

AUS DER
DGCH

Nachlese Chirurgenkongress 2017

BEITRÄGE:

- | | | |
|----|--|---------------------|
| 70 | Präsidentenrede anlässlich des 134. DGCH-Kongresses 2017 | <i>T. Pohlemann</i> |
| 77 | Bildergalerie zur Eröffnungsveranstaltung | |
| 81 | Vergabe von Ehrungen, Preisverleihungen und Stipendien | |
| 84 | Wahl des Präsidenten 2019/2020 | |
| 85 | „Damenrede“ | <i>J. Fuchs</i> |
| 87 | Impressionen vom DGCH-Kongress 2017 | |
| 92 | Organspendelauf - Laufen für den guten Zweck | <i>M. Orth</i> |
| 94 | Einladung zum 135. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie | |
| 96 | Protokoll der DGCH-Mitgliederversammlung 2017 | |
| 98 | Preise und Stipendien 2018 | |

Präsidentenrede anlässlich des 134. DGCH-Kongresses 2017

AUS DER
DGCH

Sehr verehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

Verantwortung, Vertrauen, Sicherheit – warum dieses Motto, was wollen Sie damit erreichen und warum gerade jetzt? Das waren häufige Fragen, die ich im bisherigen Präsidentenjahr in vielen Gesprächen beantworten musste.

Lassen Sie uns gemeinsam diese Fragen erörtern und versuchen zu erläutern, warum wir uns nicht nur in den nächsten Tagen intensiv mit den sogenannten Grundwerten der Chirurgie beschäftigen sollten und wie uns die DGCH in unseren gemeinsamen Zielen unterstützen könnte.

Ich konzentriere mich auf drei Themenbereiche:

1. Was sind Grundwerte in der Chirurgie und wie definieren wir sie?
2. Was erwarten wir konkret von Politik, Kostenträgern und Partnern?
3. Welche Rolle spielt die DGCH in diesem Prozess?

1. WAS SIND GRUNDWERTE IN DER CHIRURGIE UND WIE DEFINIEREN WIR SIE?

Was macht nun eine Chirurgin, einen Chirurgen aus? Auf den ersten Blick eine einfache Frage, erscheint das Berufsbild des Chirurgen doch klar definiert. Bei genauerer Betrachtung ist eine Definition allerdings vielschichtiger und viel komplizierter! Sind wir auf das Führen eines Skalpells reduziert, eine Definition, die die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin in einer kürzlich veröffentlichten Stellungnahme angewandt hat, oder ist es die besondere Form der Verantwortung

dem Patienten gegenüber? Ist es unsere besondere Charakterstruktur und innere Einstellung – ich verweise nur auf die gerne in Arztserien verwendeten Klischees - oder ist es die Verpflichtung nicht nur akademisch verankerter Mediziner zu sein, sondern auch noch manuelles Geschick zu haben? Ist es Entscheidungsfreude, aber auch Entscheidungszwang, gerade in kompliziertesten Situationen unmittelbar Lösungen finden zu müssen? Ist es die Weisheit manche Dinge zu lassen oder aber die Gewissheit, dass wir letztendlich in vielen Fällen „verletzen“ müssen - und das teilweise in ganz erheblichen Maße - um hoffentlich eine Heilung zu erreichen?

Wahrscheinlich werden wird nur durch die Kombination verschiedener Eigenschaften, letztendlich aber eher durch ihre Summe beschreibbar!

Aus dem Gesagten wird aber ganz klar: Die Chirurgie ist besonders! Sie ist salopp gesagt eine „besondere Branche“ innerhalb der Medizin. Sie braucht auch sehr spezielle Mediziner, die sie ausüben können. Diese brauchen dafür auch ganz besondere Rahmenbedingungen, über die wir noch sprechen werden. Das betrifft grundsätzlich alle Bereiche der Chirurgie, ob überwiegend operativ oder auch konservativ, die chirurgische Denkweise, das chirurgische Herangehen an das klinische Problem ist die bindende Eigenschaft.

BESONDERHEITEN IN DER CHIRURGIE:

ARZT-PATIENTEN-BEZIEHUNG

In diesem Zusammenhang ist zunächst die ganz besondere Arzt-Patienten-Beziehung zu nennen, eine Beziehung ohne „Hintertür“, unmittelbar und häufig ohne Ausweichmöglichkeit, weder für den Patienten, noch für den Chirurgen. Wir müssen definitionsgemäß oft



**PROF. DR. MED. TIM
POHLEMANN**

Präsident DGCH 2016/2017

info@dgch.de

„verletzen“. Der Patient weiß das, davor hat er Angst! Wir selbst hingegen müssen abwägen, ob die Therapieoption geeignet ist, ob der Patient geeignet ist, ob wir selbst geeignet sind und wo und wie eventuelle Lösungsmöglichkeiten bei der großen Vielzahl von erwarteten, aber auch viel häufiger, den möglichen, unerwarteten Komplikationen liegen. In diesem Spannungsfeld bewegt sich unser Verantwortungsbewusstsein, das kann uns niemand abnehmen und das soll uns auch niemand abnehmen! Dieses Verantwortungsbewusstsein ist die Grundlage des benötigten Vertrauensverhältnisses zum Patienten. Dieses Vertrauen ist extrem persönlich, ich möchte sogar sagen intim. Es entwickelt sich oft in wenigen Sekunden, wenn der erfahrene chirurgische Arzt auf den Patienten zugeht und der Dialog über einen anstehenden operativen Eingriff beginnt. Natürlich kann es dabei auch Störungen geben, aber im Regelfall verlässt sich der Patient darauf, dass genau dieser Chirurg ihn sicher durch die ihm vollkommen unbekannte Welt des Krankenhauses, des Operationssaals führt und den Überblick über alle, ihm in der Regel unbekannt, Beteiligten behält. Die Entwicklung dieser Eigenschaft wächst mit der Zeit, wir bezeichnen sie landläufig als Erfahrung. Rein formell als „Indikationsstellung“ bezeichnet, inkludiert dieser Prozess einen äußerst komplexen, intellektuellen Vorgang. Es ist eine hochindividuelle, patientenzentrierte Entscheidungsabwägung. Sie kann, von außen betrachtet, schnell, direkt und einfach aussehen, ist es aber nicht. Diese verantwortliche Abwägung ist ein wesentlicher Grundwert einer verantwortungsvollen Chirurgie und hat uns von Anbeginn begleitet. Daher waren wir auch über die öffentlichkeitswirksame Kampagne „Choosing wisely“ (Gemeinsam klug entscheiden) überrascht. Wir dachten, darauf müsste man an sich nicht explizit hinweisen müssen, die gemeinsame Entscheidungsbasis ist in der modernen Chirurgie Alltag! Für schwierige Situationen haben wir in vielfältigen Leitlinien Entscheidungshilfen gegeben.

**BESONDERHEITEN IN DER CHIRURGIE: DER
OPERATIVE EINGRIFF UND DIE PERIOPERATIVE
BETREUUNG**

Die Indikationsstellung, Operationsdurchführung und -nachsorge sind Spezifika in der

operativen Medizin. Hierzu werden besondere Rahmenbedingungen benötigt. Die präoperative Risikoevaluation, Indikationsstellung, der Operationsbereich und die postoperativen Intensiv- oder Überwachungseinheiten sind zwischenzeitlich in Ausstattung und Prozessen recht gut definiert und zumindest von der Papierform her auskömmlich ausgestattet. Fehlt dort eine der benötigten Komponenten, macht sich das innerhalb kurzer Zeit durch Bettenschließungen, Operationsverschiebungen, Saalschließung und andere Kapazitätsengpässe bemerkbar. Neu für uns sind dagegen die Mangelsituationen im Bereich der Normalstationen. Diese Bereiche sind leider nicht gut definiert und unterliegen daher, wie alle anderen Normalstationen eines Krankenhauses, einem radikalen Sparkurs. Chirurgische Stationen wiesen aber aufgabenbedingt schon immer einen deutlich höheren Pflegeaufwand auf. Ich erinnere daran, es waren chirurgische Stationen aus denen sich die ersten Überwachungseinheiten und Intensivstationen entwickelt haben. Diesen besonderen Pflege- und Betreuungsaufwand gibt es aber noch immer, er ist heutzutage sogar noch höher, da sich Liegezeiten verkürzen, damit Patientenwechsel häufiger werden und der dramatische demographische Wandel inzwischen auf den Stationen angekommen ist. Darunter leidet die Chirurgie besonders. Der allgemeine Pflegeschlüssel Deutschlands ist nach aktuellen Untersuchungen im Europavergleich an die unterste Stelle gerückt. Bei der Betrachtung der Personalausstattung wird aber nur selten auf unsere spezifischen Bedürfnisse eingegangen. Ich nenne in diesem Punkt aber unsere Krankenhausverwaltungen. Im derzeitigen Vergütungssystem muss systembedingt jedes Jahr erneut gespart werden oder die Leistung erweitert werden, um zusätzliches Einkommen zu generieren und Abschläge zu kompensieren. Das führt natürlich auch innerhalb der Häuser zu unschönen Verteilungskämpfen um die Ressourcen. Der bisher von uns schablonenhaft geübte „chirurgische“ Lösungsansatz ist leider jetzt nicht mehr zielführend und inzwischen hinderlich. Steigt der Patientendruck, wird schneller gearbeitet, die ärztliche Versorgung auf den Stationen wird eingeschränkt und alle verfügbaren Kräfte in



POHLEMANN T. PRÄSIDENTENREDE
ANLÄSSLICH DES 134. DGCH-
KONGRESSES 2017. PASSION
CHIRURGIE. 2017 MAI, 7(05): ARTIKEL
06_01.

Operationsbereich und Ambulanz eingesetzt, um möglichst vielen Patienten gerecht zu werden. Die Überlastung auf den Normalstationen und das Komplikationsrisiko nimmt dadurch weiter zu, vielfältige wissenschaftliche Untersuchungen belegen diese Entwicklung. Reduziert man sich auf eine vernünftige Belegungsrate, müssen Patienten abgewiesen werden und die typischen Folgeeffekte sind Bettenschließungen, weiterer Personalabbau oder Patientenunzufriedenheit bei unzumutbaren Wartezeiten. Anders ist das z. B. in Skandinavien, wo lange Wartezeiten, teilweise über mehrere Monate für elektive Operationen, politisch begründet werden und gesellschaftlich akzeptiert sind.

BESONDERHEITEN IN DER CHIRURGIE: CHIRURGIE IST TEUER!

Operationsbereiche sind normalerweise die teuersten und personalintensivsten Bereiche eines Krankenhauses. Unter dem derzeitigen ökonomischen Druck ist es verständlich, dass sie effektiv, optimal und möglichst lange über die Zeit betrieben werden sollen. Denn damit kann sich der Kostenfaktor Operationsbereich umkehren und im derzeitigen Finanzierungssystem ganz erheblich zum Einkommen der Häuser beitragen und sogar andere Bereiche querfinanzieren. Unter dem angesprochenen Aspekt der patientengerechten, individuellen Indikationsstellung ist von Seiten des verantwortlichen Chirurgen ein sehr hoher ethischer Standard zu fordern, um sich ggf. bestehenden Fehlanreizen konsequent zu widersetzen. Zwar hat auch der Krankenhausarzt natürlich Therapiefreiheit und ist nur gegenüber seinem ärztlichen Gewissen verantwortlich, nach derzeitiger Vertragslage müssen aber selbst Chefärzte in einem erheblichen Abhängigkeitsverhältnis arbeiten. Die zunehmende Zahl von Chefarztwechseln, auch in chirurgischen Kliniken, sollte aufhören lassen. Grundsätzlich zielführender für die Chirurgie wäre es, über zwangsläufig entstehende Anreize und Hindernisse im derzeitigen Finanzierungssystem nachzudenken, die sogenannten Fehlanreize. Ist es wirklich notwendig, alle Patienten einem Quotienten aus Diagnose und Prozedur zuzuordnen? Die Diagnose allein spielt nämlich nur in Kombination mit der „richtigen“ Prozedur eine

„günstige“, finanziell definierte, Rolle. Kurz erläutert, beim altersbedingten Wirbelkörperbruch macht die Krankenhausbehandlung nur Sinn, wenn, zwar minimalinvasiv, aber doch operativ vorgegangen wird. Die gleichwertige konservative Behandlung ist zeitaufwändiger und schwieriger, insbesondere wenn ausreichende ambulante Versorgungsmöglichkeiten fehlen, die Familie ausfällt und die betroffene Patientin einfach zwei Wochen intensive Betreuung benötigt. Das Ergebnis wird das gleiche bleiben, nur ist eine Operation vermieden. Hier benötigt man einen starken Charakter, um standhaft zu bleiben!

BESONDERHEITEN IN DER CHIRURGIE:

INTERDISZIPLINARITÄT!

Die Chirurgie hat sich immer den fachgebietsübergreifenden Entwicklungen angepasst und war immer Vorreiter im „Technologietransfer“, um Fortschritte zu erzielen. Sie sieht sich daher auch heute noch als typisches, patientenbezogenes Schnittstellenfach. Da wir mit der Entscheidung zu einem operativen Eingriff eine extrem hohe Verantwortung tragen, ist es notwendig engen Kontakt zu allen Nachbargebieten zu halten, um im Sinne der Patienten eine optimale Entscheidung treffen zu können. Die Kenntnis von nichtoperativen Verfahren ist dabei selbstverständlich. Nur so kann die Beratung individuell erfolgen, eine Therapie in allen Facetten durchgeführt und gesteuert wird. Man stelle sich nur die Entwicklung der operativen Frakturbehandlung vor, wenn sich hier über die Jahre hinweg konkurrierende Systeme entwickelt hätten! Nicht vorstellbar, sogar lächerlich, werden Sie zurecht denken, aber es gibt eben Bestrebungen uns zu methodendefinierten Handwerkern zu „degradieren“. Daher ist auch dieser Aspekt eine wichtige und überlebenswichtige Komponente bei der Definition unserer chirurgischen Grundwerte zuzuordnen!

BESONDERHEITEN IN DER CHIRURGIE:

AUSBILDUNG UND SCHULUNG

Wie lernt man Chirurgie? Die Besonderheit liegt in der Vielzahl der Inhalte, der Komponente der akademischen Medizin kombiniert mit manuellen Fähigkeiten, dem Fähigkeits-erhalt, der Persönlichkeitsformung und der notwendigen Erfahrung. Das Erlernen dieses

breiten Spektrums braucht Zeit, Zeit die mit und am Patienten verbracht wird sowie Zeit mit erfahrenen Kolleginnen und Kollegen. Der dazu verfügbare Zeitrahmen wird aber geringer und daher müssen wir auch in der Weiterbildung über spezifische Rahmenbedingungen für die Chirurgie sprechen. Zur Erlangung von Operationsfertigkeiten brauchen wir Repetitionen in relativ kurzen Zeitabschnitten, um die jungen Kolleginnen und Kollegen auf einen operativen Stand zu bringen, in dem sie sich selbstständig, zwar noch unter Anleitung, aber in den Grundfähigkeiten geschult, weiterentwickeln können. Ich vergleiche das gerne mit Piloten, die ja auch neben theoretischen Wissen von Erfahrung und fliegerischem Können abhängen. Nach intensivster Grundausbildung wird in der Berufsluftfahrt noch recht lange unter Anleitung geflogen, bis das erste komplett eigenverantwortliche Kommando übernommen werden kann. Die „Komplikationsraten“ in der Fliegerei sind inzwischen so niedrig, dass zur Komplikationsvermeidung auf Simulatoren ausgewichen wird. Hier kann repetitiv geübt werden. An derartigen Strategien arbeiten wir zwar, stehen aber noch ziemlich am Anfang und das „System Mensch“ ist dabei komplexer und überraschender! Das bedeutet aber, dass wir auf nicht absehbare Zeit noch an unseren traditionellen Strukturen zur Wissensvermittlung festhalten müssen. Die Komponente „Zeit am Patienten“ darf nicht signifikant durch Bürokratie und Arbeitszeitgesetzgebung beschnitten werden. Der Weg zur Chirurgen und zum Chirurgen sollte für uns innerhalb unserer, ich spreche hier provokativ, „Zunft“ bestimmbar bleiben. Stringente Konzepte mit Flexibilität und Bürokratieabbau fehlen hier und erschweren die Nachwuchswerbung zusätzlich.

