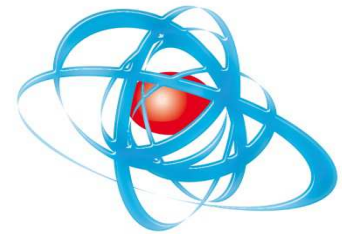




Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
132. Kongress
28. April bis 1. Mai 2015 • München/ICM



Chirurgische
im Werte-Wandel
Heilkunst

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

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

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

Thementag: Patientennutzen durch konservative Therapieoptionen

Themen und Referenten:

Entgrenzung der Chirurgie – lässt sich Gesundheit konsumieren?

Professor Dr. med. Peter M. Vogt

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

Pausen im OP, Training an der Xbox:

Wie sieht der chirurgische Arbeitsplatz von morgen aus?

Professor Dr. med. Claus-Dieter Heidecke, MBA

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

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

Dr. med. Christian Kugler

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

EndoProthesenZentren und Endoprothesenregister: Was haben wir erreicht?

Professor Dr. med. Rüdiger Krauspe

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

Volksleiden Bandscheibenvorfall: Wann operieren, wann besser nicht?

Professor Dr. med. Walter Stummer

Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Münster; Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)

sowie

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

Moderation:

Anne-Katrin Döbler

Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen

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

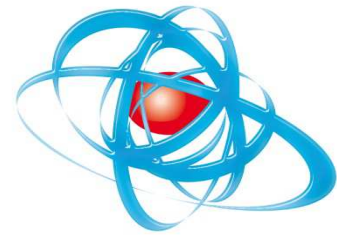
Pressekontakt in München

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





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



Chirurgische
im Werte-Wandel
Heilkunst

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

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

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

Thementag: Patientennutzen durch konservative Therapieoptionen

Inhalt:

Pressemeldung

Redemanuskripte

Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Lebensläufe der Referenten

Übersicht Pressekonferenzen des 132. Chirurgenkongresses in München

Bestellformular für Fotos



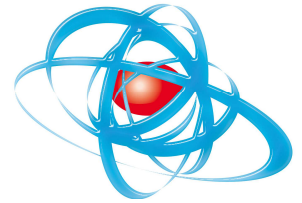
Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dieses gerne zur Verfügung. Bitte kontaktieren Sie uns per Mail unter: ullrich@medizinkommunikation.org

Ihr Kontakt für Rückfragen

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

Pressekontakt in München

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



PRESSEMITTEILUNG

132. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

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

Schadensfälle im Promillebereich

**Häufigste Komplikationen in der Lungenchirurgie sind
Wundinfektionen**

München, 29. April 2015 – In der Lungenchirurgie haben sich im zurückliegenden Jahrzehnt insgesamt 23 Schadensfälle ereignet, die von Patienten beklagt wurden. Das meiste waren unvermeidbare Komplikationen. Das ist das Ergebnis einer Fehleranalyse, die eine Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) anhand der Daten von über 100 Lungenabteilungen in ganz Deutschland erstellt hat. „Damit liegt die Fehlerquote in der Thoraxchirurgie wie auch in der Gesamtchirurgie im Promillebereich“, erklärt Professor Dr. med. Peter M. Vogt, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Am häufigsten waren Wundinfektionen mit einem Anteil von 34 Prozent, gefolgt von jeweils 17 Prozent Schmerzsyndromen und hinterlassenen Fremdkörpern. Wie die Schadensfälle noch weiter verringert werden könnten, erläuterten Experten auf einer Pressekonferenz am Mittwoch.

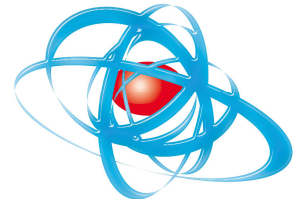
Die DGT hatte das Modellprojekt zur Risikominimierung bei Lungenoperationen im vergangenen Jahr auf dem Chirurgenkongress erstmals der Öffentlichkeit vorgestellt. Jetzt legte die Arbeitsgruppe Patientensicherheit und Risikomanagement erste Zahlen vor, die in Zusammenarbeit mit dem Versicherungsmakler Ecclesia erhoben wurden. „Die Gesamtzahl der angeblichen Fehler liegt mit 23 im absoluten Niedrig-Risiko-Bereich“, erklärt Dr. med. Christian Kugler, Präsident der DGT. „Dabei waren Wundinfektionen mit 34 Prozent das Hauptproblem in Lungenkliniken.“ An zweiter Stelle stehen Schmerzen, die meist Folge von Nervenschäden im Brustkorbbereich sind. „Sie können etwa beim Aufspannen der Rippen entstehen und gehören zu den Operationsrisiken, über die der Patient aufgeklärt wird“, so Kugler.

