



**Gemeinsame Presseveranstaltung
der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie
und Intensivmedizin (DGAI)**

Termin: Donnerstag, 30. April 2009, 10.00 bis 10.30 Uhr
Ort: Saal 22b, ICM München

Themen und Referenten:

Patientenwohl im Fokus des chirurgischen Handelns:

Wo sind Ärzte und Gesellschaft gefordert?

Professor Dr. med. Dr. h.c. Volker Schumpelick
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH),
Klinikdirektor der Chirurgischen Klinik, Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum der Rheinisch-
Westfälischen Hochschule Aachen

Chirurgie ohne Rationierung –

Wie können alle Patienten gut versorgt werden?

Professor Dr. med. Hartwig Bauer
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

Weite Wege zum Notfall- und Intensivbett:

Welche Probleme gibt es in der intensivmedizinischen Versorgung?

Professor Dr. med. Joachim Boldt
Kongresspräsident der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)
Direktor der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Klinikum Ludwigshafen

Fast unbegrenzte Möglichkeiten in der Anästhesie und Intensivmedizin

Was ist entscheidend für die Durchführbarkeit von Eingriffen?

Professor Dr. med. Dr. h.c. Jürgen Schüttler
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)
Direktor der Anästhesiologischen Klinik, Universitätsklinik Erlangen

Kontakt für Journalisten:

DGCH Pressestelle, Beate Schweizer
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-295, Fax: 0711 8931-167
E-Mail: schweizer@medizinkommunikation.org
Homepage: www.dgch.de; www.chirurgie2009.de

Pressebüro vor Ort (vom 28.4 bis 1.5.2009):

Saal 22a, ICM München
Tel.: 089 949 79409
Fax: 089 949 79854



**Gemeinsame Presseveranstaltung
der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie
und Intensivmedizin (DGAI)**

Termin: Donnerstag, 30. April 2009, 10.00 bis 10.30 Uhr

Ort: Saal 22b, ICM München

Inhalt:

Pressemeldung: Bestmögliche medizinische Versorgung für alle? –
Finanzielle Grenzen im deutschen Gesundheitssystem

Redemanuskripte: Professor Dr. med. Dr. h.c. Volker Schumpelick
Professor Dr. med. Hartwig Bauer
Professor Dr. med. Joachim Boldt
Professor Dr. med. Dr. h.c. Jürgen Schüttler

Curriculum Vitae der Referenten

Bestellformular für Fotos

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

Kontakt für Journalisten:

DGCH Pressestelle, Beate Schweizer
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-295, Fax: 0711 8931-167
E-Mail: schweizer@medizinkommunikation.org
Homepage: www.dgch.de; www.chirurgie2009.de

Pressebüro vor Ort (vom 28.4 bis 1.5.2009):

Saal 22a, ICM München
Tel.: 089 949 79409
Fax: 089 949 79854



126. Chirurgenkongress, 28. April bis 1. Mai 2009, München

Bestmögliche medizinische Versorgung für alle? –

Finanzielle Grenzen im deutschen Gesundheitssystem

München, 30. April 2009 – Fortschritte in der Medizin ermöglichen Ärzten, immer mehr Erkrankungen zu diagnostizieren und zu heilen. Heute können Intensivmediziner und Chirurgen auch Patienten mit schwersten Verletzungen oder Krankheiten behandeln, die bis vor einigen Jahren noch tödlich verlaufen wären. Allerdings kosten solche intensiven Behandlungen mehr Geld als das Gesundheitssystem zur Verfügung stellt. Wo heute und zukünftig gespart werden kann, ist eines der Themen des 126. Chirurgenkongresses vom 28. April bis 1. Mai 2009 in München.