BESONDERHEITEN IN DER CHIRURGIE: BRAUCHEN WIR VORBILDER?

Wir brauchen sie und in vielen Gesprächen wurde mir bestätigt, dass die Berufsentscheidung Chirurg sich häufig an spezifischen Vorbildern orientiert hat. Wir brauchen also attraktive „Rollenbilder“. Ich darf zu meinem eigenen Werdegang abschweifen. Familiär war ich medizinisch vollkommen unbelastet und kann in dieser autobiographischen

Einzelfallstudie damit als unverdächtig gelten. In den ersten Semestern wollte ich auf keinen Fall Chirurg werden, Unfallchirurg schon gar nicht, eher etwas mit „Forschung“ und „Medikamenten“ machen. Nach meinem Wechsel von Heidelberg nach Mannheim war ich von der zwar morgens ungünstig gelegenen, aber faszinierenden chirurgischen Hauptvorlesung von Trede sehr beeindruckt. Die Schönheit der praktischen Aspekte brachte mir danach das PJ-Tertial in der Klinik von Junghanns in Ludwigsburg näher und meine Entscheidung Chirurgie zu machen, war gefallen.

In Hannover trat ich 1983, mehr zufällig, als ausgesucht, in ein für damalige Verhältnisse sehr modern aufgestelltes chirurgisches Zentrum ein. Hier beeindruckten mich Persönlichkeiten wie Georg Borst, Rudolf Pichlmayr und Harald Tscherne. Es war ein System, dass nicht nur Persönlichkeit schulte, sondern eine Struktur darstellte, die mit starken, hochspezialisierten Partnern in der interdisziplinären Zusammenarbeit an sich keine chirurgische Grenze anerkannte. Das war mein Rollenbild, das wollte ich können, solche Strukturen wollte ich auch aufbauen können. An dieser Stelle bedanke ich mich ausdrücklich bei meinen glücklicherweise noch anwesenden chirurgischen Lehrern für diese einmalige Chance und den weiter bestehenden Zusammenhalt!

Warum erzähle ich das aber? Das damalige Rollenbild war attraktiv: Hoher Spezialisierungsgrad, ein Zentrum starker Persönlichkeiten, die sich gegenseitig förderten, aber auch forderten, ein besonderer Rückhalt durch die Verwaltung und hohe Durchsetzungskraft gegen die Verwaltung. Chirurgie wurde geschätzt und für uns Assistenten hat sich unser Engagement langfristig immer gelohnt.

Taugt aber auch heutzutage die Position eines Klinikdirektors, eines Chefarztes, oder auch des Praxisinhabers, kurz gesagt des eigenverantwortlich agierenden Chirurgen noch als Rollenbild? Vielfach habe ich da meine Zweifel! Zerrieben zwischen Mangelmanagement, Verwaltung, Bürokratisierung, Gesetzgebung und fallzahlbezogener Leistungsorientierung überwiegt vielerorts die Fremdbestimmung oder zumindest

der Eindruck einer Fremdbestimmung. Die eigentliche Patientenbehandlung und Operationstätigkeit ist dabei nur noch eine kurze Periode der beruflichen Erfüllung im Tagesablauf, eingebettet in ein enges Korsett der fremdbestimmten Tätigkeiten.

Da erscheint es logisch, dass heute eher das Berufsziel eines „surgical consultant“ an Attraktivität gewinnt. Schnelle Hyperspezialisierung, schnellerer Zugang zu eigenständiger Operationsfähigkeit und baldige Tätigkeit an Operationszentren wird gerne als chirurgisches Berufsziel angegeben.

Sind solche Entwicklungen auch für Deutschland eine Lösung? Ich bezweifle das. Wir haben mit der möglichen Aufgabe unseres Systems der „Chirurgischen Schulen“ viel zu verlieren. Vor vier Wochen diskutierten wir dieses Problem mit dem Vorstand des Royal College of Surgeons of England. Trotz differenter, auf Consultants basierender Systeme, bestehen auch in England große Probleme Nachwuchs zu gewinnen, große Schwierigkeiten, die Consultants in eine flächendeckende Versorgung zu integrieren und ein im Vergleich zu Deutschland deutlich erschwerter und teilweise rationierter Zugang der Bevölkerung zu chirurgischen Leistungen. Die USA? Schnelle Spezialisierung, schnelle eigenverantwortliche Tätigkeit sind auch dort Merkmale. Auf den ersten Blick erscheint das attraktiv. Aus Patientensicht ist das aber nicht unkritisch. Die zu erwartende Leistung hängt wesentlich vom Erfahrungsgrad des sich selbstständig in seiner Spezialität weiterentwickelnden jungen Chirurgen nach einer „Fellowship“ ab. Der Zugang der Bevölkerung zu speziellen Leistungen ist deutlich stärker an das Einkommen gekoppelt als bei uns und das in Verbindung mit einem deutlich teureren Gesundheitssystem.

Das bedeutet, wir haben viel zu verlieren, wenn wir unkritisch und leichtfertig über chirurgische Weiterbildungscurricula und Organisationsformen entscheiden! Die Chirurgie hat auch hier besondere Anforderungen, die grundsätzlich auch von uns gestaltet werden müssen. Qualität und Sicherheit zu riskieren, um in fünf Jahren „Barfußchirurgen“ weiterzubilden, die dann in der unterversorgten Fläche ihre Erfahrungen sammeln, kann und darf nicht unser Ziel sein! Die chirurgischen

Standards von Qualität und Sicherheit müssen überall in Deutschland gelten!

Ich komme zum nächsten Abschnitt:

2. WAS ERWARTEN WIR NUN KONKRET VON POLITIK, KOSTENTRÄGERN UND PARTNERN?

DIE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DIE CHIRURGIE MÜSSEN DEFINIERT UND PATIENTENGERECHT ANPASST WERDEN!

Chirurgische Stationen sind pflegeintensive Stationen, sie brauchen besondere Ausstattung und Berücksichtigung. Die demographische Entwicklung erhöht den Aufwand zusätzlich! Die notwendige perioperative pflegerische und ärztliche Betreuung muss einheitlich ausreichend berücksichtigt werden.

Die erforderlichen Rahmenbedingungen haben wir heute Morgen zusammen mit dem Berufsverband Pflege und dem Deutschen Pflegerat diskutiert und artikuliert.

CHIRURGISCHE FORSCHUNG ERMÖGLICHEN!

Über den Bereich der chirurgischen Forschung habe ich bisher noch nicht gesprochen. Das hätte den Rahmen gesprengt und war auch ständiges Thema der letzten Jahre. Aber auch jetzt ist dieses Thema weiter hochaktuell und brisant. Wir wissen, dass chirurgische Sprunginnovationen, wie z. B. die Einführung endoskopischer Operationen, die operative Frakturbehandlung, Technologieintegration und anderes sich außerhalb der strukturellen Forschungsförderung entwickelt haben. Auch hierzu brauchen wir eine besondere Betrachtung der Forschung. Chirurgische Forschung braucht Raum und Zeit im Alltag. Fragestellungen entwickeln sich aus dem Patientenkontakt. Vorschläge zum „Chirurgischen Clinician Scientist“ haben wir heute in einer Sitzung formuliert und werden sie als Münchener Deklaration zu Papier bringen.

WIR WOLLEN QUALITÄT UND SICHERHEIT IN DER PERIOPERATIVEN CHIRURGIE STEIGERN!

In diesem Zusammenhang einen herzlichen Dank an die DGAI und ihre anwesenden Repräsentanten für die offenen und konstruktiven Gespräche! Wir brauchen einander und trotz

aller Neckereien können wir nur gemeinsam agieren! Klare Aussagen zur ärztlichen Ausstattung von chirurgischen Stationen, MET und möglichen technischen Ergänzungen wurden diskutiert und auch in gemeinsamen Statements artikuliert.

Erhöhte Qualität und Sicherheit braucht aber zusätzliche Ressourcen. Diese müssen sinnvoll eingesetzt werden und wir sind uns alle einig, dass zusätzliche Strukturen erst dann akzeptabel sind, wenn die ausreichende Grundausrüstung chirurgischer Stationen gesichert ist.

UNSERE POSITION ZUR

MINDESTMENGENDISKUSSION

Eine rein numerische Betrachtung der Mindestmenge ist unseres Erachtens zu kurz gegriffen. Wir alle wissen, dass höhere Fallzahlen die Expertise wachsen lassen und damit auch zu einer höheren Qualität beitragen können. Die Zertifizierungsangebote unserer Fachgesellschaften gehen da weiter und schließen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ein. Muss gesteuert werden, brauchen wir Vorgaben. Andere Länder, und ich nenne hierbei exemplarisch unser Partnerland Niederlande, sind in dieser Beziehung schon deutlich weiter. Hier ist genau festgelegt, in welchem Zentrum, welche Art von Chirurgie angeboten werden soll und im Endeffekt auch nur angeboten werden darf. Das ist aber eine gesundheitspolitische Entscheidung, die auch politisch durchgesetzt wird. Derartiges würde uns sehr helfen, denn die Prinzipien der „freien Marktwirtschaft“ sind meiner Meinung nach im hochregulierten Gesundheitsmarkt nur bedingt tauglich.

Auch das Abrücken von einem flächendeckenden, wohnortnahen Versorgungsangebot muss gemeinsam vertreten werden und kann nicht am Unvermögen eines einzelnen Krankenhauses festgemacht werden, das die Mindestmenge nicht erreicht hat.

Es ist zu begrüßen, dass schon derzeit in hochspezialisierten Zentren einzelne Operationen hochfrequent und hochqualitativ angeboten werden. Diese Zentren arbeiten auch ökonomisch vorbildlich und werden als Positivbeispiele genannt. Für eine

Standardsituation ist das eine, für alle Beteiligten, äußerst positive Situation.

Es kann aber auf der anderen Seite nicht angehen, dass sich eben diese Zentren aus der Notfall- und Komplikationsbehandlung heraushalten können und Problemsituationen wie komplizierte Verläufe, Komplikationen, Rezidive und Notfallvorstellungen von den Maximalversorgungszentren rund um die Uhr aufgefangen werden müssen. Diese können wiederum, wegen ihres auftragsgemäß sehr breiten Spektrums, die Mindestmengen für Standardoperationen gar nicht mehr erreichen und haben ökonomisch daher kaum noch Kompensationsmöglichkeiten. Hier bräuchte es Steuerung oder einen Ausgleich!

Sehr gerne würden wir auch gemeinsam mit den Kassen an den vorgelegten Routinedaten forschen und könnten sicherlich noch zusätzliche Expertise einbringen!

Wir Chirurgen stehen für Qualität und Sicherheit, wir sind auch bereit, notwendige Strukturänderungen mitzutragen. Dazu verlangen wir aber verlässliche Vorgaben, die gemeinsam von Politik und Kostenträgern den Beitragszahlern gegenüber vertreten werden müssen.

Erlauben Sie mir bitte in diesem Zusammenhang zwei grundlegende und ggf. auch provokative Fragen:

1. Ist es nötig, dass in einem als Solidarsystem angelegten Gesundheitssystem, das auch noch weltweit als herausragend anerkannt ist, der gerade erlebte Konkurrenzkampf zwischen den Krankenhäusern bewusst geschürt wird oder erlaubt der politische Sicherstellungsauftrag nicht auch andere Lösungen der Steuerung?
2. Macht es im Rahmen einer immer komplizierter werdenden Abrechnungssystematik wirklich Sinn, einerseits in den Krankenhäusern immer mehr hochqualifiziertes medizinisches Fachpersonal im Controlling und Performing einsetzen zu müssen, um den zeitaufwändigen Überprüfungen eines ebenfalls mit Fachkompetenz immer weiter „hochgerüsteten“ medizinischen Diensts der Krankenkassen

standzuhalten, wenn uns auf den Stationen und in den Notaufnahmen dauerhaft qualifiziertes Personal fehlt, um unsere Patienten situationsgerecht und auch empathisch zu behandeln?

Sie müssen verstehen, dass genau diese Fragen immer dann von uns Chirurgen diskutiert werden, wenn es wieder einmal gilt Patienten zu beruhigen, weil Stationen geschlossen wurden, Operationen verschoben werden mussten, die Wartezeiten in den Notaufnahmen ausufern oder die notwendige aufwändige perioperative Betreuung nur noch unter höchster Anstrengung eines sowieso schon erschöpften Personals aufrechterhalten werden kann.

WIR ERWARTEN GEHÖR IN DER

GESTALTUNG DER ZUKÜNFTIGEN

MUSTERWEITERBILDUNGSORDNUNG!

Wir haben eine gemeinsame Weiterbildungskommission. Wir stehen für die flächendeckende Weiterbildung. Wir halten die Balance zwischen Spezialisierung und genereller Betätigung. Qualität richtet sich zwangsläufig mittelfristig immer am Spezialisten-Standard aus! Braucht es Spezialisten-Kenntnisse in Personalunion, können diese durch Doppel- und Dreifachqualifikation erworben werden, z. B. für die Einsatzchirurgie.

DIE NOTFALLVERSORGUNG VON PATIENTEN!

Der intersektorale Streit muss aufhören und das möglichst schnell! Gegenseitige Vorwürfe führen bekanntermaßen zu nichts! Weder müssen Betten gefüllt werden, noch werden Patienten böswillig von Praxen ferngehalten. Die geänderte Grundeinstellung unserer heutigen Patienten muss zusätzlich berücksichtigt werden. Erwartet, und oft auch vorgegaukelt, wird die jederzeitige Verfügbarkeit von medizinischer Kompetenz und Leistungen. Von Seiten der Patienten wird dieser Anspruch häufig durch eine eigenen, erhöhten beruflichen Druck begründet und der generell schwindenden Akzeptanz von Wartezeiten und Mehrfachvorstellungen. Medizinische Leistungen erscheinen jederzeit und überall abrufbar, besonders in den immer geöffneten

Notaufnahmen. Wie auch andere Waren und Leistungen im modernen Leben nahezu jederzeit verfügbar sind. Die erneute Einführung von Notfallgebühren könnte Steuerungsfunktion übernehmen. Ist dieser Patient allerdings erst einmal in der Notaufnahme angelangt, muss er ärztlich gesehen werden. Bei der derzeitigen Patientenfülle und geringen Personalausstattung ist die schnelle Behandlung der zuverlässigere Weg dem Patientenstrom Herr zu werden. Sektorenübergreifende, intelligente Strukturen würden allen Beteiligten helfen. Die derzeitigen Bestrebungen Zuschläge für den Betrieb leistungsfähiger Notaufnahmen zu gewähren gehen sicherlich in die richtige Richtung, werden aber kaum ausreichen, das Problem grundlegend zu lösen.