Ähnliches gilt für Stimmband-Lähmungen, die in neun Prozent aller Schadensfälle beklagt wurden. „Auch diese Komplikation gehört zu den Risiken bei Lungeneingriffen und kann eintreten, wenn der Operateur Tumorgewebe in der Nähe des Stimmbandes entfernt“, erklärt DGT-Präsident Kugler. Sie





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

lassen sich nicht immer ausschließen. Anders verhält es sich beim Zurücklassen von Gegenständen im Körper des Patienten. In vier Schadensfällen steckten noch Fremdkörper wie Tupfer, Kompressen oder kleine Gefäßklemmen im Operationsgebiet, nachdem die Wunde wieder verschlossen worden war. „Hier liegt eindeutig ein Fehler vor“, betont Kugler.

Dagegen hilft aus Sicht des Chirurgen lautes Abzählen der Gegenstände, die in den Körper eingebracht werden – und zwar nach dem Vier-Augen-Prinzip. „Es sollten immer zwei Personen im Operationssaal laut ansagen, der wievielte Fremdkörper gerade genutzt wird“, so Kugler. Außerdem ist es sinnvoll, entferntes Material in einem Extra-Behälter aufzubewahren, um nach dem Eingriff bei Bedarf nachzählen zu können, ob alles wieder entfernt wurde. „Wenn das Operationsgebiet stark blutet und viel Material gebraucht wird, kann sich das OP-Team in der Hektik schon mal verzählen“, berichtet Kugler. „Oder der Operateur übersieht eine blutdurchtränkte Komresse.“ Die DGCH hat aus diesen Gründen schon vor vielen Jahren die Einführung der WHO-Checklisten gefordert, um die Patientensicherheit im Operationssaal zu erhöhen.

Was Wundinfektionen betrifft, können feste Standards für Wundmanagement und Hygiene Abhilfe schaffen. „Hilfreich sind feste Rituale, zum Beispiel immer gleiche Abwasch- und Abdeckprozesse im Operationssaal, die automatisch für Standards sorgen“, erläutert Kugler. Experten schätzen, dass sich generell zwischen dreißig und fünfzig Prozent aller Behandlungsfehler in Kliniken vermeiden ließen. Die DGT hat aus der Fehleranalyse bereits Konsequenzen gezogen und ein entsprechendes Risiko-Management in das Zertifikat „Thoraxzentrum (DGT)“ eingearbeitet.

Weitere Infos zum Kongress: www.chirurgie2015.de.

Termine der Pressekonferenzen:

Kongress-Pressekonferenzen

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

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

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



Entgrenzung der Chirurgie – lässt sich Gesundheit konsumieren?

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

Die plastische Chirurgie beschäftigt sich hauptsächlich mit den sichtbaren Teilen des Körpers. Ihr Ziel ist es, die Körperform und sichtbar gestörte Körperfunktionen wiederherzustellen oder zu verbessern. Dies betrifft Zustände nach Unfällen oder Tumorerkrankungen, Alterserscheinungen und angeborene Fehlbildungen. Komplexe plastische Wiederherstellungseingriffe werden heute bis ins hohe Lebensalter durchgeführt.

Von jeher wurden auch ästhetische Verbesserungen vorgenommen. Bereits in der Operationslehre von Lorenz Heister aus dem 17. Jahrhundert finden sich Beschreibungen zur Oberlidstraffung.

Heute ist die ästhetische Chirurgie sehr präsent, vor allem im Internet. Die Angebotspalette für Korrekturmöglichkeiten reicht von Kopf bis Fuß. In neuerer Zeit werden zunehmend auch genitalchirurgische Eingriffe durchgeführt und beworben, wobei hier offensichtlich ein dem Zeitgeist entsprechendes Schönheitsideal angestrebt wird.

Einen erheblichen Aufschwung gewinnen minimalinvasive Methoden der Verjüngung im Gesicht, die durch Injektionen von Fillern und Botulinumtoxin auch von nicht chirurgischen Ärzten vorgenommen werden. Weiterentwickelte Methoden der offenen Rhinoplastik ermöglichen auch subtilste Veränderungen an der Nasenspitze, sodass selbst differenzierte wunscherfüllende Eingriffe möglich werden.

Inzwischen finden sich Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen unter den Behandelten, wobei verlässliche Behandlungsdaten fehlen.

Zunehmender Wettbewerbsdruck zusammen mit dem gelockerten Heilmittelwerbegesetz führt zu einer Vermarktung ästhetischer Eingriffe, die entsprechend nachgefragt werden. Beispielhaft steht die ästhetische Chirurgie für eine Entwicklung in der Medizin, die der Verbesserung der menschlichen Biologie dient, auch wenn keine Befunde nach dem klassischen Krankheitsbegriff vorliegen.

Damit entfernt sich der Auftrag auch in der Chirurgie von der reinen Behandlung der Krankheit hin zu einer Optimierung des Menschen unter anderem mit den Verfahren, wie sie zum Beispiel die Chirurgie nutzt. Es verschieben sich so die Grenzen für den Krankheitsbegriff und damit auch Einsatz von Chirurgie bei gesunden Menschen. Es kommt zu einem fließenden Übergang zwischen gesund und krank.

*Pressekonferenz anlässlich des 132. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Mittwoch, 29. April 2015, 12.00 bis 13.00 Uhr, München*

Zu diesem soziologisch bedeutsamen Wandel in der Medizin und der Chirurgie im Besonderen werden namhafte Chirurgen und Experten, die sich wissenschaftlich mit Körpersoziologie und wunscherfüllender Medizin befassen, diskutieren.

