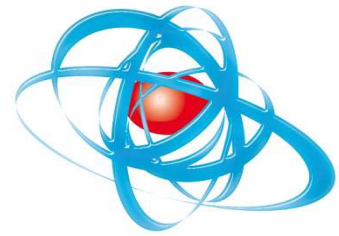




Deutsche Gesellschaft für Chirurgie  
132. Kongress  
28. April bis 1. Mai 2015 • München/ICM



Chirurgische  
im Werte-Wandel  
Heilkunst

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

**Termin:** Mittwoch, 22. April 2015, 12.00 bis 13.30 Uhr  
**Ort:** Künstlerhaus München, Lenbachzimmer  
**Anschrift:** Lenbachplatz 8, 80333 München

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

## „Chirurgische Heilkunst im Werte-Wandel“ Highlights des 132. Chirurgenkongresses in München

### Themen und Referenten:

#### Highlights und Schwerpunkte des 132. Kongresses der DGCH

*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

#### Operieren während der Schwangerschaft? Frauen in der Chirurgie

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

#### Killerkeime in deutschen Krankenhäusern: Wie schützen wir Chirurgen unsere Patienten?

*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

#### Kleine Körper, kleine Schnitte: Minimalinvasive Kinderchirurgie auf dem Vormarsch?

*Professor Dr. med. Stuart Hosie*

Kongresspräsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH);  
Chefarzt der Klinik für Kinderchirurgie, Städtisches Klinikum München GmbH

#### Vom Patienten zum Kunden? Wertewandel in der Medizin

*Dr. med. Christian Kugler*

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

#### 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

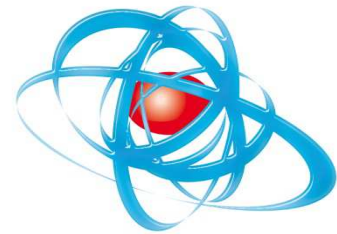
#### Pressekontakt in München

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**

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

**Termin:** Mittwoch, 22. April 2015, 12.00 bis 13.30 Uhr  
**Ort:** Künstlerhaus München, Lenbachzimmer  
**Anschrift:** Lenbachplatz 8, 80333 München

**„Chirurgische Heilkunst im Werte-Wandel“  
Highlights des 132. Chirurgenkongresses in München**

**Inhalt:**

**Pressemeldungen**

**Redemanuskripte**

**Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie**

**Lebensläufe der Referenten**

**Übersicht Pressekonferenzen des 132. Chirurgenkongresses in München**

**Bestellformular für Fotos**

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



*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](mailto:ullrich@medizinkommunikation.org)*

**Ihr Kontakt für Rückfragen**

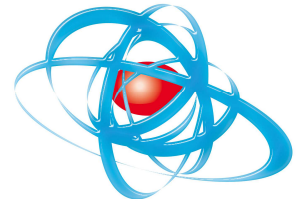
Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)  
Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Telefon: 0711 8931-641  
Telefax: 0711 8931-167  
E-Mail: [ullrich@medizinkommunikation.org](mailto:ullrich@medizinkommunikation.org)  
[www.chirurgie2015.de](http://www.chirurgie2015.de),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

**Pressekontakt in München**

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



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



Chirurgische  
im Werte-Wandel  
**Heilkunst**

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

## PRESSEMITTEILUNG

132. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

### **Heilkunst im Wertewandel**

### **Neue Strategien für Chirurgen, mehr Nutzen für Patienten**

**München, 22. April 2015 – Ist es ein Unterschied, ob Chirurgen ihr Handwerk am Patienten oder am Computerbildschirm erlernen? Wie sicher kann die operative Medizin sein? Wie lässt sich die Verantwortung des Chirurgen für den Patienten mit familienfreundlichen Arbeitszeiten vereinbaren? Die Chirurgie steht vor neuen Herausforderungen und muss sich auf die sich ändernden Werte innerhalb der Gesellschaft einstellen. Welche Perspektiven sich etwa in Bezug auf Generationenkonflikt, Patientensicherheit und Operationssimulation bieten, werden rund 5 500 Chirurgen vom 28. April bis 1. Mai 2015 in München diskutieren. Der 132. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) trägt das Motto „Chirurgische Heilkunst im Wertewandel“.**

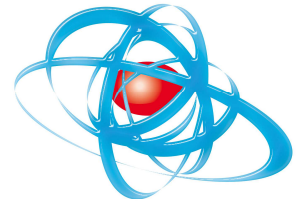
Dabei richtet sich der Blick an allen vier Kongresstagen auf den Patientennutzen, der inmitten des Wandels im Mittelpunkt allen chirurgischen Handelns steht. Wie er durch chirurgisches Können und Technik gesteigert werden kann, ist Thema des ersten Kongresstages. „Große Fortschritte sehen wir etwa bei der Behandlung schwerer Handverletzungen oder im Bereich der Gefäßchirurgie, die auf neue Prothesen zurückgreifen kann“, erläutert Professor Dr. med. Peter M. Vogt, Präsident der DGCH und Direktor der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover. Eindrucksvolle Beispiele liefert auch die Transplantationsmedizin, wo erstmals Verpflanzungen von Hand, Gesicht und Gebärmutter gelungen sind.

Am zweiten Tag rücken konservative Behandlungsverfahren ins Zentrum der Diskussion. Bei einigen Erkrankungen stellen aus Sicht der Chirurgie Medikamente, Physio- oder Strahlentherapie berechtigte Alternativen zum operativen Eingriff dar.





**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

Dies gilt heute häufig auch für Knochenbrüche, Blinddarmentzündungen, Spinalkanalstenosen und Darmkrebs. „Vor dem Hintergrund eines wachsenden Sicherheitsbedürfnisses und dem Ruf nach mündigen Patienten sollten Chirurgen konservative Behandlungsalternativen ansprechen und gegebenenfalls ihren Patienten aktiv empfehlen“, betont DGCH-Präsident Vogt.

Inwieweit organisatorische Änderungen zur besseren Versorgung beitragen können, debattieren die Experten am dritten Kongresstag. „Fakt ist: Die Arbeits- und Ausbildungsbedingungen in der Chirurgie unterliegen einem dramatischen Wandel“, erklärt Professor Vogt. Skill-Labs ermöglichen schon heute das Training chirurgischer Eingriffe am Monitor, wobei sogar die Konsistenz von Geweben simuliert wird. „In Anbetracht knapper werdender Ressourcen – es bleibt immer weniger Zeit für die Ausbildung der Assistenten – ist dies eine wichtige Option für die Zukunft“, so Vogt.