In der Chirurgie und Intensivmedizin sind es insbesondere neue Entwicklungen in der Medizintechnik und von Operationsverfahren, durch die Patienten heute schwerste Erkrankungen und Verletzungen überleben können. Diese sind häufig sehr kostenintensiv. Die Grenzen der wirtschaftlichen Belastbarkeit des Gesundheitssystems in Deutschland sind jedoch bereits überschritten. „Ärzte haben den Auftrag zu heilen“, betont Professor Dr. med. Volker Schumpelick, Kongresspräsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). „Es ist unethisch, kranken Menschen Hilfe und Unterstützung gegen besseres Wissen vorzuenthalten.“

Dem größeren Erfolg in der Behandlung stehen immer knappere finanzielle Mittel gegenüber. So müssen Notärzte heute bereits häufig weite Wege fahren, bis eine Klinik bereit ist, einen Schwerverletzten aufzunehmen. „Intensivbetten sind fast immer belegt“, erläutert Professor Dr. med. Joachim Boldt, Kongresspräsident der bevorstehenden Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI). „Ausgerechnet dann, wenn ein Patient am dringendsten Hilfe braucht, ist oft kein Platz für ihn frei.“



Sparen müssen Kliniken nicht nur an der Anzahl ihrer Intensivbetten. Ob teure Diagnose- und Therapieverfahren immer ihren Preis wert sind, wie viel ein gewonnenes Lebensjahr kosten darf und ob es Altersgrenzen gibt, sind Fragen, die nach Meinung der beiden Präsidenten gesellschaftlich und politisch diskutiert werden müssen. Bisher seien diese Entscheidungen der Ärzteschaft allein überlassen. Wo heute schon Patientenleben durch Sparzwang gefährdet sind und welche Lösungsmöglichkeiten es gibt, diskutieren sie und weitere Experten der DGCH und DGAI im Rahmen des 126. Chirurgenkongresses in München.

Terminhinweis:

DGCH/DGAI-Vortragssitzung

Grenzen operativer Versorgung

Donnerstag, 30. April 2009, 14.00 bis 15.30 Uhr

Ort: Saal 13b, ICM München

Die Grenzen operativer Versorgung

Professor Dr. med. Dr. h.c. Volker Schumpelick

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH),

Klinikdirektor der Chirurgischen Klinik, Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum der Rheinisch-Westfälischen Hochschule Aachen

Chirurgie moderner Prägung bietet scheinbar unbegrenzte Möglichkeiten: die kontinuierlichen Fortschritte im Verständnis komplexer Erkrankungen und ihrer Diagnostik sowie Therapie haben das operative Portfolio der chirurgischen Fächer konsequent verbreitert. Parallel konnten Innovationen in der operativen Technik, der technischen Ausstattung des Operationssaals und der Intensivmedizin die Heilungsraten vieler Patienten verbessern. Das chronologische Alter ist durch diese Entwicklungen in den Hintergrund gerückt – auch multimorbid erkrankte Patienten können heutzutage effizient behandelt werden – multilokuläre Krebserkrankungen sind nicht mehr ein automatisches Todesurteil.

Doch gesteigerte Überlebensraten und geringere Komplikationszahlen erhöhen auch die Patientenzahlen. Obwohl die Krankenhausbetten in Deutschland von 1994 bis 2006 um circa 14 Prozent reduziert wurden, nahm die Zahl der Krankenhausfälle im gleichen Zeitraum um 15 Prozent zu. Steckt die Chirurgie wie ihre Nachbarfächer also in einer Erfolgsfalle?

Diese eher ökonomisch motivierte Frage ist aus der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion nicht wegzudenken, lässt sich jedoch nicht von der Ärzteschaft beantworten. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie betont in diesem Zusammenhang ihren sehr ursprünglichen Auftrag der Linderung und Heilung von Krankheiten. Dieser Auftrag bleibt primärer Maßstab jeglichen ärztlichen Handelns und Denkens. Grenzen einer operativen Versorgung lassen sich nur in einem gesellschaftlichen Konsens festlegen. Konsensdiskussionen müssen aber alle Schichten und Fraktionen der Gesellschaft einbeziehen. Natürlich ist es hier die Aufgabe der Ärzteschaft, neue kostenträchtige medizinische Entwicklungsschritte in ihrer Effektivität zu gewichten. Wie viel ein gewonnenes Lebensjahr kosten darf, kann aber nicht der Chirurg oder Arzt allein entscheiden. Ohne gesellschaftliche Norm bleibt es aber unethisch, kranken Menschen Hilfe und Unterstützung gegen besseres Wissen vorzuenthalten.

