

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: Mittwoch, 27. 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:

Die Versorgungsrealität in deutschen Notaufnahmen – ein System am Rande des Kollapses

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

Weißbuch Alterstraumatologie: Die Zusammenarbeit von Unfallchirurgen und Altersmedizinern rettet Menschenleben

Professor Dr. med. Paul Alfred Grützner

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
und der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU); Ärztlicher Direktor der
Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen
sowie

Professor Dr. med. Ulrich Liener

Leiter der Arbeitsgemeinschaft Alterstraumatologie der Deutschen Gesellschaft
für Unfallchirurgie (DGU); Editor des Weißbuchs Alterstraumatologie (Nationale
Behandlungsempfehlungen zur Alterstraumatologie), Ärztlicher Direktor der Klinik
für Orthopädie und Unfallchirurgie, Leiter des Endoprothetik-, Trauma- und
Wirbelsäulenzentrums sowie des Zentrums für Alterstraumatologie am Marienhospital Stuttgart

Gesunder Schlaf durch Chirurgie: Kieferkorrektur stoppt Schlafapnoe

Professor Dr. med. Dr. med. dent. Jürgen Hoffmann

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V.
(DGMKG); Ärztlicher Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums Heidelberg

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

Darmkrebs: Bessere Operationsergebnisse durch minimalinvasive Chirurgie und Robotik

Professor Dr. med. Andreas Türler

Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Minimal-Invasive Chirurgie (CAMIC) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV); Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Darmkrebszentrum (DKG), Johanner-Krankenhaus, Bonn

Orthopädische Chirurgie beim alten Menschen:

Künstliche Hüfte und Rücken-OP – wie der Eingriff beim Patienten 80 plus gelingt

Professor Dr. med. Dieter C. Wirtz

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC); Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Bonn

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)

Schlafapnoe

Kieferkorrektur stoppt nächtliche Atemaussetzer

München, 27. März 2019 – Nächtliche Atemstörungen, das sogenannte Schlafapnoe-Syndrom (SAS), sind weit verbreitet. Neuen Studien zufolge leiden 14 Prozent aller Männer und sieben Prozent der Frauen darunter. Ist eine zurückfallende Zunge die Ursache, kann eine chirurgische Verlagerung von Ober- und Unterkiefer das Leiden wirkungsvoll stoppen. Für wen die Operation als Kassenleistung infrage kommt und warum vor dem Eingriff unbedingt Untersuchungen erfolgen sollten, erläuterten Experten auf der heutigen Pressekonferenz zum 136. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Die Jahrestagung findet vom 26. bis 29. März 2019 unter dem Motto „Volle Kraft voraus – mit Herz, Hand und Verstand“ in München statt.



Auch wenn die nächtlichen Atemstillstände nicht zum Ersticken führen – beim SAS ist der normale Schlafablauf stark gestört, was körperlich belastet und zu ausgeprägter Tagesmüdigkeit führen kann. „In den USA sind Schlafapnoe und damit verbundener Schlafmangel für fast jeden fünften Autounfall verantwortlich“, berichtet Professor Dr. med. Matthias Anthuber, Präsident der DGCH.

In den meisten Fällen liegen anatomische Gründe für das SAS vor. „Dann ist die freie Atmung in Rückenlage behindert, weil Zungenkörper oder Weichgaumen zurückfällt und die oberen Atemwege versperrt“, erläutert Professor Dr. Dr. Jürgen Hoffmann, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG). Die Atemstillstände beschleunigen den Puls und lösen Aufweckreaktionen aus, wobei die Betroffenen nicht unbedingt tatsächlich aufwachen.

Wird der Leidensdruck durch bleierne Tagesmüdigkeit, körperliche Beschwerden oder Schnarchen zu groß, suchen die Patienten den Arzt auf. „Wir verfügen heute über eine breite Palette verschiedener Therapiemöglichkeiten“, so Hoffmann, der als



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

Ärztlicher Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie am Universitätsklinikum Heidelberg tätig ist.

Bei übergewichtigen Patienten raten die Spezialisten zunächst zum Gewichtsverlust, zum Teil in Kombination mit einer Magen-Operation.

Vielfach bewährt hat sich eine Kunststoffschiene, die nachts den Unterkiefer samt Zungenkörper fixiert und ein Zurückfallen verhindert. „Auch die Atemmaske wird häufig verordnet“, erklärt DGMKG-Experte Hoffmann. „Sie hält nachts durch Überdruck die Atemwege frei, ist aber recht unbeliebt und bleibt deshalb oft ungenutzt“, weiß der Chirurg. Für einen kleinen Teil der Patienten kommt ein Zungenschrittmacher in Betracht, der mit schwachen elektrischen Reizen den Hirnnerv unter der Zunge stimuliert und so den Rachenraum offenhält.

Überaus erfolgreich ist darüber hinaus eine Operation, bei der die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen den Ober- und Unterkiefer samt Zungenkörper vorverlagern. „Allerdings muss vorher stufenweise getestet und abgeklärt werden, ob der Eingriff bei dem Patienten sinnvoll ist“, betont Hoffmann. Dazu gehört die Suche nach der genauen Ursache, die in Zusammenarbeit mit dem Schlaflabor und anderen Fachabteilungen wie etwa Lungenspezialisten geschieht.

„Kommt die Methode in Betracht, sollte zunächst ein Test mit einer Kunststoffschiene erfolgen, die den Unterkiefer nach vorne schiebt“, betont Hoffman. Hilft die Schiene, kann eine bimaxilläre Osteotomie geplant werden, wie der Eingriff auch heißt. „Das Verfahren ist aufwändig, wird bei Aussicht auf Erfolg von den Krankenkassen übernommen und zeigt dauerhaft gute Ergebnisse“, bilanziert der Heidelberger Chirurg.



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)

Künstliche Hüfte und Rücken-OP

Eisentabletten, weniger Medikamente, Physiotherapie: Wie der Eingriff beim älteren Patienten 80plus gelingt

München, 27. März 2019 – Immer mehr hochbetagte Patienten lassen sich an Wirbelsäule und Gelenken operieren, um auch im fortgeschrittenen Alter schmerzfrei ihr Leben genießen zu können. Faktoren wie ein herabgesetzter Stoffwechsel, Blutarmut, Muskelschwund und die Einnahme mehrerer Medikamente erhöhen jedoch das Risiko für über 80-Jährige, beim Einsatz eines künstlichen Gelenks einen Herzinfarkt oder eine Lungenentzündung zu erleiden. Mit den richtigen Maßnahmen vor und nach dem Eingriff lassen sich Komplikationen und Sterblichkeit stark senken, erläuterten Experten auf der heutigen Pressekonferenz zum 136. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Die Jahrestagung findet vom 26. bis 29. März 2019 unter dem Motto „Volle Kraft voraus – mit Herz, Hand und Verstand“ in München statt.