Zum anderen wünschen sich junge Chirurgen mehr Zeit für die Familie. „Hier eröffnen neue Organisationsformen, verlängerte Weiterbildungszeiten und die Entlastung von Dokumentationsaufgaben sicherlich Spielräume“, meint Vogt. „Allerdings muss man auch offen über entsprechende Ressourcen sprechen sowie über Begrenzungen, die das Fach mit sich bringt – eine schwierige Operation lässt sich nicht mit starren Kita-Öffnungszeiten vereinbaren. Das sollte jeder wissen, der in die Chirurgie geht.“

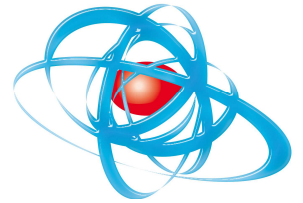
Am letzten Kongresstag rückt schließlich die chirurgische Wissenschaft in den Fokus. Neben konkreten neuen Erkenntnissen soll die Bedeutung von Evidenz und Empirie in der Chirurgie beleuchtet werden. „Dahinter verbirgt sich die spannende Frage, wie weit ein Operateur sich bei seinen Entscheidungen von Studien leiten lässt, wie weit von seiner Erfahrung“, führt der DGCH-Präsident aus.

Partnerland des 132. DGCH-Kongresses ist Frankreich. Auch in diesem Jahr wirbt ein Fünf-Kilometer-Lauf für die Organspende. Interessierte sind eingeladen, am 29. April ab 18.15 Uhr im Englischen Garten mitzulaufen. Weitere Infos: [www.chirurgie2015.de](http://www.chirurgie2015.de).





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



Chirurgische  
im Werte-Wandel  
**Heilkunst**

### **Termine der Pressekonferenzen:**

#### Kongress-Pressekonferenzen

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

Dienstag, 28. April 2015, von 12.00 bis 13.00 Uhr  
Mittwoch, 29. April 2015, von 12.00 bis 13.00 Uhr  
Donnerstag, 30. April 2015, von 12.00 bis 13.00 Uhr  
Freitag, 1. Mai 2015, von 12.00 bis 13.00 Uhr

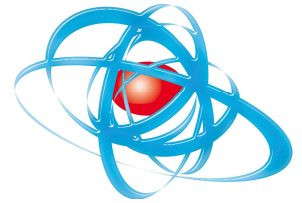
Präsident 2014/2015  
Prof. Dr. med. Peter M. Vogt







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



Chirurgische  
im Werte-Wandel  
Heilkunst

## PRESSEMITTEILUNG

132. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

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

### **Schutz vor Killerkeimen in Krankenhäusern**

## **Chirurgen empfehlen Fragebögen und Hygieneregeln für Patienten**

**München, 22. April 2015 – Das wirksamste Mittel gegen gefährliche Krankenhausinfektionen ist die Vorbeugung. Sie muss schon vor der Aufnahme in die Klinik beginnen, fordert die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Patienten sollten vor jeder medizinischen Behandlung einen Fragebogen ausfüllen, der Aufschluss über ihr Infektionsrisiko gibt und einem Test auf multiresistente Erreger vorgeschaltet ist. Zugleich sollten Patienten über die Grundregeln der Hygiene aufgeklärt werden. Welche konkreten Maßnahmen Chirurgen empfehlen, um Patienten sowie deren Angehörige vor den gefährlichen Infektionen zu schützen, erläutern Experten auf der heutigen Vorab-Pressekonferenz der DGCH anlässlich des 132. Chirurgenkongresses in München.**

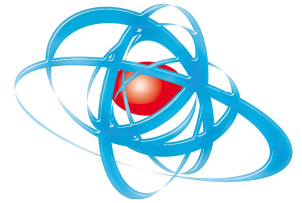
Zwischen 400 000 und 600 000 Personen erkranken jedes Jahr an einer Infektion, die sie im Krankenhaus erwerben. Diese so genannten nosokomialen Infektionen (NI) fordern jährlich bis zu 15 000 Todesopfer, besonders gefährdet sind immungeschwächte Personen. Große Sorgen bereitet Experten dabei die steigende Zahl multiresistenter Erreger (MRE), die auf kein Antibiotikum mehr reagieren. „Wir haben praktisch keine Waffe gegen solche Keime in der Hand“, betont Professor Dr. med. Peter M. Vogt, Präsident der DGCH.

Die Verbreitung der Killerbakterien muss daher gestoppt werden, darin sind sich Politiker und Mediziner einig. „Wir unterstützen den 10-Punkte-Plan des Bundesgesundheitsministeriums zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen und Antibiotika-Resistenzen“, erläutert Professor Dr. med. Claus-Dieter Heidecke, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) und Direktor der chirurgischen Klinik an der Universitätsmedizin in Greifswald. „Darüber hinaus sehen wir weitere Möglichkeiten, unsere Patienten zu schützen.“





**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

So empfehlen die Chirurgen, die Vorgeschichte der Patienten bezüglich ihrer Infektionsgefahr vor der Aufnahme ins Krankenhaus abzuklären. Ein Fragebogen, wie ihn die chirurgische Klinik in Greifswald bereits verwendet, kann wichtige Informationen etwa über frühere Behandlungen, Auslands- oder Krankenhausaufenthalte liefern. „Liegen Risikofaktoren vor, folgt ein Test auf MRE“, so Heidecke. Ist ein Patient Träger multiresistenter Bakterien, wird die Operation verschoben. Lässt sich der Eingriff nicht aufschieben, müssen geeignete Maßnahmen ergriffen werden. „Eine Isolation von anderen Patienten ist ebenso sinnvoll wie eine antiseptische Ganzkörperwaschung“, erklärt Heidecke. Beides vermindert das Risiko, die Erreger weiterzugeben.

Ebenso wichtig ist eine frühzeitige Sensibilisierung der Patienten für die Problematik. „Wenn wir dem Patienten einfache Grundregeln des hygienebewussten Verhaltens im Krankenhaus vermitteln, die ihn, seine Mitpatienten und Angehörigen vor NI schützen, fühlt er sich ernstgenommen und sicher aufgehoben, was letztlich den Heilungsprozess unterstützt“, erläutert Heidecke. Schließlich seien Verunsicherung und Ängste bei Patienten und Angehörigen oft groß. Einfache Maßnahmen wie das Desinfizieren von WC-Sitz, Händen und Türklinken vor und nach jedem Toilettengang können die Gefahr einer Ansteckung deutlich reduzieren.

