

30. September - 3. Oktober 2009, CCH Hamburg

Gastroenterologie Viszeralchirurgie Viszeralmedizin 2009

2. Einladung

64. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten mit Sektion für gastroenterologische Endoskopie

Präsident
Prof. Dr. med. Herbert Koop
HELIOS Klinikum Berlin-Buch

Vorsitzende Sektion Endoskopie
Dr. med. Brigitte Schumacher
EVK Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf

In Zusammenarbeit mit:
Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin
AG Gastrointestinale Pathologie der Deutschen Gesellschaft für Pathologie
Gesellschaft für pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung

3. gemeinsame Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaften der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Tagungspräsident
Prof. Dr. med. Hans-Joachim Meyer
Städtisches Klinikum Solingen



www.dgvs.de

1x täglich* Mezavant® bei Colitis ulcerosa (CU).

Gute Wirksamkeit für eine komplette Remission.

Die Freiheit für einen aktiven Tag.

Komplette
Remission

Gute Wirksamkeit

Bei vielen Ihrer Patienten eine **komplette Remission** erzielen und langfristig aufrechterhalten.^{1,2} Wirksam erneute Schübe verhindern.³

Patentierete Freisetzung

Gleichmäßige Wirkstofffreisetzung im **gesamten Kolon** dank der patentierten MMX®-Technologie⁴ – Basis der belegten Wirksamkeit.

Weniger Beeinträchtigungen

Durch **1x tägliche*** Gabe mit der höchsten Mesalazindosis pro Tablette vielen Patienten ein weitgehend normales Leben ermöglichen.^{1,2,5}

* 2,4 g – 4,8 g entsprechen 2 – 4 Tabletten 1x täglich, siehe Fachinformation¹

EINMAL TÄGLICH

mezavant®

Magensaftresistente Retardtabletten

Chance auf eine komplette Remission.

Quellenangaben

Mezavant® 1200 mg magensaftresistente Retardtabletten[®]

Wirkstoff: Mesalazin. **Zusammensetzung:** 1200 mg Mesalazin. Sonstige Bestandteile: Tablettenkern: Carmellose-Natrium, Carnaubawachs, Stearinsäure (Ph. Eur.), Siliciumdioxid-Hydrat, Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A) (Ph. Eur.), Talkum, Magnesiumstearat (Ph. Eur.) (pflanzlich); Filmüberzug: Talkum Ph. Eur., Methacrylsäure-Methylmethacrylat-Copolymer (1:1) und (1:2) (Ph. Eur.), Triethylcitrat, Titandioxid (E171), Eisen (III) oxid (E172), Macrogol 6000 **Anwendungsgebiete:** Zur Erzielung einer klinischen und endoskopischen Remission bei Patienten mit aktiver Colitis ulcerosa (leichter bis mittelschwerer Verlauf). Zur Aufrechterhaltung einer Remission. **Gegenanzeigen:** Anamnestisch bekannte Überempfindlichkeit gegen Salicylate (einschließlich Mesalazin) oder einen der sonstigen Bestandteile von Mezavant®. Schwere Niereninsuffizienz (GFR < 30 ml/min/1,73 m²) und/oder schwere Leberinsuffizienz. **Nebenwirkungen:** Häufig (>1% und <10%): Kopfschmerzen, Blähungen, Übelkeit; Gelegentlich (>0,1% und <1%): Verminderte Thrombozytenzahl; Schwindel, Somnolenz, Tremor; Ohrenschmerzen; Tachykardie; Hypertonie, Hypotonie; Schmerzen im Larynx-Pharynx-Bereich; Bauchblähung, Bauchschmerzen, Kolitis, Durchfall, Dyspepsie, Pankreatitis, Rektumpolypen, Erbrechen; Erhöhte Alanin-Aminotransferase, abnormer Leberfunktions-test; Akne, Alopezie, Prurigo, Pruritus, Hautausschlag, Urtikaria; Arthralgie und Rückenschmerzen; Asthenie, Gesichtssödem, Müdigkeit, Pyrexie. Außerdem: Aggranulocytose, aplast. Anämie, Leukopenie, Neutropenie, Panzytopenie, Thrombozytopenie, Neuropathie, Myokarditis, Perikarditis, allerg. Alveolitis, Bronchospasmus, Cholelithiasis, Hepatitis, Angioödem, system. Lupus-erythematoses-ähnliches Syndrom, Myalgie, interstitielle Nephritis, nephrot. Syndrom. Bei Patienten, die während der Behandlung Nierenfunktionsstörungen entwickeln, eine Mesalazininduzierte Nephrotoxizität in Betracht ziehen. **Warnhinweis:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Arzneimittel immer wie vom Arzt verordnet einnehmen. Die Tabletten müssen unterkaut mit den Mahlzeiten eingenommen werden. **Weitere Angaben:** s. Fach- und Gebrauchsinformation. **Verschreibungspflichtig. Stand der Fachinformation:** April 2007. Shire Pharmaceutical Contracts Ltd., Basingstoke, Hampshire, RG24 8EP, Großbritannien. Örtlicher Vertreter: Shire Deutschland GmbH, Siegburger Str. 229b, 50679 Köln.

Gastroenterologie Viszeralchirurgie Viszeralmedizin 2009

Hamburg, 30. September – 3. Oktober 2009

64. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für
Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
mit Sektion für gastroenterologische Endoskopie

3. gemeinsame Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaften der
Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)



www.dgvs.de



www.dgav.de

Impressum

Herausgeber	Prof. Dr. med. Herbert Koop Prof. Dr. med. Hans-Joachim Meyer
Stand	Mai 2009
Satz und Layout	yousign GbR Sophienstraße 28/29 10178 Berlin Tel: +49 (0) 30. 61 285 285 Fax: +49 (0) 30. 61 285 255 E-Mail: info@yousign.de
Druck	Neumann Druck OHG Benzstraße 1 84030 Landshut Tel: +49 (0) 871. 972 89 0 Fax: +49 (0) 871. 972 89 14 E-Mail: info@neumann-druck.de

Viszeralmedizin 2009

10 gute Gründe für Hamburg...

- » Up-to-date-Fortbildung auf dem Gesamtgebiet der Viszeralmedizin
- » Science Track: Der Wissenschaftspfad im Programm
- » Interdisziplinäre viszeralmedizinische Sitzungen und Diskussionen
- » Zwei Postgraduiertenkurse
- » Forum für den aktiven Nachwuchs
- » Posterausstellung: Besonders große Poster und viel Platz für Diskussionen
- » Hands-on-Kurse: Chirurgischer Nahtkurs, Proktologiekurs etc.
- » Viszeralmedizin kompakt für den Allgemeinmediziner
- » Aktuelle Informationen von der Industrie
- » Die DGVS & DGAV-Party im Kultur- und Gewerbespeicher

Herzlich Willkommen in Hamburg!

Allgemeines.....	6
Grußwort.....	10
Kurzübersicht wissenschaftliches Programm.....	14
Wissenschaftliches Programm	
Science Track.....	25
Nachwuchsförderung in der Gastroenterologie.....	30
Wissenschaftliches Programm Mittwoch.....	31
Wissenschaftliches Programm Donnerstag.....	40
Wissenschaftliches Programm Freitag.....	70
Wissenschaftliches Programm Samstag.....	99
Patientenveranstaltungen.....	103
38. Kongress für Endoskopiepflege- und Assistenzpersonal der DEGEA.....	104
Mitgliederversammlungen.....	106
Satellitensymposien.....	107
Gutachter der Abstract-Auswahlkomitees 2009.....	109
Gesellschaftliche Veranstaltungen.....	112
Rahmenprogramm für Begleitpersonen.....	114
Organisatorische Informationen.....	116
Wichtige Termine und Fristen.....	124
Spezialangebot der DB.....	125
Notizen.....	126
Liste der Inserenten.....	3. US



HUMIRA® bei Morbus Crohn

Langanhaltend wirksam. Vollständig human.



Der vollständig humane TNF- α -Antikörper zur
subkutanen Selbstinjektion mit dem HUMIRA®-Pen

Humira® 40 mg Injektionslösung in Fertigspritze/Humira 40 mg Injektionslösung im vorgefüllten Pen (Injektor, vorgefüllt/FertigPEN). Wirkstoff: Adalimumab. **Zusammensetzung:** Jede Einzeldosis-Fertigspritze à 0,8 ml enthält 40 mg Adalimumab; jede Einzeldosis à 0,8 ml des vorgefüllten Pens enthält 40 mg Adalimumab (rekombinanter humaner monoklonaler Antikörper, der in Ovarialzellen des Chinesischen Hamsters exprimiert wird). **Sonstige Bestandteile:** Mannitol (Ph. Eur.), Citronensäure-Monohydrat, Natriumcitrat, Natriumdihydrogenphosphat-Dihydrat, Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Natriumchlorid, Polysorbit 80, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** **Rheumatoide Arthritis:** Humira ist in Kombination mit Methotrexat indiziert: – Zur Behandlung der mäßigen bis schweren aktiven rheumatoiden Arthritis bei erwachsenen Patienten, die nur unzureichend auf krankheitsmodifizierende Antirheumatika einschließlich Methotrexat angesprochen haben. – Zur Behandlung der schweren, aktiven und progressiven rheumatoiden Arthritis bei Erwachsenen, die zuvor nicht mit Methotrexat behandelt worden sind. Humira kann im Falle einer Unverträglichkeit gegen Methotrexat, oder wenn die weitere Behandlung mit Methotrexat nicht sinnvoll ist, als Monotherapie angewendet werden. Humira verhindert in Kombination mit Methotrexat das Fortschreiten der radiologisch nachweisbaren strukturellen Gelenkschädigungen und verbessert die körperliche Funktionstfähigkeit. **Polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis:** Humira ist in Kombination mit Methotrexat indiziert zur Behandlung der aktiven polyartikulären juvenilen idiopathischen Arthritis bei Jugendlichen im Alter von 13 bis 17 Jahren, die nur unzureichend auf ein oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARDs) angesprochen haben. Humira kann im Falle einer Unverträglichkeit gegenüber Methotrexat, oder wenn die weitere Behandlung mit Methotrexat nicht sinnvoll ist, als Monotherapie angewendet werden. **Psoriasis-Arthritis:** Humira ist indiziert zur Behandlung der aktiven und progressiven Psoriasis-Arthritis (Arthritis psoriatica) bei Erwachsenen, die nur unzureichend auf eine vorherige Basistherapie angesprochen haben. Humira reduziert das Fortschreiten der radiologisch nachweisbaren strukturellen Schädigungen der peripheren Gelenke bei Patienten mit polyartikulären symmetrischen Subtypen der Erkrankung und verbessert die körperliche Funktionstfähigkeit. **Ankylosierende Spondylitis:** Humira ist indiziert zur Behandlung der schweren und aktiven ankylosierenden Spondylitis bei Erwachsenen, die nur unzureichend auf eine konventionelle Therapie angesprochen haben. **Morbus Crohn:** Humira ist indiziert zur Behandlung eines schwergradigen, aktiven Morbus Crohn bei Patienten, die trotz einer vollständigen und adäquaten Therapie mit einem Glukokortikoid und/oder einem Immunsuppressivum nicht ausreichend angesprochen haben und/oder die eine Unverträglichkeit gegen eine solche Therapie haben oder bei denen eine solche Therapie kontraindiziert ist. Während der Induktionsbehandlung sollte Humira in Kombination mit Glukokortikoiden verabreicht werden. Im Falle einer Unverträglichkeit gegen Glukokortikoide, oder wenn eine weitere Behandlung mit Glukokortikoiden nicht sinnvoll ist, kann Humira auch als Monotherapie verabreicht werden. **Psoriasis:** Humira ist indiziert zur Behandlung der mittelschweren bis schweren chronischen Plaque-Psoriasis bei erwachsenen Patienten, die auf eine andere systemische Therapie, wie Cyclosporin, Methotrexat oder PUVA, nicht angesprochen haben oder bei denen eine Kontraindikation oder Unverträglichkeit einer solchen Therapie vorliegt. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der sonstigen Bestandteile. Aktive Tuberkulose oder andere schwere Infektionen wie Sepsis und opportunistische Infektionen. Mäßige bis schwere Herzinsuffizienz (NYHA Klasse III/IV). **Nebenwirkungen:** Klinische Studien: Die Inzidenzen sind definiert als: sehr häufig $\geq 1/10$, häufig $\geq 1/100 < 1/10$, gelegentlich $\geq 1/1.000 < 1/100$, selten $\geq 1/10.000 < 1/1.000$. **Sehr häufig:** Reaktion an der Injektionsstelle (einschl. Schmerz, Schwellung, Rötung oder Pruritus). **Häufig:** Infektionen des unteren Respirationstraktes (einschl. Pneumonie, Bronchitis), Virusinfektionen (einschl. Influenza, Herpesinfektionen), Candidiasis, bakterielle Infektionen (einschl. Harnwegsinfektionen), Infektionen der oberen Atemwege, Benommenheit (einschl. Schwindel), Kopfschmerzen, neurologische Empfindungsstörungen (einschl. Parästhesien), Husten, nasopharyngealer Schmerz, Diarrhoe, Abdominalschmerzen, Stomatitis und Mundulzeration, Übelkeit, Erhöhung der Leberenzyme, Hautausschlag, Pruritus, muskuloskeletale Schmerzen, Fieber, Müdigkeit/Abgeschlagenheit (einschl. Asthenie und Unwohlsein). **Gelegentlich:** opportunistische Infektionen (einschl. Tuberkulose, Histoplasmosis), Sepsis, Abszess, Gelenkinfektion, Hautinfektion (einschl. Weichteilinfektion und Impetigo), oberflächliche Pilzinfektionen (einschl. Haut, Nagel, Fuß), Hautpapillom, Neutropenie (einschl. Agranulozytose), Leukopenie, Thrombozytopenie, Anämie, Lymphadenopathie, Leukozytose, Lymphopenie, systemischer Lupus erythematoses, Angioödem, Arzneimittelüberempfindlichkeit, Hypokaliämie, erhöhte Blutfettwerte, Appetitstörungen (einschl. Anorexie), Hyperurikämie, Stimmungsschwankungen, Angstlichkeit (einschl. Nervosität und Agitation), Synkope, Migräne, Tremor, Schlafstörungen, Störungen des Sehvermögens, Empfindungsstörungen der Augen, Infektion, Reizung oder Entzündung des Auges, Ohrbeschwerden (einschl. Schmerz und Schwellung), Arrhythmie, Tachykardie, Blutdruckerrhöhung, Flush, Hämaturie, Asthma, Dyspnoe, Dysphonie, nasale Kongestion, rektale Blutung, Erbrechen, Dyspepsie, abdominale Blähungen, Verstopfung, Ürtikaria, Psoriasis, Ekchymose und vermehrt Blutergüsse, Purpura, Dermatitis, Ekzem, Haarausfall, Hämaturie, eingeschränkte Nierenfunktion, Blasen- und Harnröhrenbeschwerden, Störungen des Menstruationszyklus und Blutungsstörungen, Brustschmerzen, Ödeme, Grippe-ähnliche Symptome, Erhöhung der Kreatinphosphokinase im Blut, Verlängerung der partiellen Thromboplastinzeit, Nachweis von Autoantikörpern, veresehentliche Verletzung, beeinträchtigte Wundheilung. **Selten:** nekrotisierende Fasciitis, virale Meningitis, Divertikulitis, Wundinfektion, Lymphom, solide Organumtoren (einschl. Brust, Eierstock, Hoden), malignes Melanom, Plattenepithelkarzinome der Haut, Panzytopenie, idiopathische thrombozytopenische Purpura, Serumkrankheit, saisonale Allergie, Schilddrüsenfunktionsstörung (einschl. Struma), Hyperkalzämie, Hypokaliämie, multiple Sklerose, Gesichtsrötung, Panophthalmie, Iritis, Glaukom, Hörverlust, Tinnitus, Herzstillstand, Insuffizienz der Koronararterien, Angina pectoris, Penikarderguss, dekompensierte Herzinsuffizienz, Herzklappen, Gefäßverschluss, Aortenstenose, Thrombophlebitis, Aortenaneurysma, Lungenödem, pharyngeales Ödem, Pleuraerguss, Pleuritis, Pankreatitis, intestinale Stenose, Kolitis, Enteritis, Oesophagitis, Gastritis, Lebernekrose, Hepatitis, Leberverletzung, Cholelithiasis, erhöhtes Bilirubin im Blut, Erythema multiforme, Pannikulitis, Rhadomyolyse, Proteinurie, Nierenschmerzen. Unwünschte Ereignisse nach Markteinführung und aus klinischen Studien der Phase IV: Darmwandperforation; Reaktivierung einer Hepatitis B; dermatologische Erkrankungen (z.B. Optikusneuritis, Guillain-Barré-Syndrom); interstitielle Lungenerkrankung, einschl. Lungenfibrose; kutane Vaskulitis; anaphylaktische Reaktion; hepatospalenale T-Zell-Lymphom. **Verschreibungspflichtig. Pharmazeutischer Stand:** August 2008

Unternehmer: Abbott Laboratories Ltd., Queenborough, Kent ME11 5EL, Vereinigtes Königreich

HUMIRA®

BEWÄHRT. EINFACH. STARK.

Abbott
Immunology

64. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten mit Sektion für gastroenterologische Endoskopie (DGVS)

Hamburg, 30. September – 03. Oktober 2009

Kongressort	Congress Center Hamburg (CCH) Am Dammtor / Marseiller Straße 20355 Hamburg
Tagungspräsident	Prof. Dr. med. Herbert Koop Klinik für Innere Medizin II HELIOS Klinikum Berlin-Buch Schwanebecker Chaussee 50 13125 Berlin
Tagungssekretär	Dr. med. Christine Schürmann
Vorsitzende der Sektion Endoskopie	Dr. med. Brigitte Schumacher Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Gastroenterologie EVK Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf Kirchfeldstr. 40 40217 Düsseldorf
Tagungssekretär	Dr. med. Alexander Seelhoff
Tagungssekretariat	Kongressbüro DGVS 2009 Ines Hoffmann Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten Olivaer Platz 7 10707 Berlin Tel: +49 (0) 30. 31 98 31 50 05 Fax: +49 (0) 30. 31 98 31 50 09 E-Mail: kongress2009@ddgvs.de

In Zusammenarbeit mit

Präsident	Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin Prof. Dr. med. Arved Weimann
Sprecher	AG Gastrointestinale Pathologie der Deutschen Gesellschaft für Pathologie Prof. Dr. med. Gustavo Baretton
1. Vorsitzender	Gesellschaft für pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung Prof. Dr. med. Michael Melter
Organisation, Anmeldung, Hotelbuchung, Industrieausstellung	INTERPLAN Congress, Meeting & Event Management AG Albert-Rosshaupter-Straße 65 81369 München Tel: +49 (0) 89. 54 82 34 62 Fax: +49 (0) 89. 54 82 34 43 E-Mail: viszeralmedizin@interplan.de
Veranstalter	Gastroenterologie Organisations GmbH <i>Berlin</i>

3. gemeinsame Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaften der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Präsident der DGAV Prof. Dr. med. Hans-Joachim Meyer

Tagungssekretäre Dr. med. Guido Joachim Opitz
Dr. med. Julien Coignet
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Städtisches Klinikum Solingen
Gotenstraße 1
42653 Solingen
Tel: + 49 (0) 212. 54 72 401
Fax: + 49 (0) 212. 54 72 682
E-Mail: opitz@klinikumsolingen.de

In Zusammenarbeit mit den Chirurgischen Arbeitsgemeinschaften für

	Oberer Gastrointestinaltrakt (CA-OGI)
Tagungsvorsitz	Prof. Dr. med. Arnulf H. Hölscher <i>Köln</i>
	Leber-, Galle- und Pankreaserkrankungen (CA-LGP)
Tagungsvorsitz	Prof. Dr. med. Ulrich T. Hopt <i>Freiburg</i>
	Colo-Proktologie (CACP)
Tagungsvorsitz	Prof. Dr. med. Marco Sailer <i>Hamburg</i>
	Endokrinologie (CAEK)
Tagungsvorsitz	Prof. Dr. med. Thomas Musholt <i>Mainz</i>
	Endoskopie und Sonographie (CAES)
Tagungsvorsitz	Prof. Dr. med. Norbert Senninger <i>Münster</i>
	Minimal Invasive Chirurgie (CAMIC)
Tagungsvorsitz	Prof. Dr. med. Martin Strik <i>Berlin</i>
	Transplantationschirurgie (CAT)
Tagungsvorsitz	Prof. Dr. med. Jürgen Klempnauer <i>Hannover</i>
	Onkologie (CAO-V)
Tagungsvorsitz	Prof. Dr. med. Hauke Lang <i>Mainz</i>

Tagungsvorsitz OP- und Instrumententechnik (CAOP)
Prof. Dr. med. Michael H. Schönberg *München*

Tagungsvorsitz Adipositas therapie (CAADIP)
Prof. Dr. med. Rudolf A. Weiner *Frankfurt*

Organisation, **INTERPLAN**
Anmeldung, Congress, Meeting & Event Management AG
Hotelbuchung, Albert-Rosshaupter-Straße 65
Industrieausstellung 81369 München
Tel: +49 (0) 89. 54 82 34 62
Fax: +49 (0) 89. 54 82 34 43
E-Mail: viszeralmedizin@interplan.de

Veranstalter SAVC GmbH *Berlin*

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

vor Ihnen liegt das vorläufige Programm „Viszeralmedizin 2009“, der 64. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten mit Sektion für gastroenterologische Endoskopie (DGVS) und der 3. gemeinsamen Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaften der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), mit dem wir Sie sehr herzlich nach Hamburg einladen.

Die bisherigen gemeinsamen Jahrestagungen haben sich durch eine erfolgreiche Durchführung ausgezeichnet und wir möchten mit der erneuten gemeinsamen Ausrichtung hieran anknüpfen. Die inhaltliche Legitimierung für einen gemeinsamen Kongress wurde in den zwei vorausgegangenen Jahren durch die intensive Interaktion der an der viszeralen Medizin beteiligten Disziplinen sowie der sich weiter entwickelnden Dialoge und „Schnittmengen“ der DGVS und DGAV gegeben. Diese gemeinsamen Interessen sind durch vielfältige fachliche Weiterentwicklungen aktueller denn je und tragen auch den erneuten gemeinsamen Kongress der beiden Gesellschaften.

Am Mittwoch bieten wir die Postgraduiertenkurse der DGVS und DGAV an, die sich mit unerwünschten Folgen bzw. Komplikationen sowohl der operativen wie der konservativen Therapie, aber auch dem Spannungsfeld zwischen neuen und etablierten Methoden in der Endoskopie befassen. Zudem wird es wieder ein Forum für den wissenschaftlichen Nachwuchs geben.

Bewusst kompakt gestaltete Eröffnungs- und Präsidentensitzungen der DGVS und DGAV u. a. mit herausragenden Übersichtsreferaten prägen das wissenschaftliche Programm am Donnerstag. Darüber hinaus werden in weiteren Sitzungen vielfältige Themen aus der Viszeralmedizin behandelt. Erstmals wird am Donnerstag und Freitag ein externer laparoskopischer Trainingskurs angeboten.

Auch am Freitag stehen Themen mit einem breit gespannten thematischen Bogen von den wissenschaftlichen Grundlagen bis zur unmittelbaren Versorgungsmedizin im Fokus. Dabei wird das hohe Maß der Interdisziplinarität in vielfältiger Art erkennbar sein. Um die Postersitzungen auch in diesem Jahr in besonderer Weise herauszustellen, finden keine Parallelveranstaltungen statt.

Der Samstag wird attraktiv mit klinisch ausgerichteten interdisziplinären, endoskopischen und chirurgischen Sitzungen sowie einem Kurs „Viszeralmedizin kompakt für den Allgemeinmediziner“ gestaltet werden. Es freut uns besonders, dass auch in diesem Jahr die Deutsche Gesellschaft für Endoskopie-Assistenzpersonal und die Selbsthilfegruppen in Form von Arzt-Patienten-Seminaren in das Programm integriert sind.

Dieser gemeinsame Kongress mit seinen - entsprechend dem klinischen Alltag - inhaltlich fließenden Grenzen zwischen den Disziplinen der Viszeralmedizin soll interessierten Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit bieten, sich umfassend und hoch spezialisiert über den neuesten Stand der klinischen Praxis, der klinischen Forschung und der Grundlagenwissenschaft in unserem gemeinsamen Fachgebiet zu informieren. Die im Programm erkennbare ausgeprägte Verflechtung der Fachgebiete soll so zu intensiven Diskussionen anregen und somit den Kongress erfolgreich verlaufen lassen.

Wir setzen auf Ihre engagierte Teilnahme und freuen uns auf inhaltlich fruchtbare, durchaus auch kontroverse Diskussionen.

Das CCH besticht durch seine optimale Lage im City-Bereich. Viele Hotels sind zu Fuß vom CCH erreichbar. Ansonsten bietet Hamburg als Welt- und Hafenstadt zahlreiche Attraktionen, so dass sich auch aus kultureller Sicht eine Reise in diese Metropole lohnt.

Das "Get Together" am Mittwochabend sowie der Gesellschaftsabend am Freitag in einem historischen Kultur- und Gewerbespeicher werden Ihnen Gelegenheit geben, sich mit ihren Freunden und Kollegen intensiv auszutauschen und neue Bekanntschaften zu schließen.

Wir freuen uns, Sie in der ersten Oktoberwoche in Hamburg begrüßen zu können.