Nach dem Krankenhausreport der Barmer Ersatzkasse aus dem Jahr 2017 ist die Anzahl der Klinikpatienten, die älter als 70 Jahre sind, im Zeitraum von 2006 bis 2015 um 80 Prozent gestiegen – aufgrund des demographischen Wandels rechnen Experten mit einem weiteren deutlichen Zuwachs in den nächsten 20 Jahren. „Heute entscheiden sich insbesondere auch über 80-jährige Patienten immer häufiger für den Einsatz eines neuen Hüft- oder Kniegelenks oder einen Eingriff am Rücken, um mobil zu bleiben“, sagt Professor Dr. med. Matthias Anthuber, Präsident der DGCH.

Doch eine Operation im höheren Alter birgt besondere Risiken. „Patienten, die über 80 Jahre alt sind und sich erstmals ein neues Hüft- oder Kniegelenk einsetzen lassen, haben eine dreifach erhöhte Wahrscheinlichkeit, einen Herzinfarkt im Zusammenhang mit dem Eingriff zu erleiden“, erläutert Professor Dr. med. Dieter Christian Wirtz, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC). „Auch die Gefahr, eine Lungenentzündung zu entwickeln, ist um den Faktor 3,5 gesteigert.“ Aufgrund dieser Komplikationen



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

liegen die Klinikskosten beispielsweise bei über 85-Jährigen 4,8-fach so hoch wie der Durchschnitt.

Um diese Komplikationen zu vermeiden, raten die Experten zu einem „Blood-Management“ vor dem Eingriff. „Wir testen dafür den Hämoglobin-Wert“, erläutert Wirtz. Bei einem Wert unter zwölf liegt Blutarmut vor. In diesem Fall erhalten die Patienten vor der Operation Eisentabletten, um das Blutvolumen zu erhöhen. „Mit dem Ergebnis, dass die älteren Patienten dann nach dem Eingriff schneller auf den Beinen sind und vor allem weniger Transfusionen benötigen“, berichtet DGCH-Experte Wirtz. Mit einer sinkenden Transfusionsrate wiederum, das haben Studien gezeigt, verringern sich Sterblichkeit und Häufigkeit von Lungenentzündungen deutlich.

Zudem gehören alle Medikamente, die Ältere häufig zur Behandlung von anderen Erkrankungen vielfach parallel einnehmen, auf den Prüfstand. „Polypharmazie kann zu unerwünschten Wechselwirkungen führen und die Narkoseführung erschweren“, stellt Wirtz fest. „Deshalb sind nicht zwingend notwendige Arzneien in Absprache mit dem Arzt vor der Operation abzusetzen.“

Darüber hinaus hilft es, ältere Patienten schon vor dem Eingriff auf die spätere Physiotherapie vorzubereiten. „Dafür eignen sich Übungen, die verdeutlichen, wie die Patienten nach der Operation am besten aus dem Bett steigen, welche Bewegungen förderlich sind, welche nicht“, erläutert Wirtz, der als Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie an der Universitätsklinik Bonn tätig ist. „Studien zeigen, dass Patienten durch eine präoperative physiotherapeutische Schulung ihre Gehfähigkeit nach dem Eingriff schneller wiedererlangen.“

Ältere Patienten formulieren heute, meint der Bonner Chirurg, klare Ansprüche an ihre Lebensqualität. „Sie wollen Schmerzmittel nicht dauerhaft einnehmen, möchten ohne Stock Treppen steigen, nicht permanent ein Korsett gegen Rückenschmerzen tragen“, berichtet Wirtz. „Vor diesem Hintergrund entscheiden sie sich immer häufiger für eine gut geplante Gelenk- oder Rückenoperation.“ Allerdings werde der Mehraufwand für ältere Patienten, die auch einen höheren Bedarf etwa an Blasenkathetern oder Kanülen haben, in den Klinikpauschalen derzeit nicht vergütet.



EXPERTENSTATEMENT

Überlebensrate älterer Patienten nach Hüftbruch ist deutlich höher bei Zusammenarbeit von Unfallchirurgen und Altersmedizinern

Professor Dr. med. Paul Alfred Grützner

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU); Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen

sowie

Professor Dr. med. Ulrich Liener

Leiter der Arbeitsgemeinschaft Alterstraumatologie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU); Editor des Weißbuchs Alterstraumatologie (Nationale Behandlungsempfehlungen zur Alterstraumatologie), Ärztlicher Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Leiter des Endoprothetik-, Trauma- und Wirbelsäulenzentrums sowie des Zentrums für Alterstraumatologie am Marienhospital Stuttgart

Frakturen älterer Menschen über 65 Jahre (Alterstraumatologie) spielen eine immer wichtigere Rolle in der Notfallversorgung und damit in der Unfallchirurgie. Die Hüftfraktur, auch Oberschenkelhalsbruch genannt, ist die mit Abstand am häufigsten im Krankenhaus behandelte Fraktur. Das Durchschnittsalter dieser Patienten liegt bei über 82 Jahren. Der Unfall kann tödlich enden: 10 Prozent der Patienten sterben innerhalb der ersten 30 Tage nach ihrem Sturz. Bis zu 20 Prozent verlieren ihre Selbstständigkeit und müssen im Folgejahr in eine Pflegeeinrichtung einziehen. Um dieser medizinischen, sozialen und ökonomischen Herausforderung zu begegnen und die Versorgung zu verbessern, entstehen zunehmend Kooperationen, bei denen Unfallchirurgen und Geriater vertrauensvoll zusammenarbeiten und eine strukturierte und vor allem interdisziplinäre Therapie anbieten.

Wie Zusammenarbeit und Therapie aussehen sollen, erläutert das Weißbuch Alterstraumatologie. Es enthält die nationalen Empfehlungen von Unfallchirurgen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und Geriatern der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) für die Therapie von Verletzungen im Alter. Kern der Behandlungsempfehlungen ist die Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team. Damit lässt sich laut einem aktuellen Studienergebnis die Sterblichkeit älterer Patienten nach einem Oberschenkelhalsbruch um mehr als 20 Prozent senken. Daher fordern beide Fachgesellschaften unter anderem die Übernahme ihrer Empfehlungen in die Regelversorgung.