DIE WERTIGKEIT DER CHIRURGISCHEN LEISTUNG MUSS AUSREICHEND HONORIERT WERDEN

Die gerade beschriebenen hochkomplexen, erfahrungs- und wissensbasierten chirurgischen Entscheidungsabläufe, die außerordentliche Verantwortung, gepaart mit manueller Kunst, muss sich auch finanziell niederschlagen! Gerade in der Beratungsfunktion zur eventuellen Vermeidung unnützer Operationen liegt die Kunst! Diese essenzielle chirurgische Leistung ist bisher nicht oder nur am Rande berücksichtigt. Es ist nicht hinnehmbar, dass sowohl in der Gebührenordnung als auch im stationären Finanzierungssystem die Beträge für technische Leistungen und Zusatzleistungen oft ein Vielfaches der chirurgischen Kernleistung betragen.

Unser Problem: wie quantifizieren wir unsere Leistung? In Zeiteinheiten? Sicherlich nicht! In gewonnenen Lebensjahren? Auch das geht nicht! Andere Partner haben es da leichter, hier müssen wir als Chirurgen schnell vorankommen. Ansonsten ist in der ganzen Abrechnungssystematik die chirurgische Kernleistung als „all inclusive“ in einer allgemeinen Rechnungsspezifikation unter den Tisch gefallen!

DIE CHIRURGIE ALS FREIER BERUF

Dieses Thema betrifft nicht nur uns! Aber insbesondere die gute und jederzeitige Zugänglichkeit zu chirurgischen Leistungen zu einem sehr annehmbaren Preis ist ein Erfolg

einer immer noch relativ freien ärztlichen Tätigkeit. Andere Systeme, wie z. B. England oder Skandinavien, reglementieren und rationieren ärztliche Leistungen. Dort wird es von der Bevölkerung hingenommen. Wie das in Deutschland aussehen würde, wage ich nicht zu prognostizieren. Chirurgisch wird derzeit noch nicht „nach Vorschrift“ agiert, daher funktionieren die chirurgischen Einheiten im Großen und Ganzen – noch!

3. WELCHE ROLLE SPIELT DIE DGCH IN DIESER GEMENGELAGE?

DGCH 1872 bis 2017, 145 Jahre eine Erfolgsstory!

„Das wird sicher so weitergehen! Änderungen brauchen wir nicht und als Präsident bist du sowieso eine Eintagsfliege ohne Gestaltungsoption! Lass doch am besten alles wie es ist!“

Das wäre die eine Seite meiner Medaille. Auf der anderen Seite ertönt die allgemeine Kritik an der DGCH: „vollkommen verkrusteter Verein! überholt, nicht mehr zeitgemäß! In Traditionen erstickt!“

Ich möchte es dabei belassen. Aber auch innerhalb unserer Fachgesellschaften sind derartige Kommentare, ich möchte es mal freundlich als Lästereien bezeichnen, nicht gerade selten.

Warum stehe ich also hier? Weil ich auch einmal diese Plakette umhaben wollte, wie eine Trophäe, wie ein Sportabzeichen?

Sicher nicht und wer mich kennt, wird das auch bestätigen.

Ich persönlich glaube an das Potenzial der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. An die enorme Stärke der „Marke Chirurgie“, an unsere gemeinsamen Grundwerte, an die DGCH als Heimat unserer chirurgischen Identität, aber auch an den für uns alle zwischenzeitlich erlebbaren Mehrwert. Ich glaube aber auch an unsere Tradition.

Wieso Tradition? Genau betrachtet war die Tradition von heute ehemals auch eine Innovation, d. h. heutige Innovationen haben durchaus das Potenzial für morgige Traditionen.

Wir Chirurgen sind vom Grundsatz her Traditionalisten. Das müssen wir auch sein, denn chirurgischer Fortschritt ist immer auch

risikobehaftet, für alle Beteiligten, besonders für den Patienten.

Nehmen wir das Beispiel Raumfahrt: für viele von Ihnen sicherlich ein überraschender Vergleich. Auch dort gibt es eine ähnliche Situation. Es gilt hier wie dort, keine unbeherrschbaren Risiken, keine Fehler, möglichst nur erprobte und bewährte Verfahren einzusetzen. Ganz ähnlich agieren wir! Wir müssen auf der sicheren Seite bleiben, das hat uns erfolgreich über lange Perioden getragen, aber auch etwas träge gemacht.

Jetzt sind wir aber erneut in einer Phase, in der wir uns erheblichen Anforderungen stellen müssen. Die Rahmenbedingungen für die Chirurgie stellen sich derzeit als besorgniserregend dar. Die Spezialisierung hat uns medizinisch gestärkt, politisch aber schwächer gemacht. Grundlegende Änderungen kann keine einzelne Fachgesellschaft erreichen, allenfalls individuelle Vorteile aushandeln. Grundlegende Änderungen gelingen nur gemeinsam. Dazu muss die DGCH aber ihre Struktur, ihre Aufgaben und ihre Zielrichtung anpassen.

„Dann sollen die mal machen“, höre ich häufig. Ist die DGCH wirklich ein abstraktes Gebilde? Weit gefehlt, Sie alle, die chirurgischen Fachgesellschaften, wir alle sind die DGCH! Die Fachgesellschaften stellen den Vorstand, sie entscheiden! Wir haben gemeinsam die Umsetzung einer Doppelmitgliedschaft beschlossen, d. h. die Aufnahme aller assoziierten Mitglieder als stimmberechtigte Einzelmitglieder in die DGCH. Das wird unsere gemeinsame Durchsetzungskraft stärken, wir haben leider schon viele Jahre durch die vorangegangene Strukturdiskussion verloren. Die Umsetzung wird mühsam sein und erfordert Mut und Überzeugungskraft. Ich bin aber überzeugt, dass ein Verband, der 25.000 chirurgische Meinungsführer vertritt, mehr politisches Gehör finden wird. Nur so kann es gelingen, unser Arbeitsumfeld wieder nach unseren Vorstellungen, patientengerecht und an unsere gewohnten Qualitäts- und Sicherheitsstandards angepasst, auszugestalten!

Dieser Weg ist steinig und ein Ende ist noch nicht absehbar. Er verlangt große Anstrengung und Kompromissfähigkeit. Natürlich brauchen wir dabei auch eine

Mehrwertdiskussion. Aber Mehrwert ist nicht alles. Es geht um eine Idee, es geht um unsere Identität!

Von daher auch ein eindringlicher Appell an alle Beteiligten: Wir brauchen eine starke chirurgische Vertretung, wir brauchen die DGCH als Marke! Beteiligen Sie sich, arbeiten Sie mit, gestalten Sie mit an den neuen Strukturen! Erste Erfolge z. B. in Richtung der Neugestaltung der Musterweiterbildungsordnung und erreichte Lösungen bei der Definition von Fachbereichsgrenzen zeigen, dass wir auf dem richtigen Weg sind. Sie sehen die DGCH bewegt sich, zwar nicht blitzschnell, aber konsequent und stetig, an die Erfordernisse angepasst und überlegt, chirurgisch eben. Und das im Alter von 145 Jahren!

Über die notwendigen Satzungsänderungen werden wir in der Mitgliederversammlung beraten. Ich bitte um Ihre Zustimmung. Sie machen den Weg frei für die Neuausrichtung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Im nächsten Schritt ist es an den tragenden Fachgesellschaften, die notwendigen internen Diskussionen konsequent zu führen und die entsprechenden Satzungsergänzungen von Ihren Mitgliedern tragen zu lassen. Zögerliches Vorgehen ist dabei sicherlich nicht angezeigt, taktieren schadet uns allen und einen fraglich besseren „Deal“ wird es auf absehbare Zeit nicht geben!

Dies wird nicht in einem oder zwei Jahren zu schaffen sein. Präsidenten sind wichtig,

aber es sind die vorhandenen Strukturen, die uns durch schwierige Zeiten getragen haben. Die neu angepassten Strukturen werden uns in die Zukunft tragen! Konvent der Generalsekretäre, Gruppentreffen der Schatzmeister, neue Projektgruppen für Doppelmitgliedschaft und Kongressentwicklung, alles trägt zur Stärkung bei!

Besinnen wir uns auf unsere Grundwerte, besinnen wir uns auf unsere Stärken. Wir Chirurgen sind von Haus aus Teamplayer, in kaum einem Beruf arbeitet man so eng zusammen. Leben wir das auch zwischen unseren Spezialitäten, schätzen wir unsere gegenseitige Arbeit, ergänzen wir uns und bringen wir alle Kompetenzen und Kräfte zum Nutzen der Gesamtheit und der uns anvertrauten Patienten ein!

In einer derartigen Ausrichtung wird die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie unsere Heimat bleiben und uns allen gemeinsam als starke Marke dienen.

Die Chirurgie, unsere Chirurgie, ein wunderschöner und von uns allen geschätzter Bereich der Medizin, aber auch ein sehr spezieller Bereich, eine besondere Branche eben, sollte uns diese gemeinsame Anstrengung wert sein!

Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich komme zum Schluss.

Was erwartet uns nun die nächsten Tage?

Die angesprochenen Themen werden uns natürlich weiter beschäftigen.

Es gibt thematisch einige Neuerungen, beachten Sie dazu bitte das Programm!

Besuchen Sie unsere Aktionsfläche „Junge Chirurgie“. Sie dient dem Austausch zwischen Nachwuchs und ihnen als gestandene Chirurginnen und Chirurgen, eine Innovation, die hoffentlich auch zur Tradition wird!

Unterstützen Sie den Organspendelauf! Beteiligen Sie sich, spenden Sie, helfen Sie! 10.000 Patienten warten auf ein neues Organ, viele werden sterben. Die Etablierung eines neuen „Netzwerkes Spenderfamilien“ wird sicher ein wichtiger und notwendiger Schritt für eine höhere Spendenbereitschaft.

Ich danke an dieser Stelle schon allen Partnern und explizit auch den Industriepartnern unseres Kongresses. Ihr Interesse und die Akzeptanz unserer Bestrebungen machen dieses wichtige Forum zum Erkenntnisgewinn erst möglich! Der Kongress soll attraktiv bleiben, wir wollen wachsen! Das spannende Gebiet der Chirurgie ist es sicher wert, dass wir in dieser Beziehung alle in eine Richtung agieren.

Ich danke allen, die mich in den anstrengenden Tagen unterstützt haben und noch unterstützen, meinen Mitarbeitern und ganz besonders natürlich meiner Frau. Liebe Inga, ohne Deine Geduld und Hilfe könnte ich hier nicht stehen!

Uns allen wünsche ich anregende Tage und fruchtbare Diskussionen!



Bildergalerie zur Eröffnungsveranstaltung



Vorstand



Grußwort BMG: Minister H. Gröhe



Grußwort BÄK: Präsident Prof. Dr. F. K. Montgomery



Grußwort DGAV: Prof. Dr. C. T. Germer



Grußwort DGKCH: Prof. Dr. B. Tillig



Grußwort Nederlandse Vereniging voor Heelkunde:
Prof. Dr. E. Heineman



Grußwort Sanitätsdienst Bundeswehr: Dr. M. Tempel



Verleihung Ehrenmitgliedschaft: Prof. Dr. M. Menger



Verleihung Ehrenmitgliedschaft: Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. E. Neugebauer



Verleihung Ehrenmitgliedschaft: Prof. Dr. E. Degiannis



Senator: Prof. Dr. Dr. h.c. mult. K.-W. Jauch



W-Körte-Medaille Gold: Prof. Dr. J. Faß, Prof. Dr. T. Carus, Prof. Dr. B. Gerdes



W-Körte-Medaille Silber: Hr. J. Vollmann



Siegel: Prof. Dr. G. Diallo



v-Langenbeck-Preis: Prof. Dr. A. Pascher



R-Zenker-Preis: Prof. Dr. Dr. h.c. N. Haas



K.-H.-Bauer-Preis: Dr. P. Malkomes



F-Steichen-Preis: Prof. Dr. C. Schafmayer, Prof. Dr. B. Schniewind



K.-Storz-Preis: Dr. C. Marquardt



E.-Ungeheuer-Preis: Dr. M. Chmielnicki

Vergabe von Ehrungen, Preisverleihungen und Stipendien

Preis	Name/Klinik bzw. Funktion	Vergabe wofür
Ehrenmitglied der DGCH	Prof. Dr. Michael Menger Ordinarius für klinisch-experimentelle Chirurgie Universität des Saarlandes Homburg/Saar	Herausragende Leistungen im Bereich der chirurgischen Forschung sowie unermüdlicher Einsatz zur interdisziplinären Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der Chirurgie und ihrer Grenzgebiete
	Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund Neugebauer em. Direktor des Instituts für Forschung in der operativen Medizin Köln Universität Witten/Herdecke	Hoch anerkannte Ergebnisse auf dem Gebiet der chirurgischen Forschung und entscheidende Impulse für die klinische Forschung und Versorgungsforschung in der Chirurgie
	Prof. Dr. Elias Degiannis em. Direktor am C. Hani Baragwanath Krankenhaus Universität Witwatersrand Johannesburg/Südafrika	Langjährige Unterstützung der Fortbildung deutscher und internationaler Chirurgen in der interdisziplinären Akutbehandlung von Massivverletzungen und Etablierung standardisierter internationaler Ausbildungskurse
Senator auf Lebenszeit	Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Karl-Walter Jauch Ärztlicher Direktor Klinikum Großhadern-Innenstadt Universität München	Anerkennung und Würdigung seiner langjährigen Verdienste um die DGCH, vor allem als ihr Präsident im Jahr 2012/2013
Werner-Körte-Medaille in Gold	Prof. Dr. Jürgen Faß, Kassel Prof. Dr. Thomas Carus, Hamburg Prof. Dr. Berthold Gerdes, Minden	Langjährige Unterstützung unserer Gesellschaft und speziell erfolgreiche Entwicklung und Leitung des chirurgischen Trainingslabors der DGCH
Werner-Körte-Medaille in Silber	Jörg Vollmann Director Surgical Technologies Medtronic GmbH Meerbusch	Persönliches Engagement bei der Förderung der wissenschaftlichen Chirurgie und Fortbildung des chirurgischen Nachwuchses mit seinem Unternehmen
Siegel der DGCH	Prof. Dr. Gangaly Diallo Dpt. für Chirurgie Universität Bamako/Mail	Zeichen der Verbundenheit der Gesellschaft für Chirurgie in Mali sowie Verdienste bei der Entwicklung einer engen fachlichen und freundschaftlichen Kooperation mit jungen deutschen Chirurgen
Von-Langenbeck-Preis	Prof. Dr. Andreas Pascher Chirurgische Klinik Charité, Campus Mitte und Virchow Universitätsmedizin Berlin	„Intestinal rehabilitation and intestinal transplantation with special focus on chronic transplant enteropathy“
Rudolf-Zenker-Preis	Prof. Dr. Dr. h.c. Norbert Haas em. Direktor Zentrum für muskuloskeletale Chirurgie Klinik für Orthopädie Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie Charité, Universitätsmedizin Berlin	Internationale Anerkennung für herausragende Ergebnisse in Orthopädie und Unfallchirurgie. Als Kliniker, Forscher und Lehrer Bedeutung der DGCH wesentlich mit geprägt
Fritz-Linder-Preis	Anastasia Rakow und Coautoren Centrum für muskuloskeletale Chirurgie Charité, Campus Virchow Berlin	„Der Einfluss von Degradationsprodukten des Abriebs von Hüftendoprothesen mit Metall-Metall-Gleitpaarungen auf die Qualität periprotetischen Knochens“
Karl-Storz-Preis	Dr. Christoph Marquardt Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie Onkologisches Zentrum Klinikum Ludwigsburg	„Die intraoperative Fluoreszenzangiographie zur Prävention von Anastomoseninsuffizienzen bei der tiefen anterioren Rektumresektion“