Ihre



Prof. Dr. med. Herbert Koop
Präsident DGVS



Prof. Dr. med. H.-J. Meyer
Präsident DGAV



Dr. med. B. Schumacher
Vorsitzende Sektion Endoskopie



**Wegweisende
SONIC-Studie zeigt
Überlegenheit von REMICADE®¹**

Erster und einziger Direktvergleich
REMICADE® mono vs. Azathioprin mono
bei M. Crohn

**REMICADE® –
Patienten profitieren auch im
frühen Krankheitsstadium**

**45 % mehr Patienten in
steroidfreier Remission^{1,2}**

**82 % mehr Patienten mit vollständig
abgeheilter Mukosa^{1,2}**

1. Sandborn WJ et al. SONIC: A Randomized, Double-Blind, Controlled Trial Comparing Infliximab and Infliximab plus Azathioprine to Azathioprine in Patients with Crohn's Disease Naive to Immuno-modulators and Biologic Therapy. ACG 2008 [abstract 1117]

2. Ansprechraten zu Woche 26: Steroidfreie Remission 44,4% vs. 30,6%, Mukosaheilung 30,1 % vs. 16,5 %

REMICADE® 100 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. Wirkstoff: Infliximab. **Zusammensetzung:** 1 Durchstechfl. enth. Arzneil. wirks. Bestand.; 100 mg Infliximab. **Sonst. Bestand.:** Saccharose, Polysorbat 80, Dinatriumhydrogenphosphat, Natriumhydrogenphosphat. **Anwendungsgebiet:** Rheumatoide Arthritis; In Komb. m. Methotrexat Redukt. d. Symptomatik u. Verbesser. d. körperl. Funktionsfähigk. B. Pat. m. aktiver Erkrank. d. nur unzureich. auf krankheitsmodifizierende Präp., einschl. Methotrexat, angesprochen haben u. b. Methotrexat-naiven Pat. od. Pat. d. nicht m. ad. DMARDs vorbehandelt wurden, m. schwergradiger, aktiver u. fortschreitender Erkrank. B. diesen Pat. wurde anhand v. radiolog. Untersuch. Redukt. d. Progressionsrate d. Gelenkschäden nachgewiesen. **Morb. Crohn:** Behänd. eines schwergradigen, aktiven Morb. Crohn. Erw. Erw. Pat.; dort einer vollständig u. adäquaten Ther. m. einem Kortikosteroid u./o. einem Immunsuppress. nicht angesprochen haben od. B. Unverträglichk. od. Kontraindikationen f. solche Ther. Behänd. v. aktivem Morb. Crohn m. Fistelbildung B. Pat. d. dort vollständig u. adäqu. Ther. m. einer konvent. Behänd. (einschl. Antibiotika, Drainage u. immunsuppr. Ther.) nicht angesprochen haben. Kdr. (6-17 J.) Pat.; d. nicht auf eine konvent. Ther. einschließl. Kortikosteroid, Immunmodulator u. primärer Ernährungsther. angesprochen haben od. B. Unverträglichk. od. Kontraindikationen f. solche Ther. REMICADE® wurde bei Kdr. nur in Komb. mit einer konvent. Ernährungsther. untersucht. **Colitis ulcerosa:** B. mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa B. Pat. d. auf eine konvent. Ther., einschl. Kortikosteroide u. 6-MP od. AZA, unzureich. angesprochen haben, od. B. Unverträglichk. od. Kontraindikationen f. solche Ther. **Ankylosierende Spondylitis:** B. schwerwiegender, aktiver ankylosierender Spondylitis bei erw. Pat., die auf eine konvent. Ther. unzureichend angesprochen haben. **Psoriasis-Arthritis:** B. aktiver u. fortschreitender Psoriasis-Arthritis B. Erw., wenn deren Ansprechen auf eine vorhergehende krankheitsmodifizierende, antirheum. Arzneimittelther. unzureichend gewesen ist. **Verabreichung in Komb. m. Methotrexat od. als Monother. B. Pat., die eine Unverträglichkeit geg. Methotrexat zeigen od. b. denen Methotrexat kontra-ind. ist:** Psoriasis; B. mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis B. Erw., d. auf eine andere system. Ther. (einschl. Ciclosporin, Methotrexat od. PUVA) nicht angesprochen haben, b. denen eine solche kontra-ind. ist od. nicht vertragen wird. **Kontraindikationen:** Tuberkulose od. and. schwere Infekt. wie Sepsis, Abszesse u. opportunist. Infekt., Überempfindl. geg. d. Wirkstoff od. sonst. Bestand. d. Produkts od. geg. murine Proteine, mäßiggradige od. schwere Herzsuffiz. (NYHA Klasse III/IV). **Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung:** Akute infusionsbed. Reakt. (selten schwerw. allerg. Reakt.), einschl. anaphylakt. Reakt. können während (innerhalb v. Sek.) od. innerhalb v. wenigen Std. nach d. Infusion auftreten. Es können sich Antikörper geg. Infliximab entwickeln, die mit einer erhöhten Häufigkeit für Infusionsreakt. in Zusammenhang gebracht wurden. Pat. d. Immunsuppressiva vor od. während d. Behänd. m. REMICADE® absetzen, haben ein höheres Risiko, Antikörper geg. den Wirkstoff zu bilden. B. Auftreten v. schweren Reakt. dürfen keine weiteren REMICADE®-Inf. erfolgen. **Verfügbare Daten** deuten auf ein erhöhtes Risiko f. eine verzögerte Überempfindlichkeit m. zunehmender Ther. pause hin. Die Anw. v. REMICADE® B. Pat. m. chronischen Infekt. bzw. m. einer Anamnese v. rezidivierenden Infekt., od. m. begleitender immunsuppressiver Medikation, ist sorgfältig zu erwägen. Es ist zu beachten, dass d. Blockade d. TNF α d. Symptome einer Infekt. wie z.B. Fieber maskieren kann. Hinsichtl. einer aktiven od. inaktiven („latenten“) Tuberkulose sind vor d. Behänd. eine detaillierte Anamnese u. geeignete Untersuchungen, d.h. Tuberkulinhauttest u. Thoraxröntgenaufnahme, durchzuführen. Falls eine inaktive („latente“) Tuberkulose diagnostiziert wird, so muss eine Behänd. d. latenten Tuberkulose m. einer Anti-Tuberkulose-Ther. vor d. Verabreichung v. REMICADE® eingeleitet werden. B. Pat. m. Morb. Crohn m. Fistelbildung u. akut eitrigen Fisteln darf die Ther. erst nach Ausschluss einer mögl. Infektionsquelle (insbes. Abszess) eingeleitet werden. Pat. mit Risiko für eine HBV-Inf. sollten vor Beginn einer Ther. mit REMICADE® auf HBV untersucht werden. Hep. B Dauerträger während u. bis mehrere Monate nach Ende der REMICADE®-Behänd. überwachen. Bei HBV-Reaktivierung Ther.abbruch u. Einleitung einer antiviralen Therapie. Pat. m. Symptomen od. Anzeichen einer Leberfunktionsstörung sollten auf Hinw. einer Leberschädigung untersucht werden. Falls sich ein Ikterus u. od. ALT-Erhöhungen um mind. das Fünffache d. oberen Normalwertes entwickeln, sollte REMICADE® abgesetzt werden. D. Komb. v. REMICADE® u. Anakinra wird nicht empfohlen. Lebendimpfstoffe sollten nicht gleichzeitig mit REMICADE® verabreicht werden. **Pädiatr. Morb. Crohn** Pat. möglichst vor Ther.beginn gemäß Impfempfehl. impfen. Tritt in seltenen Fällen ein Lupus-ähnliches Syndrom auf od. weisen Blutuntersuchungen (pos. Antikörper-Befund gegen Doppelstrang-DNS) auf ein mögl. Auftreten hin, ist d. REMICADE®-Behänd. abzubrechen. B. Pat. m. vorbest. od. kürz. aufgetretenen demyelin. Erkrank. d. ZNS muss das Nutzen-Risiko-Verhältnis vor d. REMICADE®-Behänd. sorgfältig abgewogen werden. **Vorsicht** B. Pat. m. malignen Erkr. in d. Vorgeschichte, b. Pat. mit erhöhtem Risiko f. mal. Erkr. infolge starken Rauchens od. bei Pat. d. eine mal. Erkr. entwickeln u. weiterbehandelt werden sollen, b. Pat. m. Psoriasis u. extensiver immunsuppressiver Ther. od. längerfristiger PUVA-Behänd. in d. Vorgeschichte. Nach d. Markteinführung wurden seltene Fälle v. sehr aggressiven u. meist tödlich verlaufenden hepatosplenalen T-Zell-Lymphomen b. adoleszenten u. jungen erw. Pat. m. Morb. Crohn d. m. REMICADE® u. gleichzeitig Azathioprin od. 6-Mercaptopurin (6-MP) behandelt wurden, beschrieben. B. Pat. m. Colitis ulcerosa, d. ein erhöhtes Risiko f. eine Dysplasie od. ein Kolonkarzinom haben od. die in d. Vorgeschichte eine Dysplasie od. ein Kolonkarzinom aufweisen, sollten Untersuchungen (einschl. Koloskopie u. Biopsien) vor d. Ther. u. während d. Krankheitsverlaufs in regelm. Intervallen auf Dysplasien durchgeführt werden. Pat. m. leichter Herzsuffizienz sind genau zu überwachen. B. d. Entwickl. v. neuen od. sich verschlechternden Symptomen od. d. Herzsuffizienz ist d. Behänd. abzubrechen. **Vorsicht** b. geplanten Operationen od. zahnärztlichen Behänd. **Schwangerschaft und Stillzeit:** REMICADE® darf nicht in d. Schwangersch. u. Stillz. angew. werden. Eine adäqu. Methode zur Empfängnisverhütung ist während d. Behänd. u. über 6 Mon. nach d. letzten Infusion durchzuführen. **Mind. 6 Mon. nach d. letzten Infusion** dürfen Frauen nicht stillen. **Besondere Patientengruppen:** Außer b. Morb. Crohn wird REMICADE® nicht zur Anw. b. Kdr. <18 Jahren empfohlen aufgrund v. unzureichenden Daten zur Sicherheit u. Wirksamkeit. **Spez. Unters. m. REMICADE® b. älteren Pat. od. b. Pat. m. Leber- od. Nierenkrk. sind nicht durchgeführt worden. Nebenwirkungen:** **Häufig:** Virusinfekt. (z. B. Influenza, Herpes), Serumkrankheit-ähnliche Reakt., Kopfschmerzen, Schwindel/Benommenheit, Erötten, Infekt. d. unteren Respirationstrakts (z.B. Bronchitis, Pneumonie), Infekt. d. oberen Respirationstrakts, Sinusitis, Dyspnoe, Abdominalschmerzen, Diarrhoe, Übelkeit, Dyspepsie, erhöhte Transaminasen, Ürtikaria, Hautausschlag, Pruritus, Hyperhidrose, Hauttrockenheit, infusionsbedingte Reakt., thorakale Schmerzen, Ermüdung, Fieber. **Gelegentlich:** Sepsis, Tuberkulose, Abszess, bakterielle Infektion, Pilzinfektion, Cellulitis, Candidose, Neutropenie, Leukopenie, Thrombozytopenie, Anämie, Lymphopenie, Lymphadenopathie, Lymphozytose, anaphylaktische Reakt., Lupus-ähnliches Syndrom, allergische Reakt. d. Respirationstrakts, Depression, Anämie, Agitation, Verwirrtheit, Schlaflosigkeit, Somnolenz, Nervosität, Apathie, demyelinisierende Erkrankung (MS-artige Erkrankungen) d. ZNS, Endophthalmitis, Keratitis, Konjunktivitis, periorbitales Ödem, Hordeolum, Verschlimmerung einer Herzsuffizienz, Arrhythmie, Synkope, Bradykardie, Zyanose, Herzklappen, Hypotonie, periphere Ischämie, Hypertonie, Thrombophlebitis, Hämatom, Ekchymose, Petechien, Gefäßspasmus, Hitzeevulsionen, Lungenödem, Bronchospasmus, Pleuritis, Epistaxis, Divertikulitis, gastroösophagealer Reflux, Obstipation, Cheilitis, Cholezystitis, Leberfunktionsstörung, Blasenbildung, Furunkulose, Mykosen d. Haut/Onychomykose, Ekzem, Seborrhoe, Rosacea, Hautpapillome, Hyperkeratose, Alopezie, Pigmentanomalie, Arthralgie, Myalgie, Rückenschmerzen, Pyelonephritis, Harnwegsinfektion, Vaginitis, verzög. Wundheilung, Reakt. a. d. Injektionsstelle, Frösteln, Ödem, Schmerzen, Nachweis v. Auto-AK, Störungen d. Komplementsystems. **Selten:** Meningitis, Tachykardie, Kreislaufversagen, Pleuraerguss, arwandperforation, gaströintest. Hämorrhagie, Darmstenose, Hepatitis, granulomatöse Läsion. **Unbekannt:** Opportunist. Infektionen (wie Infekt. mit atypischen Mykobakterien), Pneumocystose, Histoplasma, Coccidioidomykose, Kryptokokkose, Aspergilllose u. Listeriose), Reaktivierung einer Hepatitis B, Salmonellose, hepatosplenale T-Zell-Lymphome (bei adolesz. Pat. u. jungen Erw. mit M. Crohn), Lymphome (einschl. Non-Hodgkin- u. Hodgkin-Lymphome), Agranulozytose, thrombot.-thrombozytop. Purpura, Panzytopenie, hämolytische Anämie, idiopath. thrombozytop. Purpura, anaphyl. Schock, Serumkrankheit, Vaskulitis, periph. demyelinisierende Erkr. (z.B. Guillain-Barré Syndrom, chron. zentral. demyelinisierende Polyneuropathie u. multifok. motorische Neuropathie), demyelinisierende Erkr. d. ZNS (z.B. Optikusneuritis), Myelitis transversa, Krampfanfälle, Neuropathien, Hypästhesie, Parästhesie, Herzsuffizienz, Perikarderguss, interstitielle Lungenerkrankung (einschl. schnell fortschr. Erkr., Lungenfibrose u. Pneumonitis), Pankreatitis, Leberversagen, Autoimmunhepatitis, Leberschmerzen, Ikterus, toxisch epidermale Nekrolyse, Stevens-Johnson-Syndrom, Psoriasis (einschl. d. Neuaufretens u. pustul. Formen (primär palmar/plantar)), Erythema multiforme. **NW** können bis zu sechs Monate nach d. letzten Infusion auftreten. Weitere Symptome für **NW** können sein: Anschwellen d. Füße u. Knöchel, Probleme b. Wasserlassen, Sehen v. Doppelbildern, Schwächegefühl in Armen od. Beinen. Folgende **NW** traten häufiger bei pädiatr. Pat. mit Morb. Crohn in d. REACH-Studie auf als bei erw. M.-Crohn-Pat.: Anämie, Blut im Stuhl, Leukopenie, Hautrötung, Virusinfekt., Neuropenie, Knochenfrakturen, bakt. Infekt., allerg. Reakt. im Bereich d. Atemwege, Infektionen. Post-marketing-Meld. über schwerw. **NW** bei pud. Pat. u. M. Maglignome, einschl. d. hepato脾. T-Zell-Lymphoms, vorübergehende Anorm. d. Leberenzyme, Lupus-ähnliche Syndr. u. pos. Autoantikörper. **Verschreibungspflichtig. Weitere Angaben zur sicheren Anwendung des Arzneimittels siehe Fachinformation. Stand der Information: Juni 2008.** Pharmazeutischer Unternehmer: Centocor B.V., Einsteinweg 101, 2333 CB Leiden, Niederlande. Repräsentant d. Pharmazeutischen Unternehmers in Deutschland: Essex Pharma GmbH, Thomas-Dehler-Straße 27, 81737 München.

Kurzübersicht wissenschaftliches Programm

Mittwoch, 30. September 2009

10:15 – 18:00	Postgraduiertenkurs der DGVS: Krank durch Therapie: Therapieassoziierte Erkrankungen am Gastro- intestinaltrakt // Präkanzerosen: Diagnostische Vielfalt - praktische Realität // Unklare Läsionen im Pankreas..... 31
10:30 – 18:00	Postgraduiertenkurs der DGAV: Management postoperativer Komplikationen..... 35
14:00 – 18:00	Nachwuchsförderung in der Gastroenterologie - Weichenstellung in der Ausbildung 30
14:30 – 18:00	Intensivkurs Proktologie..... 38
	CAMIC: Laparoskopischer Nahtkurs – Teil I 38
	Proktoskopiekurs I 39
Ab 18:15	Get Together 39

Kurzübersicht wissenschaftliches Programm

Donnerstag, 1. Oktober 2009

07:30 – 08:15	Sitzungen der Arbeitsgemeinschaften der DGVS.....	40
08:30 – 10:00	Multimodale Therapie von Lebermetastasen beim kolorektalen Karzinom	40
	Akute Pankreatitis.....	40
	Funktionelle Magendarmkrankungen: "Targets" in der Therapie (DGVS, AG Neurogastroenterologie)	42
	Ultraschall (DGVS, AG Sonographie)	43
	Gastroenterologische Intensivmedizin (DGVS, AG Intensivmedizin).....	43
	Zoeliakie (DGVS, GPGE).....	44
	Freie Vorträge DGVS	44
	CA-LGP: Zystische Pankreastumoren	46
	CAOP: NOTES, Single Port Access: Welche Voraussetzungen sind nötig?	46
	CAMIC: Freie Vorträge.....	47
	CACP: Slow transit constipation	47
	Sedierung: Update Leitlinie 2009 - wohin führt der Weg?.....	48
	Frühkarzinome und Barrett.....	48
08:30 – 12:00	CAMIC: Laparoskopischer Nahtkurs – Teil II.....	50

Kurzübersicht wissenschaftliches Programm

Donnerstag, 1. Oktober 2009

08:30 – 12:00	Proktoskopiekurs II.....	50
09:00 – 16:30	Laparoskopischer Trainingskurs.....	50
10:15 – 11:45	Eröffnungssitzung DGVS.....	51
12:00 – 12:45	Mitgliederversammlung DGVS.....	51
10:30 – 12:00	Wie begeistern wir Studenten für den chirurgischen Beruf? (DGAV, BDC)	52
	CA-OGI: Ösophagus-, Cardia- und Magenkarzinom: Welches Resektionsausmaß ist evidenzbasiert?.....	52
	CAMIC: Schnittstelle MIC - NOS - NOTES	54
	CAO-V: Aktuelle Therapiestrategien beim Rektumkarzinom	55
	CA-LGP: Technik und Ergebnisse der biliodigestiven Anastomosen (Videopräsentationen).....	55
	CAO-V: Freie Vorträge.....	56
	CAT: Freie Vorträge.....	56
12:15 – 12:45	Mitgliederversammlungen CACP, CAMIC, CAADIP, CA-OGI	56
12:45 – 13:30	Posterbegehung.....	56
15:00 – 16:30	Science Track: <i>Helicobacter pylori</i>	25
	Eröffnungssitzung DGAV	57

Kurzübersicht wissenschaftliches Programm

Donnerstag, 1. Oktober 2009

15:00 – 16:30	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen: Grundlagen und translationale Aspekte (DGVS, AG DACED).....	58
	Ernährung (DGVS, AG Ernährung, GPGE, DGEM)	58
	NASH	59
	Karzinome des Gallenwegssystems (DGVS, AGIO)	60
	Peritonealkarzinose (DGVS, AGIO)	60
	Eosinophile Gastroenteritis (DGVS, DGP)	61
	Freie Vorträge DGVS	61
	Interventionelle Endoskopie - Wege zur minimal invasiven Chirurgie	62
	Zystische Pankreastumoren: Von der Diagnostik zur therapeutischen Konsequenz	62
	BVGD Forum 1: Funktionelle Magendarmerkrankungen - defizitärer Kenntnisstand bei Versorgungserbringern ...	63
17:00 – 18:15	Science Track: Apoptose: Leben und Sterben im Gastrointestinaltrakt.....	26
	Gastroösophageale Refluxkrankheit	63
	Ernährung beim operierten Patienten (DGVS, DGEM).....	64
	Viszeralmedizin: Wer sind die geeigneten Partner in der Zukunft?	64

Donnerstag, 1. Oktober 2009

17:00 – 18:15	Immunsuppressiva bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (DGVS, AG DACED).....	65
	Lebertransplantation (DGVS, AG Lebertransplantation)	65
	Kliniker und Pathologe im Dialog: Chronisch sklerosierende Gallenwegserkrankungen (DGVS, DGP)	66
	Eosinophile Ösophagitis (DGVS, GPGE).....	66
	Zottenatrophie ohne Zöliakie (DGVS, GPGE, DGP)	67
	NOTES - fortlaufender Bericht über das DGAV Register.....	67
	CAEK: Freie Vorträge.....	68
	CAADIP: Freie Vorträge.....	68
	NOTES: Realität - aktueller Stand - Zukunft für eine spezialisierte Endoskopie	68
	Management von kolorektalen Polypen.....	69
	Therapiemöglichkeiten des inoperablen Pankreaskarzinoms	69

Kurzübersicht wissenschaftliches Programm

Freitag, 2. Oktober 2009

08:00 – 09:30	Science Track: Zelltherapie.....	27	
	Divertikelkrankheit	70	
	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen - interdisziplinär	70	
	Stellenwert der Chirurgie im therapeutischen Konzept	71	
	Kontroversen in der Therapie des Barrett-Ösophagus	72	
	Infektiologie (DGVS, AG Infektiologie).....	72	
	Prädiktive Pathologie: Molekulare Marker beim Kolonkarzinom (DGVS, DGP)	73	
	Varizenblutung und hepatorenales Syndrom (DGVS, AG Komplikationen der Leberzirrhose)	73	
	Freie Vorträge DGVS	74	
	CAADIP: Adipositas-Therapie des metabolischen Syndroms	74	
	CACP: Sinus pilonidalis.....	75	
	CALGP: Freie Vorträge.....	75	
	Kolon und Dünndarm	75	
	Endoskopischer Ultraschall: Standards und Innovationen	76	
	09:00 – 16:30	Laparoskopischer Trainingskurs.....	77
	10:00 – 11:30	Science Track: Wissenschaftliche Publikationen	27

Kurzübersicht wissenschaftliches Programm

Freitag, 2. Oktober 2009

10:00 – 11:30	Notwendige präoperative Diagnostik bei gastrointestinalen Tumoren.....	77
	Hepatozelluläres Karzinom	77
	Gastrointestinaler Stromatumor	78
	Kolorektales Karzinom (DGVS, AGIO)	79
	Der gastroenterologische Patient im Alter (DGVS, AG Geriatrische Gastroenterologie, AG Gastroenterologische Palliativmedizin).....	79
	Neuroendokrine Tumoren	80
	CAMIC: MIC - spezielle Techniken	80
	CAES: Perioperative Endoskopie - wo liegen die Schwierigkeiten?.....	81
	CAT: Problematik viszeralchirurgischer Eingriffe beim transplantierten Patienten	82
	CA-OGI: Freie Vorträge.....	82
	Diagnostik und Therapie von Gallengangsstenosen.....	83
	Endoskopie bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen.....	83
10:00 – 11:00	BVGD-Forum 2: Qualitätsindikatoren medizinischer Versorgung zur Lenkung von Patientenströmen	84
11:00 – 11:30	Mitgliederversammlung BVGD	84
11:45 – 12:15	Ismar Boas Lecture	84
	Mitgliederversammlungen CAOP, CAT, CAO-V, CAES, CA-LGP.....	85

Kurzübersicht wissenschaftliches Programm

Freitag, 2. Oktober 2009

12:30 – 13:30	Posterbegehung.....	85
15:00 – 16:30	Science Track: Chancen der genetischen Diagnostik in der Gastroenterologie.....	28
	Proktologie - interdisziplinär.....	85
	Magenkarzinom.....	85
	Allgemeinchirurgie: Definition und Weiterbildungsinhalte.....	86
	CAEK: Neuroendokrine Tumoren.....	87
	CAO-V: Gallengangskarzinome.....	87
	CACP: Freie Vorträge.....	88
	Diagnostik funktioneller Magendarmkrankungen (DGVS, AG Neurogastroenterologie).....	88
	Leitlinien: Eine kritische Analyse.....	88
	Chronische Hepatitis C.....	89
	Pankreaskarzinom (DGVS, AGIO).....	90
	Immunmodulatoren in der CED-Therapie (DGVS, AG DACEED).....	90
	Folgen rheumatischer Erkrankungen am Gastrointestinaltrakt.....	91
	Symposium Stiftung Lebensblicke: Darmkrebsprävention im Verfahrenvergleich der Screeningkoloskopie mit immunologischen und chemischen Stuhltests.....	92

Freitag, 2. Oktober 2009

15:00 – 16:30	Endoskopie unter Notfallbedingungen	93
17:00 – 18:00	Science Track: Onkologie: from bench to bedside.....	28
	Intrahepatische Cholestase	93
	Mesenteriale Durchblutungsstörungen.....	94
	Komplikationen der Antirefluxchirurgie.....	94
	Extraintestinale Manifestation der Refluxkrankheit: Fakten und Fiktion.....	95
	Prämaligne und maligne Erkrankungen des Anus und Analkanals (DGVS, Kommission Proktologie)	95
	Funktionelle Magendarmerkrankungen: Eingebildete oder erklärbare Krankheiten? (DGVS, AG Neurogastroenterologie)	96
	Hepatitis B / Autoimmunhepatitis.....	96
	Freie Vorträge DGVS	97
	CAMIC: Wurde die Cholecystektomie neu erfunden?.....	97
	CAO-V: Ductales Pankreaskarzinom	97
	CAES: Freie Vorträge.....	98
	Endoskopischer Ultraschall und seine Bedeutung in der gastroenterologischen Diagnostik	98
	BVGD-Forum 3: Darmkrebsscreening versus Schnittbildgebende Verfahren.....	98

Samstag, 3. Oktober 2009

09:00 – 12:30	Viszeralmedizin kompakt für den Allgemeinmediziner: Vom Symptom zur Diagnose / Vom Befund zur Diagnose 99
09:00 – 10:30	Neue Leitlinien 100
	Update Gastroenterologie 2009 100
	How I do it? Videopräsentationen (Chirurgie)..... 101
	Videos anhand konkreter Fragestellungen (Endoskopische Verfahren) 101
11:00 – 12:30	Gelebte viszeralmedizinische Kooperation 102
12:30 – 13:00	Verabschiedung, Posterpreisverleihung, Einladung Stuttgart 2010..... 102

PARIET®: Ganz vorne in der Refluxtherapie

- Schnelle Säureblockade¹
- Geringes Interaktionspotential^{2,3}
- Zuverlässige Wirksamkeit⁴



PARIET® - DER KLEINE POWER-PPI

Pariet®
10/20 mg Rabeprazol

Pariet®/Pariet®Sieben 10 mg/20mg, magensaftresist. Tbl. **Wirkstoff:** 1 Tbl. -10mg (-20mg) enth. -10mg (-20mg) Rabeprazol-Na. **Hilfsst.:** Mannitol (Ph. Eur.), schweres Magnesiumoxid, Hypromellose (5,0-16,0% Hydroxypropoxy-Gruppen), Hypromellose, Magnesiumstearat, Ethylcellulose, schweres Magnesiumoxid, Hypromellosephthalat, Glycerol(mono/di)acetatmonoalkanoat(Cx-Cy), Talkum, Titandioxid, -10mg Tbl.: Eisen(III)-oxid, -20mg Tbl.: Eisen(III)hydroxid-oxid x H₂O, Carnaubawachs, Drucktinte. (Protonenpumpenhemmer) **Anw.:** akut. Ulc. duodeni, akut. benign. Ulc. ventriculi, symptom. eros. o. ulz. Refluxösophagitis, Langzeitther. d. Refluxösophagitis. In Komb. m. geeignet. Antibiotika z. Erad. v. H.pylori b. pept. Ulc., Zollinger-Ellison-Syndr., -10mg Tbl. bei sympt. gastroösophag. Refluxkrankheit, ab Beschw.-frei. Einnahme (tgl. 10mg) nach Bedarf mögl. **Gegenanz.:** Überempfindlichk. geg. Rabeprazol-Na, Hilfsst., Schwangersch., Stillzeit, Kinder. **Nebenw.:** häufig: Infekte, Schlaflosigk., Kopfschm., Schwindel, Husten, Pharyngitis, Rhinitis, Diarrhoe, Erbrechen, Übelk., abdominale Schmerzen, Obstipation, Flatulenz, unspezif. Schmerzen/Rückenschm., Asthenie, Influenza-ähnl. Sympt./gelegentl.: Nervosität, Somnolenz, Bronchitis, Sinusitis, Dyspepsie, Mundtrockenheit, Aufstoßen, Hautausschl., Erythem, Myalgie, Wadenkrämpfe, Arthralgie, Harnwegsinf., Brustschm., Schüttelfrost, Pyrexie, Leberwerterhöh./selten: Neutropenie, Leukopenie, Thrombozytopenie, Leukozytose, Hypersensitivität, Anorexie, Depress., Sehstör., Gastritis, Stomatitis, Geschmacksstör., Hepatitis, Gelbsucht, b. zugrunde liegender Leberzirrhose hepat. Enzephalopathie, Pruritus, Schwitzen, Hautbläschen, interstit. Nephritis, Gewichtszun./sehr selten: Erythema multiforme, TEN, SJS/Einzelfälle: Hyponatr., Verwirrth., Gynäkomastie, periphere Ödeme. **Wechselw.:** Ketoconazol, Itraconazol, Atazanavir. **Hinw.:** Bei schwerer Leberfunktionsstör. Aufmerksamk. b. Behandlungsbeginn. Vor Therapie Ausschluss einer malign. Erkrankung v. Magen od. Ösophagus. Kreuzallergie zu and. PPI. Verschreibungspfl. **Stand:** Febr. 2009. Eisai GmbH, 60528 Frankfurt, kontakt@eisai.net



1 Pantoflickova D et al.: Aliment Pharmacol Ther (2003); 17: 1507-1514
2 Shi S., Klotz U.: Eur J Clin Pharmacol (2008); 64 (10): 935-951

3 Palotta S. et al.: Expert Rev Gastroenterol Hepatol (2008); 2 (4): 509-522
4 Caos A. et al.: Aliment Pharmacol Ther (2005); 22: 193-202

Science Track: Der Wissenschaftspfad im Programm

Der Science Track – erstmals in dieser Form vorgesehen – ist eine Abfolge von Forschungsforen, die sich als roter Faden durch die 64. Jahrestagung der DGVS ziehen. Die Sitzungen des Science Track setzen sich mit den verschiedenen Aspekten der Grundlagenforschung auseinander, widmen sich aber auch allgemeinen Fragen der wissenschaftlichen Forschung, z.B. dem Publikationswesen.