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

Der chirurgische Arbeitsplatz der Zukunft: Pausen im OP, Training an der Xbox?

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

Machen einfache Compliance-Maßnahmen, Simulationstraining und bessere Ergonomie den Arbeitsplatz OP sicherer und angenehmer?

Oder:

Lassen sich durch einfache Maßnahmen wie Compliance-Verbesserungen im Operationssaal sowie curriculares Training die Patientensicherheit und das Wohlbefinden der Teams im OP verbessern?

Alle 30 oder 60 Minuten fünf Minuten innehalten im OP: Ist das sinnvoll oder ist das neuen Arbeitspausenkonzepten geschuldet? Es gibt in der Literatur Hinweise, dass Pausen während Operationen die OP-Zeit nicht verlängern, aber den „Stress“ im OP reduzieren und Patienten-Funktions-Parameter verbessern. Gleiches gilt aus mehreren Studien für die „Geräuschkulisse“ beziehungsweise für Störungen des OP-Ablaufes aufgrund von Telefonanrufen oder anderen äußeren Einflüssen, die den OP-Ductus beeinflussen oder unterbrechen. Eine verbesserte „Compliance“ im OP senkt auch die Rate von postoperativen Komplikationen.

Ebenfalls gut belegt im Sinne einer Prozessoptimierung und der Patientensicherheit ist die Vorbereitung von Chirurgen auf einen Eingriff. Was üblicherweise als „Lernkurve“ bezeichnet wird, ist ein systematisches, virtuelles Abarbeiten von sogenannten Knotenpunkten in Vorbereitung einer echten Operation am Patienten (Simulationstraining). Hierunter lassen sich verschiedene Schritte subsumieren: Training am Modell („Trockentraining“), Training am Präparat („Nasstraining“), virtuelles Training („Training am digitalen Modell mit haptischen Funktionen“). Je nach der Komplexität einer Operation kann eine solche Lernkurve in den verschiedenen Schritten 50 bis 200 Einheiten betragen. Es ist unstrittig, dass eine solche Vorbereitung auf Operationen am Patienten das Risiko für Patientenschäden reduziert. Dieses „curriculare“ Heranführen an Operationen wird das Training am Patienten in Zukunft ersetzen beziehungsweise hinauszögern. Die praktische Umsetzung ist an das Vorhandensein von aufwendigen Simulatoren und die Zurverfügungstellung von entsprechenden Zeitkontingenten sowie Trainern gebunden. Bislang ist ein solches Vorgehen nur an einzelnen Zentren möglich.

Schließlich spielt die Ergonomie der verwendeten Instrumente eine große Rolle: bezüglich der Patientensicherheit (über 80 Prozent der Fehler beruhen auf Anwendungs- beziehungsweise Anwenderfehlern) und bezüglich des Wohlbefindens der Operateure und Assistenten (Positionen im OP, Konstruktion der Handgriffe, Gender, Rechts-/Linkshänder und so weiter).

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

Was wir aus Schadensfällen lernen können – erste Ergebnisse aus einem Fehleranalyse-Projekt

Dr. med. Christian Kugler, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT);
Chefarzt der Abteilung für Thoraxchirurgie, LungenClinic Großhansdorf

Die genaue Anzahl von „unerwünschten Ereignissen“ in der medizinischen Behandlung von Patienten ist sehr schwer zu erfassen. Viele internationale Studien schätzen, dass drei bis zehn Prozent der Krankenhausbehandlungen betroffen sind und circa 30 bis 50 Prozent der Behandlungsfehler vermeidbar gewesen wären.

In Deutschland melden die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen seit Jahren etwa konstante Zahlen: Bei circa 8 000 Vorwürfen über Behandlungsfehler müssen etwa ein Viertel als solche eingestuft werden. Die Vorwürfe über vermutete Fehler in der Behandlung nehmen jedoch jährlich deutlich zu und dürften aktuell bei über 40 000 pro Jahr liegen.

In dieser Situation hat das Kooperationsbündnis „Gesundheitsziele“ im Jahr 2013 als neues nationales Gesundheitsziel die Patientensicherheit deklariert.

Eine sichere Patientenbehandlung ist ebenfalls seit 2013 im Patientenrechtegesetz verankert. Der gemeinsame Bundesausschuss hat seit 2014 die Krankenhäuser verpflichtet, weitere wesentliche Maßnahmen zur Patientensicherheit einzuführen.

Ein modernes Fehlermanagement stützt sich überwiegend auf eine systemorientierte Betrachtung, das heißt, die Gesamtprozesse sollen verbessert werden, um Fehlern vorzubeugen, und es soll eine „Fehlerkultur“ geben, die ein Lernen aus Fehlern und Beinahe-Fehlern ermöglicht.