Preis	Name/Klinik bzw. Funktion	Vergabe wofür
Felicien-Steichen-Preis	Prof. Dr. Clemens Schafmayer Universität SH, Campus Kiel und Prof. Dr. Bodo Schniewind Städtisches Krankenhaus Lüneburg	„Endoscopic-vacuum therapy in esophageous perforations and anastomotic leakages after esophagectomy. The best treatment option to solve a major complication in upper GI-surgery?“
K.-H.-Bauer-Preis	Dr. Patrizia Malkomes und Coautoren Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie Universität Frankfurt/Main	„Selective AKI inhibition by MK-2206 represses colorectal cancer-initiating stem cells“
Video-Film-Preis	Dr. Christian Krautz und Coautoren Chirurgische Klinik Universität Erlangen	„Rektumexstirpation und Sofortrekonstruktion mit dem transpelvinen VRAM Lappen“
	PD Dr. Robert Sucher und Coautoren Klinik für Viszeral-, Transplantations- Thorax- und Gefäßchirurgie Universität Leipzig	„Erweiterte minimal-invasive Leberresektion rechts unter Anwendung des intrakorporalen 'liver hanging maneuver'“
Edgar-Ungeheuer-Preis	Dr. Marc Chmielnicki Klinik für Unfallchirurgie Krankenhaus Sindelfingen	„Perkutane Achillessehnennaht – eine lohnende Anfängeraufgabe?“
Posterpreis	Elisabeth Blüthner und Coautoren Berlin und Aachen	„Signifikanter Einfluss der dynamischen Leberfunktion auf das rezidivfreie Überleben nach Leberteilresektion bei HCC“
	Dr. Markus Ahrens und Coautoren Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Transplantations- und Kinderchirurgie Universität Schleswig-Holstein, Campus Kiel	„Vergleich von Malnutrition und metabolischen Komorbiditäten nach Sleeve-gastrektomie versus Magenbypass: 2-Jahres-Nachuntersuchung“
Stipendium als Fortbildungshilfe	Dr. Dimitra Kotsougiani Klinik für plastische und rekonstruktive Chirurgie BG Klinik Ludwigshafen	Verbesserung der Kenntnisse auf dem Gebiet der plastisch-rekonstruktiven Gesichtschirurgie in Wien
	Konstantin Möller Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie Charité, Campus B. Franklin Universitätsmedizin Berlin	Beherrschung einer etablierten Methodik zur Ableitung intestinaler Nervenaktivität und Integrierung in ein bestehendes Forschungsprojekt
H.-Junghanns-Stipendium	PD Dr. Max Kauther Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie Universität Essen	Vertiefung der Kenntnisse auf dem Gebiet der hand-/mikrochirurgischen oberen Extremität in San Diego
Reisestipendium zum Kongress des ACS	Dr. Hans Fuchs Chirurgische Klinik Universität Köln	
	PD Dr. Aristoteles Perrakis Chirurgische Klinik Universität Erlangen	
Reisestipendium zum Japanischen Chirurgenkongress	Dr. Maciej Malinowski Klinik für Allgemeine-, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie Universität des Saarlandes Homburg/Saar	
Stipendium der Wolfgang-Müller-Osten-Stiftung	Dr. J.R. de la Garza Herrera Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie Universität Heidelberg	Weiterführung seines Forschungsaufenthaltes auf dem Gebiet der bariatrischen Chirurgie am Universitätsklinikum Heidelberg
	Dr. Eduard Charchyan Nationales Forschungsinstitut für Chirurgie Moskau/Russland	Weiterbildung an einer deutschen Klinik für Kardiochirurgie

Preis	Name/Klinik bzw. Funktion	Vergabe wofür
	Dr. Lofty- John Anyanwu Abt. Chirurgie Lehrkrankenhaus Kano/Nigeria	Fortbildung an der Klinik für Kinderchirurgie der Universität Frankfurt/M.
	Dr. P. Jamtsho Fakultät für Chirurgie und Neurochirurgie Universität Thimphu/Bhutan	Weiterbildung an der Abt. Allgemein- und Viszeralchirurgie Rotkreuzklinikum München
Gaststipendium	Dr. Ayrat Kaldarov Vishnevsky Forschungsinstitut Moskau/Russland	Forschungsaufenthalt an einer deutschen Klinik
	Dr. Evgeny Evseev Nationales Forschungszentrum für Chirurgie Moskau/Russland	Fortbildung im Bereich Herzchirurgie an einer deutschen Klinik
Stipendium für serbische Chirurgen in Deutschland	Dr. Ivan Pesic Klinik für Allgemeinchirurgie Universität Nis/Serbien	Weiterbildung an Zentrum für Gastroenterologie in Deutschland

Wahl des Präsidenten 2019/2020

CURRICULUM VITAE PROF. DR. MED. THOMAS SCHMITZ-RIXEN



PROFESSOR DR. MED. THOMAS SCHMITZ-RIXEN

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG e.V., Berlin)

Direktor der Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie und des Universitären Wundzentrums, Universitätsklinikum Frankfurt am Main

PERSÖNLICHE DATEN

*1954, verheiratet, 2 Kinder

KÖLN UND BOSTON (1973-1998)

Studium und Weiterbildung zum Chirurgen und Gefäßchirurgen

Promotion und Habilitation in der Chirurgischen Universitätsklinik Köln

Zweijähriger Forschungsaufenthalt im Massachusetts General Hospital (Harvard Medical School) in Boston, USA

Fünffähriges Gerhard-Hess-Stipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), Thema: „Biologische Rekonstruktionsverfahren in der Gefäßchirurgie“

Forschungsgruppenleiter und Oberarzt in der Chirurgischen Klinik der Universität Köln u.a. Oberarzt im Dr. Mildred Scheel-Haus, Zentrum für Palliativmedizin

FRANKFURT AM MAIN – GOETHE-UNIVERSITÄT (SEIT 1998)

1998 Ruf auf die Professur für Gefäßchirurgie an die Goethe-Universität

Seit 2002 Research Associate am Max-Planck-Institut für Herz- und Lungenforschung in Bad Nauheim und seit 2011 Leiter der Arbeitsgruppe Arteriogenese

Seit 2000 Mitglied der Ethik-Kommission der Goethe-Universität, Mitglied im Forschungs- und Strukturausschuss des Fachbereichs Medizin, seit 2013 Mitglied im Fachbereichsrat Forschungsförderung u. a. durch ein Exzellenzcluster des Landes Hessen (LOEWE-Programm) und die DFG

FRANKFURT AM MAIN – KLINIKUM DER GOETHE-UNIVERSITÄT (SEIT 1999)

Direktor der Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie, seit 2011 Leiter des Universitären Wundzentrums, seit 2004 auch Chefarzt

der gefäßchirurgischen Abteilung im Hospital zum heiligen Geist in Frankfurt am Main auf der Basis eines Kooperationsvertrages, seit 2016 dto im Asklepios-Klinikum Langen

LANDESÄRZTEKAMMER HESSEN (SEIT 2000)

Vorsitzender des Krankenhausausschusses und Mitglied des Weiterbildungsausschusses der Landesärztekammer Hessen, Mitglied im Lenkungsausschuss der Qualitätssicherung Hessen

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Seit 2003 Mitglied im Exekutiv-Komitee der Sektion Chirurgische Forschung, Veranstalter zweier Forschungstage, seit 2014 stellv. Vorsitzender des Aufsichtsrates des Studienzentrums der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie an der Universität Heidelberg

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN

Seit 2010 Mitglied im Vorstand, 2015-16 Vizepräsident und 2017-18 Präsident
2002 - 2016 Vorsitzender des Forschungsausschusses
2015 - 2017 Geschäftsführer des Deutschen Instituts für gefäßmedizinische Gesundheitsforschung gGmbH, Berlin

AUSSERDEM

Vorstandsmitglied und Präsidenschaften bei: European Society for Vascular Surgery und Association of International Vascular Surgeons, Delegierter in der AWMF, Ehrenmitglied der Vascular Society of Great Britain and Ireland
Seit 2008 Diözesanarzt und Mitglied im Vorstand des Malteserhilfsdienstes der Diözese Mainz

„Damenrede“



PROF. DR. MED. JÖRG FUCHS

Präsident der DGCH 2017/2018
 Ärztlicher Direktor
 Universitätsklinik für Kinder- und
 Jugendmedizin
 Lehrstuhl für Kinderchirurgie und
 Kinderurologie
 Vizepräsident der Deutschen
 Gesellschaft für Chirurgie
 Hoppe-Seyler-Str.3, 72076 Tübingen
 Joerg.Fuchs@med.uni-tuebingen.de

Sehr geehrte Damen,

die traditionsreiche Damenrede in diesem honorigen Kreise ist für jeden, der sie halten darf, eine ultimative Herausforderung und wohl die schwierigste offizielle Rede des zukünftigen Amtsinhabers dieser Gesellschaft. Im Grunde genommen ist sie ja eine Form des Minnegesanges und wird lt. Wikipedia immer vom Consensor oder auch – man höre – dem jüngsten Fuchs von Vereinsfesten gehalten.

Gestatten Sie mir für diese so wichtige Rede auf unsere Damen ein „parabolam istam“ oder auch Gleichnis. Dieses parabolam istam beinhaltet die Rolle der Dame im Schachspiel und innerhalb der Chirurgie.

Das Brettspiel „Schach“ hat viele bekannte Dichter animiert Romane und Geschichten zu schreiben. Erwähnen möchte ich nur die „Schachnovelle“ von Stefan Zweig oder „Der Richter und sein Henker“ und die tragische Komödie „Der Besuch der alten Dame“ von Friedrich Dürrenmatt. Die Dame ist die beweglichste, gefährlichste und wertvollste Figur in dem strategischen Brettspiel „Schach“. Meine

Damen und Herren, ich denke diese Position haben Damen im Vergleich zu früheren Zeiten mittlerweile nicht nur im königlichen Brettspiel inne, sondern in vielen Bereichen des täglichen Lebens.

Bezogen auf das Brettspiel war dem interessanterweise nicht immer so. Die Dame hat im Laufe der letzten 1000 Jahre innerhalb dieser Königsdisziplin eine eher revolutionäre Entwicklung erfahren.

Betrachten wir hingegen die Etablierung der Damen in der Chirurgie, können wir nur auf eine vergleichsweise kurze Zeit zurückblicken. Allerdings würde ich hier zunächst eher von einer Evolution sprechen. Dennoch erscheint es mir sehr sicher, dass die revolutionäre Phase der Damen in der Chirurgie bereits begonnen hat. Diese Phase wurde spätestens mit unserer Präsidentin eingeläutet.

Bleiben wir aber zunächst beim Schach. Dieses Spiel entstand wahrscheinlich im dritten bis sechsten Jahrhundert in Persien und Indien. Erst im elften Jahrhundert wurde das Brettspiel im abendländischen Europa bekannt. Die Position der Dame war immer eine Besondere. Im Ur-Schach, dem



sogenannten „Chaturanga“, hatte die Dame die Funktion des Ministers (Mantini) und war zunächst die schwächste Figur auf dem Brett (Bewegung nur in der Diagonalen). Die Perser nannten die Dame „Farzin“ und mit der Einführung des Spiels in Europa wurde daraus „Ferz“ mit einem französischen Synonym „vierge“ oder auf Deutsch „Jungfrau“. Aufgrund der räumlichen Nähe zum König bürgerte sich der Begriff „Dame“ ein.

Erst 1490 setzte sich die heute großzügige Zugweise der Figur durch. Als historisch fragwürdiges Vorbild für die immense Verstärkung der Figur gilt Jeanne d'Arc.

Meine Herren, ich vermute, viele von Ihnen frönen dem Schachspiel und setzen alles, nein, alle anderen Figuren aufs Spiel, um die eigene, so geliebte Dame zu schützen. Denn sie ist die wichtigste Figur mit den größten Freiheitsgraden. Also wie im Schach, so auch im richtigen Leben. Nun, in der Medizin im Allgemeinen und der Chirurgie im Besonderen sieht es mit dem Schutz der Damen schon etwas anders aus.

Schauen wir auf das 18. Jahrhundert. Ca. 100 Jahre vor Gründung unserer Fachgesellschaft existierte ein berühmter britischer Chirurg namens James Barry.

James Barry war ein berühmter Militärchirurg und führte u. a. als erster britischer Chirurg erfolgreich einen Kaiserschnitt durch.

In Wirklichkeit handelte es sich aber um Margaret Ann Bulkley, eine irische Krämer-tochter, die entgegen den viktorianischen Gepflogenheiten Medizin studieren wollte und aufgrund ihres Geschlechts abgewiesen wurde. Sie entschloss sich kurzerhand ein Mann zu sein. Erst ihr Tod im Rahmen einer Ruhrepidemie bringt das Geheimnis ans Licht und führt zu einem Vertuschungsskandal im viktorianisch-bigotten Militär.

Etwa zeitgleich lebte die erste deutsche approbierte Ärztin Dorothea Christiane von Erxleben (1715-1762). Sie absolvierte nach der Übernahme der Praxis ihres verstorbenen Vaters ihr Promotionsexamen an der Universität Halle. Sie prägte einen Spruch, den wir Männer uns zu Herzen nehmen sollten: „*Ein jeder will gern ein verständiges Weib haben, aber die Mittel des Verstandes will man ihnen nicht zulassen.*“

Viele Jahre der Leere hinsichtlich des weiblichen Geschlechtes in unserem Fach folgten.

Blicken wir nun noch einmal auf die europäische Zeitfolge der Entwicklung der Dame im Schach. Sie startete immerhin als Minister mit wenig Rechten im elften Jahrhundert und bereits 300 Jahre später war sie die wichtigste strategische Figur auf dem Brett. Rechnen wir nun 300 Jahre auf das Wirken unserer beiden Frauen Margaret Ann Bulkley und Dorothea Christiane von Erxleben hinzu, so gelangen wir zu unserem Erstaunen ins 21. Jahrhundert, also ins Hier und Jetzt! Wir sind also auch in der Chirurgie in einer „Revolution der Geschlechter“ angekommen.