Welche Aspekte für die Infektionsprävention wichtig sind und wie die Patienten und ihre Angehörigen mit einbezogen werden können, darüber informiert die DGCH auf ihrer Vorab-Presskonferenz am Mittwoch, den 22. April 2015, von 12 bis 13.30 Uhr im Künstlerhaus München.

Weitere Infos zum Kongress: [www.chirurgie2015.de](http://www.chirurgie2015.de).

### **Termine der Pressekonferenzen:**

#### Kongress-Presskonferenzen

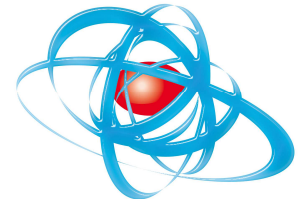
Die Pressekonferenzen der DGCH finden während des Kongresses täglich in Saal 22b, ICM – Internationales Congress Center München statt.  
Anschrift: Messengelände, Am Messesee, 81829 München

Dienstag, 28. April 2015, von 12.00 bis 13.00 Uhr  
Mittwoch, 29. April 2015, von 12.00 bis 13.00 Uhr  
Donnerstag, 30. April 2015, von 12.00 bis 13.00 Uhr  
Freitag, 1. Mai 2015, von 12.00 bis 13.00 Uhr





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



Chirurgische  
im Werte-Wandel  
Heilkunst

## PRESSEMITTEILUNG

132. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

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

**Kleine Körper, kleine Schnitte**

### **Schlüsselloch-OPs bei Kindern immer häufiger**

**München, 22. April 2015 – Immer häufiger führen Kinderchirurgen Operationen minimalinvasiv durch. Bei einigen Erkrankungen hat sich die sogenannte Schlüsselloch-Technik inzwischen klar durchgesetzt – etwa bei der Korrektur der Trichterbrust, einer der häufigsten Fehlbildungen bei Kindern im Brustbereich. „Hier ist die minimalinvasive Operation zum Goldstandard geworden“, erklärt Professor Dr. med. Peter M. Vogt, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Zu ihren Vorteilen zählen deutlich kürzere Operationszeiten, kleinere Narben, weniger Schmerzen und Blutverlust. Wann die Chirurgie der kleinen Schnitte infrage kommt und worauf Eltern bei der Wahl des Operateurs achten sollten, erläutern Experten auf der heutigen Vorab-Pressekonferenz der DGCH anlässlich des 132. Chirurgenkongresses in München.**

Kommen Kinder mit einem nach innen gewölbten Brustbein auf die Welt, spricht man von einer Trichterbrust. Etwa acht von 1 000 Geburten sind betroffen, Jungen vier Mal häufiger als Mädchen, die Ursache ist unbekannt. Eine Gefahr stellt die Trichterbrust in der Regel nicht dar, auch wenn sie die Leistungsfähigkeit von Herz und Lunge einschränken kann. „Allerdings leiden die Jugendlichen häufig unter vermindertem Selbstwertgefühl, Schamgefühlen und Kontaktarmut“, erläutert Professor Dr. med. Stuart Hosie, Kongresspräsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) und Chefarzt der Kinderchirurgie am Städtischen Klinikum München GmbH.

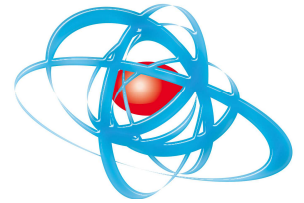
Bis zum Jahr 2002 korrigierten Chirurgen in Europa die Fehlbildung mit einer offenen Operation. Sie erforderte einen größeren Schnitt in der Brustwand, um den eingedrückten Brustknorpel zu durchtrennen und aufzurichten. Nachdem der US-Chirurg Dr. med. Donald Nuss der Fachwelt 1998 erstmals ein minimalinvasives Vorgehen präsentierte, trat die „Nuss-OP“ ihren Siegeszug bald in ganz Europa an.







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



Chirurgische  
im Werte-Wandel  
**Heilkunst**

Der Eingriff kommt mit nur zwei kleinen Schnitten an den Seiten aus, durch die unter Videokontrolle ein Stahlbügel eingezogen wird, der die eingedrückte Brustwand aufrichtet. Der Bügel wird nach drei Jahren wieder entfernt.

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

„Das minimalinvasive Vorgehen hat klare Vorteile“, betont Hosie. So dauert die offene Operation zwischen vier und fünf Stunden, die Schlüsselloch-Variante nur etwa eine Stunde. „Zudem verursacht die Nuss-OP bei einer vergleichbaren Komplikationsrate erheblich weniger Schmerzen, weniger Blutverlust – und nur zwei kleine Narben“, erläutert der DGKCH-Experte. Voraussetzung für ein minimalinvasives Vorgehen ist die ausreichende Erfahrung des Operators mit mindestens 30 angeleiteten Eingriffen. „Eltern sollten sich nicht scheuen, den Chirurgen nach seiner Erfahrung mit der OP-Technik zu fragen“, rät Hosie.

Auch auf anderen Gebieten ist die minimalinvasive Kinderchirurgie aufgrund der benannten Vorteile auf dem Vormarsch. Dies gilt beispielsweise für die Entfernung von Eierstockzysten, Verlagerung des Bauchhodens, Operationen in der Brusthöhle, Blinddarmoperation, Milz- und Gallenblasenentfernung. „Die überwiegende Zahl deutscher Kinderchirurgen arbeitet heute auch minimalinvasiv“, schätzt Hosie. Umstritten bleibt die Schlüsselloch-Technik beim Leistenbruch.

Welche Aspekte für oder gegen minimalinvasive Eingriffe bei Kindern eine Rolle spielen, darüber informiert die DGCH auf ihrer heutigen Vorab-Presskonferenz am Mittwoch, den 22. April 2015, von 12 bis 13.30 Uhr im Künstlerhaus München.

Weitere Infos zum Kongress: [www.chirurgie2015.de](http://www.chirurgie2015.de).