Wesentliche Voraussetzung zur Beeinflussung des Systems im Sinne einer Schadensprävention ist jedoch die Identifizierung der Risiken. Die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) hat eine Arbeitsgruppe Patientensicherheit und Risikomanagement implementiert. In der Analyse von vielen medizinischen Schadensfällen hat sich zwar gezeigt, dass das Fachgebiet Thoraxchirurgie vergleichbar wenige Behandlungsfehler aufweist, es konnte aber klar herausgearbeitet werden, dass die Schadensfälle je nach ihren Anforderungen an das Risikomanagement klassifizierbar waren:

- Schadensprävention (S)
- gesetzliche Anforderungen (Patientenrechtegesetz, gesetzliche Anforderungen zum Qualitätsmanagement) (G)
- versicherungsrelevante Anforderungen (V)

Die häufigsten Hintergründe für Behandlungsfehler lagen in allgemeinen Themenbereichen wie Mängel in der Dokumentation, Fehler in der Kommunikation oder Fehlen von Standards wie zum Beispiel im Wundmanagement.

Die DGT vergibt ein Zertifikat zum „Thoraxzentrum – Kompetenzzentrum für Thoraxchirurgie“, in dem sich Kliniken freiwillig besonderen Qualitätsvorgaben stellen. Basierend auf den Erkenntnissen der Arbeitsgruppe Risikomanagement sind nun seit 1.1.2015 die Anforderungen (S, G, V) in den Zertifizierungskatalog eingearbeitet und in Kraft gesetzt mit hohem Augenmerk auf die Schadensprävention.

Diese Form eines professionellen Präventionskonzeptes könnte Beispielcharakter haben für die Bewertung der jeweiligen Krankenhausrisiken durch die Versicherungswirtschaft!

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

Endoprothesenregister Deutschland EPRD und zertifizierte Endoprothesen-Zentren EPZ: eine Erfolgsstory

Professor Dr. med. Rüdiger Krauspe, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) sowie Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU); Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Universitätsklinikum Düsseldorf

Die Arthroesebehandlung nimmt in der orthopädischen Praxis eine ganz vorrangige Stellung ein. Da Arthrosen in aller Regel fortschreiten und bei einer dauerhaften medikamentösen Behandlung auch mögliche Nebenwirkungen der Pharmakotherapie in Betracht zu ziehen sind, wird der Orthopäde seine Patienten stets über den zu erwartenden Verlauf und die alternativen Behandlungsmöglichkeiten informieren. Es werden in Deutschland jährlich circa 400 000 Gelenkersatzeingriffe durchgeführt. Die Operationen führen zu ausgesprochen positiven Ergebnissen und die Standzeiten der Endoprothesen betragen weit mehr als zehn Jahre, dennoch werden jährlich etwa 42 000 Wechseloperationen durchgeführt und nicht alle Modelle haben sich bewährt.

Mit der Einführung des Endoprothesenregisters Deutschland EPRD im Jahre 2012 hat die DGOOC die Initiative ergriffen und mit einer maßgeblichen Beteiligung durch den AOK-Bundesverband, den Verband der Ersatzkassen, die Prothesenhersteller, das BQS – Institut für Qualität und Patientensicherheit sowie durch die Kliniken ein Qualitätsinstrument geschaffen. Gefördert wird das Projekt zusätzlich durch die Bundesregierung. Die Erfahrungen aus dem ältesten Register in Schweden (Knieregister 1975; Hüftregister 1979) zeigen beispielsweise, dass die Wechselwahrscheinlichkeit einer Endoprothese halbiert werden konnte. Implantat-Systeme mit hoher Versagensrate konnten anhand von Registerdaten (England, Australien) identifiziert und schließlich vom Markt entfernt werden. Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung von Registern und sollten überzeugend genug sein, das EPRD strukturell, inhaltlich und finanziell dauerhaft abzusichern und seine wissenschaftliche Neutralität und Transparenz zu garantieren. Die Vorgaben seitens europäischer Register (EAR) werden vom EPRD vollumfänglich erfüllt. Darüber hinaus werden alle Implantate/Implantat-Teile erfasst, sodass eine Nachverfolgung lückenlos möglich ist. Aus den Registerdaten können damit mögliche Probleme frühzeitig erkannt und an die Anwender sowie an die Hersteller gemeldet werden. Es steht mit dem EPRD also ein transparentes Instrument für die Ergebnisqualität und Versorgungsforschung wie auch ein Frühwarnsystem zur Verfügung. Da eine hohe Registrierquote von immanenter Bedeutung ist, muss nun die Überzeugungsarbeit geleistet werden, alle Kliniken zur vollständigen Dokumentation aller Endoprothesenoperationen zu bewegen. Eine Kostenerstattung der zusätzlichen Dokumentationsarbeit ist dazu unbedingt erforderlich.