Die sozioökonomische und demographische Entwicklung sowie der unaufhaltsame medizinische und medizin-technische Fortschritt lassen für die nächsten Jahre eine weitere Zunahme der operativen Fälle erwarten. Die Deutsche Chirurgie ist sich der auch ökonomischen Herausforderung dieser Aufgabe bewusst. Sie bietet den sich aufdrängenden Versorgungsdiskussionen ihre ganze fachliche Expertise an. Dabei wird sie jedoch den Patienten im zentralen Fokus des eigenen Handelns behalten. Denn **Humanität** bleibt das ärztliche Prinzip, dem kein Hilfesuchender geopfert werden darf.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

München, April 2009

Chirurgie ohne Rationierung?

Wir brauchen einen offenen Diskurs über Prioritäten in der Gesundheitsversorgung

Professor Dr. med. Hartwig Bauer

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

Medizinischer Fortschritt und demografischer Wandel sowie begrenzter Mittelzufluss in die Finanzierungssysteme werden die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland in den kommenden Jahren weiter verschärfen. Der medizinische Fortschritt eröffnet immer neue, meist kostspielige Diagnose- und Therapiemöglichkeiten, die die Nachfrage nach medizinischen Leistungen und damit auch die Gesundheitsausgaben in die Höhe treiben. Dabei dominieren in aller Regel nicht neue Verfahren, welche die gleichen Behandlungskomplexe verbilligen. Beim medizinischen Fortschritt handelt es sich meist um die Entwicklung von Zusatztechnologien, die bisher Unmögliches möglich und Unbehandelbares therapierbar machen, ohne dass es zu einer Substitution und zum Ersatz bisher angewandter Methoden kommt. Der medizinische Fortschritt führt damit zu Zusatzkosten, die dadurch noch verstärkt werden, dass mit dem Einsatz neuer Therapieoptionen auch eine Verlängerung der meist behandlungs- und kostenintensiven Zeitspanne zwischen Erkrankungs- beziehungsweise Behandlungsbeginn und Tod erreicht wird. Dabei verändert sich nicht nur das Spektrum der verfügbaren Maßnahmen, sondern auch das Leistungsvolumen, nicht zuletzt, weil Indikationen auch auf immer Ältere ausgeweitet werden. Wenn es auch in Vorwahlkampfzeiten aus dem Mund mancher Gesundheitspolitiker anders klingt: Mit den endlichen Mitteln der GKV können nicht unendliche medizinischen Leistungen versprochen werden können. Das medizinisch Mögliche und das solidarisch Finanzierbare werden deshalb in Zukunft immer weiter auseinander driften.

Der Knappheit der Mittel über eine Verbreiterung der Finanzierungsbasis durch Einbeziehung aller Einkommensarten, einer stärkeren Steuerfinanzierung oder steigende Eigenbeteiligungen wirkungsvoll begegnen zu können, ist unrealistisch. Effizienzsteigerungen im Sinne eines weitergehenden Rationalisierungsprozesses haben sicher noch ein gewisses Potential (evidenzbasierte, strikt am Patientennutzen orientierte Medizin, effizientere Ablaufsteuerung, sektorübergreifende Versorgung, Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung). Dadurch, dass das gleiche medizinische Resultat mit weniger Mitteln oder ein größerer medizinischer Nutzen mit den gleichen Mitteln erzielt wird, erhöhen Rationalisierungen die Effizienz der medizinischen Versorgung. Es handelt es sich somit um die primär gebotene Strategie im Umgang mit Mittelknappheit. In welchem Umfang wirklich noch Einsparpotentiale bestehen, ist allerdings ebenso strittig wie die Nachhaltigkeit von begrenzten Einsparungen bei dem anhaltenden Kostenanstieg durch Demographie und Fortschritt. Die Diskussion wird dann unehrlich, wenn immer so getan wird, als wäre genug Geld vorhanden, wenn man es nur sinnvoll, das heißt nur für das sozialrechtlich vorgegebene Ausreichende und Notwendige einsetzen würde. Es wächst die Gefahr, dass das Notwendige immer mehr vom Finanzierbaren bestimmt wird.