Dem - künftigen - Nachwuchswissenschaftler soll ebenso wie dem grundlagenwissenschaftlich interessierten Arzt ein Überblick über das breite Spektrum der wissenschaftlichen Forschung in der Gastroenterologie gegeben werden. Das Programm bindet eine Vielzahl von externen Referenten ein und bietet Einblicke auf höchstem Niveau.

Donnerstag, 01. Oktober 2009

15:00 – 16:30

Helicobacter pylori

Vorsitz: P. Malfertheiner *Magdeburg*
S. Miehlke *Dresden*

State of the Art: Wie macht Helicobacter krank -
das pathophysiologische Konzept

T. F. Meyer *Berlin*

Interaktion Helicobacter *pylori* und ulzerogene
Pharmaka

M. Venerito *Magdeburg*

Fortschritte in der Entwicklung einer Impfung

P. Malfertheiner *Magdeburg*

Magenkarzinom: Eine Stammzellerkrankung?

M. Ebert *München*

Antibiotikaresistenz

M. Kist *Freiburg*

Donnerstag, 01. Oktober 2009

17:00 – 18:15

Apoptose: Leben und Sterben im Gastrointestinaltrakt

Vorsitz: M. Müller-Schilling *Heidelberg*
A. Stallmach *Jena*

Signalwege der mukosalen Apoptose

M. F. Neurath *Mainz*

Regulation von Apoptose und Zellzyklus bei
chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

A. Sturm *Berlin*

Regulation von Apoptose und Zellzyklus
bei Lebererkrankungen

R. Reinehr *Düsseldorf*

Apoptoseinduktion durch TNF α Inhibition und ihre
klinische Bedeutung

T. Kucharzik *Lüneburg*

Freitag, 02. Oktober 2009

08:00 – 09:30

Zelltherapie

Vorsitz: M. Dollinger *Halle*
M. P. Manns *Hannover*

Potential der Stammzelltherapie in der
Gastroenterologie

M. Müller-Schilling *Heidelberg*

Reprogrammierung

A. Leutz *Berlin*

Leberzelltransplantation

M. Ott *Hannover*

Inselzelltransplantation

J. Seißler *München*

10:00 – 11:30

Wissenschaftliche Publikationen

Vorsitz: M. M. Lerch *Greifswald*
S. Zeuzem *Frankfurt*

Möglichkeiten des Internets für wissenschaftliche
Publikationen

U. Herb *Saarbrücken*

Pro Publikation in etablierten (Print-) Zeitschriften

G. Adler *Ulm*

Pro Publikation in open-access-Journals

E. F. Stange *Stuttgart*

Gibt es eine Präferenz der Wissenschafts-
organisationen?

J. Fournier *Bonn*

Qualitätskriterien wissenschaftlichen Publizierens:
Masse statt Klasse?

H. E. Blum *Freiburg*

Freitag, 02. Oktober 2009

15:00 – 16:30

Chancen der genetischen Diagnostik in der Gastroenterologie

Vorsitz: D. Häussinger *Düsseldorf*
J. M. Löhr *Stockholm, Schweden*

Genetischer Grundkurs für Klinik und Praxis
C. Bergmann *Aachen*

Micro-RNA
F. von Weizsäcker *Berlin*

Genetische Diagnostik bei Lebererkrankungen:
Risikostratifizierung
F. Lammert *Homburg*

Die genetische Basis entzündlicher
Pankreaserkrankungen
J. Mayerle *Greifswald*

Consumer Genomics: Risiken und Chancen
A. Sauter *Berlin*

17:00 – 18:00

Onkologie: from bench to bedside

Vorsitz: R. M. Schmid *München*
M. Zeitz *Berlin*

Entzündungsassoziierte Karzinogenese
F. R. Greten *München*

Tumorstammzellkonzept
A. Jung *München*

Mechanismen der Angiogenese
T. Gress *Marburg*

Drug Design
N. P. Malek *Hannover*

Auch als N3



Pentasa® Xtend 2 g

Ab sofort geht die Remission in die Verlängerung.



Höchste orale Mesalazin-Einmaldosierung.
Sehr hohe Compliance und Patientenakzeptanz.

1. Dignass A et al., Gut 2007; 56 (Suppl III) A46

Pentasa® Xtend 2 g Retardgranulat

Wirkstoff: Mesalazin. **Zusammensetzung:** 1 Sachet enthält 2 g Mesalazin. Sonstige Bestandteile: Ethylcellulose, Mikrokristalline Cellulose. **Anwendungsgebiet:** Leichte bis mittelschwere Colitis ulcerosa. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Mesalazin, andere Bestandteile des Präparates oder Salicylate. Schwere Leber- und/oder Nierenfunktionsstörungen. Kinder unter 12 Jahren. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich können Überempfindlichkeitsreaktionen und Arzneimittelruher auftreten. Weitere Nebenwirkungen: Häufig: Kopfschmerzen, Diarrhoe, Abdominalschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Ausschlag inkl. Urtikaria, Exanthem; Selten: Myokarditis, Perikarditis,

Pankreatitis, erhöhte Amylasewerte; Sehr selten: Eosinophilie, Anämie, aplastische Anämie, Leukopenie (inkl. Granulozytopenie), Thrombozytopenie, Agranulozytose, Panzytopenie, periphere Neuropathie, benigne intrakranielle Hypertonie bei Heranwachsenden, allergische Lungenreaktionen (inkl. Pneumonitis), Hepatitis, erhöhte Leberenzymwerte, reversible Alopezie, Quincke-Ödem, Myalgie, Arthralgie, Einzelfälle Lupus erythematodes-ähnlicher Reaktionen, abnorme Nierenfunktion (inkl. interstitielle Nephritis, nephrotisches Syndrom), Verfärbung des Urins. **Verschreibungspflichtig.** Stand: Oktober 2007. FERRING Arzneimittel GmbH, Fabrikstraße 7, 24103 Kiel, Tel.: 0431 5852-0, Fax: 0431 5852-74, e-mail: info-service@ferring.de

FERRING Arzneimittel GmbH | Fabrikstraße 7 | 24103 Kiel | Tel.: 0431 5852-0 | Fax: 0431 5852-74

	Pentasa® Mesalazin 5-ASA
DAS MEHRWERT-MESALAZIN	
<ul style="list-style-type: none">● WIRKSAMKEIT● COMPLIANCE● KOMFORT● UNTERSTÜTZUNG● ERFAHRUNG	
www.ferring.de	

Mittwoch, 30. September 2009

14:00 – 18:00

Nachwuchsförderung in der Gastroenterologie - Weichenstellung in der Ausbildung

Organisation: Priv.-Doz. Dr. Britta Siegmund
Prof. Dr. Martin Zeitz
Charité – Universitätsmedizin Berlin

14:00 – 16:00

Workshops

Workshop 1:
Modellstudiengänge in der Humanmedizin

Themen:

wissenschafts- und/oder praxisorientiertes Studium,
Bachelor-/Master-Studiengänge

Workshop 2:
Strukturierte Promotionsprogramme
in der Humanmedizin

Themen:

MD/PhD-Programme, Graduiertenschulen,
geförderte Graduiertenkollegs

Workshop 3:
Förderprogramme für den „jüngsten“
wissenschaftlichen Nachwuchs

Themen:

Forschungsstipendien, Austauschprogramme,
Promotionsstipendien u.a.;
Förderung von Betreuerinnen und Betreuern

16:00 – 16:30

Kaffeepause und Posterpräsentationen

16:30 – 18:00

Podiumsdiskussion: Perspektiven nach dem Medizinstudium

Podium:

Vertreter aus der Hochschulmedizin, der Wirtschaft, außeruni-
versitären Wissenschaftsorganisationen, privaten Klinikunter-
nehmen, aus der Niederlassung und aus der Studentenschaft

**Im Rahmen des Nachwuchsnachmittags sind Posterpräsentationen von Modell-
studiengängen und Promotionsprogrammen an deutschen Medizinischen Fakultäten
und Graduiertenkollegs in der Gastroenterologie vorgesehen.**

Mittwoch, 30. September 2009

10:15 – 18:00

Gastroenterologie

**Postgraduiertenkurs der DGVS:
Krank durch Therapie: Therapieassoziierte
Erkrankungen am Gastrointestinaltrakt //
Präkanzerosen: Diagnostische Vielfalt - praktische
Realität // Unklare Läsionen im Pankreas**

**Krank durch Therapie: Therapieassoziierte
Erkrankungen am Gastrointestinaltrakt I**

Vorsitz: U. R. Fölsch *Heikendorf*
J. C. Hoffmann *Ludwigshafen*

Häufigkeit von Medikamenten-Nebenwirkungen
am Gastrointestinaltrakt

P. Thürmann *Wuppertal*

Diskussion / Fragen

Risiken der Kombinationstherapie mit
Antikoagulantien

M. Gross *München*

Diskussion / Fragen

Chemotherapie-induzierte Erkrankungen am
Gastrointestinaltrakt

M. H. Holtmann *Datteln*

Bestrahlungsfolgen am Gastrointestinaltrakt

R. Krempien *Berlin*

Diskussion / Fragen

Pause

NEU

Das erste darmselektive Antibiotikum.

Wirkt nur dort, wo es gebraucht wird.
Im Darm.^{1,2}

Xifaxan® mit Radar-Effekt.

Auszeichnung für XIFAXAN®
H.-G. Creutzfeldt
Innovationspreis 2009
für ein innovatives Praxismedikament*

* Pressemitteilung März 2009 - H.-G. Creutzfeldt Institut, Kiel

Referenzen: 1 Jang ZD et al. Antimicrob Agents Chemother 2000; 44 (8): 2205–2206.
2 Descombe JJ et al. Int J Clin Pharmacol Res 1994; 14 (2): 51–56.
Xifaxan®, 200 mg Filmtabletten

Zusammensetzung: Rifaximin 200 mg. Sonstige Bestandteile: Poly(O-carboxymethyl)stärke, Natriumsalz, Glyceroldistearat (Ph. Eur.), Hochdisperses Siliciumdioxid, Talkum, Mikrokristalline Cellulose, Hypermellose, Titandioxid, Natriumeditat (Ph. Eur.), Propylenglycol, Eisen(III)-oxid. **Anwendungsgebiete:** Behandlung der durch nicht-invasive enteropathogene Bakterien verursachten Reisediarrhö bei Erwachsenen. Es sind die offiziellen Richtlinien zur sachgerechten Anwendung von Antinfektiva zu beachten. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, gegen andere Rifamycin-Derivate oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Die am häufigsten beobachteten Nebenwirkungen in klinischen Studien waren gastrointestinale Symptome, Müdigkeit und Fieber, die alle auch auf die zugrunde liegende Krankheit zurückgeführt werden können. Gastrointestinale Symptome wurden in klinischen Studien unter Behandlung mit Xifaxan® mit derselben Häufigkeit festgestellt wie bei Patienten, die mit Placebo behandelt wurden. Alle anderen Nebenwirkungen traten gelegentlich auf. Infektionen und parasitäre Erkrankungen: Gelegentlich: Herpes simplex, Nasopharyngitis, Pharyngitis, Infektionen der oberen Atemwege, Erkrankungen des Blutes und des Lymphsystems: Gelegentlich: Lymphozytose, Monozytose, Neutropenie, Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen: Gelegentlich: Anorexie, Dehydratation. Psychiatrische Erkrankungen: Gelegentlich: Abnormale Träume, depressive Verstimmung, Schlaflosigkeit, Nervosität. Erkrankungen des Nervensystems: Häufig: Benommenheit, Kopfschmerz. Gelegentlich: Ageusie, Hypästhesie, Migräne, Sinusitis-Kopfschmerz, Somnolenz. Augenerkrankungen: Gelegentlich: Diplopie. Erkrankungen des Ohrs und des Labyrinths: Gelegentlich: Ohrenscherzen, Schwindel. Gefäßerkrankungen: Gelegentlich: Hitzevallungen. Erkrankungen der Atemwege, des Brusttraums und Mediastinums: Gelegentlich: Husten, trockene Kehle, Dyspnoe, verstopfte Nase, Rachen-/Kehlkopfschmerzen, Rhinorrhö. Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts: Sehr häufig: Blähungen. Häufig: Abdominelles Spannungsgefühl, Bauchschmerzen, Verstopfung, Stuhldrang, Übelkeit, Tenesmus ani, Erbrechen. Gelegentlich: Oberbauchschmerzen, Diarrhö, Dyspepsie, Störungen der gastrointestinalen Motilität, trockene Lippen, Hämatochezie, schleimiger Stuhl. Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes: Gelegentlich: Ausschlag, kalter Schweiß, fleckiger Hautausschlag, Hyperhidrose. Skelettmuskulatur, Bindegewebs- und Knochenkrankungen: Gelegentlich: Rückenschmerzen, Muskelkrämpfe, Muskelschwäche, Myalgie, Nackenschmerzen. Erkrankungen der Nieren und Harnwege: Gelegentlich: Glykosurie, Pollakisurie, Polyurie, Proteinurie. Erkrankungen der Geschlechtsorgane und der Brustdrüse: Gelegentlich: Polymenorrhö. Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort: Häufig: Erschöpfung, Pyrexie. Gelegentlich: Asthenie, Beschwerden im Brustraum, Schmerzen im Brustraum, Schmerzen im Brustraum, Missempfindungen, grippeähnliche Erkrankungen, Schmerzen, Frösten. Verletzung, Vergiftung: Gelegentlich: Sonnenbrand. Untersuchungen: Gelegentlich: Erhöhter Blutdruck, erhöhte Aspartat-Aminotransferase-Werte, Blut im Urin. **Handelsform:** PVC-Al-Blisterverpackung mit 12 Filmtabletten. Verschreibungspflichtig. Stand: 08/2008. Norgine GmbH, Postfach 1840, 35007 Marburg, Telefon: +496421/9852-0, Fax: +496421/9852-30, Internet: www.norgine.de, E-Mail: info@norgine.de



Darmselektive Wirkung
Xifaxan®
Rifaximin
Niedrigste Resorption

Mittwoch, 30. September 2009

Krank durch Therapie: Therapieassoziierte Erkrankungen am Gastrointestinaltrakt II

Vorsitz: R. Porschen *Bremen*
W. Stremmel *Heidelberg*

Erkrankungen am Gastrointestinaltrakt durch Immunsuppressiva

E. F. Stange *Stuttgart*

Diskussion / Fragen

Lebertoxizität

G. Gerken *Essen*

Diskussion / Fragen

Nebenwirkungen am Gastrointestinaltrakt durch Medikamenten-Interaktionen: Vermeidungsstrategien

D. Grandt *Saarbrücken*

Diskussion / Fragen

Pause

Präkanzerosen: Diagnostische Vielfalt - praktische Realität

Vorsitz: C. Ell *Wiesbaden*
R. Kießlich *Mainz*

Barrett-Diagnostik: Methodenspektrum

J. Bergman *Amsterdam, Niederlande*

Wie sieht Barrett-Diagnostik in der Praxis aus?

K. Jessen *Kiel*

Mittwoch, 30. September 2009

Diskussion / Fragen

Endozytologie und Endomikroskopie

M. F. Neurath *Mainz*

Häufig gemacht, aber: Gibt es wirklich einen Stellenwert für die Ösophagus-Kapselendoskopie?

M. Keuchel *Hamburg*

Diskussion und Konzept für den Alltag (Vorsitzende)

Pause

**Läsionen unklarer Dignität im Pankreas:
Sinnvolle Diagnostik**

Vorsitz: T. Rösch *Hamburg*

H. Seifert *Oldenburg*

Pankreasraumforderungen:
Elastographie, Kontrastmittelsonographie und
endoskopischer Ultraschall

S. Hollerbach *Celle*

Pankreasraumforderungen: MRCP, MRT, CT

D. Hartmann *Ludwigshafen*

Pankreasraumforderungen:
Operation zur Diagnostik

H. Zirngibl *Wuppertal*

Pankreasraumforderungen:
Punktion unklarer Läsionen

A. Fritscher-Ravens *London, Großbritannien*

Diskussion und Konzept für den Alltag (Vorsitzende)

Mittwoch, 30. September 2009

10:30 – 18:00

Chirurgie

Postgraduiertenkurs der DGAV: Management postoperativer Komplikationen

Oberer Gastrointestinaltrakt

Vorsitz: A. H. Hölscher *Köln*
J. R. Izbicki *Hamburg*

Postoperative Komplikationen beim komplizierten
gastroduodenalen Ulcus:
Was hat sich in den letzten Jahren geändert?

W. T. Knoefel *Düsseldorf*

Nahtinsuffizienz nach Ösophagus- und
Magenresektion/Gastrektomie:
Interventionelle Therapie oder Re-Operation?

J. Jähne *Hannover*

Störungen an den Rekonstruktionsorganen und
notwendige Re-Interventionen

S. P. Mönig *Köln*

Diskussion

Pause

Leber, Gallengänge, Pankreas

Vorsitz: P. Neuhaus *Berlin*
K. J. Oldhafer *Celle*

Komplikationen nach Leberresektion:
Wann konservativ, wann operativ behandeln?

W. O. Bechstein *Frankfurt*

Verletzungen und Stenosen der extrahepatischen
Gallengänge: Welche Rationale für welches
Verfahren?

J. Klempnauer *Hannover*

Nahtinsuffizienzen an den Gallengängen und am
Pankreas: Was soll man wann tun?

H. Friess *München*

Diskussion

Pause

Mittwoch, 30. September 2009

Unterer Gastrointestinaltrakt

Vorsitz: H. J. Buhr *Berlin*
H. R. Raab *Oldenburg*

Postoperative Komplikationen nach Eingriffen bei
chronisch entzündlichen Darmerkrankungen:
Gibt es neue Aspekte?

S. Post *Mannheim*

Nahtinsuffizienz nach Eingriffen am Kolon und
Rektum: Algorithmus der therapeutischen
Konsequenzen

W. Hohenberger *Erlangen*

Komplikationen nach Analfisteloperationen:
Ein Desaster?

M. Sailer *Hamburg*

Diskussion

Sepsis

Vorsitz: C. D. Heidecke *Greifswald*
J. C. Kalff *Bonn*

Therapie der Sepsis:
Aus Sicht des Intensivmediziners

T. Standl *Solingen*

Therapie der Sepsis: Aus Sicht des Chirurgen

F. Köckerling *Berlin*

Relaparotomie on demand versus Etappenlavage:
Was ist evidenzbasiert?

W. Teichmann *Hamburg*

Baraclude®:

Stark gegen Resistenzen – Jahr für Jahr

bei Nukleos(t)idanaloga-naiven Patienten bis Jahr 5¹⁻³

Anwendung als First-Line-Therapie in den S3- und EASL-Leitlinien empfohlen^{6,7}

- Schnelle und anhaltende Suppression der Viruslast^{*,1,5}
- Hohe genetische Resistenzbarriere¹⁻⁴
- Viruslast unter der Nachweisgrenze^{**} (<300 Kopien/ml)^{*,1,5}
- Nachgewiesene Wirksamkeit in der Langzeittherapie^{*,1,5}
- Langfristige Verbesserung der Leberhistologie^{1,8}

* Daten für HBeAg-negative Patienten liegen für einen Behandlungszeitraum von bis zu 96 Wochen vor.

** Messung der HBV-DNA mit Roche COBAS AmpliCor® PCR-Assay (LLOQ=300 Kopien/ml).

Referenzen:

1. Baraclude® (Entecavir) Fachinformation, Februar 2009. 2. Colonna RJ, Rose R, Pokornowski K et al. Oral presentation at the EASL; 11–15 April 2007, Barcelona, Spain (J Hepatol. 2007; 46(Suppl. 1): S294, Abstract 781). 3. Tenney DJ, Pokornowski KA, Rose RE et al. Oral presentation at the APASL; 23–26 March 2008, Seoul, Korea (Hepatol Int. 2008; 2: A88–A89, Abstract PL02). 4. Locarnini S, Omata M. Liver International. 2006; 26: 11–22. 5. Han S et al. Poster presented at the AASLD 2008; San Francisco, 31.10.–4.11.08; Poster number 893. 6. Cornberg M et al. Z. Gastroenterol. 2007; 45: 1–50. 7. EASL Guidelines 2008. J. Hepatol.; 50 (2009): 227–242. 8. Liaw Y-F et al. Poster presented at the AASLD 2008; San Francisco, 31.10.–4.11.08; Poster number 894.

BARACLUDGE® 0,5 mg/1 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Entecavir. **Zusammensetzung:** 0,5 mg/1 mg Entecavir pro Tabl. Sonst. Bestandt.: Tablettkern: Crospovidon, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat, Mikrokristalline Cellulose, Povidon, Tablettüberzug: Titandioxid, Hypromellose, Macrogol 400; bei 0,5 mg Filmtabl.: Polysorbat 80 (E 433), bei 1 mg Filmtabl.: Eisen(III)-oxid. **BARACLUDGE® 0,05 mg/ml Lösung zum Einnehmen.** Wirkstoff: Entecavir. **Zusammensetzung:** pro 1 ml 0,05 mg Entecavir. Sonst. Bestandt.: Maltitol (E 965), Natriumcitrat, Citronensäure, Methyl-4-hydroxybenzoat (E 218), Propyl-4-hydroxybenzoat (E 216), Orangengeschmack (Acacia und natürl. Geschmacksstoffe), Natriumhydroxid, Salzsäure, Gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** Baraclude® ist ein antivirales Arzneimittel, das zur Behandlung der chronischen Hepatitis B-Virus-Infektion (HBV) bei Erwachsenen angewendet wird. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Patienten, die Baraclude® eingenommen haben, berichteten über folgende Nebenwirkungen: Sehr häufig (mind. 1 von 10 Pat.): Kopfschmerzen; Häufig (mind. 1 von 100 Pat.): Schwindel, Schläfrigkeit (Somnolenz), Erbrechen, Durchfall, Übelkeit und Verdauungsstörungen (Dyspepsie), Erschöpfung, Schlaflosigkeit. Nach Markteinführung traten zusätzliche Nebenwirkungen auf: Hautausschlag. **Weitere Hinweise:** siehe Fachinformation. **Verschreibungsstatus:** Verschreibungspflichtig. **Stand:** Februar 2009. **Pharmazeutischer Unternehmer:** BRISTOL-MYERS SQUIBB PHARMA EEIG, Uxbridge Business Park, Sanderson Road, Uxbridge UB8 1DH, Vereinigtes Königreich

© 2009 Bristol-Myers Squibb. Baraclude® ist eine eingetragene Marke des Unternehmens Bristol-Myers Squibb und seiner Tochtergesellschaften. Alle Rechte vorbehalten.



Bristol-Myers Squibb

Erstellungsdatum: März 2009



Baraclude®
(Entecavir) 0,5 mg/1 mg Filmtablette

Stark gegen Resistenzen

Mittwoch, 30. September 2009

14:30 – 18:00

Gastroenterologie

Intensivkurs Proktologie

Vorsitz: A. Herold *Mannheim*
H. Krammer *Mannheim*

Anatomie und Physiologie

T. Wedel *Kiel*

Differentialdiagnose: Nicht alles sind Hämorrhoiden

C. Hasse *Koblenz*

Allgemeinmaßnahmen und Proktologika

H. Krammer *Mannheim*

Sklerosierung und Gummibandligatur

J. Willert *Bochum*

Konventionelle Operationstechniken: Segment-Hämorrhoidektomie, Plastische Rekonstruktion

D. G. Bussen *Mannheim*

Neue Operationstechniken: Stapler-Hämorrhoidopexie, Arterienligatur, Rectoanal Repair

A. Herold *Mannheim*

14:30 – 18:00

Chirurgie

CAMIC: Laparoskopischer Nahtkurs – Teil I

Leitung: T. Carus *Cuxhaven*

Inhalt:

Laparoskopische Grundtechniken, laparoskopische Appendektomie, intrakorporale Nahttechnik (Schifferknoten, Schiebeknoten, fortlaufende Naht), Verschluss von Perforationen.