»EIN JEDER WILL GERN EIN VERSTÄNDIGES WEIB HABEN, ABER DIE MITTEL DES VERSTANDES WILL MAN IHNEN NICHT ZULASSEN.«

Meine Herren, wir sind zwar noch die Könige, aber unsere Manövrierfähigkeit ist mit einer Feldbewegung in alle Richtungen sehr eingeschränkt. Die Dame steht direkt neben uns, kann sich diagonal, vertikal und horizontal frei bewegen, sie ist die Figur, die den Gegner am häufigsten schachmatt setzt.

Ein kleiner Trost bleibt uns mit dem Zitat des Journalisten Johannes Groß: „*Schach ist ein höfliches, ritterliches Spiel. Der König kann verfolgt, bedroht, schließlich mattgesetzt, aber nicht geschlagen und des Feldes verwiesen werden. Demokratischem Empfinden ist es fremd, dass das Oberhaupt des besiegten Gegners geschont werden soll.*“

Nun, Geschichte ist nie unumstritten. Zweifelsohne bleibt es unklar, ob die politische Rolle der Jungfrau von Orleans wirklich die Rolle der Dame auf dem Holzbrett

verändert hat. Aber ein kluger Schachspieler beherrscht die strategische Dame.

Heinrich Heine schrieb dazu seinem Freund Christian Sethe 1816:

„Ich bin ein wahnsinniger Schachspieler: Schon beim ersten Stein habe ich die Königin verloren, und doch spiel ich noch und spiele - um die Königin. Soll ich weiterspielen?“

Die Jungfrau von Orleans war enthusiastisch, hartnäckig, unbeirrbar im Glauben an die Sache und mit diesen Tugenden absolut erfolgreich. Ähnlich energisch etablieren sich die Damen in der Chirurgie und zeigen uns auf anderen Wegen mit femininer Strategie neue Horizonte.

Meine Herren, für uns haben sich die Zeiten nicht nur im Alltag, sondern auch in unserer vermeintlich eigenen Domäne der schneidenden Zunft merklich geändert. Wir sind wieder in der Position der Minnesänger und tun dies ja irgendwie auch gern, da wir ohne unsere reizenden Damen die wahrhaftige Motivation im Leben verlieren würden.

Gestatten Sie mir abschließend, diese Motivation mit einem Gedicht von Walther von der Vogelweide in Form einer kleinen Ode an die Damenwelt zu untermalen:

„Durchsüßet und geblümet sind die reinen Frauen.

*So Wonnigliches gab es niemals anzuschauen
in Lüften noch auf Erden noch in allen grünen Auen.*

*Lilien oder Rosenblumen, wenn sie blicken
im Maien durch betautes Gras, und kleiner Vögel Sang*

sind gegen solcher Wonnen farblos, ohne Klang.

Wenn man ein schönes Weib erschaut, das kann den Sinn erquickern,

und wer an Kummer litt, wird augenblicks gesundt.“

Meine Herren, erheben wir das Glas auf unsere Damen! ○

Impressionen vom DGCH-Kongress 2017

MITGLIEDERVERSAMMLUNG



Bericht Generalsekretär

INDUSTRIERUNDGANG



B. Braun Melsungen AG



3. Vizepräsident Prof. Dr. T. Schmitz-Rixen



Bundeswehr



Vergabe der Stipendien



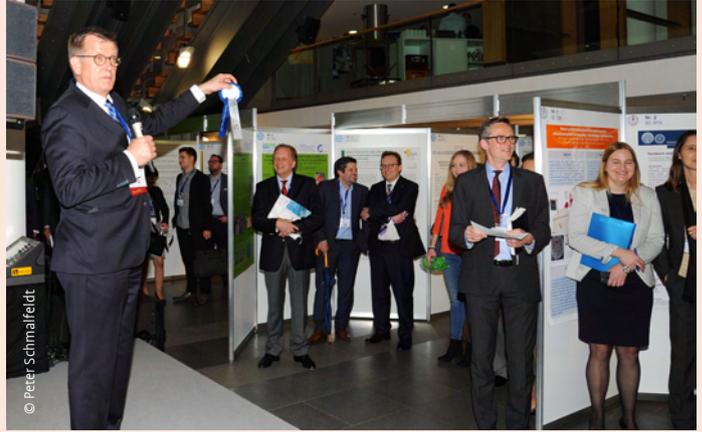
Johnson & Johnson GmbH

INDUSTRIERUNDGANG



KARL STORZ GmbH & Co. KG

POSTERAUSSTELLUNG



Dr. Langer Medical GmbH



Medtronic GmbH

ORGANSPENDELAUF



ORGANSPENDELAUF



GESELLSCHAFTSABEND



ABSCHLUSSVERANSTALTUNG



F-Linder-Preis Fr. A. Rakow



Übergabe des Schecks an Netzwerk Spenderfamilien



Video-Filmpreis PD Dr. R. Sucher, Dr. C. Krautz



Festredner Dr. h.c. P. Müller



Posterpreis Fr. E. Blüthner



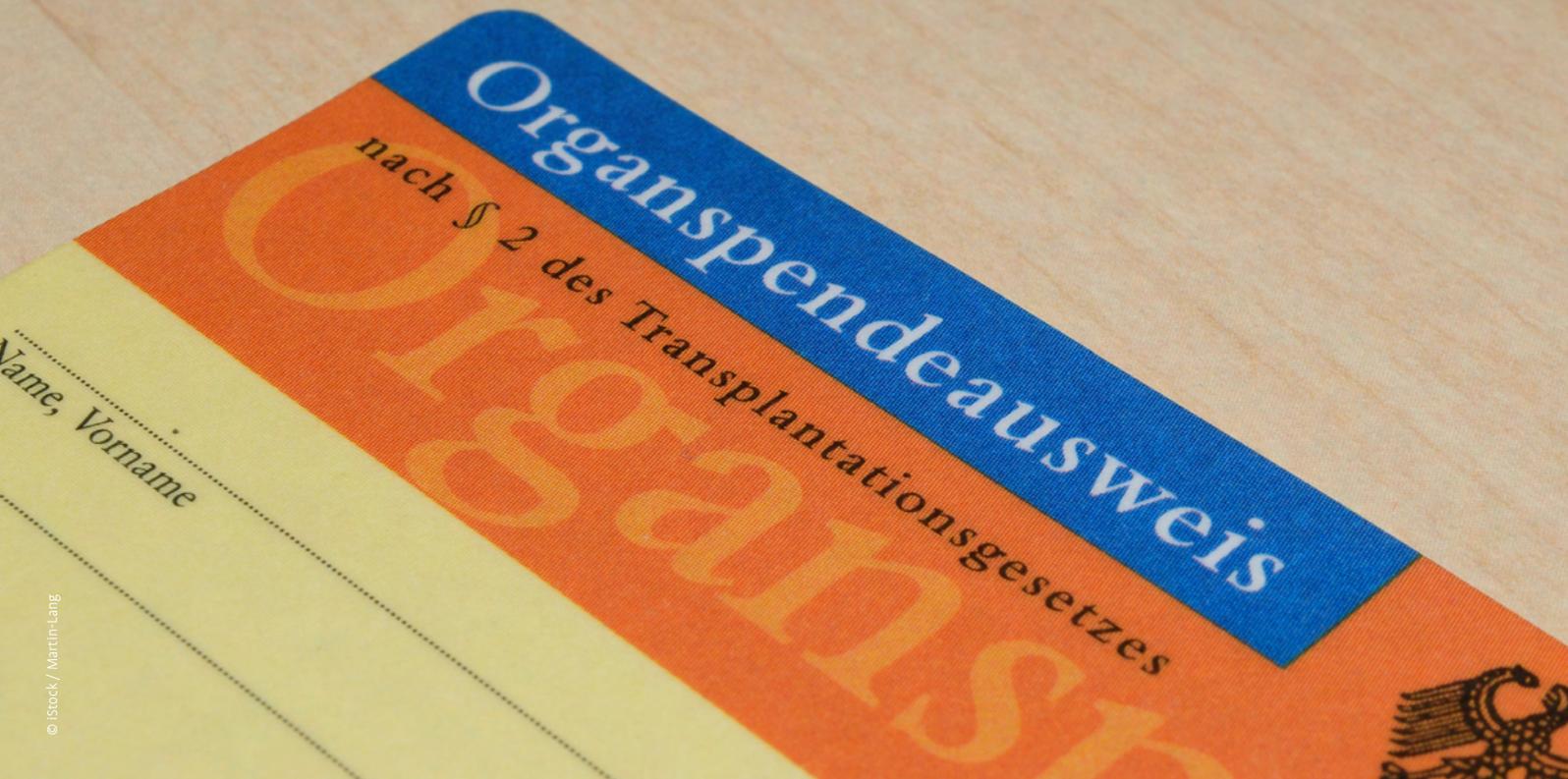
Übergabe Amtskette



Trainingslabor



„erste Trockenübungen“



© iStock / Martin-Lang

Organspendelauf – Laufen für den guten Zweck

Am 22. März 2017 fand traditionell im Rahmen des 134. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie der Organspendelauf in München statt. Die Teilnehmer konnten wahlweise an einem Lauf über eine Kurzstrecke von 4,8 km, einer Langstrecke über 9,6 km oder als Staffel über 4 x 1,2 km teilnehmen. Anders als in den Jahren zuvor fand der diesjährige Lauf unmittelbar vor den Toren des Kongresses am Messesee und im angrenzenden Riemer Park statt. Der Lauf wurde maßgeblich von der B. Braun Melsungen AG, der Firma Theiss Naturwaren GmbH, dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege sowie der Messe München GmbH unterstützt.

Den Startschuss für die insgesamt 177 Teilnehmer gab Klaus Wolfermann, Olympiasieger im Speerwerfen bei den Olympischen Sommerspielen 1972. Unter den Teilnehmern fand sich auch eine Präsidentenstaffel um Prof. Dr. Tim

Pohlemann, dem aktuellen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Darüber hinaus nahmen Herr Thomas Biet, kaufmännischer Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation, Herr Ulrich Roth, ehemaliger Handball-Nationalspieler, Ingalena Schömburg-Heuck, ehemalige Deutsche Meisterin im Halbmarathon und Deutsche Vizemeisterin über 10.000 m sowie Dr. Hans Neft, Leitender Ministerialrat des Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, teil.

ÜBER 10.000 PATIENTINNEN UND PATIENTEN WARTEN DERZEIT BUNDESWEIT AUF EINE LEBENSWICHTIGE ORGANTRANSPLANTATION

Diese Menschen setzen ihre ganze Hoffnung darauf, dass andere Menschen bereit sind, nach ihrem Tod ihre Organe zu spenden. Das Überleben vieler dieser Patienten und ihre

**DR. MED. MARCEL ORTH**

Universitätsklinikum des Saarlandes
und Medizinische Fakultät der
Universität des Saarlandes
Klinik für Unfall-, Hand- und
Wiederherstellungschirurgie
Gebäude 57
Kirrberger Straße, 66421 Homburg
marcel.orth@uks.eu

Lebensqualität hängen von dieser Spendenbereitschaft ab.

„Mit dem Lauf, an dem traditionell auch viele Chirurgen teilnehmen, wollen wir darauf aufmerksam machen, dass Organspenden Leben retten können“, so Prof. Pohlemann.

Anders als in den Jahren zuvor, wurden im Vorfeld und während des Kongresses über die alleinige Kostendeckung hinaus Spendengelder zur Unterstützung und Verbesserung der Rahmenbedingungen der Organspende in Deutschland gesammelt. Die Spende in Höhe

von 10.000 Euro fließt an das neu gegründete „Netzwerk Spenderfamilien“, das dem Verein „Lebertransplantierte Deutschlands e. V.“ angegliedert ist und Angehörige von Organspendern betreut. „Eine solche Unterstützung gab es bisher in Deutschland noch nicht, obwohl der Bedarf da ist. Wir hoffen, durch unsere Spende eine Starthilfe für das Netzwerk zu leisten“, betonte Prof. Pohlemann bei der feierlichen Spendenübergabe im Rahmen der Kongress-Abschlussveranstaltung am 24. März 2017. ○



Abb. 1: Startschuss zum Organspendelauf durch Klaus Wolfermann (rechts außen). In der ersten Reihe Prof. Dr. T. Pohlemann (Startnummer 401), I. Schömburg-Heuck (Startnummer 244), sowie U. Roth (Startnummer 234)



Abb. 2: v.l.n.r.: Dr. B. Fröhlich (B. Braun Melsungen AG), Prof. Dr. T. Pohlemann, K. Wolfermann, Ingelena Schömburg-Heuck, U. Roth, Prof. Dr. Dr. P. Schmittenebecher, Prof. Dr. B. Tillig, Prof. Dr. M. Anthuber, T. Biet



ORTH M. ORGANSPENDELAUF –
LAUFEN FÜR DEN GUTEN ZWECK.
PASSION CHIRURGIE. 2017 MAI, 7(05):
ARTIKEL 06_07.

Einladung zum 135. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie



PROF. DR. MED. JÖRG FUCHS

Präsident der DGCH 2017/2018
 Ärztlicher Direktor
 Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin
 Lehrstuhl für Kinderchirurgie und Kinderurologie
 Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
 Hoppe-Seyler-Str.3, 72076 Tübingen
 Joerg.Fuchs@med.uni-tuebingen.de

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,

zum 135. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie möchte ich Sie ganz herzlich in unsere Hauptstadt Berlin einladen. Traditionsgemäß werden auf diesem Kongress die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) ihre Jahrestagungen und die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG), sowie die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) ihre Frühjahrstagungen abhalten. Wir freuen uns auch auf die Teilnahme und Mitgestaltung des Kongresses durch den Berufsverband der Deutschen Chirurgen, der niedergelassenen Chirurgen, der Bundeswehr,

Gastland ausgewählt und wir freuen uns ganz besonders auf die Teilnahme der spanischen Kolleginnen und Kollegen.

Das Motto des Kongresses lautet:
Tradition – Innovation – Globalisierung

Die **Tradition** spielt in der Medizin und der Chirurgie eine außerordentliche Rolle. Sie wird geprägt durch unser ärztliches Ethos, begründet auf dem Eid des Hippokrates und einem immensen, über Jahrhunderte erworbenen empirischen und wissenschaftlich fundierten Wissen. Die Tradition in unserer Fachgesellschaft basiert vor allem auf den herausragenden Persönlichkeiten in der Chirurgie und den sich daraus ergebenden verschiedenen chirurgischen Schulen, die immer wieder junge Chirurgen motiviert haben und motivieren werden, Gegenwart und Zukunft mit innovativen Konzepten neu zu gestalten. Die chirurgischen Schulen sollen im Kontext von Leitlinien und Qualitätssicherung beleuchtet werden. Besonders wichtig ist auch die Diskussion über die Rolle des Chirurgen in der peri-operativen Medizin.