Aufgrund international vorliegender Erfahrungen hat die DGU bereits seit 2014 damit begonnen, die im Weißbuch Alterstraumatologie enthaltenen Empfehlungen umzusetzen. Aktuell sind bereits über 100 Kliniken als Alterstraumazentrum zertifiziert. In diesen Kliniken werden unter anderem folgende Anforderungen erfüllt:

- Versorgung des Knochenbruchs innerhalb von 24 Stunden
- Behandlung durch ein multiprofessionelles Team
- Behandlung nach genau festgelegten Therapiestandards
- Behandlung der Begleiterkrankungen
- Anwendung einer spezifischen auf das Alter der Patienten angepassten Schmerztherapie
- Anwendung spezieller schonender OP-Techniken, die eine unmittelbare Vollbelastung nach der Operation erlauben
- Durchführung einer frühzeitigen Mobilisation, um einem weiteren Abbau des Allgemeinzustandes der Patienten entgegen zu wirken
- Durchführung einer intensiven Rehabilitation unmittelbar nach der Operation

So soll verhindert werden, dass bei alten Menschen die OP-Strapazen zu einer Verschlechterung des ohnehin schon oftmals sehr eingeschränkten Allgemeinzustandes führen und die Gefahr der dauerhaften Pflegebedürftigkeit droht. Nur durch eine strukturierte Versorgung können Patienten rasch operiert werden, gefährliche Medikamentenkombinationen vermieden und die Delirrate gesenkt werden. Unser Ziel ist, die Selbstständigkeit und damit die Selbstbestimmung unserer Patienten zu erhalten.

Aus den gewonnenen Kenntnissen und den in die Zukunft gerichteten Vorleistungen ergeben sich vier Forderungen an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und die Leistungsträger:

- **Behandlung von Verletzungen im Alter durch ein multiprofessionelles Team zur Regelversorgung machen**
Die gemeinsame Versorgung von Patienten durch Unfallchirurgen und Altersmediziner (Geriatler) sowie das interprofessionelle Management verbessern nachweislich die Ergebnisse. Der entsprechende Mehraufwand durch diese ganzheitliche Versorgung, welcher sich direkt in der Verbesserung des Therapieerfolgs niederschlägt, muss entsprechend vergütet werden.
- **Qualitätssicherung und Forschung fördern durch nationales Fraktur-Register**
Relevante Altersverletzungen müssen in einem nationalen Register erfasst werden. So können Versorgungsprozesse ausgewertet und der Therapieerfolg dargestellt werden. Nur ein unabhängiges nationales Register erlaubt auf der Basis von wissenschaftlichen Daten die Weiterentwicklung der Behandlungsverfahren und den Vergleich von Behandlungsergebnissen.

- **Knochenbrüche vermeiden durch Sekundärprävention**

Die hohe Anzahl von Altersbrüchen muss durch eine konsequentere medikamentöse Osteoporose-Therapie gesenkt werden. Denn der überwiegende Teil der Patienten mit einem Hüftbruch hat bereits in den Jahren zuvor eine Fraktur erlitten, die durch Osteoporose bedingt ist. Dazu müssen Strukturen geschaffen werden, die die flächendeckende Sekundärprävention unmittelbar nach dem ersten Bruch sicherstellen.

- **Behandlungsergebnis verbessern durch geriatrische Frührehabilitation**

Die geriatrische Frührehabilitation verbessert nachweislich das Behandlungsergebnis. Die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (Urteil B1 KR 19/17 R vom 19.12.2017) gefährdet die frührehabilitative Komplexbehandlung durch nicht praktikable und medizinisch unangemessene Vorgaben. Um eine einschneidende Verschlechterung der medizinischen Versorgung und Erhöhung der Mortalität zu vermeiden, sind Korrekturen der Vorgaben notwendig.

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

EXPERTENSTATEMENT

Gesunder Schlaf durch Chirurgie

Professor Dr. med. Dr. med. dent. Jürgen Hoffmann

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG); Ärztlicher Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums Heidelberg

Beim Schlafapnoe-Syndrom (SAS) liegen periodische Atemstörungen (Apnoen) während des Schlafs vor. Atemstillstände führen hierbei zu Aufweckreaktionen mit erhöhtem Puls und der stressbedingten Ausschüttung von Hormonen, jedoch nicht zwangsläufig zu einem Aufwachen. Dadurch ist der normale Ablauf des Schlafs betroffen, wodurch neben der körperlichen Belastung auch eine unzureichende Regeneration während des Nachtschlafs mit ausgeprägter Tagesmüdigkeit eintritt.

Schlafapnoe und Schlafmangel sind in den USA für fast jeden fünften Autounfall verantwortlich:

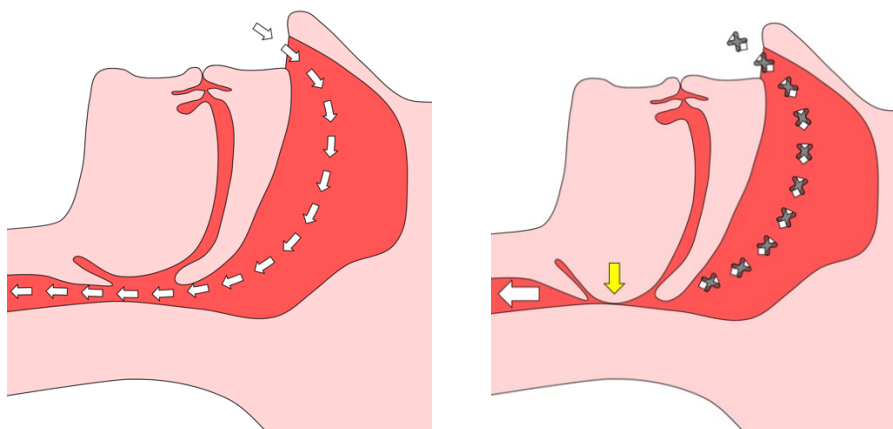
<https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=1&nid=92282&s=schlafapnoe>

Sleep deficiency and motor vehicle crash risk in the general population: a prospective cohort study:

<https://doi.org/10.1186/s12916-018-1025-7>

Nach neueren Studien liegt das SAS bei bis zu 14 Prozent aller Männer und sieben Prozent der Frauen vor. In den meisten Fällen liegen anatomische Gründe für ein sogenanntes obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) vor.

Hierbei ist die freie Atmung in der Rückenlage des Betroffenen durch ein Zurückfallen des Zungenkörpers oder des Weichgaumens bedingt.



Quelle: Wikipedia, <https://de.wikipedia.org/wiki/Schlafapnoe-Syndrom>, links: unbehinderte Atmung, rechts: anatomisch bedingte obstruktive Schlafapnoe.

Es wird über die heute verfügbaren Methoden zur Therapie einer schlafassoziierten obstruktiven Schlafapnoe berichtet.

Hierbei wird der strukturierte Heidelberger Algorithmus zur Diagnostik und Therapie vorgestellt.

Eine gute Übersicht über das Krankheitsbild gibt die Homepage von Professor Sailer:

<https://www.schlafapnoe.com/de/home/>

Bewährte Therapiemethoden:

Unterkieferprotrusionsschiene – mit Kunststoffschiene werden der Unterkiefer und der Zungenkörper anterior fixiert.

CPAP-Maske – Überdruckbeatmung durch Atemmaske, wird während des Schlafs nachts getragen.