Mit freundlicher Unterstützung der Karl Storz GmbH & Co. KG

Teil II des Kurses findet am Donnerstag statt.

Mittwoch, 30. September 2009

14:30 – 18:00

Interdisziplinär

Proktoskopiekurs I

Leitung: M. Raithel *Erlangen*

Inhalt:

Theorie: Indikation, Kontraindikation, Prämedikation, Technik und Taktik, Komplikationen, Gerätekunde, Hygiene und pathologische Befunde inkl. Videodemonstrationen

Praxis:

Selbstständige Durchführung der Ano-, Prokto-, Rekto-Sigmoidoskopie mit Instrumentation, Biopsie und Interventionen (Ligatur, Sklerosierung) am EASIE-Biomodell (Schweinedarm), Computersimulator sowie am Plastikphantom inkl. praktischer Evaluation

Mit freundlicher Unterstützung der Karl Storz GmbH & Co. KG

Dieser Kurs findet ein weiteres Mal am Donnerstag statt.

im Anschluss an alle Kurse:

Ab 18:15

Get Together

Donnerstag, 1. Oktober 2009

07:30 – 08:15

Gastroenterologie

Sitzungen der Arbeitsgemeinschaften der DGVS

08:30 – 10:00

Interdisziplinär

Multimodale Therapie von Lebermetastasen beim kolorektalen Karzinom

Vorsitz: G. Adler *Ulm*
B. Kremer *Kiel*

Histologische Sicherung notwendig?

R. Porschen *Bremen*

Ist die primäre Resektion noch indiziert?

H. R. Raab *Oldenburg*

Rolle des PET-CT

H. Kühl *Essen*

Neoadjuvante Chemotherapie:

Wann? Wie? Wie lange?

W. Schmiegel *Bochum*

Kriterien der Resektabilität

H. Lang *Mainz*

Nicht resezierende Verfahren

T. Herold *Berlin*

08:30 – 10:00

Interdisziplinär

Akute Pankreatitis

Vorsitz: H. Lochs *Berlin*
W. Padberg *Gießen*

Ist die frühe enterale Ernährung immer indiziert?

M. M. Lerch *Greifswald*

Sollte bei Verdacht auf eine infizierte Pankreasnekrose eine Feinnadel-Punktion erfolgen?

M. W. Rünzi *Essen*

Wann ist eine Antibiotikumphylaxe indiziert?

P. Kujath *Lübeck*

„Mir sind in meinem Leben zwei Dinge besonders wichtig: als Lehrerin meine Schüler zu begleiten und meine chronische Hepatitis B mit VIREAD® gut behandelt zu wissen.“

Eine Leber.  Ein Leben. VIREAD®.

viread
Tenofoviridisopropil (als Fumarat) 245 mg

VIREAD® 245 mg Filmtabletten

Zusammensetzung; Wirkstoff: Jede VIREAD® Filmtablette enthält 245 mg Tenofoviridisopropil (als Fumarat). Sonstige Bestandteile: Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose (E460), vorverkleisterte Stärke (glutenfrei), Croscarmellose-Natrium, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat (E572), Tablettenfilm: Lactose-Monohydrat, Hypromellose (E464), Titandioxid (E171), Triacetin (E1518), Indigocarmin (E132). **Anwendungsgebiete:** HIV-1-Infektion; in Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln zur Behandlung der HIV-1-Infektion bei Erwachsenen. **Hepatitis B-Infektion:** Zur Behandlung der chronischen Hepatitis B bei Erwachsenen mit kompensierter Lebererkrankung mit nachgewiesener aktiver viraler Replikation, dauerhaft erhöhten ALT Werten im Serum und histologischem Nachweis einer aktiven Entzündung und/oder Fibrose. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile von VIREAD®. **Nebenwirkungen: Sehr häufig (≥1/10):** Durchfall, Erbrechen, Übelkeit, Schwindelgefühl, verringerte Phosphatwerte im Blut. **Häufig (≥1/100, <1/10):** Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Ermüdung, Blähungen. **Selten (≥1/10.000, <1/1.000):** Laktatazidose, Pankreatitis, erhöhte Transaminasen-Werte, Hautausschlag, Nierenversagen, akutes Nierenversagen, proximale Tubulopathie einschließlich Fanconi-Syndrom, erhöhte Kreatininwerte im Blut. **Sehr selten (<1/10.000):** Schwächegefühl, Hepatitis, Kurzatmigkeit, akute tubuläre Nekrose. **Andere mögliche Nebenwirkungen:** Muskelschmerzen oder eine Schwäche oder Erweichung der Knochen im Zusammenhang mit Nierenproblemen, Nierenentzündung, Diabetes insipidus. Die antiretrovirale Kombinationstherapie kann eine Umverteilung des Körperfetts (Lipodystrophie) sowie Hyperlipidämie, Insulinresistenz, Hyperglykämie und Hyperlaktämie verursachen. Unter antiretroviraler Kombinationstherapie ist das Auftreten eines Immundefizienzsyndroms beschrieben worden. Unter antiretroviraler Kombinationsbehandlung kann sich eine Osteonekrose entwickeln. **Darreichungsform und Packungsgrößen:** Packungen mit 30 und 3x30 Filmtabletten. Verschreibungspflichtig. Stand: Juni 2008. **Gilead Sciences International Ltd.**, Cambridge, CB21 6GT, Vereinigtes Königreich.

* HBV DNA <400 Kopien/ml (Analysemethode: observed data)

** Einschließlich therapie-naive, HBeAg-positive, HBeAg-negative und LAM-vorbehandelte Patienten

1 Studie 102 – Marcellin P et al.: #LB2, AASLD 2007, Boston; VIREAD®-Fachinformation, Stand Juni 2008

2 Studie 103 – Heathcote J et al.: #LB6, AASLD 2007, Boston; VIREAD®-Fachinformation, Stand Juni 2008

VIREAD®...

- **Unübertroffene Ansprechraten:**
 - **93%** aller HBeAg-negativen und **76%** aller HBeAg-positiven Patienten erreichten eine Virussuppression bis zu Woche 48^{*1,2}
 - **3%** aller HBeAg-positiven Patienten erreichten einen HBsAg-Verlust innerhalb von 48 Wochen²
- **Hervorragendes Resistenzprofil:**
 - **0% Resistenz nach 48 Wochen** bei einem breiten Patientenspektrum^{**1,2}
- **Bewährtes Sicherheitsprofil:**
 - **Bewährtes Sicherheitsprofil durch 1,5 Millionen** Patientennjahre in der HIV-Therapie

 **GILEAD**
Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

Donnerstag, 1. Oktober 2009

Infizierte Pankreasnekrose:
Pro endoskopisch-interventionelle Therapie

S. Hollerbach *Celle*

Infizierte Pankreasnekrose: Pro OP

K. W. Jauch *München*

08:30 – 10:00

Gastroenterologie

**Funktionelle Magendarmerkrankungen:
"Targets" in der Therapie
(DGVS, AG Neurogastroenterologie)**

Vorsitz: P. Layer *Hamburg*

H. Mönnikes *Berlin*

Motorik: Spasmolytika, Prokinetika, Laxantien -
alte Hüte oder moderne Therapien?

S. A. Müller-Lissner *Berlin*

Darmflora: Probiotika, Praebiotika, Antibiotika -
Therapie der Zukunft oder Zeitmode?

W. Kruis *Köln*

Zentralnervensystem: Antidepressiva,
Antinociceptiva - Wirkung auf Psyche oder Soma?

P. Enck *Tübingen*

Transmittersystem: Serotonin - Therapie von
Ursachen oder Folgen?

J. Keller *Hamburg*

Psyche: Psychotherapie - Königsweg oder letzter
Ausweg?

U. Martens *Tübingen*

Ernährung: Diäten, Fastenkuren, Nahrungsergän-
zungsmittel - Placebo oder wirksam?

J. Langhorst *Essen*

Sekretion: Pro- und Antidiarrhoika - neuer Weg
oder Irrweg?

D. Saur *München*

Donnerstag, 1. Oktober 2009

08:30 – 10:00

Gastroenterologie

**Ultraschall
(DGVS, AG Sonographie)**

Vorsitz: A. P. Barreiros *Mainz*
M. Gebel *Hannover*

Multicenterstudie zur Kontrastmittelsonographie
bei Leberräumforderungen

D. Strobel *Erlangen*

Kontrastmittelsonographie vor TACE

D. Schacherer *Regensburg*

PTCD mit Sonographie: Pro

R. M. Hofer *München*

PTCD mit Sonographie: Contra

S. Feuerbach *Regensburg*

Quantitativer Ultraschall

A. Ignee *Bad Mergentheim*

Elastographie

M. Friedrich-Rust *Frankfurt*

08:30 – 10:00

Gastroenterologie

**Gastroenterologische Intensivmedizin
(DGVS, AG Intensivmedizin)**

Vorsitz: U. R. Fölsch *Heikendorf*
C. Trautwein *Aachen*

Intraabdominelles Kompartmentsyndrom

W. Scheppach *Würzburg*

Gastroösophagealer Reflux in der Intensivmedizin

W. Huber *München*

Donnerstag, 1. Oktober 2009

Das Dilemma der intestinalen Paralyse:
Therapeutische Optionen

M. Karaus *Göttingen*

Abdominelle Sepsis

A. Koch *Aachen*

Mangelernährung in der Intensivmedizin

M. Keymling *Bad Hersfeld*

08:30 – 10:00

Gastroenterologie

Zoeliakie (DGVS, GPGE)

Vorsitz: S. Koletzko *München*
J. M. Stein *Frankfurt*

Einmal Zoeliakie – immer Zoeliakie?

K. P. Zimmer *Gießen*

Mechanismen der Krankheitsentstehung

J. D. Schulzke *Berlin*

“Ein bisschen“ Zoeliakie (Marsh I und II): Was tun?

H. Uhlig *Leipzig*

Diagnostik und Therapie: Standard und neue Ansätze

D. Schuppan *Boston, USA*

Refraktäre Zoeliakie –
Einteilung und therapeutische Optionen

S. Daum *Berlin*

Extraintestinale Manifestationen der Zoeliakie

W. Holtmeier *Köln*

08:30 – 10:00

Gastroenterologie

Freie Vorträge DGVS

RoBi® Instrumente

Rotierbare Bipolare Zangen und Scheren



EN-SUR 53.1/D/02/06/A

STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOP

THE DIAMOND STANDARD

KARL STORZ GmbH & Co. KG, Mittelstraße 8, D-78532 Tuttlingen/Deutschland, Telefon: +49 (0)7461 708-0, Fax: +49 (0)7461 708-105, E-Mail: info@karlstorz.de
KARL STORZ Endoskop Austria GmbH, Landstraßer-Hauptstraße 148/1/G1, A-1030 Wien/Österreich, Tel.: +43 1 715 6047-0, Fax: +43 1 715 6047-9, E-Mail: storz-austria@karlstorz.at
www.karlstorz.com

Donnerstag, 1. Oktober 2009

08:30 – 10:00

Chirurgie

CA-LGP: Zystische Pankreastumoren

Vorsitz: U. T. Hopt *Freiburg*
H. D. Saeger *Dresden*

Zystische Neoplasien des Pankreas:
Pathologische Klassifikation und Spontanverlauf

G. Klöppel *Kiel*

Was leistet die Schnittbilduntersuchung?

H. J. Brambs *Ulm*

Ist die Endosonographie mit Punktion sinnvoll?

T. Rösch *Hamburg*

Therapeutisches Vorgehen - pro Überwachung

U. Rosien *Hamburg*

Therapeutisches Vorgehen - pro Resektion

W. Uhl *Bochum*

Wie radikal sollen zystische Pankreastumoren
reseziert werden?

T. Keck *Freiburg*

08:30 – 10:00

Chirurgie

CAOP: NOTES, Single Port Access: Welche Voraussetzungen sind nötig?

Vorsitz: M. Schilling *Homburg*
M. H. Schoenberg *München*

Operationssaal der Zukunft: Welche architek-
tonischen Gegebenheiten benötigen wir für
NOTES oder SPA?

F. Beger *Köln*

Vergleich NOTES-Technik mit SPA-Operationen:
Was ist machbar? Was ist derzeit sinnvoll?

NOTES-Technik

G. F. Kähler *Mannheim*

SPA-Operationen

F. Köckerling *Berlin*

Donnerstag, 1. Oktober 2009

Gibt es spezifische Komplikationen bei
NOTES- oder SPA-Eingriffen

M. Alm *Hamburg*

Ein Blick in die Zukunft:
Wo geht die Entwicklung hin?

C. D. Heidecke *Greifswald*

08:30 – 10:00

Chirurgie

CAMIC: Freie Vorträge

Vorsitz: J. P. Ritz *Berlin*
K. Rückert *Hamburg*

08:30 – 10:00

Chirurgie

CACP: Slow transit constipation

Vorsitz: S. Post *Mannheim*
M. Sailer *Hamburg*

Neue Aspekte zur Anatomie, Physiologie
und Pathophysiologie

T. Wedel *Kiel*

Diagnostik und Differentialdiagnostik

M. Kreis *München*

Konservative Therapie

F. Hartmann *Frankfurt*

Operative Therapie

T. Schiedeck *Ludwigsburg*

Modernes Management des Morbus Hirschsprung

L. Wessel *Mannheim*

Donnerstag, 1. Oktober 2009

08:30 – 10:00

Endoskopie

Sedierung: Update Leitlinie 2009 - wohin führt der Weg?

Vorsitz: A. Riphaut *Hannover*
T. Wehrmann *Wiesbaden*

Rechtliche Rahmenbedingungen

J. Heberer *München*

Sedierungsmonitoring mit neuen Techniken

S. von Delius *München*

Neue Pharmaka und Applikationsformen

T. Wehrmann *Wiesbaden*

Postsedierungsüberwachung: Wer muss auf die
Station? Wer kann nach Hause?

A. Riphaut *Hannover*

Take home message

08:30 – 10:00

Endoskopie

Frühkarzinome und Barrett

Vorsitz: M. Jung *Mainz*
A. May *Wiesbaden*

Zugewinn an Informationen durch den Einsatz neuer
diagnostischer Methoden

R. Kießlich *Mainz*

Welche Methoden der ablativen Endoskopie sind
wann indiziert?

C. Ell *Wiesbaden*

Ist die En-bloc Resektion im Barrett-Ösophagus
machbar und sinnvoll?

H. Neuhaus *Düsseldorf*

Langzeitergebnisse nach EMR: Welches Über-
wachungsprotokoll ist sinnvoll?

O. Pech *Wiesbaden*

TISSUCOL*
[Fibrinkleber]

Improving the Standard of Care
in Hernia Repair

Weitere Informationen erhalten Sie unter: www.biosurgery.de

TISSUCOL* DUO S 0,5 ml/ 1,0 ml/ 2,0 ml Immuno Verschreibungspflichtig

TISSUCOL* DUO S Immuno ist ein biologischer Zweikomponentenkleber, bestehend aus zwei tiefgefrorenen Lösungen in Fertigspritzen.

Zusammensetzung Fertigspritze mit 1 ml Kläberproteinlösung enthält Humanplasmaproteinfraktion 80 - 120 mg mit Fibrinogen 70 - 110 mg, Blutgerinnungsfaktor XIII 10 - 50 E, Plasmaprothrombin 2 - 9 mg, Aprotinin (bovine) 3000 KIE, Hlfsstoffe: Natriumcitrat, Natriumchlorid, Glycin, Human Albumin, Plasminogen, Heparin, Titin, Citrat, Wasser für Injektionszwecke

1 Fertigspritze mit 1 ml Thrombinlösung enthält: Thrombin (human) 500 IE, Calciumchlorid x 2H₂O 5,88 mg, Hlfsstoffe: Natriumchlorid, Glycin, Human Albumin, Wasser für Injektionszwecke.

Für TISSUCOL DUO S Immuno 0,5 ml und 2,0 ml sind die vorstehenden Werte zu halbieren bzw. zu verdoppeln.

Anwendungsgebiete TISSUCOL DUO S Immuno wird bei der Gewebeklebung, Blutstillung und zur Unterstützung der Wundheilung angewendet. Gegebenenfalls ist eine Kombination mit resorbierbarem Kollagenelvl oder anderen geeigneten Trägermaterialien möglich.

Die Präparate sind für Fälle bestimmt, in denen eine schnelle Klebung erwünscht ist. Wegen des hohen Thrombingehaltes setzt die Verfestigung des Fibrinklebers innerhalb von Sekunden nach Vermischen der Kleberkomponenten ein.

Die Präparate haben - gegebenenfalls in Kombination mit resorbierbarem Kollagenelvl oder anderen geeigneten Trägermaterialien - folgende Anwendungsgebiete: Gewebeklebung bei insuffizienter/behinderter chirurgischer Naht; zur gas- und flüssigkeitsdichten Absicherung einer chirurgischen Naht zum Einsparen von Nähten in mechanisch wenig belasteten bzw. Einsätze von Nähten in mechanisch nicht belasteten Bereichen, um eine Verkürzung der Operationszeit und eine ungestörte Wundheilung zu erzielen; bei aufgrund des Gewebeszustandes, der topographischen Situation oder bei einem Implantat unersicherer oder undurchführbarer chirurgischer Naht; zur Abdichtung von Membrandefekten (mit und ohne Trägermaterial), zur Fixierung von Transplantaten und Implantaten, Blutstillung bei Parenchymdefekten mit diffusem Blutung (große Gefäße sind zu ligieren, Kollagenelvl als Trägermaterial wird empfohlen); bei flächenhaften Blutungen aus Mikrogefäßen mit dem Risiko großer postoperativer Blutverluste oder Hämatome (gegebenenfalls mit Kollagenelvl als Trägermaterial); bei Blutungen, die durch chirurgische Naht oder andere Maßnahmen nicht beherrschbar sind (gegebenenfalls Kunststoffpflaster oder anderes stabiles Trägermaterial verwenden); bei hämorrhagischen Diathesen, wenn eine Korrektur des Hämostasedefektes nicht möglich ist; oder Risiken der Substitutions-therapie vermeiden werden sollen; zur Abdichtung poröser Gefäßprothesen. Unterstützung der Wundheilung bei schlecht vaskularisiertem Empfängerbett für Hauttransplantate; bei Hautnekrosen nach Entlastung von Zytostatika; bei Hautabstraktionen im Rahmen aggressiver Zytostatikatherapie; zur Auffüllung knöcherner Defekte, vor allem auch in Verbindung mit Spongiosa

Gegenanzeigen TISSUCOL DUO S Immuno sollte nicht intraokular angewendet werden, insbesondere bei koronaren Bypass-Operationen ist höchste Vorsicht geboten, um jegliches Risiko der intravasalen Anwendung zu minimieren. Die alleinige Anwendung von TISSUCOL DUO S Immuno ist nicht angezeigt für die Behandlung von massiven arteriellen oder venösen Blutungen. Bekannte Überempfindlichkeit gegen Rinderelvl oder einen Bestandteil von TISSUCOL DUO S Immuno. Aktueller oder aus der Vorgeschichte bekannter allergischer bedingter Abfall der Zahl der Blutplättchen (Thrombozytopenie Typ II) auf Heparin-TISSUCOL DUO S Immuno darf nicht in die Nahtschleimhaut injiziert werden. Für die Klebung von Nierenanastomosen sollte TISSUCOL DUO S Immuno wegen des hohen Aprotinidgehaltes der Kläberproteinlösung - 3000 KIE pro ml - nicht verwendet werden, da durch die lange Resorptionszeit des verfestigten Fibrinklebers die Entziehung von Fibrin nicht ausgeschlossen werden kann. Es ist nicht bekannt, ob die Verabreichung von TISSUCOL DUO S Immuno während der Schwangerschaft und der Stillzeit negative Auswirkungen auf Mutter und Kind haben kann. Aus diesem Grund ist während der Schwangerschaft und Stillzeit eine strenge Indikationsstellung geboten.

Nebenwirkungen Bei wiederholter Anwendung von TISSUCOL DUO S Immuno, zusätzlich systemischer Verabreichung von Aprotinin oder Überempfindlichkeit gegen Rinderelvl oder einen anderen Bestandteil kann es zum Auftreten anaphylaktischer oder anaphylaktoider Reaktionen kommen, falls keine prophylaktischen Prämedikationen gegeben werden. Bei Überempfindlichkeitsreaktionen ist die Anwendung sofort abzubrechen, und es sind die gebotlichen Notfallmaßnahmen durchzuführen. Die therapeutische Maßnahmen richten sich nach Art und Schweregrad der allergischen Reaktion. Selbst wenn eine zweite Verabreichung gut vertragen wird, kann eine darauf folgende systemische Gabe schwere anaphylaktische Reaktionen auslösen. Die Symptome von allergischer/ anaphylaktischen Reaktionen können reichen von Urtikaria, Pruritus, Juckreiz, Übelkeit, Blutdruckabfall, Tachykardie oder Bradykardie und Atemnot bis hin zu schwerer Hypotension und anaphylaktischem Schock. In seltenen Fällen können diese Reaktionen auch bei Patienten bei der Entvaskularisierung von Aortenlinn auf TISSUCOL DUO S Immuno auftreten. TISSUCOL DUO S Immuno sollte nicht intraokular angewendet werden, da dies zu anaphylaktischen und/oder thromboembolischen Komplikationen führen kann, die lebensbedrohlich sein können. Speziell bei koronaren Bypass-Operationen sollte TISSUCOL DUO S Immuno mit Vorsicht angewendet werden, um jegliches Risiko der intravasalen Anwendung zu minimieren. Aufgrund des Heparin gehaltes von TISSUCOL DUO S Immuno können seltene Antikörpermittel-schwere Thrombozytopenie (Typ II) mit Thrombozytenverlusten deutlich unter 100.000/ml oder einem schnellen Abfall auf weniger als 50 % des Ausgangswertes beobachtet werden. Bei nicht Sensibilisierten beginnt der Thrombozytenabfall in der Regel 6 - 14 Tage nach Behandlungsbeginn, bei Sensibilisierten unter Umständen innerhalb von Stunden. Die schwere Form der Thrombozytopenie kann verbunden sein mit arteriellen und venösen Thrombosen/Thromboembolien, Verbrauchskoagulopathie, evtl. Hautnekrosen an der Injektionsstelle, Petechien, Purpura und Meläna. In solchen Fällen ist TISSUCOL DUO S Immuno sofort abzusetzen. Der Patient muß darüber informiert werden, daß bei ihm auch in Zukunft keine Heparin-haltigen Antiepileptika mit angewendet werden dürfen. Wegen der genannten gleichzeitig auftretenden ungestörten Wirkung des Heparins auf die Thrombozyten muß deren Zahl, insbesondere zu Beginn der Behandlung mit diesem Arzneimittel, empfindlich kontrolliert werden. Bei der Anwendung von aus menschlichem Blut hergestellten Arzneimitteln ist die Übertragung von Infektionskrankheiten durch Übertragung von Erregern - nicht völlig auszuschließen. Deshalb werden die Spender nach strengen Kriterien ausgewählt, die Plasmaproben getestet und selektiert sowie die Plasmaproben kontrolliert im Herstellungsprozeß sind Maßnahmen zur Abtötung und Inaktivierung von Viren enthalten.

Pharmazeutischer Unternehmer Baxter Deutschland GmbH, 85716 Unterschleißheim Korrespondenzadresse: Baxter Deutschland GmbH, Edisonstraße 4, 85716 Unterschleißheim

* Handelsbezeichnung: TISSUCOL Duo S 0,5/1,2 ml Immuno

BAXTER, TISSUCOL und ADVANCING SURGERY, ENHANCING LIFE sind
Marken von Baxter International Inc. und seinen Tochtergesellschaften.

2009-01-B-8003

Baxter Deutschland GmbH
Edisonstr. 4
85716 Unterschleißheim

BioSurgery | ADVANCING SURGERY,
ENHANCING LIFE

Baxter

Donnerstag, 1. Oktober 2009

08:30 – 12:00

Chirurgie

CAMIC: Laparoskopischer Nahtkurs – Teil II

Leitung: T. Carus *Cuxhaven*

Inhalt:

Gastrojejunostomie, Jejunojejunostomie, Kolonanastomosen in Hand- und Klammernahttechnik

Mit freundlicher Unterstützung der Karl Storz GmbH & Co. KG

Teil I des Kurses findet am Mittwoch statt.

08:30 – 12:00

Interdisziplinär

Proktoskopiekurs II

Leitung: M. Raithel *Erlangen*

Theorie:

Indikation, Kontraindikation, Prämedikation, Technik und Taktik, Komplikationen, Gerätekunde, Hygiene und pathologische Befunde inkl. Videodemonstrationen

Praxis:

Selbstständige Durchführung der Ano-, Prokto-, Rekto-Sigmoidoskopie mit Instrumentation, Biopsie und Interventionen (Ligatur, Sklerosierung) am EASIE-Biomodell (Schweinedarm), Computersimulator sowie am Plastikphantom inkl. praktischer Evaluation

Mit freundlicher Unterstützung der Karl Storz GmbH & Co. KG

Dieser Kurs findet auch am Mittwoch statt.

09:00 – 16:30

Chirurgie

Laparoskopischer Trainingskurs

Der Laparoskopische Trainingskurs findet am European Surgical Institut (ESI) in Norderstedt statt. Der Transfer erfolgt vom und zum CCH Hamburg.

Maximale Teilnehmerzahl: 40 Personen

Mit freundlicher Unterstützung der Johnson & Johnson Medical GmbH, Ethicon Endo-Surgery

Dieser Kurs findet ein weiteres Mal am Freitag statt.

Donnerstag, 1. Oktober 2009

10:15 - 11:45

Gastroenterologie

Eröffnungssitzung DGVS

Begrüßung und Einführung durch den Präsidenten der DGVS

H. Koop *Berlin*

Freier Vortrag

Ehrungen und Preisverleihungen

Begrüßung und Einführung durch die Vorsitzende der Sektion Endoskopie

B. Schumacher *Düsseldorf*

State of the Art Lecture Endoskopie:
Evidence based management of upper GI bleeding

J. Sung *Hong Kong, China*

Freier Vortrag

Präsidentenrede

im Anschluss:

12:00 – 12:45

Mitgliederversammlung DGVS

Donnerstag, 1. Oktober 2009

10:30 – 12:00

Chirurgie

Wie begeistern wir Studenten für den chirurgischen Beruf? (DGAV, BDC)

Vorsitz: H. Bauer *Berlin*
H. J. Meyer *Solingen*
M. J. Polonius *Berlin*

Nur Mut! Kein Durchschnittsjob: ChirurgIn

J. Ansorg *Berlin*

Chirurgie zum Mitmachen:
Praktische Kurse für Studenten

W. Schröder *Köln*

Theodor Billroth Akademie:
Erfahrungen der Summer School

B. L. D. M. Brücher *Tübingen*

Das PJ an einer Universitätsklinik:
Entscheidend für die Berufswahl?