### **Termine der Pressekonferenzen:**

#### Kongress-Presskonferenzen

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

Dienstag, 28. April 2015, von 12.00 bis 13.00 Uhr  
Mittwoch, 29. April 2015, von 12.00 bis 13.00 Uhr  
Donnerstag, 30. April 2015, von 12.00 bis 13.00 Uhr  
Freitag, 1. Mai 2015, von 12.00 bis 13.00 Uhr



DGNC  
Deutsche Gesellschaft  
für Neurochirurgie



## **Highlights und Schwerpunkte des 132. Kongresses der DGCH**

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

Ist es ein Unterschied, ob Chirurgen ihr Handwerk am Patienten oder am Computerbildschirm erlernen? Wie sicher kann die operative Medizin sein? Wie lässt sich die Verantwortung des Chirurgen für den Patienten mit familienfreundlichen Arbeitszeiten vereinbaren? Die Chirurgie steht vor neuen Herausforderungen und muss sich auf die sich ändernden Werte innerhalb der Gesellschaft einstellen. Welche Perspektiven sich etwa in Bezug auf Generationenkonflikt, Patientensicherheit und Operationssimulation bieten, werden rund 5 500 Chirurgen vom 28. April bis 1. Mai 2015 in München diskutieren. Der 132. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) trägt das Motto „Chirurgische Heilkunst im Wertewandel“.

Dabei richtet sich der Blick an allen vier Kongresstagen auf den Patientennutzen, der inmitten des Wandels im Mittelpunkt allen chirurgischen Handelns steht. Wie er durch chirurgisches Können und Technik gesteigert werden kann, ist Thema des ersten Kongresstages. Große Fortschritte sehen wir etwa bei der Behandlung schwerer Handverletzungen oder im Bereich der Gefäßchirurgie, die auf neue Prothesen zurückgreifen kann. Eindrucksvolle Beispiele liefert auch die Transplantationsmedizin, wo erstmals Verpflanzungen von Hand, Gesicht und Gebärmutter gelungen sind.

Am zweiten Tag rücken konservative Behandlungsverfahren ins Zentrum der Diskussion. Bei einigen Erkrankungen stellen aus Sicht der Chirurgie Medikamente, Physio- oder Strahlentherapie berechtigte Alternativen zum operativen Eingriff dar. Dies gilt heute häufig auch für Knochenbrüche, Blinddarmentzündungen, Spinalkanalstenosen und Darmkrebs. Vor dem Hintergrund eines wachsenden Sicherheitsbedürfnisses und dem Ruf nach mündigen Patienten sollten Chirurgen konservative Behandlungsalternativen ansprechen und gegebenenfalls ihren Patienten aktiv empfehlen.

Inwieweit organisatorische Änderungen zur besseren Versorgung beitragen können, debattiert die DGCH am dritten Kongresstag. Fakt ist: Die Arbeits- und Ausbildungsbedingungen in der Chirurgie unterliegen einem dramatischen Wandel. Skill-Labs ermöglichen schon heute das Training chirurgischer Eingriffe am Monitor, wobei sogar die Konsistenz von Geweben simuliert wird. In Anbetracht

knapper werdender Ressourcen – es bleibt immer weniger Zeit für die Ausbildung der Assistenten – ist dies eine wichtige Option für die Zukunft.

Zum anderen wünschen sich junge Chirurgen mehr Zeit für die Familie. Hier eröffnen neue Organisationsformen, verlängerte Weiterbildungszeiten und die Entlastung von Dokumentationsaufgaben sicherlich Spielräume. Allerdings muss man auch offen über entsprechende Ressourcen sprechen sowie über Begrenzungen, die das Fach mit sich bringt – eine schwierige Operation lässt sich nicht mit starren Kita-Öffnungszeiten vereinbaren. Das sollte jeder wissen, der in die Chirurgie geht.

Am letzten Kongresstag rückt schließlich die chirurgische Wissenschaft in den Fokus. Neben konkreten neuen Erkenntnissen soll die Bedeutung von Evidenz und Empirie in der Chirurgie beleuchtet werden. Dahinter verbirgt sich die spannende und hochaktuelle Frage, wie weit ein Operateur sich bei seinen Entscheidungen von Studien leiten lässt, wie weit von seiner Erfahrung.

Auch in diesem Jahr wirbt übrigens ein Fünf-Kilometer-Lauf für die Organspende. Interessierte sind eingeladen, am 29. April ab 18.15 Uhr im Englischen Garten mitzulaufen.

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

## **Frauen in der Chirurgie und Operieren in der Schwangerschaft**

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

Die derzeit geführte Diskussion um die für 2016 geplante gesetzlich vorgegebene Frauenquote im Topmanagement bei den börsennotierten Aktiengesellschaften trifft ebenfalls für das Gesundheitswesen, speziell auch für die Chirurgie, im Management beziehungsweise klinischen Bereich, zu, wo der Frauenanteil derzeit lediglich fünf bis zehn Prozent beträgt. Dies steht eindeutig im Missverhältnis zu den Zahlen der Studien- und Berufsanfänger, von denen mehr als 60 Prozent weiblich sind. Diese Zahlen werden weiter durch die Angaben des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2013 gestärkt, nach denen von 165 000 Mitarbeitern im ärztlichen Dienst 46 Prozent Frauen waren. In der klinischen Realität spiegelt sich diese Relation bei der heute zu Recht eingeforderten Vereinbarkeit von Beruf und Familie wider.

Neue Arbeitszeitmodelle oder Organisationsformen, das heißt Teilzeitstellen, adäquate Rotationsmöglichkeiten, frei verfügbare Kindertagesstätten et cetera, werden nämlich nur äußerst mühsam umgesetzt. Zudem verlängert sich bei Teilzeitbeschäftigung die Weiterbildung zum Facharzt erheblich, so sie durch die zuständige Landesärztekammer überhaupt als anrechnungsfähig anerkannt wird. Nach einer Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie unter mehr als 2 500 Mitgliedern waren 71 Prozent der Teilnehmer, Frauen wie Männer, der Meinung, dass die Verknüpfung von Beruf und Familie nur mit Kompromissen zu erreichen ist; 16 Prozent der Frauen halten beides sogar für unvereinbar. Für viele weibliche Mitglieder bedeutet dies in letzter Konsequenz die Entscheidung zur Kinderlosigkeit. Nach einer Untersuchung der Medizinischen Hochschule Hannover zeigte sich zudem, dass eine wahrgenommene Elternzeit einen Karriereknick darstellen kann. Mehr als die Hälfte aller Befragten stellte nach der Elternzeit eine signifikante Veränderung ihres früheren Tätigkeitsprofils fest, etwa 20 Prozent verloren sogar alle oder fast alle bisherigen Funktionen, so auch die in leitender Position im akademischen Bereich. Erwähnenswert ist dabei auch die Tatsache, dass Fachärzte oder Ärzte in der konservativen Medizin die Elternzeit deutlich häufiger beanspruchten als Ärzte in der Weiterbildung beziehungsweise in den operativen Fächern (63 Prozent versus 37 Prozent beziehungsweise 80 Prozent versus 20 Prozent). Dieses bestätigt somit die Tendenz, dass Frauen nach der Schwangerschaft möglichst schnell ihre Facharzt-Weiterbildung fortsetzen wollen, da sie zudem bisher nach dem Mutterschutzgesetz aus dem Jahre 1952 mit der Bekanntgabe einer Schwangerschaft weitgehend von der operativen Tätigkeit ausgeschlossen wurden, obwohl dieses im Gesetz im Sinne eines Verbotes der operativen Tätigkeit nicht explizit vorgesehen ist. Diese heute unzeitgemäße strikte Auslegung des Gesetzes ist erfreulicherweise durch eine Initiative des „Perspektivforums Junge Chirurgie“ der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie mit dem Projekt „Operieren in der Schwangerschaft“ in die Diskussion gekommen. Danach kann individuell eine Gefährdungsbeurteilung durch den