Es liegt auf der Hand, dass unterschiedliche Faktoren und vielschichtige Wechselwirkungen zwischen Patient, Operateur und Implantat-Systemen die Ergebnisqualität beeinflussen. Um eine Verbesserung der Standardisierung aller Prozesse in der Endoprothetik zu erzielen, hat die DGOOC gemeinsam mit

ClarCert das EndoCert etabliert. Mit diesem weltweit ersten Zertifizierungsprogramm für Endoprothesenzentren (EPZ) werden seit 2012 Kliniken in Deutschland zertifiziert. Weitere Länder haben inzwischen das deutsche EPZ-System übernommen beziehungsweise sind dabei, es mit Unterstützung von EndoCert einzuführen. Erste Ergebnisse zeigen schon Erfolge, so konnte die **bereits** sehr niedrige Infektionsrate von 2,25 Prozent im Jahr 2011 auf unter ein Prozent im Jahr 2013 gesenkt werden. Es liegt auf der Hand, dass die beiden Qualitätsinstrumente EPZ und EPRD vernetzt werden müssen, um die Qualitätsindikatoren zu überprüfen und weitere Verbesserungen auf den Weg zu bringen. Auch werden Vergleiche der Ergebnisqualität zwischen EPZ und nicht zertifizierten Kliniken möglich.

Die DGOOC ist aktuell mit weiteren Projekten zur Sicherung der Ausbildung der Fachärzte und der Qualität befasst. Das Erreichte und zukünftige Qualitätsoffensiven bedürfen einer nachhaltigen Finanzierung. Dafür gilt es, im Sinne der geforderten Qualität im Gesundheitswesen rasch die notwendigen Mittel bereitzustellen. Auf der anderen Seite muss die Bürokratie abgebaut und Dokumentationsarbeit effizient und vereinfacht werden. In Klinik und Praxis müssen Kosten erstattet und Arbeit honoriert werden.

Qualität hat ihren Preis!

Weitere Informationen und Quellen:

J. Hassenpflug, T.R. Liebs; Bundesgesundheitsbl 2014 DOI 10.1007/s00103-014-2057-6.

info@dgooc.de

info@endocert.de

(Es gilt das gesprochene Wort!)

München, April 2015

Volksleiden Bandscheibenvorfall: Wann operieren, wann besser nicht?

Professor Dr. med. Walter Stummer, Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Münster; Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)

Der Bandscheibenvorfall, einhergehend mit ins Bein ausstrahlenden Rückenschmerzen, ist eine häufige Erkrankung die etwa fünf von 1 000 Menschen pro Jahr in westlichen Industriestaaten ereilt. Somit ist der Bedarf an einer sachgerechten Beratung hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten immens.

Die Bandscheiben verbinden die Wirbelkörper und bilden eine Art „Stoßdämpfer“. Mit dem Alter kommt es zu Verschleißerscheinungen der Wirbelsäule, einhergehend mit einer Schwächung der Bänder, die die Bandscheibe begrenzen, sodass sich der Kern der Bandscheibe nach außen vorwölbt und möglicherweise in den Rückenmarkskanal austritt, das heißt, es kommt zum Bandscheibenvorfall. Dieser Prozess findet vor allem im Bereich der Lendenwirbelsäule statt. Durch Druck auf die dort befindlichen Nervenwurzeln kann es zu ausgeprägten, vom Rücken in die Beine ausstrahlenden Schmerzen, Gefühlsstörungen und Lähmungen kommen.

In den letzten Jahren ist die Häufigkeit von Bandscheibenoperationen an der Lendenwirbelsäule deutlich gestiegen, alleine zwischen 2006 und 2011 um 25 Prozent und man fragt sich, ob diese Operationen wirklich notwendig sind. Viele Patienten werden durch die zunehmende Diskussion, die sich um die operative Versorgung von Bandscheibenoperationen drehen, verunsichert, zumal als Alternative die konservative Therapie zur Verfügung steht, bestehend aus Schmerzmitteln, physikalischen Maßnahmen und Physiotherapie.

Wenn Lähmungserscheinungen auftreten, lässt sich eindeutig eine Operation empfehlen. Wenn es zu Störungen der Blasen- oder Mastdarmfunktion kommt, muss sogar eine sofortige Operation durchgeführt werden, damit die Störungen nicht persistieren. Wenn keine neurologischen Störungen vorliegen, ist zunächst eine konservative Therapie anzustreben. Trotzdem kann eine Operation möglich und in manchen Fällen sinnvoll sein. Dabei sollte die Entscheidung für oder gegen eine Operation mit jedem einzelnen Patienten besprochen werden, denn auch die individuellen Wünsche und die Lebenssituation sollten bei der Entscheidung Berücksichtigung finden. Wichtig ist, dass die vorliegenden Symptome durch den Bandscheibenvorfall eindeutig erklärbar sind, denn vom Rücken in die Beine ausstrahlende Schmerzen können viele Ursachen haben und sollten sorgfältig bedacht werden.

Aktuell liegen zwei wichtige große Studien vor, die helfen, den Gewinn, die Risiken und die Langzeitfolgen von Operationen besser abzuschätzen, und die bei der Beratung von Patienten berücksichtigt werden sollten.