J. Nolde *Lübeck*

Mentoring-Programme in der deutschen Chirurgie

C. J. Krones *Aachen*

Podiumsdiskussion

10:30 – 12:00

Chirurgie

CA-OGI: Ösophagus-, Cardia- und Magenkarzinom: Welches Resektionsausmaß ist evidenzbasiert?

Vorsitz: A. H. Hölscher *Köln*
K. W. Jauch *München*

Frühkarzinom: Endoskopische Mukosektomie
und Submukosadisektion

C. Ell *Wiesbaden*

Frühkarzinom:
Wann limitierte bzw. radikale Therapie?

T. Lehnert *Bremen*

Ösophaguskarzinom: Plattenepithelkarzinom

J. Faß *Kassel*

1. und 2. Oktober 2009, CCH Hamburg

Viszeralmedizin 2009

Kinderbetreuung mit „FIV“
krabbeln, spielen, *Action.*



Donnerstag, 1. Oktober und Freitag, 2. Oktober 2009

Wir freuen uns, auch in diesem Jahr wieder eine professionelle Betreuung Ihrer Kinder anbieten zu können!

Weitere Informationen unter: www.dgvs.de



Donnerstag, 1. Oktober 2009

Ösophaguskarzinom: Adenokarzinom Typ I

W. Schröder *Köln*

Adenokarzinome des ösophagogastralen
Überganges, Typ II / III

C. Schuhmacher *München*

Distales Magenkarzinom

K. Ridwelski *Magdeburg*

10:30 – 12:00

Chirurgie

CAMIC: Schnittstelle MIC - NOS - NOTES

Vorsitz: H. P. Bruch *Lübeck*

W. Schwenk *Hamburg*

Wo stehen wir in der Entwicklung von NOS und
NOTES?

K. H. Fuchs *Frankfurt*

Computerunterstützte Verfahren bei MIC und NOTES

H. Feussner *München*

Transvaginale Appendektomie: Wo liegt der Vorteil?

J. Bernhardt *Rostock*

Technische Entwicklungen

M. S. Kraus *Lübeck*

Endoskopische intraluminäre Resektion von
Magentumoren

M. Hünerbein *Berlin*

Brauchen wir weniger als MIC?

M. K. Walz *Essen*

Juristische und versicherungstechnische Aspekte
bei der Implementierung neuer Verfahren

J. Heberer *München*

Donnerstag, 1. Oktober 2009

10:30 – 12:00

Chirurgie

CA0-V: Aktuelle Therapiestrategien beim Rektumkarzinom

Vorsitz: H. Becker *Göttingen*
K. H. Link *Wiesbaden*

MRT und Endosonographie zum exakten T- und N-Staging

M. Sailer *Hamburg*

Möglichkeiten und Grenzen lokaler Verfahren bei Frühkarzinomen des Rektums

T. Manger *Gera*

Laparoskopische Operationen des Rektumkarzinoms

M. Anthuber *Augsburg*

Sakroabdominaler Zugang beim tiefsitzenden Rektumkarzinom

W. Hohenberger *Erlangen*

Moderne Entwicklungen und prognostische Faktoren bei Radiochemotherapie

C. Rödel *Frankfurt*

Kritische Betrachtung der multimodalen Therapieangebote beim Rektumkarzinom: Wie entscheiden sich Patienten, Ärzte und Politiker?

M. Kornmann *Ulm*

10:30 – 12:00

Chirurgie

CA-LGP: Technik und Ergebnisse der biliodigestiven Anastomosen (Videopräsentationen)

Vorsitz: W. O. Bechstein *Frankfurt*
A. Königsrainer *Tübingen*

Hepaticojejunostomie bei normal weitem Gallengang

M. W. Büchler *Heidelberg*

Hepaticojejunostomie bei dilatiertem Gallengang

K. J. Oldhafer *Celle*

Zentrale biliodigestive Anastomose beim Gallengangskarzinom

G. Otto *Mainz*

Donnerstag, 1. Oktober 2009

Operative Therapie bei Gallengangsstrikturen

P. Neuhaus *Berlin*

Operative Therapie des persistierenden Gallenlecks

J. Klempnauer *Hannover*

Sekundäre Rekonstruktion nach iatrogener
Choledochusdurchtrennung

O. Drognitz *Freiburg*

10:30 – 12:00

Chirurgie

CA0-V: Freie Vorträge

Vorsitz: D. Löhlein *Dortmund*

J. M. Müller *Berlin*

10:30 – 12:00

Chirurgie

CAT: Freie Vorträge

Vorsitz: F. Fändrich *Kiel*

E. Klar *Rostock*

12:15 – 12:45

**Mitgliederversammlungen CACP, CAMIC,
CAADIP, CA-OGI**

12:45 – 13:30

Posterbegehung

Donnerstag, 1. Oktober 2009

15:00 – 16:30

Chirurgie

Eröffnungssitzung DGAV

Vorsitz: H. J. Meyer *Solingen*
R. Arbogast *Pforzheim*
H. P. Bruch *Lübeck*

Eröffnungsrede

H. J. Meyer *Solingen*

Preisverleihung

H. J. Meyer *Solingen*

State of the Art Lecture:

Multimodality Treatment of Upper GI Tract Cancers

W. H. Allum *London, Großbritannien*

Festvortrag:

Krebsvorbeugung - Chancen und Möglichkeiten

H. zur Hausen *Heidelberg*

Donnerstag, 1. Oktober 2009

15:00 – 16:30

Gastroenterologie

**Chronisch entzündliche Darmerkrankungen:
Grundlagen und translationale Aspekte
(DGVS, AG DATED)**

Vorsitz: S. Schreiber *Kiel*
A. Sturm *Berlin*

Identifikation neuer Gene:
Ist die Autophagie gestört?

J. Hampe *Kiel*

Versagen der angeborenen Immunität:
Implikationen für die CED

J. Wehkamp *Stuttgart*

Strikturen und Stenosen:
Fibrogenese und ihre Komplikationen

A. Stallmach *Jena*

Leukozytenhoming in die intestinale Mukosa:
Implikationen für neue Therapieoptionen

T. Kucharzik *Lüneburg*

IL-12 und IL-23:
Identifikation neuer Signalwege bei CED

J. Mudter *Mainz*

15:00 – 16:30

Gastroenterologie

**Ernährung
(DGVS, AG Ernährung, GPGE, DGEM)**

Vorsitz: H. J. Lübke *Berlin*
M. Plauth *Dessau*

Mangelernährung:
Eine tägliche klinische Herausforderung

A. Weimann *Leipzig*

Wie erkenne ich den mangelernährten Patienten?

M. Pirlich *Berlin*

Ernährung als Therapiebaustein bei Kindern
und Jugendlichen mit chronisch entzündlichen
Darmerkrankungen

A. Enninger *Stuttgart*

Donnerstag, 1. Oktober 2009

Immunmodulatorische Diäten:

Was ist das und wie wirkt es?

S. U. Christl *Hamburg*

Ernährungstherapie: Gibt es Evidenzen?

U. Rabast *Hattingen*

Künstliche Ernährung im Überleitungsbereich

S. C. Bischoff *Stuttgart*

Rolle des Gastroenterologen in der ambulanten
enteralen Ernährung

L. Tünnermann *Essen*

15:00 – 16:30

Gastroenterologie

NASH

Vorsitz: H. E. Blum *Freiburg*

G. Gerken *Essen*

Pathogenese: Gibt es neue Erkenntnisse?

W. Stremmel *Heidelberg*

Diagnostik: Fettleber – Fettleberhepatitis – NASH

U. Spengler *Bonn*

Diagnose: Serologische Marker,
Bildgebung und / oder Histologie?

E. Roeb *Gießen*

NASH und HCV-Infektion: Ein tückisches Gespann

J. Bojunga *Frankfurt*

Gibt es gesicherte Therapiekonzepte für NASH?

M. Bitzer *Tübingen*

Prognoseabschätzung

F. Tacke *Aachen*

Donnerstag, 1. Oktober 2009

15:00 – 16:30

Gastroenterologie

Karzinome des Gallenwegssystems (DGVS, AGIO)

Vorsitz: W. O. Bechstein *Frankfurt*
W. Schmitt *München*

Risikopopulationen

C. P. Strassburg *Hannover*

Wann ist eine Gallenblase (Malignom-)suspekt?

S. Rickes *Halberstadt*

Möglichkeiten und Grenzen der chirurgischen
Therapie

U. Neumann *Berlin*

Endoskopische Palliation

F. Berr *Salzburg, Österreich*

Chemotherapie des Gallenblasen- und
cholangiozellulären Karzinoms

S. Kubicka *Hannover*

15:00 – 16:30

Gastroenterologie

Peritonealkarzinose (DGVS, AGIO)

Vorsitz: K. Beckh *Worms*
T. Gress *Marburg*

Diagnose der Peritonealkarzinose:

Soll der Gastroenterologe wieder laparoskopieren?

A. Lohse *Hamburg*

Großvolumige Parazentese: Ist Substitution von
Albumin / Dextran notwendig?

J. Trojan *Frankfurt*

Donnerstag, 1. Oktober 2009

Erhöhte Zellzahl im malignen Aszites:
Indikation für antibiotische Therapie?

G. von Wichert *Ulm*

Intraperitoneale Chemotherapie und Hyperthermie

J. Pelz *Würzburg*

Peritonektomie: (Wann) sinnvolles Therapiekonzept?

P. Piso *Regensburg*

15:00 – 16:30

Gastroenterologie

Eosinophile Gastroenteritis (DGVS, DGP)

Vorsitz: P. Konturek *Erlangen*

A. Straumann *Olten, Schweiz*

Klinisches Spektrum

S. C. Bischoff *Stuttgart*

Patho(physio)logie: Von vermehrter Eosinophilenzahl
zur eosinophilen Entzündung

M. Vieth *Bayreuth*

Eosinophile Gastroenteritis und Vaskulitis

B. Hellmich *Plochingen*

Eosinophile Gastroenteritis:
Eine allergische Erkrankung?

M. Raithel *Erlangen*

Therapie: Indikation und Verfahrenswahl

J. M. Stein *Frankfurt*

15:00 – 16:30

Gastroenterologie

Freie Vorträge DGVS

Donnerstag, 1. Oktober 2009

15:00 – 16:30

Endoskopie

Interventionelle Endoskopie - Wege zur minimal invasiven Chirurgie

Vorsitz: H. Messmann *Augsburg*
H. Zirngibl *Wuppertal*

Indikationen und Technik der Minilaparoskopie
U. Denzer *Hamburg*

Endoskopische Interventionen der chronischen Pankreatitis: Limitationen?
R. Jakobs *Ludwigshafen*

Endoskopische Therapie von Ösophagus-Früherkarzinomen: Therapie der ersten Wahl?
J. Pohl *Wiesbaden*

Endoskopische Therapie von Magen-Früherkarzinomen: Realität oder Wunsch?
H. Neuhaus *Düsseldorf*

Papillenadenome, hochgradige Neoplasie, Früherkarzinome: Endoskopische Therapie sinnvoll?
J. P. Charton *Düsseldorf*

Kolon-Früherkarzinome: Stellenwert der Endoskopie
A. Adler *Berlin*

15:00 – 16:30

Endoskopie

Zystische Pankreastumoren: Von der Diagnostik zur therapeutischen Konsequenz

Vorsitz: S. Faiss *Hamburg*
F. Hagenmüller *Hamburg*

Histopathologische Klassifikationen
R. Engers *Düsseldorf*

Klinische Bedeutung der Endosonographie
S. Hollerbach *Celle*

Donnerstag, 1. Oktober 2009

Klinische Bedeutung der radiologischen Bildgebung

T. Herold *Berlin*

Indikationen für die Chirurgie und Algorithmus der Kontrolle von nicht resezierten Läsionen

T. Rösch *Hamburg*

Take home message

15:00 – 16:30

BVGD Forum 1: Funktionelle Magendarmerkrankungen - defizitärer Kenntnisstand bei Versorgungserbringern

Vorsitz: W. Kruis *Köln*

E. Zehnter *Dortmund*

17:00 – 18:15

Interdisziplinär

Gastroösophageale Refluxkrankheit

Vorsitz: E. Eypasch *Köln*

T. Frieling *Krefeld*

Was ist ein Therapieversager?

J. Labenz *Siegen*

Therapieversager operieren?

A. Emmermann *Hamburg*

Welche Refluxkrankheit nicht operieren?

S. M. Freys *Bremen*

Schwach-/nicht-saurer Reflux: OP-Indikation?

H. D. Allescher *Garmisch-Partenkirchen*

Donnerstag, 1. Oktober 2009

17:00 – 18:15

Interdisziplinär

Ernährung beim operierten Patienten (DGVS, DGEM)

Vorsitz: M. Pirlich *Berlin*
A. Weimann *Leipzig*

Ösophagektomie

P. M. Schneider *Zürich, Schweiz*

Gastrektomie

H. Lochs *Berlin*

Kolektomie mit und ohne Pouch

K. H. Vestweber *Leverkusen*

Kurzdarmsyndrom

J. D. Schulzke *Berlin*

17:00 – 18:15

Interdisziplinär

Viszeralmedizin:

Wer sind die geeigneten Partner in der Zukunft?

Vorsitz: H. Koop *Berlin*
H. J. Meyer *Solingen*
B. Schumacher *Düsseldorf*

Aus der Sicht der Allgemein- und Viszeralchirurgie

J. R. Siewert *Heidelberg*

Aus der Sicht der Gastroenterologie

J. Schölmerich *Regensburg*

Aus der Sicht des internistischen Onkologen

H. Wilke *Essen*

Aus der Sicht der Klinikträgerschaft

H. J. Fietz-Mahlow *Solingen*

Aus der Sicht der Krankenversicherer

C. Erbe *Hamburg*

Donnerstag, 1. Oktober 2009

17:00 – 18:15

Gastroenterologie

Immunsuppressiva bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (DGVS, AG DANCED)

Vorsitz: J. Emmrich *Rostock*
S. Nikolaus *Kiel*

Drug-Monitoring: Was ist sinnvoll?

M. Schwab *Stuttgart*

Mucosal healing: Neues Therapieziel bei CED?

D. C. Baumgart *Berlin*

MTX als Stiefkind bei Morbus Crohn: Zu Recht?

T. Andus *Stuttgart*

Immunsuppressiva in der Praxis: Noch Reserven?

B. Bokemeyer *Minden*

Immunsuppressiva bei Kindern: Keine Probleme?

A. Ballauf *Essen*

17:00 – 18:15

Gastroenterologie

Lebertransplantation (DGVS, AG Lebertransplantation)

Vorsitz: H. Schmidt *Münster*
C. P. Strassburg *Hannover*

MELD und Transplantationsgesetz:
Neue Entwicklung bei der Leberallokation

T. J. Weismüller *Hannover*

Prognostische Abschätzung des Erfolges einer
Lebertransplantation bei der Listung

C. P. Strassburg *Hannover*

Erweiterte Spendenkriterien bei der
Lebertransplantation:
Welche Kriterien / Organe sind akzeptabel?

T. Becker *Hannover*

Donnerstag, 1. Oktober 2009

Genetische Lebererkrankungen und Indikationsstellung: Beispiel familiäre Amyloidose

A. P. Barreiros *Mainz*

Spezifische Probleme von im jungen Kindesalter transplantierten Patienten

M. Melter *Regensburg*

17:00 – 18:15

Gastroenterologie

**Kliniker und Pathologe im Dialog:
Chronisch sklerosierende Gallenwegserkrankungen
(DGVS, DGP)**

Vorsitz: U. Spengler *Bonn*
A. Tannapfel *Bochum*

Primär biliäre Zirrhose und autoimmune
Overlap-Syndrome

T. Berg *Berlin*
U. Drebbler *Köln*

Primär und sekundär sklerosierende Cholangitis

H. Wedemeyer *Hannover*
P. Schirmacher *Heidelberg*

Neue Formen autoimmuner Cholangiopathien

S. Lüth *Hamburg*
I. Esposito *München*

17:00 – 18:15

Gastroenterologie

**Eosinophile Ösophagitis
(DGVS, GPGE)**

Vorsitz: H. Köhler *Erlangen*
P. Konturek *Erlangen*

Diagnostische Kriterien

S. Müller *München*

Wann muss man an eine eosinophile Ösophagitis denken?

U. von Arnim *Magdeburg*

Donnerstag, 1. Oktober 2009

Gibt es Unterschiede zwischen pädiatrischen Patienten und Erwachsenen?

A. Schmidt-Choudhury *Bochum*

Therapie beim Erwachsenen

A. Straumann *Olten, Schweiz*

Therapie bei Kindern

M. Claßen *Bremen*

17:00 – 18:15

Gastroenterologie

Zottenatrophie ohne Zöliakie (DGVS, GPGE, DGP)

Vorsitz: D. Schuppan *Boston, USA*
K. P. Zimmer *Gießen*

Wann ist eine Zöliakie wirklich ausgeschlossen?

M. Schumann *Berlin*

Beitrag des Pathologen

D. E. Aust *Dresden*

Differentialdiagnostisches Spektrum und diagnostischer Algorithmus

I. Koop *Hamburg*

Gibt es spezifische Aspekte bei Kindern?

K. Hoffmann, A. C. Hauer *Graz, Österreich*

17:00 – 18:15

Chirurgie

NOTES - fortlaufender Bericht über das DGAV Register

Vorsitz: H. J. Buhr *Berlin*
N. Runkel *Villingen-Schwenningen*

Begrüßung

H. J. Meyer *Solingen*

Das NOTES-Register der DGAV

H. J. Buhr *Berlin*

Aktueller Stand des NOTES-Registers der DGAV

K. Lehmann *Berlin*

Donnerstag, 1. Oktober 2009

NOTES: Aktueller Stand der Kolon-Chirurgie

J. Burghardt *Rüdersdorf*

NOTES: Tipps und Tricks, Fallstricke und
Komplikationen

N. Runkel *Villingen-Schwenningen*

17:00 – 18:15

Chirurgie

CAEK: Freie Vorträge

Vorsitz: W. T. Knoefel *Düsseldorf*

T. J. Musholt *Mainz*

17:00 – 18:15

Chirurgie

CAADIP: Freie Vorträge

Vorsitz: O. Mann *Hamburg*

C. Stroh *Gera*

17:00 – 18:15

Endoskopie

NOTES: Realität - aktueller Stand - Zukunft für eine spezialisierte Endoskopie

Vorsitz: A. Fritscher-Ravens *London, Großbritannien*

K. H. Fuchs *Frankfurt*

Was wurde bisher erreicht? Welche Auswirkungen
hat NOTES auf die Gastroenterologie?

A. Meining *München*

Neue Indikationen für die Gastroenterologie

P. N. Meier *Hannover*

Bleiben Hybrid-Eingriffe die NOTES-Realität?

H. Feussner *München*

Strukturierung der Aktivitäten:

Sind Ausbildungsmodelle sinnvoll? Für wen?

G. F. Kähler *Mannheim*

Take home message

Donnerstag, 1. Oktober 2009

17:00 – 18:15

Endoskopie

Management von kolorektalen Polypen

Vorsitz: D. Hartmann *Ludwigshafen*
S. Schanz *Siegen*

Indikationen zur Resektion von hyperplastischen und serratierten Adenomen

M. Jung *Mainz*

Endoskopische Tipps zur Resektion von schwierigen Polypen

A. Probst *Augsburg*

Langzeitergebnisse nach Polypektomie von breitbasigen schwierigen Polypen

W. Schmitt *München*

Überwachungsstrategie nach Polypektomie: Leitliniengesteuert oder individuell?

C. P. Pox *Bochum*

17:00 – 18:15

Endoskopie

Therapiemöglichkeiten des inoperablen Pankreaskarzinoms

Vorsitz: H. J. Schulz *Berlin*
H. Seifert *Oldenburg*

Endoskopischer Ultraschall:
Gestützte Tumortherapie

U. Will *Gera*

Endoskopische Therapie bei Gallengangsstenosen:
Perkutan versus endosonographisch versus
endoskopisch

J. Hochberger *Hildesheim*

Minimalinvasive Therapie der Dünndarmstenosen:
Stents, enterale Anastomosen

K. Caca *Ludwigsburg*

Gibt es eine Indikation für eine palliative
chirurgische Therapie?

M. W. Büchler *Heidelberg*

Take home message

Freitag, 2. Oktober 2009

08:00 – 09:30

Interdisziplinär

Divertikelkrankheit

Vorsitz: M. Reymond *Bielefeld*
J. F. Riemann *Ludwigshafen*

Ist der chronische Unterbauchschmerz bei ausgeprägter Divertikulose eine OP-Indikation?

H. D. Allescher *Garmisch-Partenkirchen*

Algorithmus der Diagnostik bei Divertikulitis

V. Groß *Amberg*

Muss jede rezidivierende Divertikulitis operiert werden? Chirurgische Sicht

J. M. Müller *Berlin*

Muss jede rezidivierende Divertikulitis operiert werden? Internistische Sicht

F. Hartmann *Frankfurt*

Differentialdiagnose:

Rechtsseitige Divertikulitis versus Appendizitis

G. J. Opitz *Solingen*

08:00 – 09:30

Interdisziplinär

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen - interdisziplinär

Vorsitz: G. Schürmann *Bielefeld*
M. Zeitz *Berlin*

Therapeutische Maßnahmen bei Strikturen:

Pro Dilatation

L. Leifeld *Köln*

Therapeutische Maßnahmen bei Strikturen:

Pro Operation

A. J. Kroesen *Köln*

Therapeutische Maßnahmen bei Fisteln:

Konservative Therapie - wann und wie lange?

E. F. Stange *Stuttgart*

Freitag, 2. Oktober 2009

Therapeutische Maßnahmen bei Fisteln:
Wann operative Therapie?

H. J. Buhr *Berlin*

Gibt es noch ein toxisches Megacolon?

E. C. Jehle *Ravensburg*

08:00 – 09:30

Interdisziplinär

Stellenwert der Chirurgie im therapeutischen Konzept

Vorsitz: P. R. Galle *Mainz*

V. Schumpelick *Aachen*

Analkarzinom

T. Schiedeck *Ludwigsburg*

Plattenepithelkarzinom des Ösophagus

I. Gockel *Mainz*

Non Hodgkin Lymphome

W. Fischbach *Aschaffenburg*

Choledocholithiasis

H. J. Schulz *Berlin*

Portale Hypertension: Chirurgische Therapie

A. Hirner *Bonn*

Portale Hypertension: Interventionelle Therapie

P. Sauer *Heidelberg*

Freitag, 2. Oktober 2009

08:00 – 09:30

Interdisziplinär

Kontroversen in der Therapie des Barrett-Ösophagus

Vorsitz: T. Rabenstein *Speyer*
K. H. Schultheis *Düsseldorf*

Multifokales Frühkarzinom: Pro Operation
A. H. Hölscher *Köln*

Multifokales Frühkarzinom: Pro Endoskopie
C. Ell *Wiesbaden*

Karzinomprophylaxe beim langen Barrett-
Ösophagus ohne Dysplasie: Pro Operation
D. Lorenz *Wiesbaden*

Karzinomprophylaxe beim langen Barrett-
Ösophagus ohne Dysplasie: Pro Endoskopie
L. Goßner *Karlsruhe*

08:00 – 09:30

Gastroenterologie

Infektiologie (DGVS, AG Infektiologie)

Vorsitz: W. Heise *Berlin*
J. Nattermann *Bonn*

Änderungen der Virulenz bei *Cl. difficile*-Kolitits:
Mikrobiologie und Klinik
M. Kist *Freiburg*

Therapie und Rezidivprophylaxe der *Cl. difficile*-
Infektion
T. Weinke *Potsdam*

Virale Infektionen des GI-Traktes bei immunkompe-
tenten Patienten
M. Menges *Schwäbisch Hall*

Leberabszesse: Punktion, Drainage,
lokale/systemische Antibiotika, Operation?
W. B. Schwerk *Kiel*

HIV-Enteropathie
W. Heise *Berlin*

Freitag, 2. Oktober 2009

08:00 – 09:30

Gastroenterologie

**Prädiktive Pathologie:
Molekulare Marker beim Kolonkarzinom
(DGVS, DGP)**

Vorsitz: G. B. Baretton *Dresden*
C. P. Pox *Bochum*

Klinische Bedeutung

S. Kubicka *Hannover*

Erfahrungen aus dem Advisory Board zur
KRAS-Mutationsanalyse

A. Jung *München*

KRAS – Heterogenität intratumoral und zwischen
Primärtumor und Metastase

S. E. Baldus *Düsseldorf*

Neue molekulare Marker beim kolorektalen
Karzinom

D. E. Aust *Dresden*

Konsequenzen für den therapeutischen Algorithmus

T. Seufferlein *Halle*

08:00 – 09:30

Gastroenterologie

**Varizenblutung und hepatorenales Syndrom
(DGVS, AG Komplikationen der Leberzirrhose)**

Vorsitz: T. Sauerbruch *Bonn*
R. Wiest *Regensburg*

Antibiotika bei der Blutung:
Studienergebnisse und klinische Realität

R. Somasundaram *Berlin*

Medikamentöse Pfortaderdrucksenkung:
Wann, wie lange, womit, allein oder additiv zur
endoskopischen Blutstillung?

M. Schepke *Siegburg*

Therapiealgorithmus für Varizenblutung

S. Faiss *Hamburg*

Freitag, 2. Oktober 2009

Messung der Nierenfunktion bei Leberzirrhose

V. Gülberg *München*

Prävention des hepatorenenalen Syndroms:
Erreichbar?

