04/2007 bis 12/2008	kommissarischer Ärztlicher Direktor der Klinik für Gefäßchirurgie und Endovaskuläre Chirurgie, Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg
2006–2007	Leitender Oberarzt und Stellvertretender Direktor der Klinik für Gefäßchirurgie und Endovaskuläre Chirurgie, Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. J.-R. Allenberg)
2002–2006	Oberarzt der Klinik für Gefäßchirurgie, Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. J.-R. Allenberg)
1998–2002	Assistenzarzt an der Klinik für Gefäßchirurgie, Klinikum Nürnberg-Süd (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. D. Raitzel)
1998	Assistenzarzt an der Klinik für Unfallchirurgie und Wiederherstellungschirurgie am Klinikum Bayreuth (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. W. Wagner)
1995–1998	Assistenzarzt in der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie der Friedrich-Schiller-Universität Jena (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. J. Scheele)

*Pressekonferenz anlässlich des
136. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Freitag, 29. März 2019, 12.00 bis 13.00 Uhr, München*

- 1994–1995 Assistenzarzt in der Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Ch. Herfarth)
inklusive ein Jahr Intensivmedizin
- 1993–1994 Arzt im Praktikum in der Abteilung für Gefäßchirurgie (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. H. Schweiger), Chirurgische Klinik mit Poliklinik der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. F. P. Gall)

Weiterbildungsermächtigung LÄK Baden-Württemberg (BÄK Karlsruhe):

- komplette Weiterbildung Common Trunk / Allgemeinchirurgie (zwei Jahre)
- komplette Weiterbildung für Gefäßchirurgie (vier Jahre)
- komplette Weiterbildung für Phlebologie (18 Monate)

Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie, endovaskuläre Chirurgie und konservative Gefäßmedizin (DGG)
- European Society for Vascular Surgery (ESVS)
- Society for Vascular Surgery (SVS)
- International Society of EndoVascular Specialists (ISES)

Curriculum Vitae

Dr. med. Dipl.-Phys. Anjali A. Röth
1. Vorsitzende der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Junge Chirurgen
(CAJC) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und
Viszeralchirurgie (DGAV); Fachärztin für Viszeralchirurgie,
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie,
Uniklinik RWTH Aachen



* 1978

Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------------|---|
| Seit 12/2017 | Arbeitsgruppenleiterin des TONE Lab (Translational Oncology, Nanomedicine and Endoscopy) |
| Seit 05/2017 | Abordnung als Visiting Scientist an das Department of Surgery der Maastricht University, Maastricht, Niederlande |
| Seit 11/2014 | Fachärztin für Viszeralchirurgie |
| 04/2012–04/2013 | Research Scholar am Dana-Farber Cancer Institute der Harvard Medical School, Department of Radiation Oncology, Division of Genomic Stability and DNA Repair, Boston, MA, USA |
| 2009 | Dissertation in Medizin zum Thema: „Untersuchung molekularer Reaktionen nach zentralen und peripheren Nervenläsionen bei der Ratte unter besonderer Berücksichtigung von Neurodapl“ |
| Seit 04/2008 | Assistenzärztin in der Chirurgischen Klinik des Universitätsklinikums Aachen |
| 2008 | Diplomarbeit in Physik zum Thema: „Fokussierung von USPIO in Prostatakarzinomen zur Optimierung magnetischer Targetingstrategien“ |

Stipendien und Auszeichnungen:

- | | |
|-----------|--|
| 2018–2019 | Rotationsstipendium der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen |
| 2018 | Hospitationsstipendium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGAV) |
| 2012–2013 | Fortbildungsstipendium der B. Braun-Stiftung |
| 2012 | Reisekostenstipendium für die 12. Jahrestagung des German Academic International Network (GAIN) |
| 2012–2013 | Rotationsstipendium der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen |
| 2010–2011 | Förderung durch das Programm TANDEMplusMED der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen zur Förderung hochqualifizierter Frauen auf dem Weg zur Habilitation |

Mitgliedschaften:

Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Endoskopie und Sonografie (CAES)
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft „Junge Chirurgen“ (CAJC)
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Deutsche Gesellschaft für Endoskopie und Bildgebende Verfahren e.V. (DGE-BV)
European Society for Nanomedicine (ESNAM)
International Hepato-Pancreato-Biliary Association (IHPBA)
Jugendbildung in Gesellschaft und Wissenschaft e.V. (JGW)

Berufspolitisches Engagement:

Seit 07/2018 Gründungsmitglied der „Jungen Endoskopiker“ der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie und Bildgebende Verfahren (DGE-BV)
Seit 09/2016 1. Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft „Junge Chirurgen“ (CAJC) innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
Seit 09/2016 Mitglied des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
Seit 09/2013 Vorstand der Arbeitsgemeinschaft „Junge Chirurgen“ (CAJC) innerhalb der DGAV

Ehrenamtliche Tätigkeiten:

Seit 01/2014 Regelmäßige Dozentin in der Biografiereihe von TANDEMpeerMED und TANDEMmed
Seit 06/2011 Mentorin von Stipendiatinnen des Programms TANDEMmed der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen zur Förderung qualifizierter Studentinnen
2004 Organisation und Leitung der Schülerakademie Papenburg des Vereins JGW e.V. mit 100 Teilnehmern (zehn Tage)
2003–2004 Vorstandsmitglied „Jugendbildung in Gesellschaft und Wissenschaft e.V.“ (JGW)