Bei der SCIATICA-Studie aus dem Jahre 2007 wurden zwei Gruppen von Patienten mit ausgeprägten Bandscheibenvorfällen der Lendenwirbelsäule miteinander verglichen: Die erste Gruppe wurde zeitnah operiert, die zweite Gruppe mittels konservativer Verfahren behandelt. Bemerkenswert war, dass es zwölf Monate später etwa 95 Prozent der Patienten beider Gruppen ähnlich gut ging. Wichtig war aber die Beobachtung, dass Patienten die frühzeitig operiert wurden, sich schneller erholten und früher ohne Schmerzen waren. Eine weitere Studie, die SPORT-Studie aus dem Jahre 2006, war zu einem ähnlichen Ergebnis gekommen. Das Risiko von geringgradigen Komplikationen lag bei unter vier Prozent, sodass aus den Studien auch klar wurde, dass die operative Therapie nicht mit erheblichen Risiken verbunden ist, andererseits aber auch, dass es durch die konservative Therapie nicht zu irreversiblen Störungen kommt, wenn nicht operiert wird.

Auf Grundlage der bestehenden Daten sollte also die Diskussion um die Bandscheibenoperation weniger emotional und mit mehr Sachverstand geführt werden. Wichtig ist, dass Betroffene entsprechend aufgeklärt und ihre individuelle Lebenssituation Berücksichtigung findet.

Zum Thema Wirbelsäulenchirurgie veranstaltet die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) auf der 132. Jahrestagung der DGCH am 28. April 2015 eine eigene wissenschaftliche Sitzung.

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



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie



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

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

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

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

Nach jahrelangem Rechtsstreit wurde der Gesellschaft im Jahre 2002 ihre nach dem Krieg durch die DDR enteignete, 1915 gemeinsam mit der Berliner Medizinischen Gesellschaft errichtete Heimstätte, das Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin Mitte, wieder rücküberignet. 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. Claus-Dieter Heidecke, MBA
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und
Viszeralchirurgie (DGAV); Direktor der Klinik und Poliklinik für
Chirurgie, Abteilung für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Thorax- und
Gefäßchirurgie, Universitätsmedizin Greifswald

* 1954



Beruflicher Werdegang:

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

Curriculum Vitae

Dr. med. Christian Kugler

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



* 1960

Beruflicher Werdegang:

Hochschulstudium: Humanmedizin, Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU)

Hochschulabschluss: Approbation Humanmedizin: 15.05.1987

Promotion: 29.7.1988, LMU München

Hetero-orthotope Herz-Lungen-Transplantation

Berufseinstieg: Assistenzarzt, Herzchirurgie, Universität München-Großhadern

Berufliche Stationen: Universität München-Großhadern

Universität Ulm

Thoraxklinik Heidelberg

Berufliche Qualifikation: Facharzt für Chirurgie

Schwerpunktbezeichnung Thoraxchirurgie

Letzte Tätigkeiten: Chefarzt, Abteilung Thoraxchirurgie, Thoraxzentrum Hamburg,

AK Harburg (derzeit Asklepios), 1.10.1999 bis 30.09.2009

Geschäftsführender Direktor der Chirurgischen Klinik an der AK
Harburg, 04/2004 bis 05/2006

Aktuelle Tätigkeit: Chefarzt der Abteilung Thoraxchirurgie, LungenClinic Großhansdorf,
seit 01.10.2009

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Rüdiger Krauspe
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische
Chirurgie (DGOOC) sowie Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für
Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU); Direktor der Klinik und
Poliklinik für Orthopädie, Universitätsklinikum Düsseldorf



* 1953

Beruflicher Werdegang:

1972–1980	Chemiestudium und Medizinstudium an der Christian-Albrechts-Universität, Kiel
1978	Studienaufenthalt an der Medical School London, Royal Free Hospital, London
1980	Approbation als Arzt
1983	Promotion zum Doktor der Medizin an der Christian-Albrechts-Universität, Kiel: „Aktivierung postganglionärer Vasokonstriktorneurone zur Hinterextremität der Katze über nicotinerge, muskularergerge und nicht cholinerge synaptische Mechanismen in sympathischen Ganglien“ bei Professor Dr. W. Jänig; Note: magna cum laude
01.07.1980–31.01.1982	Assistenzarzt am Pathologischen Institut (Direktor: Professor Dr. H. Cain), Katharinenhospital, Stuttgart
01.02.1982–31.03.1983	Assistenzarzt an der Chirurgischen Klinik (Direktor: Professor Dr. O. Scheibe), Krankenhaus Feuerbach, Bürgerhospital, Stuttgart
01.04.1983–31.03.1986	Assistenzarzt an der Orthopädischen Klinik, Olgahospital, Stuttgart (Direktor: Professor Dr. K. Parsch)
01.04.1986–31.03.1987	Funktionsoberarzt an der Orthopädischen Klinik (Direktor: Professor Dr. K. Parsch), Olgahospital, Stuttgart
01.04.1987–31.05.1987	Assistenzarzt an der Orthopädischen Klinik König-Ludwig-Haus (Direktor: Professor Dr. J. Eulert), Julius-Maximilians-Universität, Würzburg
1987	Anerkennung als Arzt für Orthopädie
1987–1999	Oberarzt und leitender Oberarzt sowie Stellvertreter des Ärztlichen Direktors an der Orthopädischen Klinik König-Ludwig-Haus (Direktor: Professor Dr. J. Eulert),