A. L. Gerbes *München*

Diagnostischer und therapeutischer Algorithmus
für das hepatorenale Syndrom

F. Klebl *Regensburg*

08:00 – 09:30

Freie Vorträge DGVS

Gastroenterologie

08:00 – 09:30

CAADIP: Adipositas-Therapie des metabolischen Syndroms

Chirurgie

Vorsitz: T. Horbach *Schwabach*

R. Weiner *Frankfurt*

Pathophysiologische Grundlagen der Beeinflussung
des metabolischen Syndroms

R. Weiner *Frankfurt*

Der Duodenalswitch als metabolischer Eingriff

M. Frenken *Monheim*

Die Therapieeffekte des proximalen Magenbypass
auf das metabolische Syndrom

M. Schlensak *Essen*

Elektrostimulation des Magens als metabolische
Chirurgie

S. Weiner *Frankfurt*

Ergebnisse der Adipositaschirurgie im Bereich
metabolische Chirurgie in der Qualitätssicherung
Deutschland 2005 bis 2008

T. Manger *Gera*

Freitag, 2. Oktober 2009

08:00 – 09:30

Chirurgie

CACP: Sinus pilonidalis

Vorsitz: A. Herold *Mannheim*
O. Schwandner *Regensburg*

Ätiologie, Pathogenese und Epidemiologie

G. Kolbert *Hannover*

Deutsche Kohortenstudie zum Sinus pilonidalis

S. Petersen *Hamburg*

Offene Operationsverfahren

D. G. Bussen *Mannheim*

Plastische Rekonstruktionsverfahren

I. Iesalnieks *Regensburg*

Vakuumversiegelung

M. Giensch *Hamburg*

Minimal invasive Technik

F. H. Hetzer *St. Gallen, Schweiz*

08:00 – 09:30

Chirurgie

CALGP: Freie Vorträge

Vorsitz: D. Henne-Bruns *Ulm*
J. S. Köninger *Stuttgart*

08:00 – 09:30

Endoskopie

Kolon und Dünndarm

Vorsitz: M. Keuchel *Hamburg*
B. Kohler *Bruchsal*

Gegenwart und Zukunft der Kolondiagnostik

F. Hagenmüller *Hamburg*

Gegenwart und Zukunft der Dünndarmdiagnostik

A. May *Wiesbaden*

Langzeitergebnisse nach Interventionen bei
Doppelballon- Singleballonenteroskopie

D. Hartmann *Ludwigshafen*

Freitag, 2. Oktober 2009

Mukosektomie im Kolon: Endoskopische Submukosadissektion versus endoskopische Mukosaresektion

H. Messmann *Augsburg*

Komplikationsmanagement bei Blutung und Perforation

K. Caca *Ludwigsburg*

Wann ist ein chirurgisches Verfahren indiziert? Richtlinien

K. E. Grund *Tübingen*

08:00 – 09:30

Endoskopie

Endoskopischer Ultraschall: Standards und Innovationen

Vorsitz: E. Burmester *Lübeck*

C. F. Dietrich *Bad Mergentheim*

Update 2009 des EUS zur Diagnostik im oberen Gastrointestinaltrakt

J. Janssen *Wuppertal*

Therapeutischer EUS - ist es ein Fortschritt?

U. Will *Gera*

EUS gesteuerte NOTES-Eingriffe

A. Fritscher-Ravens *London, Großbritannien*

Sind bed-side Pankreaseingriffe denkbar?

C. Jürgensen *Chemnitz*

Wann brauchen wir welche Geräte (longitudinal, radial, prograd, Minisonde, starre Sonde)?

S. Hollerbach *Celle*

Freitag, 2. Oktober 2009

09:00 – 16:30

Chirurgie

Laparoskopischer Trainingskurs

Der Laparoskopische Trainingskurs findet am European Surgical Institut (ESI) in Norderstedt statt. Der Transfer erfolgt vom und zum CCH Hamburg.

Maximale Teilnehmerzahl: 40 Personen

Mit freundlicher Unterstützung der Johnson & Johnson Medical GmbH, Ethicon Endo-Surgery

Dieser Kurs findet auch am Donnerstag statt.

10:00 – 11:30

Interdisziplinär

Notwendige präoperative Diagnostik bei gastrointestinalen Tumoren

Vorsitz: B. Böhm *Berlin*

R. M. Schmid *München*

Karzinome des gastroösophagealen Übergangs

T. Rösch *Hamburg*

H. J. Meyer *Solingen*

Rektumkarzinom

T. Seufferlein *Halle*

J. Göhl *Erlangen*

Solide Pankreastumoren

S. Faiss *Hamburg*

G. A. Pistorius *Bamberg*

10:00 – 11:30

Interdisziplinär

Hepatozelluläres Karzinom

Vorsitz: D. Häussinger *Düsseldorf*

U. Settmacher *Jena*

Screening: Bei wem? Wie?

G. Ramadori *Göttingen*

Transplantation: Bei wem indiziert?

T. Becker *Hannover*

Freitag, 2. Oktober 2009

Resektion gegen lokal-ablative Verfahren

P. Neuhaus *Berlin*

H. P. Allgaier *Freiburg*

Intrahepatische Radiotherapie

P. Hilgard *Mülheim*

Palliative Chemotherapie

T. Greten *Hannover*

10:00 – 11:30

Interdisziplinär

Gastrointestinaler Stromatumor

Vorsitz: M. M. Heiss *Köln*

T. Wehrmann *Wiesbaden*

Diagnostischer Algorithmus

J. Janssen *Wuppertal*

Pathohistologische Befunde

E. Wardelmann *Bonn*

Ist die primäre Operation immer indiziert?

C. Langer *Göttingen*

Wann sind endoskopische Maßnahmen gerechtfertigt?

T. Rösch *Hamburg*

(Neo-)adjuvante Therapie

T. Armbrust *Göttingen*

Freitag, 2. Oktober 2009

10:00 – 11:30

Gastroenterologie

Kolorektales Karzinom (DGVS, AGIO)

Vorsitz: H. Lang *Mainz*
W. Schmiegel *Bochum*

Kolorektales Karzinom im Stadium II:
(Wann) Indikation für adjuvante Therapie?

R. Porschen *Bremen*

Indikation für adjuvante Therapie nach
Metastasenchirurgie

A. Reinacher-Schick *Bochum*

Strukturierte palliative Chemotherapie: Algorithmus

U. Graeven *Mönchengladbach*

Palliation stenosierender Tumoren:
Stent versus Operation - pro Operation

H. Becker *Göttingen*

Palliation stenosierender Tumoren:
Stent versus Operation - pro Stent

H. Bödeker *Leipzig*

10:00 – 11:30

Gastroenterologie

Der gastroenterologische Patient im Alter (DGVS, AG Geriatrische Gastroenterologie, AG Gastroenterologische Palliativmedizin)

Vorsitz: D. Domagk *Münster*
S. W. Sahn *Offenbach*

Alkoholkrankheit im Alter und ihre Folgen:
Wie erkennen, was tun?

M. V. Singer *Mannheim*

(Hämatin-)Erbrechen:
Muss immer endoskopiert werden?

M. H. Holtmann *Datteln*

Freitag, 2. Oktober 2009

Inkontinenz: Ursachen, Therapie

U. Treichel *Hamburg*

Obstipation: Pragmatische Therapieansätze

W. Mayet *Sande*

PEG/PEJ-Indikation bei Demenz und in der Palliativmedizin

G. W. Pott *Nordhorn*

10:00 – 11:30

Gastroenterologie

Neuroendokrine Tumoren

Vorsitz: R. Arnold *München*

B. Wiedenmann *Berlin*

Positronenemissionstomographie versus Somatostatin-Szintigraphie

G. Pöpperl *Stuttgart*

Antiproliferative Therapie

M. Pavel *Berlin*

Radiorezeptorthherapie

C. Auernhammer *München*

Rolle der interventionell-radiologischen Therapie

K. Herrmann *München*

Metastasierender neuroendokriner Tumor: Rolle der palliativen Chirurgie

D. Bartsch *Marburg*

10:00 – 11:30

Chirurgie

CAMIC: MIC - spezielle Techniken

Vorsitz: F. Köckerling *Berlin*

M. W. Strik *Berlin*

Eingriffe am Ösophagus bei benignen Erkrankungen

M. W. Strik *Berlin*

Laparoskopische Eingriffe bei Magentumoren

K. Ludwig *Rostock*

Freitag, 2. Oktober 2009

Transvaginale Darmresektion

J. Burghardt *Rüdersdorf*

Laparoskopische Übernähung bei Magenperforation

C. Benecke *Berlin*

Laparoskopische Eingriffe am Pankreas

M. Siech *Aalen*

10:00 – 11:30

Chirurgie

CAES: Perioperative Endoskopie - wo liegen die Schwierigkeiten?

Vorsitz: G. F. Kähler *Mannheim*

N. Senninger *Münster*

Stellenwert der präoperativen Endosonographie beim Staging maligner Tumoren im Gastrointestinaltrakt: Eine kritische Beurteilung

M. Hünerbein *Berlin*

Einsatz von Enteralstents im Magenausgang / Duodenum: Hat die operative Behandlung noch Bedeutung?

K. E. Grund *Tübingen*

Endoskopisches Management von Schleimhautveränderungen im Restösophagus nach Ösophagektomie

J. Brabender *Köln*

Endoskopisches Überwachungsmanagement nach Verätzungstraumata im oberen Gastrointestinaltrakt: Wann muss operiert werden?

J. Bernhardt *Rostock*

Freitag, 2. Oktober 2009

NOTES: Gibt es einen Technologietransfer zur interventionellen Endoskopie?

P. H. Collet *Mannheim*

Postoperative Stenosen im Gastrointestinaltrakt: Bougieren oder dilatieren?

M. S. Kraus *Lübeck*

10:00 – 11:30

Chirurgie

CAT: Problematik viszeralchirurgischer Eingriffe beim transplantierten Patienten

Vorsitz: W. O. Bechstein *Frankfurt*

J. P. Hauss *Leipzig*

Spezielle Aspekte bauchchirurgischer Eingriffe am pankreastransplantierten Patienten

R. Viebahn *Bochum*

Folgeeingriffe am nierentransplantierten Patienten

C. Mönch *Frankfurt*

Therapie des persistierenden HPT nach NTX

M. Jäger *Hannover*

Narbenbruchversorgung nach abdomineller Organtransplantation

U. Neumann *Berlin*

Ergebnisse viszeralchirurgischer Eingriffe nach Lungen- und Herztransplantation

K. Timrott *Hannover*

10:00 – 11:30

Chirurgie

CA-OGI: Freie Vorträge

Vorsitz: H. Lippert *Magdeburg*

K. P. Thon *Stuttgart*

Freitag, 2. Oktober 2009

10:00 – 11:30

Endoskopie

Diagnostik und Therapie von Gallengangsstenosen

Vorsitz: P. N. Meier *Hannover*
T. Zöpf *Düsseldorf*

Helfen Endosonographie und intraduktualer
Ultraschall weiter zur Differenzierung von unklaren
Stenosen?

H. Seifert *Oldenburg*

Spyglass, neue Cholangioskope zur besseren
Diagnostik

A. Seelhoff *Düsseldorf*

Therapie von benignen Gallengangsstenosen nach
Lebertransplantationen

P. Sauer *Heidelberg*

Kriterien der Resektabilität bei malignen Gallen-
gangsstenosen

H. Witzigmann *Dresden*

Palliative endoskopische Therapie:
Update neuer Stents

H. J. Schulz *Berlin*

Stellenwert der photodynamischen Therapie

G. Schachschal *Hamburg*

10:00 – 11:30

Endoskopie

Endoskopie bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Vorsitz: R. Kießlich *Mainz*
T. Lingenfelser *Hamburg*

NBI Technologie zur Überwachung bei Patienten mit
langjähriger Colitis ulcerosa: Pflicht oder Kür?

L. Leifeld *Köln*

Freitag, 2. Oktober 2009

Ist die endoskopische Diagnostik auf zellulärer Ebene für die Routine machbar?

R. Kießlich *Mainz*

Stellenwert der Chromoendoskopie in der Detektion von intraepithelialen Neoplasien bei Colitis ulcerosa

M. Götz *Mainz*

Endoskopische Mukosaresektion von flachen Neoplasien bei Patienten mit Colitis ulcerosa oder doch Operation?

M. Jung *Mainz*

Endoskopische Therapie von Strikturen bei Morbus Crohn: Indikationen und Limitationen

F. Graepler *Tübingen*

10:00 – 11:00

BVGD-Forum 2: Qualitätsindikatoren medizinischer Versorgung zur Lenkung von Patientenströmen

Vorsitz: M. L. Hermans *Euskirchen*
A. Morgner *Dresden*

im Anschluss:

11:00 – 11:30

Mitgliederversammlung BVGD

11:45 – 12:15

Gastroenterologie

Ismar Boas Lecture

Vorsitz: H. Koop *Berlin*

Understanding and treating functional bowel disease: today and tomorrow

J. Tack *Leuven, Belgien*

Freitag, 2. Oktober 2009

11:45 – 12:15

Mitgliederversammlungen
CAOP, CAT, CAO-V, CAES, CA-LGP

12:30 – 13:30

Posterbegehung

15:00 – 16:30

Interdisziplinär

Proktologie - interdisziplinär

Vorsitz: C. Pehl *Vilsbiburg*
B. Rau *Berlin*

Analfissur: Konservative Therapie

C. Benecke *Berlin*

Analfissur: Operative Therapie

W. U. Heitland *München*

Perianalthrombosen und Marisken:
Was ist die optimale Therapie?

M. Schmidt-Lauber *Oldenburg*

Vorgehen bei Analfisteln

E. Berg *Recklinghausen*

Therapiekonzepte bei Hämorrhoiden

A. Herold *Mannheim*

15:00 – 16:30

Interdisziplinär

Magenkarzinom

Vorsitz: B. L. D. M. Brücher *Tübingen*
M. Heike *Dortmund*

Welche diagnostischen Maßnahmen sind notwendig?

M. Scheurle *Würzburg*

Neoadjuvante Therapie: Bei wem?

M. Ebert *München*

Freitag, 2. Oktober 2009

Ist eine limitierte operative Therapie beim alten Patienten zu vertreten?

A. Sendler *Herne*

Indikation zur Stent-Implantation bei Stenosen

K. Caca *Ludwigsburg*

Wann ist eine chirurgische Therapie mit palliativem Ansatz sinnvoll?

W. Timmermann *Hagen*

Gibt es eine sequenzielle Chemotherapie beim fortgeschrittenen Magenkarzinom?

M. Möhler *Mainz*

15:00 – 16:30

Chirurgie

Allgemeinchirurgie: Definition und Weiterbildungsinhalte

Vorsitz: H. Bauer *Berlin*

H. J. Buhr *Berlin*

Allgemeine versus Allgemeinchirurgie

J. O. Jost *Bielefeld*

Weiterbildungsinhalte

M. W. Bächler *Heidelberg*

Schnittmengen und klinische Realität

A. Richter *Hildesheim*

Round table Diskussion

Freitag, 2. Oktober 2009

15:00 – 16:30

Chirurgie

CAEK: Neuroendokrine Tumoren

Vorsitz: T. Steinmüller *Berlin*
B. Wiedenmann *Berlin*

Resektionsausmaß bei foregut-Tumoren

D. Bartsch *Marburg*

Resektionsausmaß bei midgut-Tumoren

P. Goretzki *Neuss*

Resektionsausmaß bei hindgut-Tumoren

N. C. Nüssler *München*

Vorgehen bei Lebermetastasen

T. Steinmüller *Berlin*

Ist die Resektion des Primärtumors bei multiplen Fernmetastasen sinnvoll?

M. Pavel *Berlin*

Vorgehen bei unbekanntem Primarius

M. M. Weber *Mainz*

15:00 – 16:30

Chirurgie

CAO-V: Gallengangskarzinome

Vorsitz: B. Nashan *Hamburg*
H. Witzigmann *Dresden*

Neue Aspekte der TNM-Klassifikation von intra- und extrahepatischen Cholangiokarzinomen

C. Wittekind *Leipzig*

Endoskopische Diagnostik und Therapie

T. Zöpfl *Düsseldorf*

Chemotherapie bei Gallengangskarzinomen:
Was gibt es Neues?

S. Kubicka *Hannover*

Freitag, 2. Oktober 2009

Chirurgische Therapie: Leberresektion

H. Lang *Mainz*

Chirurgische Therapie: Lebertransplantation

S. Jonas *Leipzig*

15:00 – 16:30

Chirurgie

CACP: Freie Vorträge

Vorsitz: A. Fürst *Regensburg*

N. Runkel *Villingen-Schwenningen*

15:00 – 16:30

Gastroenterologie

Diagnostik funktioneller Magendarmerkrankungen (DGVS, AG Neurogastroenterologie)

Vorsitz: G. Holtmann *Essen*

M. Schemann *Freising*

Scores Rom I to Rom III - Progress or Conceptual
Dead-End Street?

J. Tack *Leuven, Belgien*

Messung der Magenentleerung: Pro und contra

I. van der Voort *Berlin*

Ist der Ausschluss einer Kohlehydratmalabsorption
obligat notwendig?

M. Karaus *Göttingen*

Rolle der bakteriellen Fehlbesiedlung

P. Layer *Hamburg*

15:00 – 16:30

Gastroenterologie

Leitlinien: Eine kritische Analyse

Vorsitz: W. E. Fleig *Leipzig*

W. D. Ludwig *Berlin*

Fehlende oder wenig hochkarätige Evidenz:
Eminenz-basierte Empfehlungen durch die
Hintertür?

P. von Wichert *Hamburg*

Freitag, 2. Oktober 2009

State-of-the-art-lecture: How evidence-based is endoscopical practice or do Cochrane reviews impact endoscopic decisions?

Y. Falck-Ytter *Cleveland, USA*

Das Rad ständig neu erfinden:
Die Parallelität der Leitlinienentwicklung

W. D. Ludwig *Berlin*

Wie verändert das GRADE-System die Aussage der Leitlinien?

J. C. Hoffmann, *Ludwigshafen*

15:00 – 16:30

Gastroenterologie

Chronische Hepatitis C

Vorsitz: G. Gerken *Essen*

S. Zeuzem *Frankfurt*

Standardtherapie gemäß Leitlinie

T. Berg *Berlin*

Der psychiatrische Patient mit HCV:
Therapieverzicht, Antidepressiva oder was sonst?

H. E. Wasmuth *Aachen*

Strategien bei Therapieversagern

C. Sarrazin *Frankfurt*

Wechselwirkungen von hepatischer Eisenbeladung
und Entzündung

C. Niederau *Oberhausen*

Therapie bei Kindern: Wann, wie?

S. Wirth *Wuppertal*

Stellenwert neuer Medikamente

T. Goeser *Köln*

Freitag, 2. Oktober 2009

15:00 – 16:30

Gastroenterologie

Pankreaskarzinom (DGVS, AGIO)

Vorsitz: G. Adler *Ulm*
H. Friess *München*

Chronische Pankreatitis und Pankreaskarzinom:
Wie unterscheiden?

V. Ellenrieder *Marburg*

Diagnostik: Labor - Bildgebung - Punktion

K. Schlottmann *Unna*

Palliative Resektion: Was bringt sie?

J. R. Izbicki *Hamburg*

Algorithmus der palliativen Chemotherapie

F. Kullmann *Weiden*

Duodenalstenosen: Gastroenterostomie oder Stent?

F. Graepler *Tübingen*

15:00 – 16:30

Gastroenterologie

Immunmodulatoren in der CED-Therapie (DGVS, AG DANCED)

Vorsitz: M. Reinshagen *Braunschweig*
B. Siegmund *Berlin*

Früh und intensiv: Step-down

S. Schreiber *Kiel*

Reserve, wenn Alternativen ausgeschöpft: Step-up

K. Herrlinger *Stuttgart*

Sind alle TNF α -Antagonisten gleich?

A. Stallmach *Jena*

Vorgehen bei Versagen der TNF α -Therapie

B. Siegmund *Berlin*

Freitag, 2. Oktober 2009

Gibt es andere geeignete Targets als TNF α ?

M. F. Neurath *Mainz*

Potente Immunsuppressiva versus Biologicals

A. Dignaß *Frankfurt*

15:00 – 16:30

Gastroenterologie

Folgen rheumatischer Erkrankungen am Gastrointestinaltrakt

Vorsitz: T. Andus *Stuttgart*

M. Gregor *Tübingen*

Gastrointestinale Symptome bei entzündlichen
Gelenkerkrankungen

A. Krause *Berlin*

Motilitätsstörungen: (Wann) soll man danach
suchen? Wie therapieren?

C. Fibbe *Hamburg*

Amyloidose: Wie häufig? Wie diagnostizieren?
Wie therapieren?

H. Schmidt *Münster*

Rheuma und Leber: Eine vielschichtige Beziehung

C. Schramm *Hamburg*

Das Intestinum bei systemischer Vaskulitis

F. Moosig *Bad Bramstedt*

Freitag, 2. Oktober 2009

15:00 – 16:30

Gastroenterologie

**Symposium Stiftung Lebensblicke:
Darmkrebsprävention im Verfahrenvergleich der
Screeningkoloskopie mit immunologischen und
chemischen Stuhltests**

Vorsitz: J. F. Riemann *Ludwigshafen*

Verschiedene Stuhltests im Direktvergleich mit dem Standard Hämokult Test – eine Studie des Vereins Düsseldorf gegen Darmkrebs e.V.

G. Möslein *Bochum*

Stellenwert von Stuhltests auf okkultes Blut im Vergleich mit der Endoskopie

T. Heintges *Neuss*

Gibt es Alternativen zum Nachweis von okkultem Blut? Was bringt die Zukunft?

J. M. Stein *Frankfurt*

Evaluation neuer Blut- und Stuhltests im Zielkollektiv der Darmkrebsfrüherkennung: Die BLITZ-Studie

H. Brenner *Heidelberg*

Goldstandard Koloskopie – welche Alternativen gibt es aus heutiger Sicht?

A. Sieg *Heidelberg*

Was spricht für den immunologischen Test: Ergänzung oder Alternative zur Screeningkoloskopie?

G. Brenner *Königswinter*

Round Table Diskussion

Freitag, 2. Oktober 2009

15:00 – 16:30

Endoskopie

Endoskopie unter Notfallbedingungen

Vorsitz: C. A. Benz *Köln*
C. Scheurlen *Bonn*

Obere gastrointestinale Blutung: Welche Sedierung?
Antibiotika? PPI sinnvoll?

T. Wehrmann *Wiesbaden*

Management der Cholangiosepsis bei
multimorbiden Patienten

P. N. Meier *Hannover*

Arterielle Papillenblutung nach Sphinkterotomie

A. Riphaut *Hannover*

Ileus durch Kolonkarzinom:
Bridging oder Anus praeter?

K. E. Grund *Tübingen*

Perforation nach endoskopischen Eingriffen:
Wann konservative Therapie? Wann Operation?

A. Meining *München*

17:00 – 18:00

Interdisziplinär

Intrahepatische Cholestase

Vorsitz: M. P. Manns *Hannover*
R. Viebahn *Bochum*

Optimale Therapieansätze 2009 beim
Caroli-Syndrom

H. J. Schlitt *Regensburg*

Primär sklerosierende Cholangitis

J. Wedemeyer *Hannover*

Klatskin-Tumor

H. Lang *Mainz*

Intrahepatische Lithiasis

H. Neuhaus *Düsseldorf*

Freitag, 2. Oktober 2009

17:00 – 18:00

Interdisziplinär

Mesenteriale Durchblutungsstörungen

Vorsitz: U. R. Fölsch *Heikendorf*
W. Hiller *Detmold*

Diagnostik - wann und wie?

H. J. Lübke *Berlin*

H. J. Brambs *Ulm*

Akute mesenteriale Ischämie - immer Operation?

J. Klempnauer *Hannover*

Ischämische Colitis - wie lange darf man warten?

W. Kruis *Köln*

Non-okklusive Ischämie - wie erkennen,
wie therapieren?

G. Lock *Hamburg*

17:00 – 18:00

Interdisziplinär

Komplikationen der Antirefluxchirurgie

Vorsitz: F. Hagenmüller *Hamburg*
K. W. Henneking *Bayreuth*

Dysphagie und Gas Bloat:

Postoperative Folge oder präoperativ übersehen?

S. A. Müller-Lissner *Berlin*

Vagusläsionen nach Fundoplicatio: Was tun?

C. Gutt *Heidelberg*

Rezidiv nach Antirefluxchirurgie:

Reoperation oder konservative Therapie?

K. H. Fuchs *Frankfurt*

Freitag, 2. Oktober 2009

17:00 – 18:00

Gastroenterologie

**Extraintestinale Manifestation der Refluxkrankheit:
Fakten und Fiktion
(DGVS, GPGE)**

Vorsitz: D. Jaspersen *Fulda*
W. Voderholzer *Berlin*

Reflux-induziertes Asthma: Gibt es das?

A. Leodolter *Siegen*

Husten und posteriore Laryngitis unklarer Genese:
Reflux der neue Renner?

S. Miehle *Dresden*

Schlafstörungen: Wie oft ist es Reflux?

K. Mönkemüller *Magdeburg*

Extraintestinale Manifestationen beim Kind

S. Koletzko *München*

17:00 – 18:00

Gastroenterologie

**Prä-maligne und maligne Erkrankungen des Anus und
Analkanals
(DGVS, Kommission Proktologie)**

Vorsitz: F. Hartmann *Frankfurt*
M. Sailer *Hamburg*

Anorektale Condylome

V. Wienert *Aachen*

Anale Intraepitheliale Neoplasie (AIN) und andere
prä-maligne anale Erkrankungen

J. Jongen *Kiel*

Basalzellkarzinom, Morbus Paget, Melanom

C. Breitkopf *Münster*

Analrand- und Analkanalkarzinom

A. Fürst *Regensburg*

Freitag, 2. Oktober 2009

17:00 – 18:00

Gastroenterologie

**Funktionelle Magendarm Erkrankungen:
Eingebildete oder erklärbare Krankheiten?
(DGVS, AG Neurogastroenterologie)**

Vorsitz: J. F. Erckenbrecht *Düsseldorf*
C. Pehl *Vilsbiburg*

Brain-Gut-Achse - Was ist Henne und was Ei?

H. Mönnikes *Berlin*

Entzündung - Ursache oder Ausschlusskriterium?

M. Schemann *Freising*

Neurotransmitter - Symptomursache oder
Therapieziel?

T. Frieling *Krefeld*

Störung der Darmflora - Realität oder
Weltanschauung?

H. Krammer *Mannheim*

17:00 – 18:00

Gastroenterologie

Hepatitis B / Autoimmunhepatitis

Vorsitz: F. Lammert *Homburg*
A. Lohse *Hamburg*

HBV-Serologie, HBV-DNA, Genotyp,
HBV-Mutationen: Was brauche ich wann?

H. C. Spangenberg *Freiburg*

Therapie der Hepatitis B: Wann Interferon?
Wann (welche) Virustatika?

M. Cornberg *Hannover*

Autoimmunhepatitis: Diagnostik

E. Hennes *Hamburg*

Autoimmunhepatitis:
Welche Therapie und wie lange?