Betriebsarzt und Fachvorgesetzten erfolgen, nach der eine freiwillige Tätigkeit im Operationsbereich optional weiter möglich ist. Dieses Projekt, das auch von der DGCH unterstützt wird, zeigt allerdings vorerst noch ganz erhebliche landesspezifische Abweichungen, die sicherlich auch nach einer bundeseinheitlichen Regelung durch die Politik verlangen.

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



## **Killerkeime in deutschen Krankenhäusern: Wie schützen wir Chirurgen unsere Patienten?**

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

*Infektionsprävention beginnt im Kopf. Das Wissen um die Problematik ist der Anfang der Qualitätssicherung!*

In Deutschland treten jährlich zwischen 400 000 und 600 000 behandlungsassoziierte nosokomiale Infektionen (NI) auf. Mindestens ein Drittel dieser Infektionen ist durch geeignete Maßnahmen vermeidbar. 10 000 bis 15 000 Todesfälle werden in den Zusammenhang mit NI gebracht, wobei der kausale Zusammenhang oft unklar bleibt. Ein Teil dieser Infektionen wird durch Bakterien mit verändertem Resistenzmuster verursacht, die insbesondere für Patienten mit herabgesetzter Immunabwehr gefährlich sein können. Während im häuslichen Milieu die Kolonisation von Gesunden mit multiresistenten Erregern (MRE) keine speziellen Hygienemaßnahmen erfordert, ändert sich die Situation schlagartig bei häuslicher Pflege chronisch kranker Personen oder bei Aufnahme in ein Krankenhaus. Zu diesen MRE gehören MRSA, 3- und 4-MRGN, VRE und Clostridium difficile. Das Bundesministerium für Gesundheit hat kürzlich einen Zehn-Punkte-Plan zur Vermeidung behandlungsassoziierter Infektionen und von Antibiotika-Resistenzen erstellt. Unter der Maßgabe unbürokratischer Prozessabläufe unterstützen die deutschen Chirurgen diese Aktivitäten der Bundesregierung uneingeschränkt.


Über die zehn Punkte hinaus sehen die deutschen Chirurgen weitere Möglichkeiten, im Rahmen eigener Aktivitäten die Rate von NI zu senken und die Verbreitung kritischer Pathogene einschließlich MRE einzudämmen und so ihre Patienten zu schützen:

- Vor jeder medizinischen Behandlung sollten die Patienten einen Fragebogen zur Infektionsanamnese ausfüllen, der zumindest die von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) empfohlenen Risiken für eine Besiedlung/Infektion durch MRE enthält. Hieraus ergibt sich die Indikation zu einem Risiko-basierten Screening auf MRE.
- Vor jeder stationären Aufnahme sollte ein Screening auf MRE auf der analogen Grundlage des Fragebogens zur Infektionsanamnese erfolgen (zum Beispiel ein Risikofaktor). Bis zum Befunderhalt wird der Patient präemptiv gegebenenfalls nur virtuell und nicht räumlich isoliert, bei positivem Ausgang erfolgt die Isolierung des Patienten in Abhängigkeit vom MRE, sofern eine stationäre Aufnahme erforderlich ist. Bei Kontamination sollte – sofern möglich – eine Dekolonisierung angestrebt werden. Bereits durch antiseptische Ganzkörperwaschung ist eine Herabsetzung des Risikos für eine Weiterverbreitung erreichbar.

- Wann immer möglich, sollten elektive Eingriffe nur nach einem negativen Risiko-basierten Screening auf MRE erfolgen.
- Die Patienten und ihre Angehörigen sollten frühzeitig in die Problematik von MRE im Krankenhaus einbezogen und hierüber aufgeklärt werden.
- Die Patienten und ihre Angehörigen sollten in Präventionsmaßnahmen eingewiesen werden und mit dem ärztlichen und Pflegepersonal vertrauensvoll zusammenarbeiten. Wenn dem Patienten einfache Grundregeln des hygienebewussten Verhaltens im Krankenhaus vermittelt werden, die ihn und seine Mitpatienten vor NI schützen, fühlt er sich ernst genommen und sicher aufgehoben, was letztlich den Heilungsprozess unterstützt.
- Sofern die Anamnese beziehungsweise die Symptome auf das Vorliegen einer Infektionskrankheit wie Virusgrippe, Norovirus-Gastroenteritis, Masern, Tuberkulose und Ähnliches hinweisen, sind sofort die speziellen Schutzmaßnahmen zur Verhinderung einer Weiterverbreitung zu treffen.

Die Umsetzung dieser Maßnahmen verlangt eine hohe Disziplin von allen beteiligten Berufsgruppen. Inwieweit sich ein solches Konzept unter den Bedingungen der Arbeitsverdichtung und des Wettbewerbs flächendeckend umsetzen lässt, bleibt offen.

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

<b>Fragebogen zur Risikoabklärung eines Trägertums mit multiresistenten Bakterien</b>	Geltungsbereich: <b>Stationärer Bereich der UMG</b>	
Erstellt am: 10.04.2014 Seite 1/ 1	Erstellt: S. Ryll Geprüft: Prof. A. Kramer	Freigegeben durch: Ärztlicher Vorstand, am 10.04.2014

Patientenaufkleber

Liebe Patientin, lieber Patient,

weltweit ist eine Zunahme multiresistenter Bakterien als Folge des wachsenden Antibiotikaeinsatzes feststellbar. Falls Sie während des Krankenhausaufenthalts ein Antibiotikum erhalten müssen, ist es notwendig abzuklären, ob Sie möglicherweise Träger resistenter Bakterien sind.