Zungenschrümmacher

<https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=1&nid=92157&s=schlafapnoe>

Bariatrische Chirurgie – operative Maßnahmen zur Gewichtsreduktion

Bimaxilläre Umstellungsosteotomie – operative Vorverlagerung des Ober-/Unterkiefers sowie des Zungenkörpers

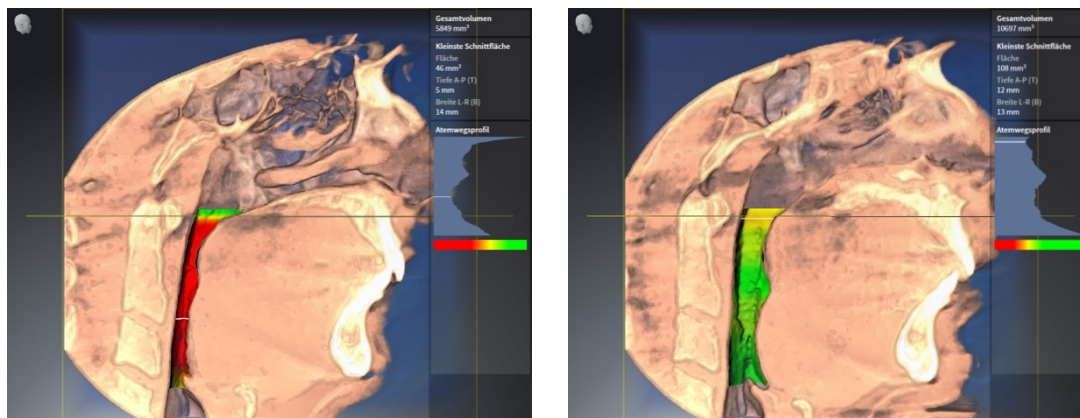


Abbildung: Analyse des sogenannten „posterior airway space“, links vor, rechts nach bimaxillärer Osteotomie.



Abbildung: Fallbeispiel eines Patienten vor (links) und nach Vorverlagerung des Ober- und Unterkiefers mit Zungenkörper im Sinne einer bimaxillären Osteotomie.

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

EXPERTENSTATEMENT

Darmkrebs:

Bessere Operationsergebnisse durch minimalinvasive Chirurgie und Robotik

Professor Dr. med. Andreas Türler

Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Minimal-Invasive Chirurgie (CAMIC) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV);
Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Darmkrebszentrum (DKG),
Johanniter-Krankenhaus, Bonn

Darmkrebs ist eine der häufigsten Krebserkrankungen in den westlichen Ländern. Die Wahrscheinlichkeit, an einem Darmkrebs zu erkranken, steigt mit dem Lebensalter. So liegt das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt der Diagnose etwa bei Mitte 70.

Am Anfang der Behandlung steht zumeist die Darmkrebsoperation. Ihr Gelingen trägt wesentlich dazu bei, den Darmkrebs zu besiegen. Entscheidende Rollen spielen hierbei die Erfahrung des Operateurs, die beteiligten anderen Therapeuten und die Rahmenbedingungen des Krankenhauses. So konnte gezeigt werden, dass ein Patient, der in einem spezialisierten Zentrum behandelt wird, weniger Komplikationen erleidet und eine bessere Überlebensrate hat als der Patient, der in einem nicht spezialisierten Krankenhaus operiert wird (Völkel et al. Eur Gesundheitswesen 2018; Trautmann et al. J Surg Oncol 2018). Auch die Operationstechnik hat einen wesentlichen Einfluss auf das Gelingen und die Prognose des Patienten.

Mittlerweile ist es unumstritten, dass bei einer „minimalinvasiven“ Darmoperation weniger Komplikationen auftreten als bei einer offenen Operation (Schwenk W et al. Cochrane Database Syst Rev 2005). Bei diesen Eingriffen führen Chirurgen über meist nur ein Zentimeter kleine Hautschnitte langstielige Operationsinstrumente und eine Stabkamera in den Körper ein. Diese Methode verspricht dem Patienten seltener Komplikationen, wenig Blutverlust, weniger Schmerzen, kleinere Narben und einen kürzeren Krankenhausaufenthalt. Insbesondere ältere oder kranke Patienten profitieren hierbei enorm (Panis et al. Ann Surg 2011). In aktuellen Studien gibt es darüber hinaus erste Hinweise dafür, dass unter bestimmten Bedingungen auch das Langzeit-Überleben nach Darmkrebs durch eine minimalinvasive Operation verbessert ist (Benz et al. Surg Endosc 2017; Bonjer et al. N Engl J Med 2015).

Dennoch ist die Methode in Deutschland nicht ausreichend verbreitet. Werden hier nur etwa 20 bis 30 Prozent der Patienten mit Darmkrebs minimalinvasiv operiert, so sind es bei unseren europäischen Nachbarn 50 bis 80 Prozent (Babaei et al. Medicine 2016).

Was verhindert nun die weitere Verbreitung in Deutschland? Die minimalinvasive Operationsmethode ist schwieriger zu erlernen und erfordert ein hohes Maß an Erfahrung. Wesentliche Gründe hierfür sind der fehlende Tastsinn des Operateurs, die zweidimensionale Sicht auf den Operationsbereich und eine eingeschränkte Beweglichkeit. Dem Operateur wird viel Erfahrung und Geschick abverlangt. Er muss in der Lage sein, auch komplizierte Operationsschritte mit den schwer zu handhabenden Operationsinstrumenten präzise durchzuführen.

Der computergestützte, sogenannte da-Vinci-Operationsroboter wird über Fingerbewegungen des Operateurs gesteuert und erlaubt präzise Instrumentenbewegungen in allen Richtungen und in engstem Raum. Die 3D-Technologie kombiniert darüber hinaus die Vorteile der offenen Operationen mit denen der minimalinvasiven Eingriffe. Feinste, für die Funktion des Schließmuskels, der Blasenentleerung und der Potenz verantwortliche Nerven können visualisiert und geschont werden.

Erste Studienergebnisse der Roboter-assistierten Darmkrebsoperation sind vielversprechend (Sun et al. World J Oncol 2016). Sie zeigen, dass mithilfe des Roboters die minimalinvasive Vorgehensweise häufiger gelingt als mit den konventionellen Instrumenten. Es muss seltener in schwierigen Situationen ein Bauchschnitt angelegt werden. Gerade bei sehr komplexen Mastdarmkrebs-Operationen hilft der Roboter, den Tumor besser herauszupräparieren. Die Beurteilung der Langzeitergebnisse, insbesondere auch der funktionellen Ergebnisse der Roboter-assistierten Mastdarmkrebsoperation, stehen noch aus.

Babaei M, Balavarca Y, Jansen L, Gondos A, Lemmens V, Sjövall A, Brge Johannesen T, Moreau M, Gabriel L, Gonçalves AF, Bento MJ, van de Velde T, Kempfer LR, Becker N, Ulrich A, Ulrich CM, Schrotz-King P, Brenner H:
Minimally Invasive Colorectal Cancer Surgery in Europe: Implementation and Outcomes.
Medicine 2016; 95(22): e3812.