P. R. Galle *Mainz*

Freitag, 2. Oktober 2009

17:00 – 18:00

Freie Vorträge DGVS

Gastroenterologie

17:00 – 18:00

CAMIC: Wurde die Cholecystektomie neu erfunden?

Chirurgie

Vorsitz: R. Bittner *Stuttgart*
A. Stier *Erfurt*

Was ist heute Standard der Cholecystektomie
in Deutschland?

E. Kraas *Berlin*

Gibt es noch Indikationen für den konventionellen
offenen Zugang?

K. Dommisch *Schwerin*

Transvaginale Cholecystektomie aus der Sicht
des Gynäkologen

H. R. Tinneberg *Gießen*

Single Port Cholecystektomie

R. Raakow *Berlin*

Wohin geht die Entwicklung?

A. Emmermann *Hamburg*

17:00 – 18:00

CAO-V: Ductales Pankreaskarzinom

Chirurgie

Vorsitz: E. Klar *Rostock*
S. Timm *Mainz*

Aktueller Stand der chirurgischen Therapie
beim Pankreaskarzinom

M. W. Büchler *Heidelberg*

Gibt es eine Indikation für die chirurgische
Therapie beim metastasierten Karzinom und
beim Rezidivtumor?

J. R. Izbicki *Hamburg*

Freitag, 2. Oktober 2009

Neoadjuvante und adjuvante Therapiekonzepte:
Was gibt es Neues?

J. Weitz *Heidelberg*

Zukunftskonzepte in der Behandlung des
Pankreaskarzinoms

U. T. Hopt *Freiburg*

17:00 – 18:00

Chirurgie

CAES: Freie Vorträge

Vorsitz: G. Bueß *Tübingen*
H. Schäfer *Köln*

17:00 – 18:00

Endoskopie

Endoskopischer Ultraschall und seine Bedeutung in der gastroenterologischen Diagnostik

Vorsitz: S. Hollerbach *Celle*
C. Jürgensen *Chemnitz*

Hat die Elastographie eine Bedeutung in der
Tumordiagnostik?

C. F. Dietrich *Bad Mergentheim*

Wertigkeit des endosonographischen Stagings bei
Patienten mit Pankreaskarzinom

E. Burmester *Lübeck*

Macht ein endosonographisches Staging bei
Ösophagus-Frühkarzinomen noch Sinn?

A. May *Wiesbaden*

Endosonographisch gesteuerte Feinnadelpunktion:
Indikation, Ergebnisse

S. Faiss *Hamburg*

17:00 – 18:00

BVGD-Forum 3: Darmkrebsscreening versus Schnittbildgebende Verfahren

Vorsitz: R. Arnold *München*
J. F. Riemann *Ludwigshafen*

Samstag, 3. Oktober 2009

09:00 – 12:30

Viszeralmedizin kompakt für den Allgemeinmediziner: Vom Symptom zur Diagnose / Vom Befund zur Diagnose

Vom Symptom zur Diagnose

Vorsitz: J. Mössner *Leipzig*
G. Winde *Herford*

Sodbrennen und Dyspepsie

I. Koop *Hamburg*

Dysphagie und Globusgefühl

H. J. Lübke *Berlin*

Obstipation und Blähungen

H. Mönnikes *Berlin*

Durchfall: Vom Norovirus bis zum Reizdarm

G. Holtmann *Essen*

Pruritus ani

P. Prohm *Wuppertal*

Rezidivierender rechtsseitiger Unterbauchschmerz

M. Betzler *Essen*

Pause

Vom Befund zur Diagnose

Vorsitz: P. R. Galle *Mainz*
J. Jähne *Hannover*

Pathologische Laborwerte ohne Symptome
(Leberwerte, Pankreasenzyme, Tumormarker)

C. Niederau *Oberhausen*

Niedrige Elastase im Stuhl

A. Holstege *Landshut*

Divertikulose

W. Schwenk *Hamburg*

Samstag, 3. Oktober 2009

Blut im Stuhl

W. Schepp *München*

Asymptomatische Gallensteine / Gallenblasenpolypen

U. Hesse *Stuttgart*

09:00 – 10:30

Gastroenterologie

Neue Leitlinien

Vorsitz: W. E. Fleig *Leipzig*
E. Roeb *Gießen*

Hepatitis C

C. Sarrazin *Frankfurt*

Helicobacter pylori

W. Fischbach *Aschaffenburg*

Reizdarmsyndrom

P. Layer *Hamburg*

09:00 – 10:30

Gastroenterologie

Update Gastroenterologie 2009

Vorsitz: F. Hartmann *Frankfurt*
M. P. Manns *Hannover*

Ulkus und Magenkarzinom

J. Labenz *Siegen*

Leberzirrhose

T. Sauerbruch *Bonn*

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

M. Zeitz *Berlin*

Endoskopie

H. Messmann *Augsburg*

Samstag, 3. Oktober 2009

09:00 – 10:30

Chirurgie

How I do it? Videopräsentationen

Vorsitz: H. D. Saeger *Dresden*
V. Schumpelick *Aachen*

Rechtsthorakale en-bloc Ösophagektomie

H. J. Stein *Nürnberg*

Pyloruserhaltende Pankreaskopfresektion

H. Friess *München*

Erweiterte Hemihepatektomie rechts

A. Paul *Essen*

Resektion von Hepatikusgabeltumoren

H. J. Schlitt *Regensburg*

Laparoskopisch assistierte anteriore
Rektumresektion

C. T. Germer *Würzburg*

09:00 – 10:30

Endoskopie

Videos anhand konkreter Fragestellungen

Vorsitz: C. Ell *Wiesbaden*
F. Hagenmüller *Hamburg*

Management von Anastomosenleckagen

J. Wedemeyer *Hannover*

Schwierige Papillotomie

M. Maier *Püttlingen*

Schwierige Gallengangssteine

A. Eickhoff *Hamburg*

Dünndarminterventionen

C. A. Benz *Köln*

Pankreasnekrosen / Abszessdrainagen

S. Faiss *Hamburg*

Ablationsverfahren beim Barrett-Ösophagus
(EMR, ESD, BARRX)

A. Seelhoff *Düsseldorf*

Samstag, 3. Oktober 2009

Klatskin-Tumore:
Stenting, photodynamische Therapie
G. Schachschal *Hamburg*

11:00 – 12:30

Interdisziplinär

Gelebte viszeralmedizinische Kooperation

Vorsitz: H. Koop *Berlin*
H. J. Meyer *Solingen*
B. Schumacher *Düsseldorf*

Chronische Pankreatitis: Wie lange konservative
bzw. interventionell-endoskopische Therapie?

H. Neuhaus *Düsseldorf*

Chronische Pankreatitis: Patientenselektion für
optimale Ergebnisse der chirurgischen Therapie

J. R. Izbicki *Hamburg*

Metastasiertes nicht-stenosierendes kolorektales
Karzinom: Pro primäre palliative Chemotherapie
ohne Operation

W. Schmiegel *Bochum*

Metastasiertes nicht-stenosierendes kolorektales
Karzinom: Pro Operation mit konsekutiver palliativer
Chemotherapie

H. P. Bruch *Lübeck*

Management von Perforationen im Gastrointestinal-
trakt: Wann konservative und wann interventionell-
endoskopische Therapie?

R. Jakobs *Ludwigshafen*

Management von Perforationen im Gastrointestinal-
trakt: Indikation zur chirurgischen Therapie

C. T. Germer *Würzburg*

12:30 – 13:00

Interdisziplinär

**Verabschiedung, Posterpreisverleihung,
Einladung Stuttgart 2010**

Samstag, 03. Oktober 2009

09:00 – 13:00 **Arzt-Patienten-Seminar Deutsche Pankreashilfe e.V.**

09:00 – 14:00 **Arzt-Patienten-Seminar DCCV**

14:00 – 16:30 **20 Jahre Gastro-Liga
„Wer nicht vorsorgt, hat das Nachsehen“
Gesundheitsforum – Rundtischgespräch und
Themenforen**

14:00 **Rundtischgespräch:
Wer nicht vorsorgt, hat das Nachsehen. Wer ist
betroffen? Was steht zur Verfügung? Wer zahlt?**

Moderation: P. Voß *Baden-Baden*
Schirmherr der Gastro-Liga

15:00 **Themenforen**

Forum I:
Rund um die Symptome Durchfall,
Blähungen, Verstopfung

Moderation: G. Holtmann *Essen*
M. Strauch *Neubiberg/München*

Forum II:
Sodbrennen und Konsorten

Moderation: W. Fischbach *Aschaffenburg*
P. Layer *Hamburg*

Forum III:
„Erhöhte Leberwerte“ – was nun?

Moderation: P. Galle *Mainz*
M.P. Manns *Hannover*

38. KONGRESS FÜR ENDOSKOPIE- PFLEGE- UND ASSISTENZPERSONAL DER DEGEA

Deutsche Gesellschaft für



Freitag, 2. Oktober 2009

Aktuelles zur Hygiene in der Endoskopie

Hilfe – ein infektiöser Patient!

Bedeutung der Validierung maschineller
Reinigungs- und Desinfektionsprozesse zur
Aufbereitung flexibler Endoskope – wer muss die
Prüfungen durchführen?

Medizinproduktegesetz – praktische Umsetzung
für Kliniken und Praxen

Brennpunkte - Management & Berufspolitik

Der ungelöste Fall: Die Gleichstellung von
Endoskopiefach/-pflegepersonal und OP/Intensiv-
pflegepersonal mit Fachweiterbildung

Perspektiven für Endoskopiefachpersonal -
Möglichkeiten und Grenzen der Übertragung von
medizinischen Aufgaben an Endoskopiefachpersonal

Umsetzung der S-3 Leitlinie zur Sedierung in der
Endoskopie

- Welche Kernaussagen sind für Pflege und Assistenz wichtig?
- Neue Herausforderungen in der Personaleinsatzplanung
- Beispiele der praktischen Umsetzung

Der besondere Fall

Myotomie des Zenkerdivertikels –
welche Techniken sind hilfreich?

Stententfernung – leichter gesagt als getan

Der eingeklemmte Gallengangsstein

Industrieforum: Neue Entwicklungen und Trends

Hersteller präsentieren neue Entwicklungen und
Trends im Bereich der Endoskopie, des Zusatz-
instrumentariums

Die PEG – Medizinische Notwendigkeit und ethisches Dilemma?

Die medizinischen Optionen und Grenzen

Wie sinnvoll und bindend sind Patientenverfü-
gungen? Was ist zu beachten?

Ethisch-christliche Verantwortung

Samstag, 3. Oktober 2009

4 parallel laufende Workshops zu folgenden praxis- relevanten Themen:

DEGEA-Workshop 1:
Hygiene-Coaching in der Endoskopie

DEGEA-Workshop 2:
ERCP

DEGEA-Workshop 3:
Kapsel Endoskopie

DEGEA-Workshop 4:
CED-Patienten in Klinik und Praxis

**Das ausführliche Vorprogramm und weitere Informationen
werden ab Mai 2009 auf der DEGEA-Webseite zu finden sein:
www.degea.de**

Donnerstag, 1. Oktober 2009

- 12:00 – 12:45 **DGVS-Mitgliederversammlung**
- 12:15 – 12:45 **Mitgliederversammlungen der Arbeitsgemeinschaften der DGAV**
- CACP
 - CAMIC
 - CAADIP
 - CA-OGI

Freitag, 2. Oktober 2009

- 11:30 – 12:00 **BVGD-Mitgliederversammlung**
- 11:45 – 12:15 **Mitgliederversammlungen der Arbeitsgemeinschaften der DGAV**
- CAOP
 - CAT
 - CAO-V
 - CAES
 - CA-LGP

Donnerstag, 1. Oktober 2009

- 13:45 – 14:45 **Therapie chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen heute und morgen**
Abbott GmbH & Co. KG
- 13:45 – 14:45 **Diagnostik von Lebererkrankungen mit Kontrastmittel**
Bayer Vital GmbH
- 13:45 – 14:45 **Wie kontrovers ist die moderne HBV-Therapie**
Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA
- 13:45 – 14:45 **Kosten-Nutzeneffizienz in der CED-Therapie**
Ferring Arzneimittel GmbH
- 13:45 – 14:45 **„EndoCAMEleon“ –
Neue Sicht bei minimal-invasiven Eingriffen**
Karl Storz GmbH & Co. KG
- 13:45 – 14:45 **Leberzirrhose:
Wehrlos in die Enzephalopathie torkeln?
HE: Krankheitsbild - Pathologie – Therapie**
Norgine GmbH
- 13:45 – 14:45 **Satellitensymposium der**
Nycomed Deutschland GmbH / Abbott GmbH & Co. KG
- 13:45 – 14:45 **Aktuelle therapeutische Aspekte der GI-Tumore**
Roche Pharma AG
- 13:45 – 14:45 **Leitliniengerechte Therapie der Virushepatitis**
Roche Pharma AG
-
- 18:30 – 20:00 **Satellitensymposium der**
Eisai GmbH
- 18:30 – 20:00 **Neue Wege in Diagnostik und Therapiekontrolle
chronisch entzündlicher Darmerkrankungen**
Immundiagnostik AG
Co-Veranstalter: Essex Pharma GmbH
-

Freitag, 2. Oktober 2009

- 13:45 – 14:45 **Endokavitäre Vakuumtherapie von Anastomosen-
insuffizienzen**
BBD Aesculap GmbH
- 13:45 – 14:45 **Perspektiven der Kontrastmittel-Sonographie in der
Viszeralmedizin**
Bracco Imaging Deutschland GmbH
- 13:45 – 14:45 **Anti TNF α Therapie – wer, wie, wann und wie lang?**
Essex Pharma GmbH
- 13:45 – 14:45 **Hepatitis C – Auf den Punkt gebracht**
Essex Pharma GmbH
- 13:45 – 14:45 **Therapie der chronischen Hepatitis B – ist die Partie
gewonnen?**
GILEAD Sciences GmbH
- 13:45 – 14:45 **Meet the Experts - Endoskopie Backstage**
Karl Storz GmbH & Co. KG
- 13:45 – 14:45 **Koloskopie 2009 - Hot Topics**
Norgine GmbH
- 13:45 – 14:45 **CED, Eisenmangel und Anämie – Was der Gastro-
enterologe wissen muß**
Vifor Deutschland GmbH
-

DGVS

Ösophagus und Magen

PD Dr. Esther Endlicher *Regensburg*
Prof. Dr. med. Frank Kullmann *Weiden*
PD Dr. med. Markus Menges *Schwäbisch Hall*
PD Dr. med. Klaus Mönkemüller *Magdeburg*
Prof. Dr. med. Siegfried Wagner *Deggendorf*

Dünndarm und Dickdarm

PD Dr. med. Britta Siegmund *Berlin*
PD Dr. med. Elke Cario *Essen*
PD Dr. med. Martin H. Holtmann *Mainz*
PD Dr. med. Florian Obermeier *Regensburg*
PD Dr. med. Andreas Sturm *Berlin*

Pankreas

Prof. Dr. med. Julia Mayerle *Greifswald*
PD Dr. med. Moritz Wente *Heidelberg*
PD Dr. med. Claus Schäfer *München*
Dr. med. Alexander Schneider *Mannheim*
Dr. med. Jens Siveke *München*

Leber und Galle

Prof. Dr. med. Christoph Sarrazin *Frankfurt*
Prof. Dr. med. Helmut Diepolder *München*
PD Dr. med. Claus Hellerbrand *Regensburg*
PD Dr. med. Hermann Elard Wasmuth *Aachen*
PD Dr. med. Heiner Wedemeyer *Hannover*

Gastroenterologische Onkologie

Prof. Dr. med. Tim Greten *Hannover*
Prof. Dr. med. Wolfgang Fischbach *Aschaffenburg*
Prof. Dr. med. Ulrich M. Lauer *Tübingen*
PD Dr. med. Anke Reinacher-Schick *Bochum*
PD Dr. med. Jörg Trojan *Frankfurt*

Neurogastroenterologie und Motilität

Dr. med. Jutta Keller *Hamburg*
Prof. Dr. med. Thomas Frieling *Krefeld*
PD Dr. med. Christian Pehl *Vilsbiburg*
PD Dr. med. Jörg Schirra *München*
PD Dr. med. Johannes J. Tebbe *Marburg*

Stoffwechsel, Ernährung und gastroenterologische Endokrinologie

PD Dr. med. Robert Ehehalt *Heidelberg*
PD Dr. med. Christoph Dietrich *Aschaffenburg*
PD Dr. Sebastian Mueller *Heidelberg*
PD Dr. med. Matthias Pirllich *Berlin*
PD Dr. med. Jörg Schirra *München*

Endoskopie

PD Dr. med. Alexander Meining *München*
Prof. Dr. med. Karel Caca *Ludwigsburg*
Prof. Dr. med. Stephan Hollerbach *Celle*
PD Dr. med. Dieter Schilling *Mannheim*
Prof. Dr. med. Stefan Seewald *Hamburg*

Ultraschall und andere schnittbildgebende Verfahren

Dr. med. Ana-Paula Barreiros *Mainz*
Prof. Dr. med. Dirk Becker *Eckernförde*
Prof. Dr. med. C. F. Dietrich *Bad Mergentheim*
Prof. Dr. med. Lucas Greiner *Wuppertal*
PD Dr. med. Deike Strobel *Erlangen*

Klinische Praxis und Versorgungsforschung

Dr. med. Bernd Bokemeyer *Minden*
Dr. med. Dietrich Hüppe *Herne*
Prof. Dr. med. Thorsten Pohle *Herford*
PD Dr. med. Christoph Schmidt *Bonn*
PD Dr. med. Frank Schmitz *Hildesheim*

DGAV

Leber-, Galle- und Pankreaserkrankungen

Prof. Dr. med. Ulrich T. Hopt *Freiburg*

Colo-Proktologie

Prof. Dr. med. Marco Sailer *Hamburg*

Endokrinologie

Prof. Dr. med. Thomas Musholt *Mainz*

Endoskopie und Sonographie

Prof. Dr. med. Norbert Senninger *Münster*

Minimal Invasive Chirurgie

Prof. Dr. med. Martin Strik *Berlin*

Transplantationschirurgie

Prof. Dr. med. Jürgen Klempnauer *Hannover*

Onkologie

Prof. Dr. med. Hauke Lang *Mainz*

OP- und Instrumententechnik

Prof. Dr. med. Michael H. Schönberg *München*

Adipositas therapie

Prof. Dr. med. Rudolf A. Weiner *Frankfurt*

Mittwoch, 30. September 2009

ab 18:15

Get Together in den Foyers des CCH

Direkt im Anschluss an das Kongressprogramm findet in den Foyers des CCH ein Empfang statt, zu dem alle Teilnehmer und Begleitpersonen herzlich eingeladen sind. Bei schönem Wetter wird der großzügige Dachgarten mit einbezogen.

Nutzen Sie die Gelegenheit für interessante Gespräche und zum Knüpfen neuer Kontakte!

Das Tagungsbüro wird während des Empfangs geöffnet sein, so dass Registrierungsunterlagen im Voraus abgeholt werden können.

Freitag, 2. Oktober 2009

ab 07:00

GASTRO – Lauf

Nach der positiven Resonanz in den Vorjahren wird auch während der 64. Jahrestagung der DGVS in Hamburg wieder ein GASTRO-Lauf stattfinden.

Wir möchten Sie herzlichst dazu einladen!

Am Freitag, den 2. Oktober, wird der Start um 07:15 Uhr erfolgen. Der genaue Ort in unmittelbarer Nähe des CCH wird noch bekanntgegeben. Die Strecke wird ca. 5 bis 6 km betragen. Die genauen Details zum Ablauf des GASTRO-Laufes erhalten alle angemeldeten Teilnehmer ca. 2 Wochen vor der Veranstaltung.

Bitte melden Sie sich im Rahmen der Kongressregistrierung über Internet oder per Fax an.

Freitag, 2. Oktober 2009

ab 20:00

DGVS & DGAV Party im Kultur- und Gewerbespeicher



Bildquelle: © Nord Event

Die Speicherstadt ist das historische Zentrum des Hamburger Hafens. Noch heute steht hier der weltweit größte zusammenhängende Speicherhaus-Komplex der Welt. Erleben Sie einen stimmungsvollen Abend hinter den historischen Fassaden des Kultur- und Gewerbespeichers und lassen Sie sich entführen in ein Ambiente eindrucksvoller, hanseatischer Kaufmannstradition.

Genießen Sie den Abend bei guten Gesprächen und maritimen Flair oder schwingen Sie in der oberen Etage das Tanzbein, bis die alten Dielenbretter knarren. Für das leibliche Wohl ist bestens gesorgt.

Chefärzte, Oberärzte, niedergelassene Ärzte und Begleitpersonen	50,- € inkl. 19% USt
Assistenzärzte, Pflegepersonal, Studenten	30,- € inkl. 19% USt

Donnerstag, 1. Oktober 2009

Beginn: 09:00



Walking Tour: Hamburger Hummeltour

Bei dieser Stadtführung der besonderen Art erfahren Sie nicht nur Wissenswertes über Hamburg, sondern erleben die Stadt auf witzige und charmante Weise. Der Gästeführer und Schauspieler Hans-Jürgen Scherf führt vorbei an den berühmten Sehenswürdigkeiten Jungfernstieg, Rathaus, Nikolaikirche, Hopfenmarkt, dem Hamburger Michel und vielem mehr und erzählt dabei spannende Begebenheiten aus der Geschichte Hamburgs. Die Tour endet in den Krameramtsstuben, wo Sie eingeladen sind, in geselliger Runde dieses Erlebnis zu beenden.

Bildquelle: © Hamburg Tourismus GmbH (HHT)

Treffpunkt	im CCH – an der Teilnehmerregistrierung zum Ausgangs- und vom Endpunkt der Hummeltour werden öffentliche Verkehrsmittel benutzt
Dauer	ca. 3 Stunden
Preis pro Person	25,- € inkl. 19% USt. (im Preis enthalten: Gästeführer ab/bis CCH)

Beginn: 13:00



Ausflug in die Hansestadt Lübeck

Die Tour führt nach Lübeck, der Hansestadt mit Europas größtem Fährhafen. Das Tor zur Ostsee wurde 1987 von der UNESCO zum Weltkulturerbe erklärt. Erkunden Sie diese charmante Stadt zusammen mit Ihrem Gästeführer, der Sie nicht nur zum Rathaus und den zahlreichen Kirchen führt, sondern Ihnen auch das Buddenbrookhaus sowie allerlei Gänge und Höfe der Altstadt zeigt. Das Buddenbrookhaus, in dem Thomas und Heinrich Mann aufwuchsen, beherbergt heute ein Heinrich-und-Thomas-Mann-Zentrum, welches Sie im Anschluss gerne besichtigen können.

Bildquelle: © Hansestadt Lübeck

Treffpunkt	im CCH – an der Teilnehmerregistrierung
Dauer	ca. 5 Stunden
Preis pro Person	44,- € inkl. 19% USt. (im Preis enthalten: Busfahrt ab/bis CCH, Gästeführer)

Freitag, 2. Oktober 2009

Beginn: 09:30



Spaziergang durch die Speicherstadt

Auf dieser Tour besichtigen Sie die berühmte historische Speicherstadt Hamburgs. Der weltgrößte zusammenhängende Lagerhauskomplex bietet den Besuchern eine Idylle, die man in einem Welthafen kaum vermutet. Hinter den Mauern der wilhelminischen Backsteingebäude aus der Gründerzeit lagern Waren in unschätzbaren Wert. Lassen Sie sich in den Bann dieser beeindruckenden Kulisse ziehen.

Bildquelle: © hamburg.de/Rebekka Matuschek

Treffpunkt	im CCH – an der Teilnehmerregistrierung
Dauer	ca. 3 Stunden
Preis pro Person	39,- € inkl. 19% USt. (im Preis enthalten: Busfahrt ab/bis CCH, Gästeführer)

Beginn: 14:30



Internationales Maritimes Museum Hamburg

Auf 10 Decks entdecken die Besucher eine Welt rund um das Thema Schifffahrt und Schiffbau. Los geht's auf Deck 1 mit den Entdeckern der Welt wie Christopher Kolumbus - auch die Piraten werden nicht vergessen. Weitere Themen des Museums sind Segelschiffe sowie der Schiffsbau, Handel und Marine und der Dienst auf See. Ein besonderes Highlight findet sich auf Deck 9, auf dem 36.000 Miniaturschiffsmodelle mit originalgetreuen Details ausgestellt sind.

Bildquelle: © Internationales Maritimes Museum Hamburg

Treffpunkt	im CCH – an der Teilnehmerregistrierung zum/vom Museum werden öffentliche Verkehrsmittel benutzt
Dauer	ca. 2,5 Stunden
Preis pro Person	23,- € inkl. 19% USt. (im Preis enthalten: Eintritt, Führung)

Anmeldung und Hotelreservierung zum Kongress

Anmeldung und Hotelreservierung können einfach und unkompliziert im Internet vorgenommen werden:

www.dgvs.de / www.dgav.de

oder faxen Sie das beiliegende Anmeldeformular an:

INTERPLAN

Congress, Meeting & Event Management AG

Albert-Rosshaupter-Straße 65
81369 München

Tel: +49 (0) 89. 54 82 34 62

Fax: +49 (0) 89. 54 82 34 43

E-Mail: viszeralmedizin@interplan.de

Kongressgebühren

Tagungsgebühren für die Jahrestagung der DGVS & DGAV

	Anmeldung bis 31. Juli 2009	Anmeldung ab 1. August 2009
Mitglieder der DGVS / DGAV	frei	frei
Nichtmitglieder	125,- €	155,- €
Assistenten (mit Bescheinigung der Klinik)	80,- €	95,- €
Studenten (Kopie des Ausweises beifügen)	15,- €	15,- €

Tageskarten werden ausschließlich vor Ort angeboten.