So wird sich trotz aller Bemühungen ein weiteres Öffnen der Schere zwischen Machbarem und Finanzierbarem nicht verhindern lassen. Als Alternative bleibt der dritte Weg der Rationierung im Sinne einer Begrenzung des Leistungsumfangs in der GKV. Die Frage ist nur, wer nach welchen Kriterien über den Wegfall bestimmter Leistungen (Indikationseinschränkung, Wartelisten, Altersbegrenzung) entscheiden soll. Diese Debatte muss offen geführt werden. Denn Gesundheitsleistungen rationieren bedeutet, Patienten eine wirksame Behandlung vorzuenthalten. Priorisierung oder Prioritäten setzen klingt in diesem Zusammenhang politisch akzeptabler, meint aber im Grunde dasselbe. Entscheidend ist, dass Rationierung *explizit* erfolgen muss, was bedeutet, dass die Zuteilungsentscheidungen nach ausdrücklich festgelegten, allgemein verbindlichen und transparenten Kriterien losgelöst von der individuellen Arzt-Patientenbeziehung erfolgen müssen. So können auch Versorgungsprioritäten, das heißt die Vorrangigkeit bestimmter Versorgungsbereiche oder einzelner medizinischer Maßnahmen, berücksichtigt werden. Versicherte und Patienten wissen, worauf sie sich einzustellen haben.

Eine notwendige Rationierung medizinischer Leistungen muss endlich offen angesprochen werden. Sie darf nicht weiter schleichend über Budgetbegrenzungen als *implizite* Rationierung erfolgen, bei der vor allem die Ärzte die Verantwortung für die Einschränkung medizinischer Maßnahmen tragen. Eine solche Rationierung findet längst statt durch Verzicht auf Leistungen aus Kosten-, Personal- oder Überlastungsgründen. Dazu zählen neben Wartelisten für planbare Eingriffe Patientenselektionen im Vorfeld von Krankenhausaufnahmen, oft mit der Begründung begrenzter Intensivkapazitäten, verlängerte Hilfsfristen im Notarzt- und Rettungsdienst und eine eingeschränkte Nutzung teurer Therapiealternativen ebenso wie unzureichende Investitionen in moderne Medizintechnik, mangelnde Wartung von Geräten und Personalabbau. Letzterer ist ursächlich für eine bereits jetzt besonders belastende Form der Rationierung, nämlich der Ressource Zeit. Das spüren unsere Patienten durch mangelnde Zuwendung und Betreuung, das spüren aber auch unsere Mitarbeiter zum Beispiel durch Defizite bei Anleitung und Supervision während der Weiterbildung oder bei den notwendigen Freiräumen für Fortbildung und wissenschaftliches Arbeiten.

Um zu einer ehrlichen Bewertung zu kommen, gehören Diskussionen über Priorisierung und Rationierung auf die Planungsebene des Gesundheitswesens und in den öffentlichen Diskurs, wie uns dies andere Länder schon vorgemacht haben. Die Verantwortlichen im Gesundheitswesen dürfen die Bevölkerung nicht länger glauben machen, dass auch künftig solidarisch finanziert alles getan werden kann, was sinnvoll möglich ist. Einfache Lösungen gibt es dabei nicht. Rationierung darf nicht länger nur ein Unwort sein und alle offenen Diskussionen darüber dürfen nicht mit dem Killerargument einer daraus resultierenden Zweiklassenmedizin erschlagen werden.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, April 2009

Die Grenzen operativer Versorgung – das Problem der intensivmedizinischen Versorgung

Professor Dr. med. Joachim Boldt

Kongresspräsident der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)

Direktor der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Klinikum Ludwigshafen