Daher möchten wir Sie bitten, die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Vielen Dank!

vom Patienten auszufüllen					Ärztl. Beurteilung – Screening auf:	
Ist Ihnen bekannt, ob Sie Träger eines multiresistenten Erregers sind oder waren?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	Erreger eintragen	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	unbekannt				
Wenn ja, mit welchem? .....						
Hatten Sie in den letzten Monaten einen längeren (> 1 Woche) Aufenthalt auf einer Intensivstation?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	4MRGN VRE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten Monaten einen Aufenthalt in einer neurologischen Rehabilitations-Einrichtung?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	MRSA 4MRGN VRE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine chronische Wunde oder eine chronisch entzündliche Hauterkrankung?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	MRSA	<input type="checkbox"/>
Leben Sie in einem Pflegeheim?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	MRSA	<input type="checkbox"/>
Haben Sie dauerhaft liegende Katheter (z.B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde)?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	MRSA	<input type="checkbox"/>
Sind Sie dialysepflichtig?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	MRSA	<input type="checkbox"/>
Leben Sie dauerhaft im Ausland? <i>* außer Niederlande, Dänemark und Skandinavien, Island</i>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	MRSA 4MRGN VRE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hatten Sie innerhalb der letzten 6 Monate Kontakt mit dem Gesundheitssystem in anderen Ländern*? <i>* außer Niederlande, Dänemark und Skandinavien, Island</i>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	MRSA 4MRGN VRE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Arbeiten Sie in industriemäßigen Tiermastanlagen?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	MRSA	<input type="checkbox"/>
Befinden Sie sich wegen einer schweren Erkrankung seit Monaten in wiederholter Behandlung? (z.B. Chemotherapie, Strahlentherapie)	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	VRE	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in diesem Zusammenhang in den letzten Monaten Antibiotika erhalten? Falls ja, wissen Sie noch den Namen? .....	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	VRE <i>nur bei wiederholtem Einsatz von Glykopeptiden</i>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	unbekannt				
Hatten Sie kürzlich engeren Kontakt zu Patienten (z.B. in gleichem Patientenzimmer) mit multiresistenten Erregern? Wenn ja, mit welchem? .....	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	Erreger eintragen	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	unbekannt				

Datum:

Screening auf:

Unterschrift + Stempel Arzt/ oder Pflegepersonal nach SOP

## **Kleine Körper, kleine Schnitte: Minimalinvasive Kinderchirurgie auf dem Vormarsch?**

Professor Dr. med. Stuart Hosie, Kongresspräsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH); Chefarzt der Klinik für Kinderchirurgie, Städtisches Klinikum München GmbH

Trichterbrust oder Pectus excavatum ist die häufigste angeborene Fehlbildung der Brustwand, sie tritt etwa bei einer von 400 bis 1 000 Geburten auf, die Ursache ist nicht bekannt, das männliche Geschlecht ist häufiger betroffen (vier bis neun Mal häufiger), bei fast 50 Prozent der Betroffenen sind auch andere Familienmitglieder betroffen.

Die Deformität besteht in einer trichterförmigen Einsenkung des Brustbeines mit entsprechender Verformung der Rippenknorpel. Gelegentlich sind diese Deformitäten asymmetrisch mit Verdrehung des Brustbeines (einer sogenannten Torsion) und erheblichen Unterschieden in der Konfiguration der einzelnen Rippenknorpel. Diese Fehlbildung kann unterschiedliche Ausprägungen aufweisen, in Extremfällen kann das Brustbein bis auf wenige Zentimeter an die Wirbelsäule heranreichen und zu erheblicher Verlagerung des Herzens und Kompression von Lungenabschnitten führen. In solchen Fällen klagen die Betroffenen über Kurzatmigkeit und Brustschmerzen. Die häufigsten Symptome sind auf die psychosozialen Folgen der Deformität auf die sich in der Entwicklung befindende Persönlichkeit und die soziale Eingliederung zurückzuführen. Typischerweise leiden die Patienten an einem verminderten Selbstwertgefühl, sind menschenfeindlich und meiden Situationen mit freiem Oberkörper wie Schwimmen, Sonnenbaden und vieles mehr.

Die Indikation zur operativen Korrektur ist bei einer erheblichen Deformität mit entsprechenden Beschwerden gegeben. Klassischerweise bestand sie in der chirurgischen Freilegung des Brustbeines und der betroffenen Rippenknorpel über einen nicht unwesentlichen Schnitt auf der vorderen Brustwand. Nach Entfernung von Segmenten der betroffenen Rippenknorpel, Herauslösen des Brustbeines und Aufrichtung desselben mittels Entfernen keilförmiger Knochenteile wurde die Brustwand wieder aufgebaut und mit Drähten oder anderen Metallimplantaten stabilisiert. Dieser Eingriff dauerte drei bis vier Stunden, war mit entsprechendem Blutverlust verbunden, führte zu einer vorübergehenden Instabilität der Brustwand mit entsprechenden Schmerzen und konnte mittelfristig zu einer Verringerung des Brusthöhlenvolumens und Verlust der Elastizität der Brustwand führen.

1998 hat der in den USA lebende südafrikanische Kinderchirurg Donald Nuss die ersten Ergebnisse der von ihm entwickelten minimalinvasiven chirurgischen Technik veröffentlicht. Über zwei kleine Inzisionen an der seitlichen Brustwand wird unter Kontrolle eines Video-Teleskops ein vorgebogener Stahlbügel unter das Brustbein platziert, sodass dieses angehoben wird. Das Implantat wird nach circa drei Jahren wieder entfernt, die Brustwand behält dann die korrigierte Form. Vorteile dieser Technik sind die kurze Operationsdauer von circa einer Stunde, die lediglich kleinen Schnitte an der seitlichen Brustwand, der langfristige Erhalt der Brustwand-Elastizität, da keine Bereiche entfernt werden und keine ausgedehnten Narbenplatten entstehen.

Diese Operationstechnik bedeutet einen Paradigmenwechsel in der Behandlung dieser Brustwanddeformitäten, hat zunehmenden Anklang gefunden und sich mittlerweile weltweit zum goldenen Standard entwickelt.