Benz S, Barlag H, Gerken M, Fürst A, Klinkhammer-Schalke M:
Laparoscopic surgery in patients with colon cancer: a population-based analysis.
Surg Endosc 2017; 31(6): 2586-2595.

Bonjer HJ, Deijen CL, Abis GA, Cuesta MA, van der Pas MH, de Lange-de Klerk ES, Lacy AM, Bemelman WA, Andersson J, Angenete E, Rosenberg J, Fuerst A, Haglund E; COLOR II Study Group:
A randomized trial of laparoscopic versus open surgery for rectal cancer.
N Engl J Med 2015; 372(14): 1324-1332.

Panis Y, Maggiori L, Caranhac G, Bretagnol F, Vicaut E:
Mortality after colorectal cancer surgery: a French survey of more than 84,000 patients.
Ann Surg 2011 Nov; 254(5): 738-743.

Schwenk W, Haase O, Neudecker J, Müller JM:
Short term benefits for laparoscopic colorectal resection.
Cochrane Database Syst Rev 2005; 3:CD003145.

*Pressekonferenz anlässlich des
136. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Mittwoch, 27. März 2019, 12.00 bis 13.00 Uhr, München*

Sun Y, Xu H, Li Z, Han J, Song W, Wang J, Xu Z:
Robotic versus laparoscopic low anterior resection for rectal cancer: a meta-analysis.
World J Surg Oncol 2016; 14: 61.

Trautmann F, Reißfelder C, Pecqueux M, Weitz J, Schmitt J:
Evidence-based quality standards improve prognosis in colon cancer care.
Eur J Surg Oncol 2018; 44(9): 1324-1330.

Völkel V, Draeger T, Gerken M, Fürst A, Klinkhammer-Schalke M:
Langzeitüberleben von Patienten mit Kolon- und Rektumkarzinomen: Ein Vergleich von
Darmkrebszentren und nicht zertifizierten Krankenhäusern.
Gesundheitswesen 2018.

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

EXPERTENSTATEMENT

Orthopädische Chirurgie beim alten Menschen

Professor Dr. med. Dieter C. Wirtz

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC); Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Bonn

Aufgrund des demografischen Wandels wird es in den nächsten 20 Jahren zu einem deutlichen Anstieg von Patienten älter als 70 Jahren im Krankenhaus kommen. Nach einer Statistik der Barmer Ersatzkasse (Barmer-Krankenhausreport 2017) kam es in einem Zehnjahresverlauf von 2006 bis 2015 zu einer 80-prozentigen Steigerung der Anzahl geriatrischer Patienten.

Dabei war im gleichen Zeitraum der Anstieg der geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlungen um 180 Prozent steigend, wobei etwa ein Viertel dieser Patienten eine Hauptdiagnose aufgrund einer Verletzung des Stütz- und Bewegungsapparates hatte.

Dies unterstreicht die Wichtigkeit der besonderen alterstraumatologischen Versorgung in unserem Fachgebiet. Allerdings verursachen derzeit nicht-verletzungsbedingte Erkrankungen des Muskelskelettsystems etwa doppelt so hohe Krankheitskosten in unserem Gesundheitssystem wie verletzungsbedingte (Krankheitskosten 2015; Statistik des Bundesamtes [Destatis] 2017). Dabei macht die Hälfte dieser Krankheitskosten die Gruppe der Patienten über 65 Jahre aus und die Pro-Kopf-Kosten betragen bei den über 85-Jährigen etwa 4,8-mal mehr als im Durchschnitt (Statistisches Bundesamt [Destatis] 2017).

Aus diesen Daten ist ableitbar, dass auch eine besondere Behandlungsfokussierung für den älteren Menschen im Bereich der orthopädischen Krankheitsbilder dringend notwendig ist.

Gerade weil es sich hier meist um elektive Operationen im Krankenhaus (Wirbelsäuleneingriffe, Kunstgelenkersatz und andere) handelt, müssen die Problemfelder des geriatrischen Patienten (Multimorbidität, Polypharmazie, kognitive Einschränkung, präoperative Anämie, Gangunsicherheit) in den Behandlungsfokus rücken. Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) hat daher auf dem diesjährigen Deutschen Chirurgenkongress 2019 bewusst zwei wissenschaftliche Sitzungen zu diesem Thema des geriatrischen Patienten bei gelenkchirurgischen und bei wirbelsäulenchirurgischen Eingriffen organisiert.

Nur durch eine an die besonderen Probleme des älteren Menschen angepasste Versorgung kann es – insbesondere bei dem elektiv zu operierenden, orthopädisch geriatrischen Patienten – gelingen, die perioperative Mortalitätsrate und Komplikationsrate zu senken. Gerade nach primärem Kunstgelenkersatz mit Hüft- und Knie-Totalendoprothese (TEP) haben Patienten über 80 Jahre eine

dreifach höhere Wahrscheinlichkeit perioperativ einen Myokardinfarkt und eine 3,5-fach höhere Wahrscheinlichkeit, eine postoperative Pneumonie zu entwickeln (Kreder H. J. et al., Journal of Arthroplasty 2005).

Um gerade diese Komplikation zu vermeiden, ist es besonders wichtig, bei diesen älteren Menschen ein sogenanntes perioperatives „Blood Management“ durchzuführen, um möglichst schon eine präoperativ bestehende Anämie therapieren zu können.

Anhand mehrerer Studien konnte gezeigt werden, dass dadurch die perioperative Transfusionsrate, die Mortalitätsrate und die Pneumonierate deutlich vermindert werden konnten (Bedard N. A. et al. Journal of Arthroplasty 2017; Zhang S. et al., Medicine 2018). Gleichsam scheint eine präoperative physiotherapeutische Schulung des Patienten eine schnellere Geh- und Mobilisationsfähigkeit, gerade beim älteren Menschen, zu ermöglichen (Wang L. et al., BMZ open 2016).

Um diese Behandlungsnotwendigkeiten in Zukunft im Krankenhaus etablieren zu können, braucht es bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen. Diese müssen gerade beim alten Menschen intersektoral, das heißt mit enger Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung, etabliert werden. Dies gilt nicht nur für die ärztliche Behandlung, sondern insbesondere auch für die Pflege.

