

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

SEIN HERZ SCHLÄGT
WEITER.
IRGENDWO

im Fokus

KONGRESS-
HIGHLIGHTS 2019

06 | 11 | 2019

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



HERAUSGEBER

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V.
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.

DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Jörg Fuchs,
Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen,
Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld
Generalsekretär: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Schatzmeister: Prof. Dr. med. Jens Werner

BDC

Präsident: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
V.i.S.d.P.
Vizepräsidenten: Dr. med. Peter Kalbe,
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg

Justitiar: Dr. jur. Jörg Heberer, Berlin/München
Geschäftsführerin: Dr. med. Friederike Burgdorf

REDAKTION

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer (V.i.S.d.P.)
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg (dr.rueggeberg@t-online.de)
Dr. med. Friederike Burgdorf
Katrinn Kammerer (Tel.: +49 (0) 30 28004-202 |
passion_chirurgie@bdc.de)
Julia Weilbach

VERLAG

schaefermueller publishing GmbH
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
info@schaefermueller.de | Tel. +49 (0)30 76180 625

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

Sabine Bugla
PassionChirurgie@t-online.de
+49 (0) 5632 966147

ABBILDUNGSHINWEISE

Cover-Foto von siraanamwong, Teaserfotos von iStock oder von den Autoren.

ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

Passion Chirurgie erscheint monatlich als elektronische Ausgabe (eMagazin via BDC|Mobile App über Apple AppStore oder GooglePlay) und quartalsweise als gedruckte Zeitschriftenausgabe (IVW-Mitgliedschaft).



Der Bezug ist im Mitgliedsbeitrag des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. enthalten und den Mitgliedern vorbehalten.

Auflösung Bilderrätsel 3|Q|2019:

Gelenkmaus

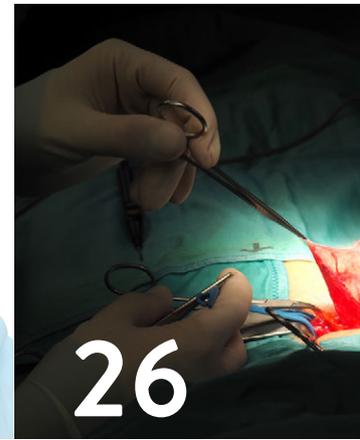
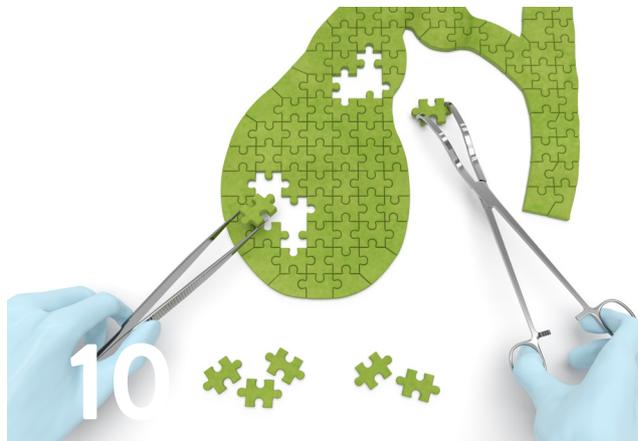
EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

© BDC-Service GmbH | Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

ISSN 2194-5586

BDC IM WEB 2.0:



INHALT

1 EDITORIAL

1 Drei Monate im Amt – Es gibt viel zu tun F. Burgdorf

2

im Fokus

UNSERE KONGRESSE: ALLE JAHRE WIEDER

H.-J. Meyer

6 SCHAUFENSTER

10 CHIRURGIE

10 Akute Cholezystitis: Leitliniengerechte Therapie
C. N. Gutt

18 CME Artikel: Aktualisierte KRINKO-Empfehlung zur Prävention postoperativer Wundinfektionen (Stand 2018)
P. Kalbe, J. Seifert