1. Eine Erweiterung unserer pathophysiologischen Kenntnisse, die Weiterentwicklung der Medizintechnik sowie neue Medikamente haben zu einer Verbesserung der intensivmedizinischen Versorgung geführt. Die Zunahme des diagnostischen und therapeutischen Fortschritts führt dazu, dass das Angebot an Leistungen wächst - dies wiederum hat eine entsprechend starke Nachfrage zur Folge.
2. Es scheint keine Grenzen mehr zu geben und es werden heute Patienten, die vor noch einiger Zeit aus Altersgründen beziehungsweise wegen ihrer Begleiterkrankungen abgelehnt wurden, ausgedehnten operativen Eingriffen unterzogen, die mit einem kostenintensiven und häufig langwierigen Aufenthalt auf einer Intensivstation verbunden sind.
3. In Deutschland werden zurzeit etwa 2 Millionen Menschen jährlich in etwa 21 000 intensivmedizinischen Betten behandelt. Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen hat einen tiefgreifenden Wandel im Krankenhaussektor hervorgebracht – dies trifft sicherlich auch oder vielmehr besonders den Bereich der Intensivmedizin. Die schwerkranken Patienten können schnell das Budget einer jeweiligen Klinik „sprengen“. Als Beispiel sei genannt: Ein polytraumatisierter Patient, der längere Zeit beatmet etwa 40 000 Euro Kosten verursacht, wird nach 31 Tagen entlassen, wobei die Krankenkasse jedoch nur circa 29 000 Euro bezahlt. Bei Versorgung zahlreicher derartiger Patienten summiert sich dies rasch auf einen Millionenbetrag. Angesichts der rasant alternden Bevölkerung und den Fortschritten in der Medizin gilt es, zwingend über Intensivkonzepte der Zukunft nachzudenken. Reichen die Mittel nicht aus, um die medizinisch begründete Nachfrage zu befriedigen, muss der Mangel verwaltet werden.
4. Dass Intensivmedizin erfolgreich sein kann, steht außer Frage. Aber ist sie ihren Preis auch wert? Eine trockene Kosten-Nutzen-Analyse macht sich nicht gut. Ist Rationierung zutiefst inhuman? Was nützt, darf kosten. Egal wie viel!? Ethik schlägt Arithmetik!? Mittlerweile sprechen sich aber sogar Ethiker für die Abwägung von Kosten und Nutzen einer Behandlung aus. Ressourcenknappheit zwingt zum ökonomischen Einsatz – dies ist in allen Bereichen so. Trifft dies auch bei der Versorgung intensivmedizinischer Patienten zu? Die so verpönten wirtschaftlichen Überlegungen finden in deutschen Krankenhäusern längst statt – nur eben unter der Hand. So zeigten sich in einer Umfrage unter Intensivmedizinern 67 Prozent der Befragten überzeugt, dass es bereits heute Rationierungen auf Intensivstationen gibt. Immerhin 35 Prozent gaben an, dass sie gelegentlich oder häufig Patienten wegen fehlender freier Betten ablehnen würden. Doch bis heute können Ärzte

nicht auf offene Kosten-Nutzen-Abwägungen zurückgreifen. Über feste Regeln zum Begrenzen oder Abbrechen einer Therapie verfügen die wenigsten Kliniken. Ärzte müssen ihre Entscheidung einsam tagtäglich am Bett ihrer Patienten fällen. Sie legen fest, was ein Leben kosten darf. Was aber ist der Preis? Nicht einmal Ökonomen haben darauf eine klare Antwort.

Eines der gängigsten Instrumente sind die so genannten QALY's – Quality Adjusted Life Years. Dabei berechnen Experten, wie viel eine Behandlung kostet, die Patienten ein Jahr bester Gesundheit beschert. Per Fragebogen ermitteln sie die subjektive Empfindung der Patienten nach einer Therapie. Sie lassen den Arzt den Gesundheitszustand bewerten und verrechnen beides mit den Ausgaben. Derartiger Analysen bedienen sich Länder wie die Niederlande oder Großbritannien seit Jahren. In Großbritannien ist aus den Entscheidungen der zuständigen Behörde abzulesen, dass die Kostengrenze für ein QALY bei etwa 45 000 Euro liegt. Teurere Therapien sind nicht automatisch ausgeschlossen, haben es aber sehr schwer. Wie hoch der Richtwert in Deutschland sein soll, darüber kann nur die Gesellschaft als Ganzes entscheiden. Sie kann weniger ausgeben als jetzt – oder mehr.