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

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: Donnerstag, 28. 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:

**Gute Noten, manuelle Geschicklichkeit, ein festes Herz –
was braucht es, um ein guter Chirurg zu werden?**

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

Brustimplantate – eine sichere Option?! Update zur internationalen Datenlage & Diskussion

Professor Dr. med. Riccardo Giunta

Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und
Ästhetischen Chirurgie (DGPRÄC); Direktor der Abteilung für Handchirurgie,
Plastische Chirurgie und Ästhetische Chirurgie der Ludwig-Maximilians-Universität
München am Campus Innenstadt und Campus Großhadern

**Immer weniger Allgemeinchirurgen in der Fläche: Berufsverband der
Deutschen Chirurgen kritisiert aktuelle Bedarfsplanung**

Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg

Vizepräsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC), 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

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

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 Messensee, 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





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

*Pressekonferenz anlässlich des
136. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Mittwoch, 27. März 2019, 12.00 bis 13.00 Uhr, München*

- 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. Paul Alfred Grützner
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie
(DGOU) und der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU);
Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik
Ludwigshafen

* 1962



Studium:

1981–1987 Johannes Gutenberg Universität Mainz
1985 University of Edinburgh
1986–1987 Praktisches Jahr im Stadtkrankenhaus Worms

Promotion:

1989 Neurochirurgische Universitätsklinik Mainz

Beruf:

1987–1996 Assistenzarzt am Stadtkrankenhaus Worms, Akademisches Lehrkrankenhaus der
Universität Mainz
1993 Facharztanerkennung Chirurgie
1995 Gebietsbezeichnung Unfallchirurgie
1996–1999 Assistenzarzt an der BG-Unfallklinik Ludwigshafen
1999 Oberarzt an der BG-Unfallklinik Ludwigshafen
2000 Zusatzbezeichnung Notfallmedizin
2001 Hap Paul Award (International Society for Arthroplasty)
2004 Kongresssekretär der 68. Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
(DGU), gemeinsam mit der Jahrestagung der DGOOC und des BVOU.
2005 Habilitation im Fach Unfallchirurgie, Geschäftsführender Oberarzt – Klinik für
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, BG Unfallklinik Ludwigshafen,
Chairman AO Masters Course Davos, ATLS - Zertifikat
2006 Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Klinikum
Stuttgart (Katharinenhospital)
Durchgangsarzt
Facharzt für Unfallchirurgie und Orthopädie (neue WBO)
Spezielle Unfallchirurgie (neue WBO)

	Lehrauftrag der medizinischen Fakultät der Universität Tübingen – Fachgebiet Chirurgie
2007	President: International Society for Computer Assisted Orthopaedic Surgery (CAOS intl.)
2008	Ärztlicher Leiter des Zentrums für operative Medizin I am Klinikum Stuttgart Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie
2009	Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen, Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie
2009	Ernennung zum Außerplanmäßigen Professor an der Universität Heidelberg
2009	Beratender Arzt der DGUV (LV Südwest)

Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
 - Mitglied des Präsidiums der DGU (nichtständiger Beirat)
 - Leiter der Arbeitsgemeinschaft Navigation und Robotik (AGROP)
 - Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Weiterbildung der DGU
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC)
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
- Konvent der leitenden Krankenhauschirurgen
- Bund Deutscher Chirurgen (BDC)
- Berufsverband der Orthopäden und Unfallchirurgen (BVOU)
- Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen
- Arbeitsgemeinschaft für Endoprothetik (AE)
- Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (AO International)
 - Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (AO – Deutschland)
 - AO Spine
 - AO Alumni
 - Mitglied der AO Expert Group „computer assisted surgery“ (CSEG)
- Deutsche Gesellschaft für Computer- und Roboterassistierte Chirurgie e.V. (CURAC)
- Deutsche Gesellschaft für Biomedizinische Technik (DGBMT)
- International Society for Computer Assisted Orthopaedic Surgery (CAOS)
- Gutachter der Schlichtungsstellen der Landesärztekammern
- Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus – GeQiK (Mitglied der Arbeitsgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie von Seiten der BWKG)
- Wissenschaftlicher Beirat Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Reviewer diverser nationaler und internationaler wissenschaftlicher Zeitschriften

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Ulrich Liener

Leiter der Arbeitsgemeinschaft Alterstraumatologie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU); Editor des Weißbuchs Alterstraumatologie (Nationale Behandlungsempfehlungen zur Alterstraumatologie), Ärztlicher Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Leiter des Endoprothetik-, Trauma- und Wirbelsäulenzentrums sowie des Zentrums für Alterstraumatologie am Marienhospital Stuttgart



Beruflicher Werdegang:

2014	Physikalische Therapie und Balneologie
07/2011	Ernennung zum außerplanmäßigen Professor an der Universität Ulm
Seit 07/2009	Ärztlicher Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Zentrum für Schwerbrandverletzte, Marienhospital Stuttgart
2006	Europäisches Facharztexamen (European Board Examination Trauma Surgery) EBSQ Traumatology
2006	Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
2005	Oberarzt der Abteilung für Unfall-, Hand-, plastische und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinik Ulm
2003	Habilitation im Fach Unfallchirurgie an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm, Thema: „Immunologische Reaktionen nach experimentellem Thoraxtrauma“
2003	Reisestipendium der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthese Deutschland (AO)
2003	ATLS-Provider (ATLS = Advanced Trauma Life Support)
2003	Schwerpunkt Unfallchirurgie
2000	Facharzt für Chirurgie
1994–2000	Facharztausbildung an der Universitätsklinik Ulm; klinische Tätigkeit in der Abteilung für Unfall-, Hand-, plastische und Wiederherstellungschirurgie
1994	Promotion, Thema: „Differenzierte operative Therapie infektiöser Spondylitiden“
1994	Approbation
1988–1994	Studium der Humanmedizin an den Universitäten Gießen und Ulm

Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
- Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Alterstraumatologie der DGU

*Pressekonferenz anlässlich des
136. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Mittwoch, 27. März 2019, 12.00 bis 13.00 Uhr, München*

- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
- Arbeitsgemeinschaft für Endoprothetik (AE)
- American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS)
- Bundesverband der für die Berufsgenossenschaften tätigen Ärzte
- Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthese Deutschland (AO)

Gutachter wissenschaftlicher Zeitschriften:

- Der Unfallchirurg
- Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Injury
- Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dr. med. dent. Jürgen Hoffmann
Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG); Ärztlicher Direktor der Klinik und Poliklinik
für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums Heidelberg



Beruflicher Werdegang:

1986–1993 Studium der Human- und Zahnmedizin in Tübingen
1992, 1993 Promotion zum Doktor der Medizin / Doktor der Zahnmedizin
1999 Abschluß der Habilitation und Erteilung der „venia legendi“ für das Fach
„Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie“

Qualifikationen:

1997 Anerkennung der Gebietsbezeichnung „Arzt für Mund-Kiefer-
Gesichtschirurgie“
2000 Anerkennung als „Fellow of the European Board of Oro-Maxillofacial
Surgery (EBOMFS)“
2001 Anerkennung der Zusatzbezeichnung „Plastische Operationen“
2001 Anerkennung als Zahnarzt für Oralchirurgie
2005 Ernennung zum außerplanmäßigen Professor an der Universität Tübingen