38. Kongress für Endoskopiepflege- und -Assistenzpersonal

	Anmeldung bis 31. Juli 2009	Anmeldung ab 1. August 2009
Mitglieder der DEGEA, DBFK, DPV, IVEPA, ALPE, SVEP/ASPE	35,- €	35,- €
Nichtmitglieder der o.g. Gesellschaften	45,- €	45,- €

Gebühren für Kurse

	Anmeldung bis 31. Juli 2009	Anmeldung ab 1. August 2009
Postgraduiertenkurse DGVS / DGAV		
Chefärzte, Oberärzte, niedergelassene Ärzte		
Mitglieder der DGVS / DGAV	110,- €	140,- €
Nichtmitglieder	125,- €	155,- €
Assistenten (mit Bescheinigung der Klinik)		
Mitglieder der DGVS / DGAV	60,- €	90,- €
Nichtmitglieder	70,- €	100,- €
Studenten (Kopie des Ausweises beifügen)	20,- €	25,- €
Laparoskopischer Nahtkurs (Teil I + II)		
Für alle Teilnehmer	50,- €	50,- €
Proktoskopiekurs		
am Mittwoch, 30.09.2009 13:30 – 17:30 Uhr	50,- €	50,- €
am Donnerstag, 01.10.2009 08:30 – 12:00 Uhr	50,- €	50,- €
Nahtkurs im European Surgical Institute		
Für alle Teilnehmer	50,- €	50,- €
Intensivkurs Proktologie		
Mitglieder der DGVS / DGAV	25,- €	25,- €
Nichtmitglieder	35,- €	35,- €
Viszeralmedizin kompakt für den Allgemeinmediziner		
Für alle Teilnehmer	40,- €	40,- €
Grundkurs Proktologie		
Veranstalter: BCD e.V.; die Teilnahmegebühren sind von der Umsatzsteuer befreit gemäß §4 Nr. 22 UStG.		
Für alle Teilnehmer	300,- €	300,- €

Gebühren für das Rahmenprogramm

Get Together in den Foyers des CCH	frei
DGVS & DGAV Party im Kultur- und Gewerbespeicher	
Chefärzte, Oberärzte, niedergelassene Ärzte, Begleitpersonen	50,- €
Assistenten, Pflegepersonal, Studenten	30,- €

Alle o.g. Gebühren enthalten 19% USt.

Anmeldebedingungen für den Kongress und alle zusätzlichen Programmpunkte

- » Anmeldungen müssen **grundsätzlich über die offiziellen Anmeldewege** (Internet oder Anmeldeformular) bei INTERPLAN eingehen. Bitte beachten Sie den **vereinfachten Anmeldeprozess für DGVS und DGAV-Mitglieder** über das Internet (www.dgvs.de / www.dgav.de)! Mitglieder können sich anhand Mitgliedsnummer und Nachnamen zur Kongressanmeldung einloggen.
- » Bitte geben Sie Ihre **vollständigen Kontaktdaten** an, sonst kann die Zustellung der Bestätigungsunterlagen nicht garantiert werden.
- » **Zahlungen können per Kreditkarte, Lastschriftverfahren oder mittels Banküberweisung** erfolgen. Bitte beachten Sie die in den Anmeldeunterlagen angegebenen Informationen dazu.
- » **Nach Eingang Ihrer Zahlung erhalten Sie eine schriftliche Bestätigung Ihrer Anmeldung.**
- » **Stornierungen** der Kongressteilnahme und zusätzlicher Buchungen (Kurse, Rahmenprogramm) können bis 15.09.2009 vorgenommen werden. Stornierungen müssen in schriftlicher Form an INTERPLAN gerichtet werden. Bei Stornierung bis 15.09.2009 werden bereits bezahlte Gebühren unter Abzug einer Bearbeitungsgebühr in Höhe von 20,- € rückerstattet. Nach diesem Termin können keine Gebühren mehr erstattet werden.
- » alle angegebenen Gebühren enthalten 19% USt.

Hotelbuchung

Die Buchung der Zimmer erfolgt über das Hotelbuchungsformular zum Kongress bzw. über unser Anmeldeformular im Internet unter: www.dgvs.de bzw. unter www.dgav.de. Bitte wählen Sie aus der folgenden Liste Ihr Wunschhotel aus und geben Sie Ihre An- und Abreisedaten entsprechend an.

Mit ihrer Buchung akzeptieren Sie alle angegebenen Reservierungsbedingungen.

Bitte beachten Sie folgende verbindliche Buchungsbedingungen:

Ihre Zimmerbuchung wird nur nach Erhalt der Anzahlung (in Höhe des Preises für die erste Übernachtung) bzw. **nach Angabe Ihrer Kreditkartendaten verbindlich und schriftlich bestätigt.**

Achtung: Wenn Sie eine Anzahlung leisten, erhalten Sie eine Buchungsbestätigung mit dem entsprechenden Vermerk der Zahlung. Diese Anzahlung wird Ihnen bei Abreise von Ihrer Gesamtrechnung abgezogen. Wenn Sie Ihre Buchung per Kreditkarte bestätigen, wird KEINE Belastung der Karte vorgenommen! Sie bezahlen Ihre kompletten Hotelkosten direkt vor Ort. Die Kreditkarte dient lediglich als Buchungsgarantie. Sie erhalten Ihre Buchungsbestätigung schriftlich per Post oder per e-Mail.

Sollte das gewünschte Hotel ausgebucht sein, behält INTERPLAN sich das Recht vor, die Reservierung in einem adäquaten Hotel vorzunehmen.

Stornierungen können bis 12.08.2009 vorgenommen werden und müssen schriftlich bei INTERPLAN eingehen (Ausnahme: Grand Elysee – kostenfreie Stornierungen können bis 24.06.2009 vorgenommen werden). Eine Rückerstattung einer ggf. getätigten Anzahlung erfolgt dann abzüglich 20,- € Bearbeitungsgebühr. Eventuell anfallende Stornierungskosten für frühzeitige Abreisen oder verspätete Anreisen, die nicht bei INTERPLAN gemeldet werden, sowie No-Shows werden dem Gast vom Hotel direkt in Rechnung gestellt.

Mit Ihrer Reservierung akzeptieren Sie alle aufgeführten Buchungsbedingungen.

Organisatorische Informationen

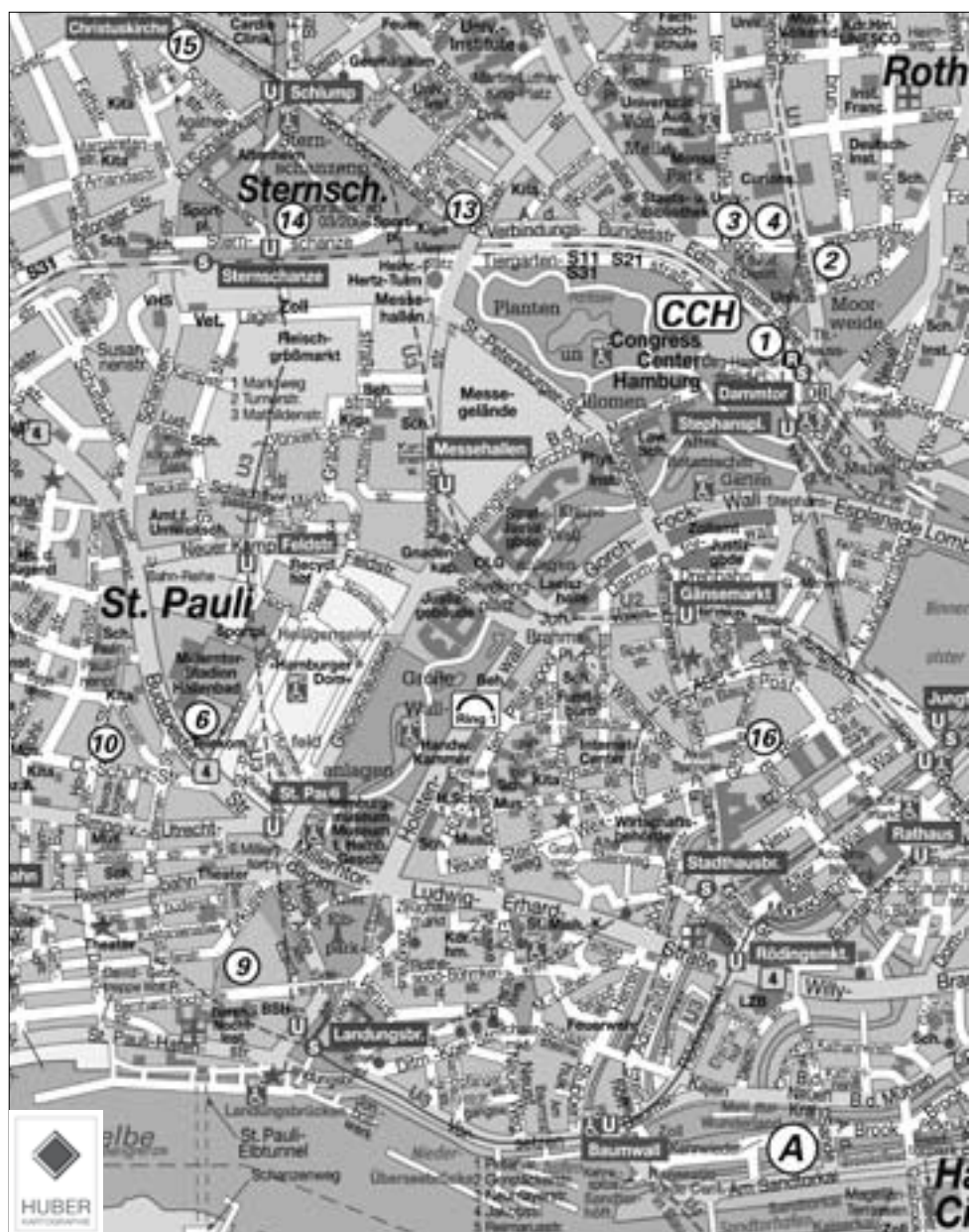
Nr.	Hotel	Anfahrt zum CCH	Kat.	EZ	DZ
2	Grand Elysee Hamburg Rothenbaum- chaussee 10 20148 Hamburg	in unmittelbarer Nähe zum Congress Centrum Ham- burg (CCH), ca. 5 Min. zu Fuß (300m). Direkt am Bahnhof Dammtor.	*****	187,- €	227,- €
14	Mövenpick Hotel Hamburg Sternschanze 6 20357 Hamburg	S21 Richtung Aumühle oder S31 Richtung Harburg von Haltestelle Sternschanze bis Bahnhof Dammtor (CCH); ca. 8 Min.	*****	150,- €	170,- €
16	Renaissance Hotel Hamburg Große Bleichen 20354 Hamburg	Bus Linie 4 Richtung Wilda- cker oder Linie 5 Richtung Burgwedel von Haltestelle Gänsemarkt bis Dammtor (Messe); ca. 12 Min.	****	173,- €	197,- €
9	Hotel Hafen Hamburg Seewartenstraße 9 20459 Hamburg	U3 Richtung Barmbek von Haltestelle Landungsbrücken bis Haltestelle Sternschanze, umsteigen in S21 Richtung Aumühle oder S11 Richtung Barmbek bis Bahnhof Dammtor (CCH); ca. 15 Min.	****	156,- €	172,- €
13	Mercure Hotel Hamburg an der Messe Schröderstiftstr. 3 20146 Hamburg	Direkt am Hamburger Messegelände, ca. 10 Min. zu Fuß durch den Park „Planten & Blomen“ zum CCH. Nähe Bahnhof Dammtor.	****	152,- €	169,- €
12	Intercity Hotel Hamburg Hauptbahnhof Glockengießer- wall 14/15 20095 Hamburg	S11 Richtung Altona oder S21 Richtung Elbgaustraße von Haltestelle Hauptbahnhof bis Bahnhof Dammtor (CCH); ca. 10 Min.	***	120,- €	149,- €
5	Hotel Berlin Borgfelder Straße 1-9 20537 Hamburg	S31 Richtung Altona oder S21 Richtung Elbgaustraße von Haltestelle Berliner Tor bis Bahnhof Dammtor; ca. 10 Min.	***	109,- €	138,- €

Organisatorische Informationen

Nr.	Hotel	Anfahrt zum CCH	Kat.	EZ	DZ
15	nh Hamburg Norge Schäferkamps- allee 49 20357 Hamburg	Bus Linie 4 Richtung Haupt- bahnhof/ZOB von Haltestelle Schlump bis Bahnhof Damm- tor (CCH); ca. 20 Min	***	109,- €	125,- €
3	Hotel Amsterdam Moorweidenstr. 34 20146 Hamburg	in Fußnähe des CCH	***	98,- €	129,- €
6	Hotel Commodore Budapester Str. 20 20359 Hamburg	U3 Richtung Barmbek von Haltestelle Sternschanze (Messe), umsteigen in S31 Richtung Harburg oder S21 Richtung Aumühle bis Bahnhof Dammtor (CCH); ca. 20 Min.	***	98,- €	117,- €
4	Hotel Bellmoor im Dammtorpalais Moorweidenstr. 34 20146 Hamburg	in Fußnähe des CCH	***	95,- €	125,- €
7	Hotel Fürst Bismarck Kirchenallee 49 20099 Hamburg	S11 / S31 Richtung Altona oder S21 Richtung Elbgaustraße von Haltestelle Hauptbahnhof bis Bahnhof-Dammtor (CCH); ca. 7 Min.	***	86,- €	121,- €
11	Hotel Ibis Alster Holzdamm 4 -12 + 16 20099 Hamburg	S11 Richtung Altona oder S21 Richtung Elbgaustraße von Haltestelle Hauptbahnhof bis Dammtor (CCH); ca. 12 Min.	***	120,- €	140,- €
8	Hotel Graf Moltke Steindamm 1 20099 Hamburg	S11 / S31 Richtung Altona oder S21 Richtung Elbgaustraße von Haltestelle Hauptbahnhof bis Bahnhof Dammtor (CCH); ca. 7 Min.	**	120,- €	130,- €
10	Hotel 66 Hein-Hoyer-Str. 66 20359 Hamburg	U3 Richtung Barmbek von Hal- testelle Feldstraße, umsteigen in S11 Richtung Barmbek oder S21 Richtung Aumühle bis Bahnhof Dammtor (CCH); ca. 15 Min.	**	76,50 €	94,- €

Die angegebenen Preise sind gültig pro Zimmer und Übernachtung sowie inkl. aller Steuern und Abgaben, Bedienungsgeld und Frühstücksbuffet.

Organisatorische Informationen



Organisatorische Informationen



Wichtige Termine / Fristen für die Anmeldung

Registrierungsgebühren für Frühbucher bis 31.07.2009

Die Registrierung zu vergünstigten Gebühren ist **bis einschließlich 31. Juli 2009** möglich.

Für Registrierungen nach diesem Termin und Anmeldungen vor Ort gelten die erhöhten Tarife ab 01.08.2009.

Die Buchung aller Rahmen- und Abendprogramme ist nach Verfügbarkeit bis zum Veranstaltungstag möglich. Wir empfehlen, frühzeitig Karten zu bestellen. Für alle Rahmenprogramme ist eine Mindest-Teilnehmerzahl erforderlich. Wenn diese Anzahl bis zwei Wochen vor der Veranstaltung nicht erreicht wird, muss der Programmpunkt leider ersatzlos abgesagt werden.

Kostenlose Stornierung und Änderungen für Hotelbuchungen bis 12.08.2009

Alle Stornierungen und Buchungsänderungen müssen schriftlich bei INTERPLAN eingehen. Bei Stornierungen nach dem 12.08.2009 (Ausnahme: Grand Elysee – kostenfreie Stornierungen können bis 24.06.2009 vorgenommen werden) versucht INTERPLAN das Zimmer anderweitig zu verkaufen. Sollte dies nicht gelingen, kann das ggf. geleistete Deposit einbehalten werden bzw. die Kreditkarte in der entsprechenden Höhe belastet werden. Für die Rückerstattung des Hoteldeposits per Überweisung werden 20,- € Bearbeitungsgebühr einbehalten. Evtl. anfallende Stornierungskosten für frühzeitige Abreisen oder verspätete Anreisen, die nicht bei INTERPLAN gemeldet werden sowie No-Shows werden dem Gast vom Hotel direkt in Rechnung gestellt.

Kostenlose Stornierung der Teilnahme & Rahmenprogramme bis 15.09.2009

Bereits bezahlte Gebühren werden unter Abzug von 20,- € Bearbeitungsgebühr erstattet. **Bei Stornierungen nach dem 15.09.2009 ist keine Erstattung der Teilnahmegebühren mehr möglich.**

Spezialangebot der Deutschen Bahn – Exklusiv für Kongressteilnehmer

Für die Anreise per Bahn wurde das folgende Spezialangebot für die Teilnehmer der Tagung Viszeralmedizin 2009 mit der Deutschen Bahn vereinbart:

Für die Anreise innerhalb Deutschlands, unabhängig von Ihrem Abfahrtsbahnhof, bietet die Bahn folgende Spezialtarife für Hin- und Rückfahrt ohne Zugbindung im gesamten Bundesgebiet:

1. Klasse: 159,- € 2. Klasse: 99,- €

zzgl. Reservierungsgebühr

(diese beträgt 5,- € in der 1. Klasse, 4,- € in der 2. Klasse je Richtung).

Für den ICE-Sprinter und DB-Nachtzüge ist ein Aufpreis notwendig.

Alle Preise verstehen sich inkl. USt.

Bitte beachten Sie, dass dieser Spezialtarif nicht mit anderen vergünstigten Tarifen bzw. Rabatten (Bahncard, Wochenendticket, etc.) kombinierbar ist. Sollten Sie eine Bahncard besitzen, prüfen Sie Ihre Konditionen in jedem Fall, da sich ein günstigerer Preis ergeben kann.

Gültigkeit

Dieses Angebot gilt nur zusammen mit der Anmeldebestätigung zum Kongress. Sollte der Reisende kurzfristig einen anderen Zug als den reservierten Zug nutzen, ist eine erneute Reservierung notwendig. Bei Umtausch / Erstattung bis zum 1. Geltungstag werden 15,- € fällig, ab dem 1. Geltungstag ist Umtausch / Erstattung ausgeschlossen.

Geltungsdauer / Geltungsbereich

Das Veranstaltungsticket ist gültig für Hin- und Rückfahrt zwischen dem 28.09. und 05.10.2009 von jedem beliebigen Abgangsbahnhof nach Hamburg und zurück.

Bestellung / Bezahlung

Die Bestellung der Tickets für Kongressteilnehmer ist ausschließlich telefonisch über die Veranstaltungshotline der DB möglich unter der Hotline-Nummer:

01805 - 31 11 53 mit dem Stichwort „INTERPLAN“. Die Hotline ist besetzt von Montag bis Samstag von 08:00 Uhr bis 21:00 Uhr. Der Anruf kostet 14 ct/Minute.

Ankunft in Hamburg

Mit dem InterCity-Bahnhof Dammtor unmittelbar vor der Tür ist das Congress Center Hamburg (CCH) direkt an das Fernbahnnetz der Deutschen Bahn und damit an internationale Bahnverbindungen angeschlossen.

Vom Dammtor aus sind es lediglich 2 Min. Fußweg bis zum Congress Center Hamburg.

Liste der Inserenten

Shire Deutschland GmbH.....	2. US
Abbott GmbH & Co. KG	5
Essex Pharma GmbH	12
Eisai GmbH.....	24
FERRING Arzneimittel GmbH	29
Norgine GmbH.....	32
Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA	37
GILEAD Sciences GmbH	41
Karl Storz GmbH & Co.KG.....	45
Baxter Deutschland GmbH.....	49
Dr. Falk Pharma GmbH.....	4. US

Salofalk®

NEU

Granu-Stix® 1,5g



2-Komponenten-Galenik mit Matrix-Kern

- 1x täglich 3g bei akuter Colitis ulcerosa
- Wirkstoff-Freisetzung im gesamten Kolon bis zum Rektum

Salofalk® Granu-Stix® 500mg/1000mg/1,5g; Salofalk® 250mg/500mg magensaftresistente Tabl.; Salofalk® 250mg/500mg Suppositorien; Salofalk® 2g/30ml bzw. 4g/60ml Klysmen; Salofalk® 1g Rektalschaum. Wirkstoff: Mesalazin (5-Aminosalicylsäure). **Zusammensetzung:** 1 Btl. Salofalk® Granu-Stix® 500mg/1000mg/1,5g enthält: Arzneil. wirks. Bestandteile: 500 mg/1000 mg/1,5 g Mesalazin. Sonstige Bestandteile: Mikrokr. Cellulose, Hypromellose, hochdisp. Siliciumdioxid, Polyacrylat-Dispersion 40% (Eudragit NE40D; enthält 2% Nonoxinol 100), Magnesiumstearat (Ph.Eur.), Simecon, Methylcellulose, Sorbinsäure (Ph.Eur.), Methacrylsäure-Methylmethacrylat-Copolymer (1:1) (Ph.Eur.) (Eudragit L100), Triethylcitrat, Talkum, Titandioxid (E171), Carmellose-Natrium, Aspartam (E951), Citronensäure, Vanille-Custard-Aroma (enthält Propylenglycol), Povidon K25. 1 Tabl. Salofalk® 250mg/500mg enthält: Arzneil. wirks. Bestandteile: 250 mg/500 mg Mesalazin. Sonstige Bestandteile: Calciumstearat (Ph.Eur.), basisches Butylmethacrylat-Copolymer (Ph.Eur.) (= Eudragit E), Methacrylsäure-Methylmethacrylat-Copolymer (1:1) (Ph.Eur.) (= Eudragit L), Glycin, hochdisperses Siliciumdioxid, Hypromellose, Macrogol 6000, mikrokristalline Cellulose, Natriumcarbonat, Povidon K25, Talkum, Farbstoffe: Titandioxid (E171), Eisenoxidhydrat (E172); zusätzl. Salofalk® 500mg Tabl.: Croscarmellose-Natrium. 1 Supp. Salofalk® 250mg/500mg enthält: Arzneil. wirks. Bestandteile: 250 mg/500 mg Mesalazin. Sonstige Bestandteile: Hartfett; zusätzl. Salofalk® 500mg Supp.: Docusate-Natrium, Hexadecan-1-ol. 1 Klysm Salofalk® 2g/30ml bzw. 4g/60ml enthält: Arzneil. wirks. Bestandteile: 2 g bzw. 4 g Mesalazin. Sonstige Bestandteile: Natriumbenzoat (E211), Kaliummetabisulfit (Ph.Eur.) (E224), Kaliumacetat, Carbomer 947P, Xanthan-Gummi, Natriumedetat (Ph.Eur.), ger. Wasser. 1 Sprühstoß Salofalk® 1g Rektalschaum enthält: Arzneil. wirks. Bestandteile: 1 g Mesalazin. Sonstige Bestandteile: Natriummetabisulfit (Ph.Eur.) (E223), Cetylstearylalkohol (Ph.Eur.), Polysorbat 60, Natriumedetat (Ph.Eur.), Propylenglycol. Treibgase: Propan, Butan, 2-Methylpropan. **Anwendungsgebiete:** Salofalk® Granu-Stix® 500mg/1000mg/1,5g: Akutbeh. u. Rezidivprophylaxe Colitis ulcerosa (1,5g nur Akutbeh.). Salofalk® 250mg/500mg Tabl.: Akutbeh. und Rezidivprophylaxe Colitis ulcerosa. Akutbeh. Morbus Crohn. Salofalk® 250mg/500mg Supp.: Akutbeh. Colitis ulcerosa, die auf das Rektum beschränkt ist. Zusatzl. Salofalk® 250mg Supp.: Rezidivprophylaxe Colitis ulcerosa. Salofalk® 2g/30ml Klysmen: Akutbeh. leichter bis mittelschwerer entzündl. Erkrank. des Dickdarms (Colitis ulcerosa), die auf das Rektum und Colon sigmoideum beschränkt sind. Salofalk® 4g/60ml Klysmen: Akuter Schub Colitis ulcerosa. Salofalk® 1g Rektalschaum: Beh. von leichter aktiver Colitis ulcerosa des Sigmoideums und Rektums. **Gegenanzeigen:** Vorbestehende Überempfindlichkeit gg. Salicylsäure, deren Derivate oder einen der sonstigen Bestandteile, schwere Leber- u. Nierenfunktionsstörungen, bestehendes Ulcus ventriculi u. Ulcus duodeni, hämorrhagische Diathese. Kinder unter 6 Jahren (Rektalschaum: Kinder unter 12 Jahren). Schwangerschaft und Stillzeit: Nutzen/Risiko-Abwägung (nur Rektalschaum: Stillen). Zusatzl. Salofalk® Klysmen u. Rektalschaum: bei empfindlichen Personen (bes. mit Asthma- oder Allergievergeschichte) wegen Gehalt an Kaliummetabisulfit, Natriumbenzoat. **Nebenwirkungen:** Kopfschmerzen, Schwindel, periphere Neuropathie, Abdominalschmerzen, Diarrhö, Flatulenz, Übelkeit, Erbrechen, Nierenfunktionsstörungen einschließlich akuter u. chron. interstitieller Nephritis und Niereninsuffizienz, allergische Exantheme, Medikamentenfieber, Bronchospasmus, Peri- und Myocarditis, akute Pankreatitis, allergische Alveolitis, Pancolitis, Lupus-erythematoses Syndrom, Myalgien, Arthralgien, Veränderung des Blutbildes (aplastische Anämie, Agranulozytose, Panzytopenie, Neutropenie, Leukopenie, Thrombocytopenie), Veränderung d. Loberfunktionsparameter (Anstieg d. Transaminasen und Cholestaseparameter), Hepatitis, cholestatische Hepatitis, Alopezie (Haarausfall), Oligospermie. Zusatzl. Salofalk® Rektalschaum: Abdominaler Dehnungsreiz, Analbeschwerden, Reizung am Anwendungsort, schmerzhafter Stuhlirrang. **Wechselwirkungen und Dosierung:** siehe Gebrauchsinformation. **Packungsgrößen:** Salofalk® Granu-Stix® 500mg: 50 Btl. (N1), 100 Btl. (N2), 300 Btl. (N3); Salofalk® Granu-Stix® 1000mg: 50 Btl. (N1), 100 Btl. (N2), 150 Btl. (N3); Salofalk® Granu-Stix® 1,5g: 35 Btl. (N1), 70 Btl. (N2), 100 Btl. (N3); Salofalk® 250mg Tabl.: 120 Tabl. (N2), 400 Tabl. (N3); Salofalk® 500mg Tabl.: 50 Tabl. (N1), 100 Tabl. (N2), 300 Tabl. (N3); Salofalk® 250mg Supp.: 10 Supp. (N1), 30 Supp. (N2), 120 Supp. (N3); Salofalk® 500mg Supp.: 10 Supp. (N1), 30 Supp. (N2), 120 Supp. (N3); Salofalk® 2g/30ml Klysmen: 7 Klys. (N1), 21 Klys. (N2); Salofalk® 4g/60ml Klysmen: 7 Klys. (N1), 21 Klys. (N2). Salofalk® 1g Rektalschaum: 1 Dose (N1). Verschreibungspflichtig.

Stand: 1/2009

DR. FALK PHARMA GmbH



Leinenweberstr. 5
79108 Freiburg
Germany

www.dr-falkpharma.de