Wie jede Operation besitzt diese gewisse Einschränkungen. Nicht jede Art der Trichterbrust-Deformität eignet sich zur minimalinvasiven Korrektur. Bei erheblichen Asymmetrien der Brustwand sind die kosmetischen Ergebnisse nicht zufriedenstellend. Idealer Zeitpunkt dieser Technik ist das Jugendalter. Je älter die Patienten sind, desto unelastischer ist die Brustwand und desto höher sind die Komplikationsraten und schlechter die kosmetischen Ergebnisse.

Sowohl zum Erreichen optimaler Ergebnisse als auch zur Erlangung größtmöglicher Patientensicherheit ist die Erfahrung des Operateurs unerlässlich. Sie gewährleistet die adäquate Selektion derjenigen Patienten, die von diesem Eingriff profitieren, die Beachtung der operativen technischen Details und die Minimierung möglicher Komplikationen.

#### Literatur:

Krasopoulos G. Goldstraw P. Minimally invasive repair of pectus excavatum deformity. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery* 2011; 39:149-159.

Jackson, Hope T., and Timothy D. Kane. Advances in Minimally Invasive Surgery in Pediatric Patients. *Advances in pediatrics* 61.1 (2014):149-195.

Rambha Rai, Anette Sundfor Jacobse. Recent Advances in Minimal Invasive Surgery of Children. *JIMSA* April - June 2014, Vol. 27 No. 2:101-107.

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



## **Vom Patienten zum Kunden? Wertewandel in der Medizin**

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

Jährlich steigen die Kosten für Gesundheitsaufwendungen in Deutschland um mehr als drei Prozent und haben aktuell 300 Milliarden Euro pro Jahr überschritten. Das Geld stammt zum größten Teil aus Beiträgen der Bürger in eine Solidargemeinschaft. Alle die Bereiche, in denen die Patienten behandelt werden, entwickeln sich zu einem Markt, in den die Begrifflichkeiten von Geschäftskontakten einziehen: Der Patient wird zum Kunden oder Konsumenten, seine Krankheit zum standardisierten Fall oder zur Ware, den Krankheitsverlauf überwachen Case-Manager, die Therapeuten werden zu Leistungserbringern, Praxen und Krankenhäuser zu Profit-Centern. Ist der Arzt der Verkäufer?

Der politische Wille:

Die Erbringung der Gesundheitsleistungen soll sich auf einem Markt abspielen, der den Gesetzen der freien Marktwirtschaft folgt. Durch Privatisierung soll neues Kapital in den Markt gebracht werden, aktuell sind über 33 Prozent der Krankenhäuser Gesundheitskonzernen angehörig. Verschärfter Wettbewerb soll ineffiziente Institutionen vom Markt verdrängen: Derzeit ist erstmals die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland unter 2 000 gesunken (1991: 2 411).

Der Patient soll zu einem souveränen Kunden ausgebildet werden, der den Leistungserbringern auf Augenhöhe und selbstbestimmt begegnet, das Patientenrechte-Gesetz ist verabschiedet. Leistungseinschränkung und Rationierung sollen eine Kostendämpfung bewirken. Zur eigenverantwortlichen Selbstvorsorge außerhalb von Krankenkassenbeiträgen wird aufgerufen.

Die Ist-Situation:

Die pauschalisierte Vergütung von „Krankheitsfällen“ innerhalb eines Systems, in dem auf Wettbewerb und Gewinnoptimierung gesetzt wird, hat verschiedene Fehlanreize gesetzt: Dem Patienten werden zum Teil ebenso Leistungen vorenthalten, wie auch Maßnahmen durchgeführt werden, die nicht notwendig sind. Es werden regelrecht „Märkte“ entwickelt und aufgebaut, die nicht medizinischen Notwendigkeiten entsprechen. Mit dem Geld aus den Krankenkassenbeiträgen der Bürger werden die Dividenden in Aktiengesellschaften bedient. Mit einer enorm hohen Reglungsdichte und einer Flut von Regularien wird versucht, die Kostensteigerungen zu dämpfen.

Das Problem des Patienten:

Der Patient wird zum Kunden deklariert, seine „Ware“ soll auf einem Markt umgesetzt werden. Dabei fehlen dem Patienten viele der typischen Kundenmerkmale: Gesundheit ist schon primär ein besonderes Gut, das nicht mit Ware verglichen werden kann. Die mangelnde Transparenz des Systems und die eingeschränkte Information machen den Patienten ebenso wenig zum souveränen Kunden wie

der Mangel an Wahlmöglichkeiten (wie zum Beispiel freie Arztwahl). Auch in Bezug auf den Preis der medizinischen Leistungen kann der Patient nicht agieren wie ein Kunde. Die Patientenrechte entwickeln sich gegenüber den Therapeuten, nicht jedoch gegenüber den Krankenkassen. Und am gravierendsten: Das aktuelle Szenario im Gesundheitswesen zerstört das Arzt-Patienten-Verhältnis, auf das ein primär Leidender Anspruch haben sollte. Kunde kann ein Patient allenfalls in der Selbstzahler-Medizin sein, dort, wo die Leistungen gar nicht von Krankenkassen übernommen werden und der Patient souverän agieren kann. Voraussetzung sind entsprechende Informationsangebote.

*(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](http://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](mailto:DGChirurgie@t-online.de)

## **Curriculum Vitae**

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



\* 1958

### **Beruflicher Werdegang:**

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

### **Mitgliedschaften in deutschen und internationalen Fachgesellschaften:**

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

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

**Klinische Schwerpunkte:**

- rekonstruktive plastische Chirurgie
- Handchirurgie
- Verbrennungsmedizin
- ästhetische Chirurgie

**Wissenschaftliche Arbeitsgebiete:**

- Nervenrekonstruktion
- regenerative Therapie
- Gewebezüchtung



## **Curriculum Vitae**

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

\* 1948



### **Beruflicher Werdegang:**

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

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. 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

Professor Dr. med. Stuart Hosie  
Kongresspräsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie  
(DGKCH); Chefarzt der Klinik für Kinderchirurgie, Städtisches Klinikum  
München GmbH