Berufstätigkeit:

1992–2010 Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer-
und Gesichtschirurgie am Universitätsklinikum Tübingen
2000 Ernennung zum Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie am Universitätsklinikum Tübingen
2003 Ernennung zum Stellv. Ärztlichen Direktor der Klinik und Poliklinik für
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie am Universitätsklinikum Tübingen
2010 Ruf an das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, abgelehnt
2010 Ruf an das Universitätsklinikum Heidelberg, angenommen
Seit 9/2010 Ärztlicher Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie, Universitätsklinikum Heidelberg

Forschungsschwerpunkte:

- Plastisch-rekonstruktive Chirurgie, Fehlbildungschirurgie
- Regenerative Medizin, Knochenersatzmaterialien, Knochenrekonstruktion
- Molekulares Staging und Individualisierung der Therapie bei Malignomen des Kopf- und Halsbereiches
- Bilddatengestützte Operationstechniken
- Intraoperative Navigation
- Minimal-invasive Operationsverfahren

Tätigkeit in Gremien:

- Stellv. Gesch.-führender Ärztlicher Direktor der Kopfklinik des Universitätsklinikums Heidelberg
- Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Leiter des Referats Gutachten der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Ehemaliger 1. Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Kieferchirurgie
- Mitglied des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
- Chairman der Sektion „Plastic & Reconstructive Surgery“ der S.O.R.G.
- Beiratsmitglied der Interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft für Kopf-Hals-Tumoren innerhalb der Deutschen Krebsgesellschaft
- Mitglied mehrerer Editorial Boards
- Mitglied der Gutachterkommission der Bezirkszahnärztekammer Nordbaden
- Vorsitzender des Widerspruchsausschusses der LZAEK BW für die Weiterbildung Oralchirurgie

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Andreas Türler
Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Minimal-Invasive
Chirurgie (CAMIC) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und
Viszeralchirurgie (DGAV); Chefarzt der Abteilung
für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Darmkrebszentrum (DKG),
Johanniter-Krankenhaus, Bonn



*1966

Hochschulausbildung:

1986	Medizinstudium an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
1988	Ärztliche Vorprüfung
1989	1. Staatsexamen
1991	2. Staatsexamen
1993	3. Staatsexamen und Teilapprobation

Klinischer Werdegang:

1993–1998	Assistenzarzt & wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik und Poliklinik für Chirurgie der Universität zu Köln
1998–2000	Assistenzarzt & wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Bonn
2000	Facharzt für <u>Allgemeine Chirurgie</u>
2003	Ernennung zum Oberarzt der Klinik
2005	Facharzt für <u>Viszeralchirurgie</u> Ernennung zum Geschäftsführenden Oberarzt der Klinik
2007	Zusatzweiterbildung <u>Proktologie</u>
Seit 2007	Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Johanniter-Kliniken Bonn, Johanniter GmbH, Johanniter-Krankenhaus
2012	Zusatzweiterbildung <u>Spezielle Viszeralchirurgie</u>

Klinische Schwerpunkte:

- onkologische Viszeralchirurgie
- minimalinvasive Chirurgie, MIC bei kolorektalen Karzinomen
- Robotic Chirurgie (Rektum, Pankreas, Magen und Speiseröhre)
- minimalinvasive Adipositaschirurgie

Zuständigkeiten und Leitungen:

2003-2007	Mitglied der Habilitationskommission der Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
Seit 2008	Weiterbildungsberechtigter „Facharzt für Viszeralchirurgie“, 48 Monate
Seit 2010	Leiter des Viszeralonkologischen Zentrums mit Darmkrebszentrum und Pankreaskrebszentrum an den Johanniter-Kliniken Bonn, Johanniter GmbH (nach DKG)
Seit 2010	Leiter der Sektion Chirurgische Onkologie, Onkologisches Zentrum Bonn/Rhein-Sieg (nach DKG)
Seit 2011	Leiter des zertifizierten Referenzzentrums für Minimalinvasive Chirurgie (nach DGAV) an den Johanniter-Kliniken Bonn, Johanniter GmbH
Seit 2011	Leiter des zertifizierten Referenzzentrums für Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie an den Johanniter-Kliniken Bonn, Johanniter GmbH
Seit 2011	Leiter des zertifizierten Referenzzentrums für Adipositaschirurgie (nach DGAV) an den Johanniter-Kliniken Bonn, Johanniter GmbH
Seit 2013	Weiterbildungsberechtigter „Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie“, 36 Monate
Seit 2014	Schriftführer der Arbeitsgemeinschaft CAMIC in der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
Seit 2016	Mitglied in der Zertifizierungskommission Onkologische Zentren der DKG
Seit 2016	Vorstandsmitglied des Integrativen Darmzentrums Bonn/Rhein-Sieg (IDZB)

- Seit 2017 1. Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft CAMIC (Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Minimal-Invasive Chirurgie) in der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
- Seit 2017 Präsidiumsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
- Seit 2017 Mitglied der ESSO Task Force (European Society of Surgical Oncology) „Minimally Invasive Surgery in Colon Cancer“
- Seit 2018 Mitglied des erweiterten Vorstandes der ACO (Assoziation Chirurgische Onkologie) in der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
- Seit 2018 Leiter des zertifizierten Kompetenzzentrums für Erkrankungen des Peritoneums (nach DGAV) an den Johanniter-Kliniken Bonn, Johanniter GmbH

Wissenschaftlicher Werdegang:

- 1993 Promotion im Fach Humanmedizin an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
„Doppler-Sonografie des feto- und uteroplazentaren Kreislaufes in Gegenüberstellung zur Morphologie der Plazenta“ (magna cum laude)
- 2000–2002 Forschungsaufenthalt an der University of Pittsburgh, Departments of Surgery and Medicine/Hepato-Gastroenterology im Rahmen eines DFG-Habilitandenstipendiums
- 2002 Habilitation im Lehrgebiet Chirurgie an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität, „Die inflammatorische Darmatonie: Pathophysiologie des mechanisch-endotoxämischen Traumas in der Tunica muscularis nach Dickdarmoperationen“
- 2008 Ernennung zum außerplanmäßigen Professor an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dieter C. Wirtz
Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische
Chirurgie (DGOOC); Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und
Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Bonn

*1967



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------|---|
| 1986–1992 | Studium an der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen |
| 1993 | Medizinische Fakultät der RWTH Aachen
Thema der Promotionsarbeit: „Blutvolumenkontrollierte Ultrafiltration: Eine neue Methode zur Optimierung der Dialysetherapie“ |
| 2001 | Venia legendi für das Fach Orthopädie, Medizinische Fakultät der RWTH Aachen
Thema der Habilitationsschrift: „Eine neue Beschichtungsmethode für zementierte Femurschaftimplantate zur hydrolysestabilen Optimierung des Metall-Knochenzement-Verbundes“ |
| 2006 | apl-Professur, RWTH Aachen |
| 2006 | W3-Professur, Lehrstuhl für Unfallchirurgie/Orthopädie, Universität Bonn |