Die **Innovation** ist in unserem Fachgebiet der Garant für einen hohen Behandlungsstandard und Voraussetzung für eine weitere Optimierung der chirurgischen Maximalversorgung. Hier gilt es vor allem die vorhandenen Konzepte der personalisierten Medizin und multimodalen Therapien auf der Basis einer interdisziplinären Zusammenarbeit auszubauen. Gleichzeitig sollten Innovationen und das technisch Machbare mit den sich daraus ergebenden medizin-ethischen Herausforderungen in Einklang gebracht werden. Innovationen werden aber auch von uns Chirurgen mit der damit verbundenen

TRADITION – INNOVATION – GLOBALISIERUNG

dem Berufsverband für Pflegeberufe und der Rettungsdienste.

Wir erwarten in Berlin zahlreiche internationale Gäste und unsere Partnergesellschaften aus Österreich, der Schweiz, England, Japan und den USA. Der Kongress wird auch im Jahr 2018 zweisprachig (deutsch/englisch) abgehalten werden.

In der langen Geschichte unserer Fachgesellschaft wurde Spanien erstmalig als

Personalakquise und Finanzierbarkeit des technischen Fortschritts abverlangt.

Die **Globalisierung** erfährt auch in der Medizin in den letzten Jahrzehnten sowohl im Allgemeinen als auch in der Chirurgie im Besonderen eine zunehmende Bedeutung. Diese Entwicklung macht es erforderlich, die vielen berufspolitischen und gesundheitsökonomischen Fragen mit Hilfe unserer Fachgesellschaft im Sinne der angestrebten Einheit der Chirurgie gemeinsam zu gestalten. Hierzu zählt vor allem die exzellente Förderung des chirurgischen Nachwuchses in klinischer und auch in wissenschaftlicher Hinsicht. Unser gemeinsames Engagement für junge Chirurgeninnen und Chirurgen ist ein wesentlicher Garant dafür, dass alle Fachbereiche innerhalb der Chirurgie in der Zukunft medizinische Spitzenleistungen anbieten können, um im globalen Wettbewerb Bestand zu haben. Demzufolge wird u. a. ein Schwerpunkt des Kongresses die Innovation und Motivation in der Weiterbildung darstellen. Wichtige Themen werden u. a. die translationale und internationale Forschung, die Telemedizin sowie die europäische Netzwerkbildung innerhalb der Chirurgie sein. Weitere Aspekte für intensive wissenschaftliche und berufspolitische

Diskussionen sind Konzepte zur Beseitigung des Ärzte- und Pflegemangels, zum Medizintourismus und zur Herausforderung der Immigration und der Katastrophenmedizin.

Zweifelsohne existieren für jede einzelne chirurgische Fachgesellschaft, dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen, den Pflegeberufen und dem Sanitätsdienst der Bundeswehr spezifische Herausforderungen, die wir auf unserem gemeinsamen Kongress diskutieren möchten. Grundsätzlich soll der Anteil der interdisziplinären Sitzungen weiter ausgebaut werden, da die Kongressanalysen hier ein zunehmendes Interesse dokumentieren.

Einladen möchte ich Sie auch zu den attraktiven chirurgischen Trainingslaboren, fachspezifischen Workshops, Seminaren und interessanten Industriesymposien.

Die Poster-Ausstellung wird in der 2017 eingeführten Tradition der Verleihung von „Best Poster“-Preisen bei Bier und Brezeln fortgeführt.

Ein Kongress lebt nicht nur vom wissenschaftlichen Programm allein, die Knüpfung und Vertiefung sozialer Kontakte hat eine ebenso große Bedeutung. Der gemeinsame Gesellschaftsabend der DGCH, der DGAV

und DGKCH ist dafür ein idealer Event. Das traditionsreiche Ambiente der Orangerie des Schlosses Charlottenburg bietet alle Möglichkeiten für einen Abend in entspannter Atmosphäre, vereint mit Gastronomie auf hohem Niveau und guter Musik.

An dieser Stelle möchte ich mich schon jetzt bei allen Co-Präsidenten, Fachgesellschaften, Berufsverbänden und der Bundeswehr für ihre engagierte Unterstützung bei der Kongressgestaltung bedanken.

Berlin ist eine faszinierende Stadt mit einem sehr spezifischen Charme und zählt zu den aufstrebenden internationalen Zentren Europas. Das interessante und abwechslungsreiche Rahmenprogramm soll Ihnen und Ihren Familien neben dem Berliner Flair auch die vielseitige Kultur und Politik der Stadt näherbringen. ○

Herzlich willkommen in Berlin!
Ihr

Prof. Dr. med. J. Fuchs
Präsident der DGCH 2017/2018

Protokoll der DGCH-Mitgliederversammlung 2017

Internationales Congress Center München
23.03.2017, 12.30-14.00 Uhr

TOP 1: ERÖFFNUNG DURCH DEN PRÄSIDENTEN

Der *Präsident* eröffnet die Versammlung und weist auf Folgendes hin: Es wurde ordnungsgemäß rechtzeitig unter Angabe der Tagesordnung durch zweimalige Veröffentlichung in *Passion Chirurgie* eingeladen. Ein Antrag des Vorstands der DGCH zur Änderung der Satzung wurde allen Mitgliedern schriftlich gestellt. Laut Satzung besteht bei jeder ordnungsgemäß einberufenen Mitgliederversammlung ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienen Mitglieder Beschlussfähigkeit.

TOP 2: WAHLEN

Der *Präsident* erläutert die satzungsgemäßen unterschiedlichen Vorgaben zur Bestätigung bzw. Wahl von Mitgliedern des Geschäftsführenden Vorstands bzw. des Präsidiums sowie den Wahlmodus für ordentliche und assoziierte Mitglieder. Zum Wahlleiter wurde Herr Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski, Magdeburg vorgeschlagen und bestätigt.

Der *Generalsekretär* teilt mit: An den Eingängen zum Saal wurde die Legitimation der Teilnehmer der Mitgliederversammlung überprüft und jedem ordentlichen Mitglied zwei Stimmzettel für die anstehenden Wahlen ausgehändigt: zum einen zur Abstimmung über die Personalentscheidungen und zum anderen über den Antrag auf Satzungsänderung. Den Mitgliedsgesellschaften waren Stimmzettel für die assoziierten Mitglieder zur Abstimmung über die Personalentscheidungen übergeben worden, auf denen zur Festlegung einer Vollstimme eine

Stimmrechtsübertragung von maximal 19 anderen assoziierten Mitgliedern vorgenommen werden konnte. Der *Präsident* stellt die Kandidaten vor, wie sie bereits veröffentlicht worden waren. Weitere Vorschläge sind nicht eingegangen:

1. 3. Vizepräsident 2017/18 und Präsident 2019/20:

Herr Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen, Frankfurt

2. Generalsekretär (Verlängerung der Amtszeit um fünf Jahre)

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Berlin

3. Vertreter des Konvents der leitenden Universitätschirurgen (Wiederwahl für drei Jahre)

Herr Prof. Dr. med. Jörg C. Kalff, Bonn

4. Vertreter des Konvents der leitenden Krankenhauschirurgen

Herr Prof. Dr. med. Hubertus J.C. Wenisch, Potsdam

5. Vertreter der Oberärzte/-ärztinnen in nicht selbstständiger Stellung einer chirurgischen Universitätsklinik

Frau PD Dr. med. Tina Histing, Homburg oder

Herr Prof. Dr. med. Clemens Schafmeyer, Kiel

6. Vertreter der Oberärzte/-ärztinnen in nicht selbstständiger Stellung einer chirurgischen Krankenhausabteilung (Wiederwahl für drei Jahre)

Frau Dr. med. Frauke Fritze-Büttner, Berlin

Da über den Antrag zur Satzungsänderung auch per Stimmzettel votiert werden muss, erläutert der *Präsident* die Zielstellung Doppelmitgliedschaft und bittet um Zustimmung für eine einheitliche starke politische Vertretung.



Nach Bestätigung, dass nur Mitglieder im Saal seien und nach dem Schließen der Türen erfolgt die Wahl mittels Einsammeln der ausgefüllten Wahlzettel in Urnen durch mehrere Wahlhelfer. Laut *Generalsekretär* werden nach Überprüfung und Feststellung, dass der Wahlvorgang abgeschlossen sei, dann die Türen wieder geöffnet.

Nach abgeschlossener Auszählung dankt der *Präsident* dem Wahlleiter und gibt das Wahlergebnis bekannt:

1. Bestätigung durch die Mitgliederversammlung:

- Auf *Herrn Schmitz-Rixen*, 3. Vizepräsidenten und Präsident 2017/2018, entfielen von 104 abgegebenen gültigen Stimmen 97 Ja-Stimmen (92 Prozent) bei drei Nein-Stimmen und eine Enthaltung.
- Auf *Herrn Meyer*, Generalsekretär, entfielen von 105 abgegebenen gültigen Stimmen 94 Ja-Stimmen (90 Prozent) bei fünf Nein-Stimmen und sechs Enthaltungen.

2. Wahl durch die Mitgliederversammlung:

- Auf *Herrn Kalff*, Vertreter des Konvents der leitenden Universitätschirurgen, entfielen von 105 abgegeben gültigen Stimmen 98 Ja-Stimmen (93 Prozent) bei drei Nein-Stimmen und vier Enthaltungen.
- Auf *Herrn Wenisch*, Vertreter des Konvents der leitenden Krankenhauschirurgen, entfielen von 102 abgegeben gültigen Stimmen 95 Ja-Stimmen (90 Prozent) bei zwei Nein-Stimmen und vier Enthaltungen.
- Auf die Kandidaten als Vertreter der Oberärzte/-ärztinnen einer chirurgischen Universitätsklinik entfielen:
 - auf *Frau Histing* 71 Ja-Stimmen (68 Prozent) bei zwei Nein-Stimmen und sieben Enthaltungen,
 - auf *Herrn Schafmeyer* 28 Ja-Stimmen (27 Prozent) bei acht Nein-Stimmen und acht Enthaltungen.
- Auf *Frau Fritze-Büttner*, Vertreter der Oberärzte/-ärztinnen einer chirurgischen Krankenhausabteilung, entfielen von 105 abgegeben gültigen Stimmen 96 Ja-Stimmen (91 Prozent) bei vier Nein-Stimmen und vier Enthaltungen.

Der *Präsident* fragt alle Kandidaten, ob sie die Wahl annehmen. Dies ist der Fall. Die gewählten Vertreter bedanken sich für das Vertrauen. Der *Präsident* stellt damit den erfolgreichen Abschluss des Wahlvorgangs fest.

TOP 3: BERICHT DES PRÄSIDENTEN

Mittels einer Präsentation geht der *Präsident* auf Schwerpunkte im Zeitraum seit dem 133. Kongress ein. Hauptaugenmerk liegt auf der Bestrebung, bis Ende 2018 die Doppelmitgliedschaft zu erreichen. Es gibt keine Fragen oder Bemerkungen.

TOP 4: BERICHT DES GENERALSEKRETÄRS

Der *Generalsekretär* erläutert Aufgaben, Ziele und Probleme sowohl in der Arbeit der Fachgesellschaften als auch in politischen Gremien. Keine weitere Diskussion folgt.

Der *Präsident* dankt dem Generalsekretär für seine Ausführungen und seine engagierte Arbeit.

TOP 5: BERICHT DES SCHATZMEISTERS

(Anlage 2). Der *Schatzmeister* bedankt sich bei allen, die ihn stets in seiner Tätigkeit unterstützen und erläutert die Entwicklung der Mitgliedsbeiträge im Falle einer Doppelmitgliedschaft.

Er legt Rechenschaft ab über Einnahmen und Ausgaben im Jahr 2016.

Der *Präsident* bittet die Kassenprüfer um ihren Bericht. *Herr Germer* empfiehlt den Mitgliedern, auch im Namen von *Herrn Wenisch*, den Jahresabschluss 2016 zu verabschieden und den Vorstand zu entlasten. Der *Generalsekretär* bittet um Handzeichen. Das geschieht bei Enthaltung des geschäftsführenden Vorstands. Damit ist der Jahresabschluss genehmigt.

Nach der Vorstellung des Haushaltsplanes 2017 wird – ebenfalls per Handzeichen – über die vorgesehenen Einnahmen und Ausgaben abgestimmt. Auch der Haushaltsplan für 2017 wird per Handzeichen verabschiedet.

Nach Befragung durch den *Präsidenten* erteilen die Mitglieder bei Stimmenthaltung der Vorstandsmitglieder dem Vorstand inkl. *Schatzmeister* einstimmig die Entlastung.

Der *Präsident* dankt dem *Schatzmeister* für seine verdienstvolle Arbeit.

TOP 6: VERGABE DER STIPENDIEN

Präsident und *Generalsekretär* bitten die Stipendiaten, deren Namen projiziert werden, auf die Bühne und überreichen ihnen unter dem Beifall der Mitglieder ihre Urkunden. Die Namen werden mit allen anderen Preisträgern wieder in der *Passion Chirurgie* veröffentlicht.

TOP 7: VERSCHIEDENES

Ein *Mitglied* kritisiert, dass einige Sitzungen mit Werbespots begonnen hätten, was er „befremdlich“ und „nicht akzeptabel“ finde. Der *Präsident* erklärt, dass dadurch erzielte höhere Erlöse natürlich nicht der Maßstab sein dürften und bittet um eine kurze schriftliche Stellungnahme. Dann werde sich der Vorstand der DGCH mit dem Problem befassen.

Zur Anfrage eines *Teilnehmers* zur Entwicklung des Facharztes Allgemeinchirurgie in Europa verweist der *Generalsekretär* auf noch nicht abgeschlossene Diskussionen in der UEMS und der Bundesärztekammer.

Der *Präsident* dankt dem Vorstand, den Damen der Geschäftsstelle sowie allen Mitgliedern für ihre Arbeit in der Gesellschaft. Er schließt die Sitzung um 14.00 Uhr.

gez.

Prof. Dr. T. Pohlemann
Präsident

Prof. Dr. Dr. h.c. H.-J. Meyer
Generalsekretär

Prof. Dr. T. H. K. Schiedeck
Schatzmeister

DGCH. Protokoll der DGCH-Mitgliederversammlung 2017. *Passion Chirurgie*. 2017 Mai, 7(05): Artikel 06_09.

Preise und Stipendien 2018

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie vergibt im Jahr 2018 die nachfolgend aufgeführten Preise und Stipendien.

IHRE BEWERBUNGEN ERBITTEN SPÄTESTENS BIS ZUM 30.09.2017 AN DIE

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Generalsekretär
Herrn Prof. Dr. med. Dr. h.c. H.-J. Meyer
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin

PREISE

B.-VON-LANGENBECK-PREIS

Auszeichnung für besondere wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Chirurgie. Bewerben können sich Oberärzte und Assistenten.

Dotierung: € 10.500

W.-MÜLLER-OSTEN-PREIS

Auszeichnung für hervorragende Leistungen auf dem Gebiet der chirurgisch-interdisziplinären Arbeit oder der Zukunftsentwicklung des Faches Chirurgie.

Dotierung: € 8.000

F.-STEICHEN-PREIS, GESTIFTET VON MEDTRONIC GMBH

Vergabe für besondere Leistungen auf dem Gebiet der Klammernahttechnik und Endoskopie.

Dotierung: € 5.000

K.-STORZ-PREIS, GESTIFTET VON KARL STORZ GMBH CO. KG

Vergabe für besondere Verdienste und Leistungen auf dem Gebiet der minimal-invasiven Chirurgie.