	Julius-Maximilians-Universität, Würzburg
1991	Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“
29.11.1993	Habilitation an der Julius-Maximilians-Universität, Würzburg: „Elektrophysiologische und morphologische Untersuchungen zur Innervation des Kniebandapparates“
18.03.1994	Venia Legendi für das Fach „Orthopädie“
04.02.1995–20.03.1995	Studienreise als ASG-(Austrian-Swiss-German-)Stipendiat der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie nach Großbritannien, USA und Kanada an verschiedene orthopädische Zentren
1995	Anerkennung „Spezielle Orthopädische Chirurgie“
01.12.1996	Berufung auf eine C3-Universitätsprofessur an der bayerischen Julius- Maximilians-Universität, Würzburg, im Fachgebiet Orthopädie
Seit 01.09.1999	Direktor und C4-Universitätsprofessur an der Orthopädischen Klinik und Poliklinik am Universitätsklinikum der Heinrich-Heine- Universität Düsseldorf
2007	Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
2007	Zusatzqualifikation „Spezielle Kinderorthopädie“
2007	Zusatzqualifikation „Spezielle orthopädische Chirurgie“
2000–2008	Präsident der Vereinigung für Kinderorthopädie
2005–2009	Präsident der AOSpine Deutschland
2011–2012	Präsident der European Paediatric Orthopaedic Society
2015	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)

Ausgewählte Literatur:

200 Originalarbeiten, über 30 Buchbeiträge, über 400 Abstracts, über 600 Vorträge, mehrere Fachbücher, mehrere Wissenschaftspreise, unter anderem Heine-Preis der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT) 1997

Mitgliedschaften:

- Mitglied der DGOOC, DGOU
- Mitglied des Gesamtvorstands der DGOOC 2000–2008 sowie ab 2013
- Gründungsmitglied und Präsident (2000–2008) der Vereinigung für Kinderorthopädie
- Vorstandsmitglied der European Paediatric Orthopaedic Society 2004–2013
- Präsident der European Paediatric Orthopaedic Society (2011–2012)
- Gründungsmitglied und Vorsitzender 2005–2009 der AOSpine Deutschland

- Mitglied der AOSpine International
- Mitglied International Pediatric Orthopaedic Think Tank (IPOTT)
- Mitglied des Gesamtvorstandes EFORT 2010–2012
- Mitglied zahlreicher weiterer Fachgesellschaften
- Mitglied mehrerer Editorial Boards deutscher und internationaler Journale

Spezialgebiete:

Hüftchirurgie, Wirbelsäulenerkrankungen, Kinderorthopädie, Tumororthopädie

Forschung:

- Zellbiologie der Knochen- und Knorpelregeneration
- stammzellbasierte Therapie von Knorpel- und Knochendefekten
- neue Therapieverfahren bei Wirbelsäulendeformitäten
- Navigation
- intravitale biochemische sensitive MRT-Diagnostik der Knorpeldegeneration
- Gang- und Bewegungsanalyse

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Walter Stummer
Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum
Münster; Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie
(DGNC)



* 1964

Beruflicher Werdegang:

- | | |
|--------------|--|
| 1984–1991 | Studium der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität, München |
| 1988–1990 | Promotion am Institut für Chirurgische Forschung, Klinikum Großhadern, Ludwig-Maximilians-Universität, München (Direktor: Professor Karl Meßmer, Betreuer: Professor Alexander Baethmann), Thema: „Zerebrale Ischämieprotektion durch lokomotorische Aktivität bei der Mongolischen Wüstenrennmaus“
Note: Summa cum laude |
| 1991–1992 | Arzt im Praktikum, Neurochirurgische Klinik, Klinikum Großhadern, Ludwig-Maximilians-Universität München (Direktor: Professor Hanns-Jürgen Reulen) |
| 1992 | Approbation |
| 1992–1993 | Post-Doctoral Fellowship, Crosby Neurosurgical Laboratories, University of Michigan Medical Center, Section of Neurosurgery (Direktor: Professor Julian T. Hoff, M. D.) |
| 1993–2000 | Assistent an der Neurochirurgischen Klinik, Klinikum Großhadern, Ludwig-Maximilians-Universität, München (Direktor: Professor Hanns-Jürgen Reulen) |
| 11/2000 | Facharztprüfung |
| 2000–2001 | Funktionsoberarzt, Neurochirurgische Klinik, Klinikum Großhadern, Ludwig-Maximilians-Universität, München (Direktor: Professor Jörg-Christian Tonn) |
| 2001–2003 | Oberarzt, Neurochirurgische Klinik, Klinikum Großhadern, Ludwig-Maximilians-Universität, München (Direktor: Professor Jörg-Christian Tonn) |
| 11/2001 | Habilitation (kumulatives Verfahren) |
| 2003–2009 | Stellvertretender Direktor, Neurochirurgische Klinik, Universitätsklinikum Düsseldorf |
| 10/2007 | Ernennung zum außerplanmäßigen Professor an der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf |
| Seit 10/2009 | Direktor der Neurochirurgischen Klinik, Universitätsklinikum Münster |
| Seit 6/2011 | Sprecher der Neuroonkologischen Arbeitsgruppe (NOA) der Deutschen Krebsgesellschaft |