Berufstätigkeit:

- | | |
|------------|---|
| 1993–1994 | Arzt im Praktikum, Klinik für Unfall- und Wiederherstellungs-chirurgie, Zentrum für Chirurgie, Katharinenhospital Stuttgart (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. U. Holz) |
| 1994 | Assistenzarzt, Chirurgische Klinik des Klinikums Wiesbaden (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. H. Peters) |
| 1994–1999 | Assistenzarzt, 12/1994 – 06/1999, Orthopädische Universitätsklinik der RWTH Aachen (Ärztlicher Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. F. U. Niethard) |
| 1999–2003 | Oberarzt, Orthopädische Universitätsklinik Aachen |
| 2003–2006 | Leitender Oberarzt, Orthopädische Universitätsklinik Aachen, 08/2005 – 10/2006 gleichzeitig Stellvertretender Klinikdirektor |
| 30.10.2006 | Klinikdirektor, Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Bonn |
| 30.10.2008 | Geschäftsführender Direktor des Chirurgischen Zentrums, Universitätsklinikum Bonn |

Facharztanerkennung und Zusatzbezeichnungen:

- Facharzt für Orthopädie(10.12.1998)
- Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie (27.04.06)

- Strahlenschutz (22.07.1994)
- Sportmedizin (14.01.1997)
- Chirotherapie (09.12.1997)
- Physikalische Therapie (14.01.2003)
- Spezielle Orthopädische Chirurgie (15.05.2003)
- Rheumatologie (22.02.2005)
- Gesundheitsökonom dipl. (30.08.2005 Deutschen Akademie für Betriebswirtschaftslehre der Heilberufe, Köln)

Weiterbildungsermächtigungen:

Orthopädie und Unfallchirurgie, volle WB

Common Truck Chirurgie, im Verbund 24 Mo

Spezielle Orthopädische Chirurgie, volle WB

Allgemein/ Hausarztmedizin, im Verbund 12 Mo

Wissenschaftliches Oeuvre (Stand Januar 2019)

Publikationen	287
Editorials	35
Monographien, Bücher	10
Buchbeiträge	44
Vorträge	583
Poster	78
Vorsitze auf Kongressen	175

Auszeichnungen, Preise, Stipendien:

Posterpreis 1994 der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie 1994; Berlin

SICOT Traveling Award 1998 zum 9th SICOT Trainees Meeting in Kopenhagen 1998

Posterpreis 1998 der Norddeutscher Orthopädenkongress 1998, Leipzig

Wilhelm-Roux-Preis 1998, Deutscher Orthopädenkongress 1998, Wiesbaden

HIP-Preis 1999, Kongress „Chirurgie de la Hanche - Hip Surgery, Developments & Future prospects“,1999, Toulouse, France

AE-Reise-Stipendium 2000 zum „Current Concepts in Total Joint Replacement 2000“, Orlando, USA

Themistokles-Gluck-Preis 2001 der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Berlin

AE-Forschungspreis 2002, AE-Jahreskongress 2002, Berlin

Posterpreis 2003 der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin, Deutscher Nuklearmedizinikkongress 2003, Essen,

ASG-Fellowship 2004, USA-Kanada-Great Britain, Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie

Wilhelm-Roux-Preis 2005, Deutscher Orthopäden- und Unfallchirurgen-kongress 2005, Berlin.

Themistokles-Gluck-Preis 2007, Deutscher Orthopäden- und Unfallchirurgenkongress, Berlin

DKOU-Posterpreis 2. Platz 2011, Deutscher Orthopäden- und Unfallchirurgenkongress, Berlin

Editor-In-Chief:

- seit 01.07.2011: Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie (Z Orthop Unfall), Thieme-Verlag

Editorial Board-Mitglied von wissenschaftlichen Zeitschriften:

- seit 30.04.2004: Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie (Z Orthop Unfall), Thieme-Verlag
- seit 06/2007: Zeitschrift „Der Orthopäde“ (Orthopäde)
- seit 30.08.07: Zeitschrift „Operative Orthopädie und Traumatologie“ (Oper Orthop Traumatol), Springer Verlag
- seit April 2008: Zeitschrift „Orthopädie und Unfallchirurgie up2date“, Thieme-Verlag
- seit Januar 2014: Zeitschrift "European Orthopaedics and Traumatology", Springer Verlag

Vorstandsmitgliedschaften und Ehrenämter

- 10/2000 bis 10/2006: Mitglied im Geschäftsführenden Vorstand der DGOOC (Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie)
- 10/2000 bis 10/2014: Mitglied im Gesamtvorstand der DGOOC (Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie)
- seit 03.10.2001: Wissenschaftlicher Beirat der Stiftung Akademie Deutscher Orthopäden (ADO)
- 01/2006 bis 12/2009; seit 10/2009 Beiratsmitglied des VLO-Vorstandes (Verband leitender Orthopäden e.V.)
- seit 04.06.2009: Mitglied des Sachverständigenbeirats "Versorgungsmedizin" des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

- 10/2009 bis 10/2012: Mitglied des Gesamtvorstandes der DGOU (Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie)
- 11.12.2009 bis 06/2013: Beiratsmitglied der VLOU-Vorstandes NRW (Verband Leitender Orthopäden und Unfallchirurgen e.V.)
- 12/2009 bis 12/2013: Vertrauensdozent der Konrad-Adenauer-Stiftung
- 01/2011 bis 06/2014: Vertreter der Klinikdirektorenkonferenz im Vorstand des Universitätsklinikums Bonn
- seit 01.12.2011 (bis 30.11.2020): Stellvertretendes Geschäftsführendes Kommissionsmitglied in der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler der Ärztekammer Nordrhein
- Kongresspräsident, EFORT-Kongress 2012, Berlin (European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology)
- seit 10/2012–2016: Nationaldelegierter der DGOOC (Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie) in der General Assembly der EFORT (European Federation of National Assotiations of Orthopedics and Traumatology)
- 12/2012 bis 12/2016: kooptiertes Mitglied im Vorstand der AE (Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik/Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik)
- seit 06/2013: Mitglied der Zertifizierungskommission EndoCert®
- seit 12/2013: Mitglied der Akademie der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE)
- Kongresspräsident der AE-Jahrestagung Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik, Bonn, 05.12.14–06.12.14
- seit 12/2016: Präsidiumsmitglied der AE (Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik/ Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik)
- 2016–2020: Nationaldelegierter der DGOU (Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie)
- 1/2019 Mitglied des Executive Comitee (EC) des Endoprothesen-register Deutschland (EPRD)
- 2019 Vizepräsident der DGOOC, Incoming Präsident 2020 der DGOOC und DGOU