\* 1962



### Beruflicher Werdegang:

- |                |  |
|----------------|--|
| 1981–1987      | Studium der Humanmedizin: Medizinische Fakultät der Universität „Nueva Granada – Escuela Militar de Medicina y Ciencias de la Salud“, Santafé de Bogotá/Kolumbien        |
| 1986–1987      | Praktisches Jahr<br>Bezirkskrankenhaus, Madrid, Cundinamarca/Kolumbien<br>Zentrales Militärkrankenhaus „Hospital Militar Central“, Santafé de Bogotá/Kolumbien           |
| 6/1987         | Kolumbianische Approbation als Arzt  |
| 10/1987–5/1988 | Tätigkeit als praktischer Arzt<br>Puerto Wilches, Barrancabermeja, Santander/Kolumbien   |
| 11/1988–9/1989 | Hospitation<br>Forschungslabor der Kinderchirurgischen Klinik, Universitätsklinikum Eppendorf, Universität Hamburg (Professor Wolfgang Lambrecht, PD Dr. Dietrich Kluth) |
| 10/1991        | Deutsche Approbation als Arzt<br>Regierungspräsidium Düsseldorf  |
| 2/1995         | Promotion<br>Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg<br><i>„Grundlagen zur Bedeutung der Androgenrezeptoren beim Descensus testis im Kindesalter“</i>                      |

### Tätigkeiten als Assistenzarzt:

- |                 |   |
|-----------------|---|
| 10/1989–11/1991 | Kinderchirurgische Abteilung, Medizinische Einrichtungen der Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf (Professor Dr. med. Karl-Ludwig Waag) |
| 12/1991–3/1994  | Kinderchirurgische Universitätsklinik, Klinikum Mannheim  |
| 5/1995–6/1996   | Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität   |

7/1997–4/1998	Heidelberg (Professor Dr. med. Karl-Ludwig Waag)
4/1994–4/1995	Universitätsklinik für Allgemein Chirurgie, Klinikum Mannheim, Fakultät für Klinische Medizin Mannheim, Universität Heidelberg (Professor Dr. med. Michael Trede)
7/1996–6/1997	Universitäts-Kinderklinik, Klinikum Mannheim, Fakultät für Klinische Medizin Mannheim, Universität Heidelberg (Professor Dr. med. K. H. Niessen)
11/1997	Anerkennung als Facharzt für Kinderchirurgie Landesärztekammer Baden-Württemberg

*Tätigkeiten als Oberarzt:*

12/1997–4/1998	Kinderchirurgische Universitätsklinik, Klinikum Mannheim, Fakultät für Klinische Medizin Mannheim, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Seit 5/1998	Ebendort Oberarzt
5/1998–5/2002	Ebendort Leiter des Funktionsbereichs Neugeborenenchirurgie
Seit 5/2002	Ebendort Leiter des Funktionsbereiches Kinderurologie
7/2003	Habilitation Venia Legendi für das Fach Kinderchirurgie, Fakultät für Klinische Medizin Mannheim, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

**Klinische Schwerpunkte:**

- Kinderurologie
- Neugeborenenchirurgie
- in Kooperation mit Kinderklinik, Frauenklinik und Institut für Radiologie: pränatale Beratung und Therapieempfehlungen bei diagnostizierten Fehlbildungen
- chirurgische Therapie des Kurzdarmsyndroms
- minimalinvasive Chirurgie, insbesondere Korrektur der Trichterbrust

## **Curriculum Vitae**

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



\* 1960

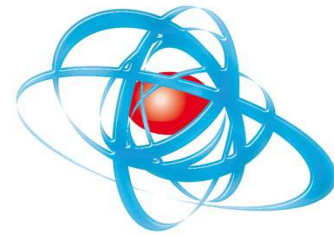
### **Beruflicher Werdegang:**

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





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



Chirurgische  
im Werte-Wandel  
Heilkunst

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

**Termin:** Dienstag, 28. 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 Können und Technik

#### Themen und Referenten:

#### **Hand, Gesicht, Gebärmutter – was transplantieren wir als Nächstes?**

*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

#### **Morbidität und Letalität in der operativen Medizin – der Traum von null Risiko in der Chirurgie**

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

#### **Die sieben besten technischen Innovationen**

*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

#### **Blinddarmentzündung bei Kindern – doch besser abwarten?**

*Professor Dr. med. Bernd Tillig*

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH); Direktor der Klinik für Kinderchirurgie, Neugeborenenchirurgie und Kinderurologie, Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin

#### **Hoffnung für Gelähmte? Ergebnisse der neuesten Studien zum Exo-Skelett**

*Professor Dr. med. Michael Nerlich*

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU); Direktor der Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Regensburg

#### **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

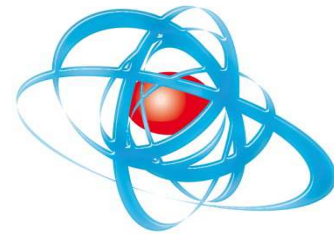
#### Pressekontakt in München

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:** 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. Bernhard Meyer*

Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum rechts der Isar, Technische Universität München

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

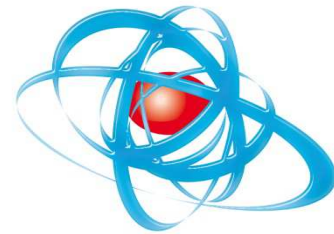
#### Pressekontakt in München

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:** 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

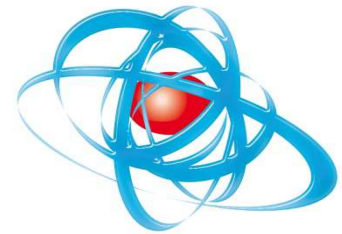
#### **Pressekontakt in München**

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); Chefarztin der Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Florence-Nightingale-Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie Düsseldorf

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

*Professor Dr. med. Ernst Klar*

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

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

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

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

##### **Moderation: Anne-Katrin Döbler**

Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Stuttgart

##### **Ihr Kontakt für Rückfragen**

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

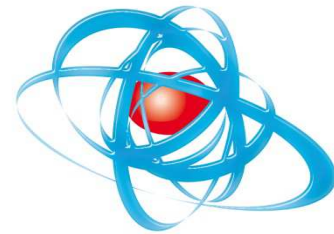
##### **Pressekontakt in München**

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





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



Chirurgische  
im Werte-Wandel  
**Heilkunst**

**Bestellformular Fotos:**

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

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

**Termin:** Mittwoch, 22. April 2015, 12.00 bis 13.30 Uhr  
**Ort:** Künstlerhaus München, Lenbachzimmer  
**Anschrift:** Lenbachplatz 8, 80333 München

**„Chirurgische Heilkunst im Werte-Wandel“  
Highlights des 132. Chirurgenkongresses in München**

**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
- Professor Dr. med. Stuart Hosie
- Dr. med. Christian Kugler



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