Dotierung: € 4.000

E.-UNGEHEUER-PREIS, GESTIFTET VON DER AESCULAP AKADEMIE

Verleihung für Neuaufnahmen von besonderem wissenschaftlichen und didaktischen Wert in die Mediathek der DGCH.

Dotierung: € 3.000

FILMPREIS

Der Preis wird verliehen für Filme bzw. Videos über die Chirurgie und ihre Teilgebiete, die neue wissenschaftliche oder operationstechnische Kenntnisse vermitteln sowie als Lehr- oder Unterrichtsfilm angemeldet werden.

Dotierung: € 1.500

POSTERPREIS

Gegenstand soll die Darstellung der neuesten Ergebnisse aus der klinischen und experimentellen Chirurgie sein.

Dotierung: € 1.500

F.-LINDER-PREIS

Wird an den Erstautor des besten Vortrages innerhalb der Fritz-Linder-Sitzungen zur chirurgischen Forschung vergeben.

Dotierung: € 2.500

EINSENDUNGEN FÜR DEN F.-LINDER-PREIS AN:

Frau Prof. Dr. med. B. Vollmar
Direktorin des Instituts für Experimentelle Chirurgie der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock
Universitätsklinikum Rostock
Schillingallee 35
18055 Rostock

STIPENDIEN

STIPENDIUM ALS FORTBILDUNGSHILFE

Beihilfe zu einer Forschungsreise zwecks Fortbildung in der allgemeinen Chirurgie oder einem Spezialgebiet der Chirurgie.

Dotierung: € 5.000

REISESTIPENDIUM DER H.-JUNGHANNS-STIFTUNG

Die nach unserem früheren Präsidenten und langjährigen Generalsekretär benannte Herbert-Junghanns-Stiftung verleiht ein Reise-Stipendium, bevorzugt an einen Krankenhauschirurgen. Voraussetzung ist Facharztstatus und die Mitgliedschaft in der DGCH.

Dotierung: € 5.000

W.-MÜLLER-OSTEN-STIPENDIUM

Zur Förderung wissenschaftlicher Arbeiten über die Geschichte der Chirurgie, die Erhaltung von Substanz und Einheit sowie der Zukunftsentwicklung der Chirurgie, der Qualitätssicherung der chirurgischen Tätigkeit in Krankenhaus und Praxis und den wissenschaftlichen und ethischen Grundlagen des chirurgischen Berufes.

Dotierung: € 5.000

W.-MÜLLER-OSTEN-STIPENDIUM FÜR AUSLÄNDISCHE HOSPITANTEN

Wird ausgeschrieben zur Weiterbildung durch Hospitation an einer selbst gewählten deutschen chirurgischen Klinik.

Dotierung: € 5.000

REISESTIPENDIUM ZUM JAPANISCHEN CHIRURGENKONGRESS

In Abstimmung mit der Japanischen Gesellschaft für Chirurgie wird die aktive Teilnahme am Japanischen Chirurgenkongress mit anschließender Hospitation in japanischen Zentren unterstützt.

INTERNATIONALES GASTSTIPENDIUM DER DGCH

Wird verliehen an junge Chirurgen, die ihre Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie (oder entsprechende Qualifikation) in ihrem Heimatland absolviert haben und anschließend zur Ausübung ihres Berufes dorthin zurückkehren.

Dotierung: € 5.000

**REISESTIPENDIUM ZUM JAHRESKONGRESS
DES AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS**

In Abstimmung mit dem American College of Surgeons (ACS) wird die aktive Teilnahme am Jahreskongress des ACS mit anschließender Hospitation in relevanten Zentren unterstützt.

**REISESTIPENDIUM FÜR DEUTSCHE UND SERBISCHE
CHIRURGEN**

Beihilfe zur Teilnahme serbischer Chirurgen an den Jahreskongressen der DGCH und damit zusammenhängend zur Hospitation an einer oder mehreren deutschen Kliniken/en oder zur Finanzierung einer Vortragsreise oder eines Weiterbildungsaufenthaltes eines deutschen Chirurgen an serbischen Kliniken.
Dotierung: € 5.000 

Die Bestimmungen für die Verleihung der Preise und die Vergabe von Stipendien finden Sie im Internet unter

www.dgch.de

Sie können auch in der Geschäftsstelle (Tel.: 030/28876290) abgefordert werden.



Reisebericht zu einem Stipendium als Fortbildungshilfe

UNIVERSITY OF PITTSBURGH MEDICAL CENTER (UPMC)

Der erste Teil des Stipendiums erfolgte am international sehr renommierten University of Pittsburgh Medical Center (UPMC), Department of Plastic Surgery, Body Contouring, Breast Surgery and Aesthetic Surgery unter der Leitung von Universitäts-Professor Dr. J. Peter Rubin, MD, FACS (**Abb. 1**).

Professor Rubin ermöglichte mir im Mai 2015 für die Dauer von einer Woche die Teilnahme an einem „Clinical Observer Fellowship“ in den Services „Aesthetic Plastic Surgery Center“ und „Life After Weight Loss Program“ bzw. „Body Contouring“.

Das Department für Plastische Chirurgie beinhaltet insgesamt acht Zentren (Aesthetic

Plastic Surgery Center, Life After Weight Loss Program, Plastic Surgery After Cancer, Reconstructive Plastic Surgery, Hand Plastic Surgery Program, Facial Nerve Center, UPMC Center for Innovation in Restorative Medicine and Reconstructive Transplantation). Der Klinik ist des Weiteren ein eigenes Forschungslabor angeschlossen, in dem Forschungsprojekte im Bereich der Stammzellenforschung insbesondere bei Fettgewebszellen sowie posttraumatischer Geweberegeneration und Krebstherapie betrieben werden. Professor Rubin ist darüber hinaus Forschungsleiter von klinischen Versuchsreihen zur Verbesserung der Lebensqualität von posttraumatisch beeinträchtigtem Militärpersonal.

Es finden regelmäßige interne Journal Clubs statt, bei denen u. a. Vorträge von

Titelabb: Panorama von Pittsburgh mit dem University of Pittsburgh Medical Center (UPMC, schwarzer Wolkenkratzer, Mitte)



**DR. MED. ANDREAS WOLTER,
FEBOPRAS**

Oberarzt
Klinik für Plastische und Ästhetische
Chirurgie
Sana Kliniken Düsseldorf GmbH
Gräulinger Strasse 120
40625 Düsseldorf
a_wolter@gmx.de

eingeladenen Gastprofessoren anderer Universitätskliniken gehalten werden. Der Klinik für Plastische Chirurgie gehören 16 Oberärzte und 24 Residents an.

Professor Rubin und der Co-Direktor Dr. Jeffrey A. Gusenoff initiierten das „UPMC Life after Weight Loss Program“ (LAWLP). Innerhalb eines multidisziplinären Therapiekonzepts mittels bariatrischer Chirurgie, Ernährungsberatung, Sport- und Physiotherapie sowie Gewichtsmanagement bereiten mehrere Experten die Patienten im Rahmen eines Lifestyle-Coaching Programms auf die bevorstehenden Varianten des „Body Contourings“ vor. Zu diesen gehören die Abdominoplastik, hinteres unteres Bodylifting, Chestlifting, Brust-, Oberschenkel- und Oberarmstraffung sowie Liposuktion und Face-/Neckliftings. Professor Rubin veröffentlichte

ein Fachbuch zum Thema „Liposuktion“ und „Body Contouring“.

Als Clinical Observer ist es mir erlaubt gewesen, die operativen und klinischen Tätigkeiten passiv zu beobachten sowie an allen Visiten, Ambulanzvorstellungen, Weiterbildungsveranstaltungen, Journal Clubs, Besprechungen und Seminaren teilzunehmen.

Professor Rubin und Dr. Gusenoff sind Co-Direktoren des Adipose Stem Cell Center und des UPMC Aesthetic Plastic Surgery Center.

Gerade im Bereich des Body Contourings entwickelten Professor Rubin und Dr. Gusenoff eigene Techniken wie z. B. eine Autoaugmentationsmastopexie zum Breast-Reshaping bei ausgeprägter Ptosis mammae nach massivem Gewichtsverlust alleine durch Verwendung residuellen körpereigenen Brustdrüsengewebes ohne ein zusätzliches Brustimplantat.



Abb. 1: v.l.n.r. Univ.-Professor J. Peter Rubin, Dr. Andreas Wolter, Wesley Sivak, M.D.



WOLTER A. REISEBERICHT
ZU EINEM STIPENDIUM ALS
FORTBILDUNGSHILFE. PASSION
CHIRURGIE. 2017 MAI, 7(05): ARTIKEL
06_11.

Ich bekam die Möglichkeit die UPMC-Methoden des Body Contourings anhand von zahlreichen Abdominoplastiken, Liposuktionen, Lipofillings sowie Bruststraffungen in den OP-Sälen des Montefiore Hospitals zu observieren.

Auch in der Plastischen und Ästhetischen Chirurgie in Düsseldorf-Kaiserswerth herrscht ein großes Aufkommen an postbariatrischen Patienten, sodass wir einige Methodenmodifikationen aus Pittsburgh in bestehende Behandlungsstrategien einfließen lassen konnten.

Professor Rubin und Dr. Gusenoff sowie das gesamte Team zeichneten sich durch ein äußerst hohes Maß an Gastfreundschaft aus und vermittelten mir jederzeit sehr bereitwillig und ausführlich ihre klinikeigenen plastisch-chirurgischen Vorgehensweisen.

SPECTRUM HEALTH BLODGETT HOSPITAL, GRAND RAPIDS (MICHIGAN, USA)

Die zweite Destination des Stipendiums stellte das „Department of Plastic Surgery im Spectrum Health Blodgett Hospital“ in Grand Rapids, Michigan sowie die Privatklinik „Partners in Plastic Surgery of West Michigan“ unter der Leitung von Dr. Dennis C. Hammond dar (**Abb. 2, 3**). Hier erfolgte ebenso ein einwöchiges Clinical Observer Fellowship im direkten Anschluss an den Aufenthalt in Pittsburgh.

Herr Dr. Hammond ist ein international sehr renommierter Plastischer Chirurg und sowohl Mitglied der American Society of Plastic Surgeons (ASPS) als auch der American Society for Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS) und veröffentlichte bereits zahlreiche Publikationen in hochrangigen Journals, mehrere Buchbeiträge und eigene Fachbücher, vor allem im Bereich Breast Surgery und Body Contouring.

Von ihm wurde die sogenannte „SPAIR-Technique“ (Short Scar Periareolar Inferior Pedicle Reduction) zur narbensparenden Mammareduktion entwickelt. Eine weitere von ihm entwickelte Technik ist die „Interlocking Gore-Tex Suture“, die eine Alternative zur traditionellen „Benelli-Pexie“ bei einer

periareolären konzentrischen Mastopexie unter Verwendung eines teflonbeschichteten Nahtmaterials darstellt. Weitere richtungswisende Veröffentlichungen behandeln das Thema Brustrekonstruktion, Augmentationen und deren Komplikationsmanagement sowie die Gynäkomastie („pull-through technique“).

Während des Aufenthalts hatte ich neben der Observation von Patientenfällen im OP (zahlreiche SPAIR-Fälle, Silikonprothesenimplantationen, Brustrekonstruktionen durch Lipofilling und eine M. latissimus dorsi Lappenplastik) auch die Möglichkeit, Erstvorstellungen von Patienten in der Ambulanz, postoperative Follow Ups sowie präoperative



Abb. 2: Spectrum Health Blodgett Hospital



Abb. 3: v.l.n.r. Dr. Andreas Wolter, Dennis C. Hammond, M.D., Melissa Kath, M.D., OP-Schwester Melissa Williams, Gregory Knoll, M.D.

Anzeichnungen und Planungen am vorstationären Tag zu erleben.

Herr Dr. Hammond war während des gesamten Aufenthalts außerordentlich gastfreundlich und erläuterte sehr ausführlich auch anhand von Powerpointpräsentationen und Videos die einzelnen Techniken. Hervorzuheben sind darüber hinaus das gesamte Team um Dr. Hammond sowie die beiden Praxisteilhaberinnen Dr. Andrea van Pelt und Dr. Melissa Kath, die mir ebenso gastfreundlich und offen gegenübertraten.

Da sich die Behandlungsspektren der beiden Destinationen mit dem Spektrum der Kaiserswerther Diakonie sehr überschneiden (Mammachirurgie, Body Contouring), war

es mir möglich, während des Aufenthalts interessante Einblicke in neue innovative Techniken aus erster Hand dieser beiden Expertenzentren zu erhalten. Einige dieser Methoden konnten bereits in neue klinische Therapiekonzepte implementiert werden.

Zusammenfassend hat dieses Reisestipendium nachhaltig sehr gewinnbringende Erfahrungen bei mir hinterlassen, von denen ich in meiner weiteren beruflichen Laufbahn sicherlich sehr profitieren werde. Bedanken möchte ich mich ganz besonders herzlich bei Professor Rubin sowie Dr. Hammond und dem jeweiligen dazu zugehörigen Team für die außerordentliche Gastfreundschaft und die ausgesprochen hohe Bereitschaft ihr

Wissen weiterzuvermitteln sowie bei meiner ehemaligen Chefärztin Frau Professor Liebau, Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie in Düsseldorf-Kaiserswerth, die mich bei diesem Stipendium uneingeschränkt unterstützt und mir diesen Auslandsaufenthalt ermöglicht hat.

Abschließend gilt mein herzlicher Dank insbesondere der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie für die Stiftung dieses Stipendiums, durch das ich sehr wertvolle innovative plastisch-chirurgische Erfahrungen sammeln durfte. Ich wünsche allen weiteren Stipendiaten ein ebenso erfolgreiches und interessantes Travelling Fellowship. ○

ERNENNUNGEN & AUSZEICHNUNGEN

Frau Prof. Dr. med. Martina Kadmon ist seit 1. Mai 2017 Gründungsdekanin für den Aufbau der Medizinischen Fakultät der Universität Augsburg. Die Fachärztin für Allgemein Chirurgie ist nach Uniangaben bisher an der Carl von Ossietzky Universität in Oldenburg als Professorin und kommissarische Dekanin tätig.

Seit 2015 leitet Frau Professor Kadmon erfolgreich die Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Lehre (CAL) innerhalb der DGCH.

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



Das Langenbeck-Virchow-Haus wurde nach erfolgreicher „Revitalisierung“ am 01.10.2005 offiziell seiner Bestimmung übergeben. Der historische Hörsaal, die Eingangshalle und der Treppenaufgang sind stilgerecht renoviert, die Büroräume nach dem Auszug der Charité der neuen Nutzung angepasst. Unsere Gesellschaft hatte dabei einen erheblichen Eigenanteil zu tragen. Weitere Belastungen brachte die aufwendige Restaurierung des Gründerbildes. Die Geschäftsstelle, unsere Bibliothek und das Archiv sowie Hallen und Flure des Hauses bedürfen einer verbesserten Ausstattung. Die Mieterlöse, die beiden Trägergesellschaften zugute kommen, werden für die langfristige Refinanzierung benötigt. Das Präsidium unserer Gesellschaft hat auf seiner Sitzung am 07.10.2005 beschlossen,

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

Mit „Bausteinen“ **in Bronze (ab 500 €), in Silber (ab 1.500 €) und Gold (ab 5.000 €)**, in Form von Plaketten seitlich im Eingangsflur angebracht, würdigen wir die Spender. Sie werden auch in der Mitgliederzeitschrift „Passion Chirurgie“ bekannt gegeben.