Auszeichnungen und Ehrungen:

- 1999 American Association of Neurosurgery/Congress of Neurological Surgeons Joint Tumor Section's Young Clinical Investigators Award. Verleihung anlässlich des 59. Jahrestages der American Association of Neurological Surgeons, New Orleans
- 1999 Großhadern Research Award: Erster Preis für den Vortrag „Fluoreszenzgestützte Resektion maligner Gliomen mit 5-ALA induzierten Porphyrinen“. Verliehen anlässlich des Großhaderner Research Festivals 1999
- 2002 Tönis-Stipendium der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie, verliehen anlässlich der 53. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie in Halle
- 2005 American Association of Neurosurgery/Congress of Neurological Surgeons Joint Tumor Section's Journal of Neuro-Oncology Award, verliehen anlässlich der 65. Jahrestagung der American Association of Neurological Surgeons, New Orleans
- 2005 World Federation of Neurosurgery Young Neurosurgeon's Award, verliehen anlässlich des XIII International Congress of Neurological Surgery, Marrakesh
- 2005 Ehrenprofessur, Harbin Medical University, China
- 2006 Sybille Assmus Förderpreis 2006, verliehen anlässlich der Jahrestagung der Neuroonkologische Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Krebs Gesellschaft
- 2007 Focus Nr. 46, 12. November 2007. Focus Ärzteliste Krebs (Hirntumore) S. 164
- 2008 Visiting Professor, Department of Neurosurgery, University of Dartmouth Medical School, Dartmouth, MA, USA
- 2010 Gruson Memorial Neuro-Oncology Lecturer, Cornell University, New York
- 2011 Snellman-Lecture of the Finnish Neurosurgical Society, Helsinki, Finnland

Curriculum Vitae

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

* 1948

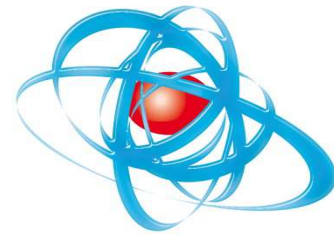


Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------|---|
| 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 |



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



Chirurgische
im Werte-Wandel
Heilkunst

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

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

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

Thementag: Patientennutzen durch chirurgisches Management

Themen und Referenten:

Chirurgische Komplikationen: vom Schicksalsschlag zum regulierten Schaden?

Professor Dr. med. Peter M. Vogt

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

Lasst Zahlen sprechen: Wann interventionell, wann offen?

Professor Dr. med. Giovanni Torsello

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

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

Professor Dr. med. Matthias Rothmund

Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 2004/2005

Neue Verfahren bei der Korrektur der Gesichtsproportionen durch Veränderung des Gesichtsskeletts

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

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

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

Professorin Dr. med. Jutta Liebau

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

sowie

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

Moderation: Anne-Katrin Döbler

Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen

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

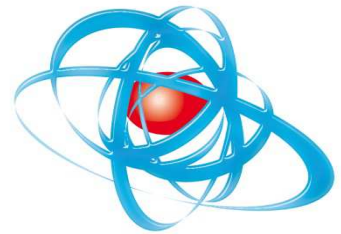
Pressekontakt in München

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





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



Chirurgische
im Werte-Wandel
Heilkunst

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

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

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

Thementag: Patientennutzen durch chirurgische Wissenschaft

Themen und Referenten:

Neues aus der Verbrennungsmedizin

Professor Dr. med. Peter M. Vogt

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

Einfluss der Fachgesellschaften auf gesundheitspolitische Entscheidungen

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

Wie hat sich die Organspende-Bereitschaft entwickelt?

Statusbericht aus der Transplantationsmedizin

Professor Dr. med. Björn Nashan

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

Kleiner Schnitt, große Wirkung –

Liposuktion bei krankhafter Fettansammlung an Armen und Beinen

Professorin Dr. med. Jutta Liebau

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

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

Professor Dr. med. Ernst Klar

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

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

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

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

Moderation: Anne-Katrin Döbler

Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen

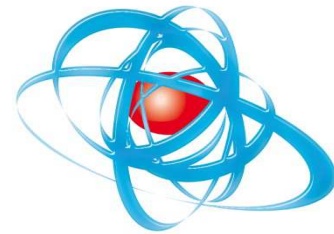
Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-641
Telefax: 0711 8931-167
E-Mail: ullrich@medizinkommunikation.org
www.chirurgie2015.de, www.dgch.de

Pressekontakt in München

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



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



Chirurgische
 im Werte-Wandel
 Heilkunst

Bestellformular Fotos:

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

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

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

Thementag: Patientennutzen durch konservative Therapieoptionen

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

- Professor Dr. med. Peter M. Vogt
- Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer
- Professor Dr. med. Claus-Dieter Heidecke, MBA
- Dr. med. Christian Kugler
- Professor Dr. med. Rüdiger Krauspe
- Professor Dr. med. Walter Stummer



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