5. Um eine aussichtslose beziehungsweise sinnlose intensivmedizinische Versorgung zu verhindern (zum Beispiel bei Karzinom-Patienten im Endstadium) und somit Kapazitäten zu gewinnen, wird der Behandlungskette von niedergelassenen Ärzten, Krankenhausärzten und Intensivmedizinern zukünftig erheblich mehr Bedeutung zukommen.

6. Die finanziellen Ressourcen einer Gesellschaft stehen nicht unbegrenzt zur Verfügung – auch nicht für die Intensivmedizin. Die Grenzen des medizinischen Fortschritts sind sicherlich noch nicht erreicht, dabei zeigen sich bereits die Grenzen der wirtschaftlichen Belastbarkeit des Gesundheitssystems. In nicht allzu ferner Zeit dürften diese Grenzen sicherlich erreicht sein.

7. Die offene Diskussion über Rationierung ist hilfreicher als das Tabuisieren dieses Themas.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, April 2009

Die Grenzen operativer Versorgung aus der Sicht der Anästhesiologie

Professor Dr. med. Dr. h.c. Jürgen Schüttler

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)

Direktor der Anästhesiologischen Klinik, Universitätsklinik Erlangen

Jeder Patient, der sich einem operativen Eingriff in Narkose oder Regionalanästhesie unterziehen muss, weiß, dass er sich damit einem Risiko für Gesundheit und Leben aussetzt. Die Frage, die ihn deshalb bewegt, heißt: Welche Chancen habe ich, den Eingriff zu überstehen und mit welchen Komplikationen muss ich gegebenenfalls rechnen? Um darauf konkret zu antworten, müssen Operateur und Anästhesist, gegebenenfalls unter Hinzuziehung weiterer Konsiliarärzte abwägen, ob die Gefährdung des Patienten durch Operation und Anästhesie, die Operationsbelastung, in einem angemessenen Verhältnis zur Operationsfähigkeit oder auch Belastbarkeit des Patienten steht. Wir haben heute so weitgehend optimierte Medikamente und Monitor-Systeme, dass mögliche Grenzen der Operabilität aufgrund der Anästhesie praktisch kein Thema mehr sind. Und die Fortschritte in der Intensivtherapie, die wir in den letzten Jahrzehnten erzielt haben, ermöglichen es, dass ein Patient nicht nur eine noch so extreme Operation überleben kann, sondern ca. 95 % der Patienten einer interdisziplinären operativen Intensivstation diese Station nach ihrer Operation wieder in einem stabilen Zustand verlassen können. Der Anästhesist ist daher heute in zunehmendem Maße darauf angewiesen, vom Operateur zu erfahren, ob eine Operation, die durchführbar wäre, ein Weiterleben mit einer vertretbaren Lebensqualität ermöglicht. Gerade im Zusammenhang mit Operationen am Lebensende müssen wir gemeinsam die Diskussion mit der Öffentlichkeit führen und einvernehmlich patientenorientierte Beratungs- und Entscheidungsprozesse generieren.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

München, April 2009

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dr. h.c. Volker Schumpelick
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH),
Klinikdirektor der Chirurgischen Klinik, Medizinische Fakultät,
Universitätsklinikum der Rheinisch-Westfälischen Hochschule Aachen

*1944



Beruflicher Werdegang:

- 1965–1970 Medizinstudium in München, Berlin, Hamburg, Göttingen, New York
- 1971 Medizinalassistentenzeit und Facharztausbildung Uni-Klinik Hamburg
- 1978 Facharzt für Chirurgie und Oberarzt der Abteilung Allgemeine Chirurgie des UKE
Hamburg
- 1978–1979 einjähriger Gastarzaufenthalt am AK Wandsbek, I. Chirurgie
- 1978 Habilitation für Chirurgie über das Stressulkus
- 1979 Facharzt für Unfallchirurgie
- 1982 C3-Professur für Chirurgie an der Abteilung Allgemeine Chirurgie des UKE Hamburg
- 1983–1984 Weiterbildung in der Gefäßchirurgie, II. Chir. Abt. AK Harburg
- Mai 1985 Ruf auf den Lehrstuhl für Chirurgie der Chirurgischen Universitätsklinik der RWTH
Aachen
- 01.12.1985 Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik der RWTH Aachen

Honoris Causa

- 24.01.1994 Verleihung des Dr. h.c. durch die Universität Moskau

Mitgliedschaften

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Berufsverband der Deutschen Chirurgie, Niederrheinisch-Westfälische Vereinigung der Chirurgen, Vereinigung der belgisch-niederländisch-deutschen-Grenzland-Chirurgen, Society International de Chirurgie, International Gastrosurgical Club, European Association for Endoscopic Surgery, European Society of Surgery, St. Mark's Association, Great Britain, Royal College of Surgeons, Glasgow, American College of Surgeons (ACS), European Hernia Society (EHS), American Hernia Society (AHS), Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC), Asian-Pacific Hernia Society

Gründung von Gesellschaften:

Deutsche Herniengesellschaft

Herausgeber, Mitherausgeber, Beiratsmitglied

1986–1991	Theoretical surgeon
1988–1991	Hepatogastroenterology
1987–	Der Chirurg
1987–	Langenbecks Archiv
1988–	Leber Magen Darm
1988–	Gastro Verdauung und Stoffwechselkrankheiten
1991–	Acta Chirurgica Austriaca
1998–	Der Onkologe
1998–	Journal of Hernia

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Hartwig Bauer
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

*1942



Beruflicher Werdegang:

- Studium der Medizin in München mit Staatsexamen und Promotion 1967
- Medizinalassistent 1967–1969 am Kreiskrankenhaus Kipfenberg
- 1969–1980 klinische Weiterbildung und wissenschaftliche Tätigkeit an der Chirurgischen Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München (Professor Dr. F. Holle)
- 1971/72 Wehrdienst als Stabsarzt an der Sanitätsakademie der Bundeswehr in München
- Facharztanerkennungen durch die Bayerische Landesärztekammer:
1975: Chirurgie, 1979: Teilgebiet Unfallchirurgie, 1993: Schwerpunkt Viszeralchirurgie
- 1977: Habilitation an der Ludwig-Maximilians-Universität München
- 1980: Ernennung zum Professor an der Ludwig-Maximilians-Universität München
- Von 1981 bis 2002 Chefarzt der Chirurgischen Abteilung und Ärztlicher Direktor der Kreisklinik Altötting, Krankenhaus der III. Versorgungsstufe, Akademisches Lehrkrankenhaus der Technischen Universität München

- Schwerpunkt der wissenschaftlichen Tätigkeit vorwiegend auf dem Gebiet der gastroenterologischen Chirurgie, der Unfallchirurgie und Notfallmedizin.
Weitere Arbeitsgebiete: Krankenhausökonomie, Klinikmanagement und Qualitätssicherung
- Vorstands- beziehungsweise Präsidiumsmitglied verschiedener chirurgisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften und berufsständischer Vereinigungen
- 1989 Vorsitzender der Vereinigung Bayerischer Chirurgen, seit 1994 Schriftführer
- 1996/1997 Präsident und seit 2003 Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Joachim Boldt
Kongresspräsident der Deutschen Gesellschaft für
Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)
Direktor der Klinik für Anästhesiologie und Operative
Intensivmedizin, Klinikum Ludwigshafen



*29.9.1954

Beruflicher Werdegang:

- 1974–1975 Studium der Chemie an der Ruhr-Universität Bochum
- 1975–1980 Studium der Human-Medizin an der Philipps-Universität Marburg
- 1982 Promotion an der Philipps-Universität Marburg
- 1981/1982 Praktisches Jahr (PJ) Jung-Stilling-Krankenhaus Siegen
Beginn der Berufstätigkeit in der Abteilung für Anästhesie am Evangelischen Jung-Stilling-Krankenhaus Siegen
- 1982 Beginn Berufstätigkeit in der Abteilung für Anästhesie und Operative Intensivmedizin der Universität Gießen
- 1987 Arzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin
Habilitation
- 1993 APL-Professur Universität Gießen
- ab 1987 Hochschulassistent
- ab 1990 Hochschuldozent
- seit 1.1.1996 Direktor der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin des Klinikums der Stadt Ludwigshafen gGmbH

Wissenschaftliche Aktivitäten:

mehr als 200 Originalarbeiten als Erstautor

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dr. h.c. Jürgen Schüttler
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und
Intensivmedizin (DGAI)
Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg
Direktor der Anästhesiologischen Klinik, Universitätsklinik Erlangen



*1953

Beruflicher Werdegang:

- 1981–1982 wissenschaftlicher Assistent an der Klinik für Anästhesiologie der Universität Bonn
- 1982 Promotion (summa cum laude) an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
- 1982–1983 Research Fellow am Department of Anesthesiology der Stanford University (USA)
- 1985 Anerkennung als „Arzt für Anästhesiologie“
- 1985 Oberarzt
- 1986 Habilitation und Erteilung der Lehrbefugnis für das Fach „Anästhesiologie“ Rheinische
Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
- 1990 Leitender Oberarzt an der Klinik für Anästhesiologie und spezielle Intensivmedizin der
Universität Bonn
- 1991 Ernennung zum apl. Professor
- 08/1994 Berufung auf den Lehrstuhl für Anästhesiologie und Intensivmedizin der Universität
Essen
- 09/1994 Berufung auf den Lehrstuhl für Anästhesiologie und der Universität Erlangen
- 06/1995 Ernennung zum Univ.-Professor für Anästhesiologie und Direktor der Klinik
für Anästhesiologie an der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen/Nürnberg (Nachfolge Prof. Dr. med E. Rügheimer)
- 10.1995 Fakultative Weiterbildung „Spezielle Anästhesiologische Intensivmedizin“

Wissenschaftliche Preise und Auszeichnungen:

- 1983 Karl-Thomas-Preis
- 1984 Sertürner-Preis
- 1987 Zentraleuropäischer Anästhesie-Preis
- 1988 Paul-Martini-Preis
- 1989 Free-Paper-Forum-Preis (Zentraleuropäischer Anästhesiekongress)
- 1991 Carl-Ludwig-Schleich-Preis

- 2001 „Preis für gute Lehre 2001“ des Bayerischen Staatsministeriums für Wissenschaft,
Forschung und Kunst
- 2004 Ehrendoktorwürde der Universität für Medizin und Pharmazie in Cluj-Napoca (früher
Klausenburg), Rumänien

Mitgliedschaften in Fachgesellschaften:

- 1983 Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin
- 1983 American Society of Anesthesiologists
- 1985 Sertürner-Gesellschaft für Schmerzforschung
- 1987 European Academy of Anaesthesiology
- 1988 German Resuscitation Council
- 1995 European Society of Anesthesiologists
- 1999 Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes



Bestellformular Fotos

Gemeinsame Presseveranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)

Termin: Donnerstag, 30. April 2009, 10.00 bis 10.30 Uhr

Ort: Saal 22b, ICM München

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

- Professor Dr. med. Dr. h.c. Volker Schumpelick
- Professor Dr. med. Hartwig Bauer
- Professor Dr. med. Joachim Boldt
- Professor Dr. med. Dr. h.c. Jürgen Schüttler

Vorname:	Name:
Redaktion:	Ressort:
Anschrift:	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	Unterschrift:

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.

Kontakt für Journalisten:

DGCH Pressestelle, Beate Schweizer
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-295, Fax: 0711 8931-167
E-Mail: schweizer@medizinkommunikation.org
Homepage: www.dgch.de; www.chirurgie2009.de

Pressebüro vor Ort (vom 28.4 bis 1.5.2009):

Saal 22a, ICM München
Tel.: 089 949 79409
Fax: 089 949 79854