Überweisungen mit Angabe von Namen und Adresse des Spenders werden erbeten auf das Konto der DGCH bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Berlin, IBAN DE54 3006 0601 0005 2983 93, BIC DAAEEDXXX unter dem Kennwort „Baustein LVH“. Eine Spendenbescheinigung wird Ihnen umgehend zugesandt.

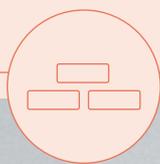
Wir würden uns über eine rege Spendenbeteiligung als Ausdruck der Identifikation unserer Mitglieder mit ihrem traditionsreichen Haus sehr freuen.



Prof. Dr. med. T. Pohlemann
Präsident
Prof. Dr. Dr. h.c. H.-J. Meyer
Generalsekretär
Prof. Dr. med. T. H. K. Schiedeck
Schatzmeister

Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie dankt Spendern,
die mit ihren Bausteinen zur Ausgestaltung und zum Unterhalt
des Langenbeck-Virchow-Hauses beigetragen haben.



BAUSTEIN IN GOLD

Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen
Herr Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Peiper,
Göttingen
in memoriam Prof. Dr. med. Herbert Peiper,
Berlin und Mainz
Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Karl-Walter Jauch,
München
in memoriam Prof. Dr. med. Georg Heberer,
München
Herr Prof. Dr. med. Reiner Gradinger,
München
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V.
in memoriam Prof. Dr. med. Jens Witte
AO Deutschland, Arbeitsgemeinschaft für
Osteosynthesfragen, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Axel Haverich,
Hannover
Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Markus Bächler,
Heidelberg
DGTHG – 1971 mit Dank an die
Gründungsmitglieder
Herr Prof. Dr. med. Joachim Jähne, Hannover
in memoriam Manfred und Helmi Jähne,
Essen
Herr Prof. Dr. med. Uwe Klinge, Aachen
Herr Prof. Dr. med. Erhard Kiffner, Karlsruhe
in memoriam Prof. Dr. W. Brendel,
Prof. R. Zenker, Dr. R. Kiffner
AIOD Deutschland e. V., Düsseldorf
Familie und Freunde Dr. Schreiter,
Hamburg
in memoriam Dr. med. Friedemann
Schreiter
Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau,
Bochum
Aesculap AG, Tuttlingen
Deutsche Gesellschaft der Plastischen,
Rekonstruktiven und Ästhetischen
Chirurgen e. V.
Herr Prof. Dr. med. E. Ulrich Voss,
Karlsruhe
in memoriam
Prof. Dr. med. Jörg F. Vollmar
Herr Dr. med. Ernst Derra und Frau Dr. med.
Hildegard Derra-Henneke, Düsseldorf und
München
in memoriam Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult.
Ernst Derra, Düsseldorf
Herr Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Roland Hetzer,
Berlin

BAUSTEIN IN SILBER

Herr Prof. Dr. med. Leonhard Schweiberer,
München
Herr Prof. Dr. med. Klaus Junghanns,
Ludwigsburg
Herr Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, Neuötting
Herr Prof. Dr. med. Hendrik Dienemann,
Thoraxklinik Heidelberg
Herr Prof. Dr. med. habil. Dr.-Ing. Dr. med.
h. c. Michael Ungethüm, Tuttlingen
Herr Prof. Dr. med. Hartmut Siebert,
Schwäbisch-Hall
Herr Prof. Dr. med. Karl Herbert Welsch,
München
Herr Prof. Dr. med. Stefan Wysocki,
Heidelberg
Herr Dr. med. Jürgen Meier zu Eissen,
Hannover
Herr Prof. Dr. med. Stefan Post, Mannheim
Herr Prof. Dr. med. Wolf Mutschler, München
Frau Prof. Dr. med. Ursula Schmidt-
Tintemann, Vaterstetten
Herr Prof. Dr. med. Matthias Rothmund,
Marburg
Herr Prof. Dr. med. Christian H. Siebert,
Hannover
Herr Prof. Dr. med. Volker Bühren, Murnau
Herr Dr. med. Abdullah Mury, Heide
Herr Dr. med. Andreas Ungeheuer, München
Herr Prof. Dr. med. Wolf Schellerer, Bamberg
Herr Prof. Dr. med. Tilman Mischkowsky,
Berlin
Herr Prof. Dr. med. Hans-Joachim Wiendl,
Bamberg
Herr Prof. Dr. med. Klaus Roosen, Würzburg
Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Gert Carstensen,
Mülheim
Herr Prof. Dr. med. Peter M. Vogt, Hannover
Herr Prof. Dr. med. Fritz L. Rueff, München
Herr Prof. Dr. med. Karl-Joseph Paquet, Bad
Kissingen
Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Volker
Schumpelick, Aachen
Herr Prof. Dr. med. Yoshiki Hiki, Tokio / Japan
Herr Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith,
Konstanz
Herr Dr. med. Goswin von Mallinckrodt,
München
Herr Prof. Dr. med. Lothar Kinzl, Ulm
Frau Ingrid und Herr Dr. med. Robert Raus,
Riedlingen

Frau Dr. med. Ursula Engel, Hamburg
Enddarm-Zentrum Bietigheim,
Herr Dr. med. Wolfgang Pfeiffer,
Herr Dr. med. Markus Piro-Noack,
Herr Dr. med. Edgar Kraft
Herr Prof. Dr. med. Thomas Rüedi,
Maienfeld / Schweiz
in memoriam Prof. Dr. med. Martin
Allgöwer, Chur / Schweiz
Herr Prof. Dr. med. Gert Specht, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Henning Weidemann,
Berlin
Herr Prof. Dr. med. Otto Scheibe, Stuttgart
in memoriam Prof. Dr. med. Helmut
Remé, Lübeck
Herr Prof. Dr. med. Stephan Langer,
Mönchengladbach
Herr Dr. med. José Luis Narro, Köln
Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Ulf Wayand,
Linz
Herr Prof. Dr. med. Werner Grill, Starnberg
Herr Prof. Dr. med. Fritz Kümmerle, Mainz
Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. Friedrich
Stelzner, Bonn
Herr Prof. Dr. med. Günther Vetter, Bad Vilbel
in memoriam Prof. Dr. med. Hans-
Bernhard Sprung, Dresden
Frau Dr. med. Eva Böhlau, Bad Soden
1991–2011 DGT in memoriam
Prof. Dr. med. Ingolf Vogt-Moy- kopf
zum 80. Geburtstag
Herr Prof. Dr. med. Gerhard Krönung,
Wiesbaden
Herr Prof. Dr. med. Alois Fürst
Herr Dr. med. Arthur Heiligensetzer
Herr Dr. med. Peter Sauer
Herr Dr. med. Bernfried Pikal
Herr Dr. med. Johannes Winfried Pruy
in memoriam Prof. Dr. med. Johannes
Christian Dobroschke, Regensburg
Herr Prof. Dr. med. Christian Müller,
Hamburg
Herr Dr. med. Friedrich Klee, Heidelberg
Herr Prof. Dr. med. Karl Dinstl, Wien
in memoriam Prof. Dr. K. Keminger
Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim
Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen
Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing,
Recklinghausen;
Herr Dr. med. Helge Hölzer, Stuttgart
in memoriam Prof. Dr. med. Gerhard
Köveker, Sindelfingen und Böblingen

Herr Dr. med. Friedemann Schreiter,
Hamburg

Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim
Meyer, Hannover

Herr Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler,
Linden

Herr Dr. med. Frank U. Zittel, Frankenthal
in memoriam Prof. Dr. med. Richard
Xaver Zittel

Herr Prof. Dr. med. Wulf Brands, Karlsruhe
in memoriam Dr. med. Hartmut Wirth,
Mannheim

Herr Prof. Dr. med. habil. Dieter Bokelmann,
Essen
in memoriam Dr. med. Ottmar Kohler,
Idar-Oberstein

Herr Prof. Dr. med. Hermann Bünthe,
Münster

Frau Dr. Eva Appel, Frankfurt/Main
in memoriam Prof. Dr. med. Alexander
Appel

Herr Prof. Dr. med. Gerhard Schönbach,
Freiburg

Frau Prof. Dr. med. Dorothea
Liebermann-Meffert, Freiburg
in memoriam Prof. Dr. med. Martin
Allgöwer, Basel

Herr Dr. med. Andreas Dörmer, Frankfurt/
Main

Herr PD Dr. med. habil. Klaus H. Fey, Berlin
in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Linder,
Heidelberg Prof. William P. Longmire Jr.,
Los Angeles

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Köle, Graz
in memoriam Prof. Dr. med. Adolf
Winkelbauer und Prof. Dr. med. Franz
Spath

Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Helmut Wolff,
Berlin

Herr Dr. med. Christoph Bubb, Landshut
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie
e.V.

BAUSTEIN IN BRONZE

Herr Dr. med. Holger Barenthin, Celle

Herr Prof. Dr. med. Gernot Feifel, Homburg

Herr Prof. Dr. med. Alfred Lamesch,
Gotzingen / Luxemburg

Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jakob R. Izbicki,
Hamburg

Herr Prof. Dr. med. Hans Zwipp, Dresden

Herr Dr. med. Dusan Dragojevic, Isernhagen

Herr Prof. Dr. med. G. Heinz Engelhardt,
Wuppertal

Proktologische Praxis Kiel,
Herr Dr. med. Johannes Jongen,
Herr Dr. med. Hans-Günter Peleikis,
Herr Dr. med. Volker Kahlke

Herr Dr. med. Wolfgang Hermes, Bremen

Herr Dr. med. Wolf-Dieter Hirsch, Grimma

Herr Dr. med. Holger Herzing, Höchstadt /
Aisch

Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke,
Plettenberg

Herr Dr. med. Winfried Hölter, Monheim

Herr Dr. med. Matthias Becker, Possendorf

Frau Dr. med. Martina Mittag-Bonsch,
Crailsheim

Zur Erinnerung an den Virchow-Schüler Paul
Langerhans,
Berlin und Madeira. Seine Familie

Herr Prof. Dr. med. Stefan Riedl, Göppingen

Herr Dr. med. Gerwin Alexander Bernhardt,
Voitsberg/Österreich

Herr Dr. med. Georgios Adamidis, Pirmasens

Herr Dr. med. Orhan Özdemir, Herborn

Herr Dr. med. Marcus Giebelhausen,
Paderborn

Herr Prof. Dr. med. Matthias Richter-Turtur,
Münsing

Herr Dr. med. Michael Eckert, Speyer
in memoriam
Prof. Dr. med. Kurt Spohn

Herr Prof. Dr. med. Rudolf Bedacht,
München

Herr Dr. med. Hans-Joachim Wigro,
Bielefeld

Herr Dr. med. Ingolf Hoellen, Backnang

Herr Dr. med. Radovan Stojanovic, Kassel

DGCH-Präsidium



ab 1. April 2017

VORSTAND

Präsident	T. Pohlemann, Homburg
1. Vizepräsidentin	G. Schackert, Dresden
2. Vizepräsident	J. Fuchs, Tübingen
3. Vizepräsident	M. Anthuber, Augsburg
Schatzmeister	T.H.K. Schiedeck, Ludwigsburg
Generalsekretär	H.-J. Meyer, Berlin

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	C.-T. Germer, Würzburg
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie/ Vertreter Allgemeine Chirurgie	K. Rückert, Hamburg
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin	G. Torsello, Münster
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	P. Schmittbecher, Karlsruhe
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	M. Ehrenfeld, München
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	W. Stummer, Münster
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	B. Kladny, Herzogenaurach
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen	R. Horch, Erlangen
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	W. Harringer, Braunschweig
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	G. Leschber, Berlin
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	R. Hoffmann, Frankfurt/M.
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V.	J.-A. Rüggeberg, Bremen
Perspektivforum Junge Chirurgie	B. Braun, Homburg

WEITERE MITGLIEDER

Leitender Universitätschirurg	J. C. Kalff, Bonn
Leitender Krankenhauschirurg	H. J. C. Wenisch, Potsdam
Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik	T. Histing, Homburg
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung	F. Fritze-Büttner, Berlin
Niedergelassener Arzt für Chirurgie	P. Kalbe, Rinteln
Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland	A. Tuchmann, Wien (CH)
Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung	B. Vollmar, Rostock

FRÜHERE PRÄSIDENTEN

K.-W. Jauch, München	2013
J. Jähne, Hannover	2014
P. Vogt, Hannover	2015

GEWÄHLTE MITGLIEDER DES SENATES

N.P. Haas, Berlin
B. Ulrich, Düsseldorf

SENAT	
S. Weller, Tübingen	1982
F. Stelzner, Bonn	1985
H.-J. Peiper, Göttingen	1987
K.-H. Schriefers, Koblenz	1988
H. Hamelmann, Kiel	1989
W. Hartel, Ulm	1991
F. P. Gall, Erlangen	1992
M. Trede, Mannheim	1994
G. Hierholzer, Duisburg	1995
H. Bauer, Altötting	1997
D. Rühland, Singen	1999
A. Encke, Frankfurt	2000
K. Schönleben, Ludwigshafen	2001
J.R. Siewert, München	2002
N.P. Haas, Berlin	2003
B. Ulrich, Düsseldorf	2004
M. Rothmund, Marburg	2005
H.D. Saeger, Dresden	2006
H.U. Steinau, Bochum	2007
K. Junghanns, Ludwigsburg	
R. Arbogast, Pforzheim	2008
V. Schumpelick, Aachen	2009
R. Gradinger, München	2010
A. Haverich, Hannover	2011
M. Büchler, Heidelberg	2012

GESCHÄFTSSTELLE DER DGCH

Prof. Dr. Dr. h.c. H.-J. Meyer, Generalsekretär
Frau Dr. R. Nowoiski und Mitarbeiterinnen
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
Tel.: 030/28876290





Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V.
 – Geschäftsstelle –
 Luisenstraße 58/59
 10117 Berlin

**DEUTSCHE GESELLSCHAFT
 FÜR CHIRURGIE e. V.**

MEINE DATEN HABEN SICH GEÄNDERT

 Mitgliedsnummer

 Titel

 Name und Vorname

 Klinik/Krankenhaus/Praxis

 Abteilung

 Klinik-Anschrift

 Telefon dienstlich

 Fax dienstlich

 Privat-Anschrift

 Telefon privat

 Fax privat

 E-Mail-Adresse

Postsendungen bitte an die

Praxis-/Klinikadresse

Privatadresse

Ich bin tätig als:

Ärztlicher Direktor

Chefarzt

Niedergelassener Chirurg

Oberarzt

Assistenzarzt

Belegarzt

Student

Ich lebe im Ruhestand seit _____

Meine Bankverbindung hat sich geändert. Bitte senden Sie mir ein SEPA-Formular zu.

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE e. V., Luisenstr. 58/59, D - 10117 Berlin

Tel.: 030 28 87 62 90 | Fax: 030 28 87 62 99 | E-Mail: info@dgch.de