24 CHIRURGIE⁺

24 Hospitation HERNIENSCHULE: 1 Tag, 7 Patienten, 5 Techniken
J. Weilbach

26 Webinar-Termin im Juni 2019: S3-Leitlinie „Magenkarzinom“

27 Umfrage Silver Worker 2018: Generation „Active Retirement“
M. Geiger, C. J. Krones

30 **Safety Clip:** Teile und (be)herrsche! Wie Wissensmanagement Patientenrisiken reduzieren hilft
V. Triphaus

36 Praxistipps zum Hygienemanagement unter Berücksichtigung der neuen KRINKO-Empfehlungen für niedergelassene Operateure
S. Franke



- 40 **Hygiene-Tipp:** Periphere Venenkatheter
- 42 Personalia
- 44 Haftung wegen Lebenserhaltung durch künstliche Ernährung? *J. Heberer*
- 47 Fragen und Antworten zu Scheidung und Immobilien *E. Fleschutz, J. Heberer*
- 50 F&A: Verbot bestimmter Eingriffe aufgrund Personalmangels *J. Heberer*

51 GESUNDHEITSPOLITIK

- 51 Spahn bringt Gesundheitspolitik dauerhaft in die Schlagzeilen *H.-J. Meyer*
- 55 Chirurgie – Attraktivitätswandel durch Lehrwandel? *J. Schmidt, S. Hartmann*
- 58 BDC|Pressemitteilungen

59 INTERN

- 59 **DGCH**
- 59 Kommentar des Generalsekretärs
- 63 Nachlese Chirurgenkongress 2019
- 64 Präsidentenrede anlässlich des 136. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie *M. Anthuber*
- 71 Bildergalerie zur Eröffnungsveranstaltung
- 74 Ehrungen, Preisverleihungen und Vergabe von Stipendien
- 76 Wahl des Präsidenten 2021/2022
- 78 Impressionen vom DGCH-Kongress 2019
- 83 Organspendelauf – ein voller Erfolg! *M.-T. Kügler, T. Kügler*
- 84 Einladung zum 137. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie *T. Schmitz-Rixen*
- 86 Protokoll der DGCH-Mitgliederversammlung 2019

- 88 Ausschreibung Preise und Stipendien 2020
- 90 **Rezension:** Überliefertes, Erlebtes und Erkenntnisse *W. Hartel*
- 91 Japanische Ösophagus-Chirurgie *A. Sakaki*
- 94 Nachruf zum Tod von Prof. Gangaly Diallo *H. Mothes, M. Richter-Turtur*
- 95 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland *S. Tenckhoff*
- 99 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 102 DGCH-Präsidium ab 1. März 2019

107 INTERN

- 107 **BDC**
- 107 Bundeskongress Chirurgie: Update Niederlassung *J. Weilbach*
- 109 Protokoll der BDC-Mitgliederversammlung 2019
- 111 Das Referat „Presse- und Öffentlichkeitsarbeit“ *J.-A. Rüggeberg, H.-J. Meyer*
- 112 Das Referat „Medizinische Dokumentation, Klinik- und Leistungsmanagement“ *T. Auhuber*
- 116 BDC|News
- 122 Veranstaltungshinweise
- 123 Lifestyle-Angebote im Juni 2019

124 PANORAMA

- 124 Sein Herz schlägt weiter. Irgendwo *J. Lauter*
- 129 Bilderrätsel

Kommentar des Generalsekretärs

AUS DER
DGCH



**Prof. Dr. med. Dr. h.c.
Hans-Joachim Meyer**
Generalsekretär der
Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V.
(DGCH)
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
h-jmeyer@dgch.de

Präsident des Berufsverbandes der
Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
praesident@bdc.de

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

mit Rückblick auf den 136. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in München hat George Orwell sicherlich mit seiner Aussage Recht: „Die Zeit verläuft nicht schneller als früher, aber wir laufen eiliger an ihr vorbei!“, denn die Vorbereitungen für den nächstjährigen Kongress, den DCK 2020 in Berlin, haben bereits begonnen. DCK steht als Akronym für den Terminus: Deutscher Chirurgenkongress, wie er als Markenzeichen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie auch international bekannt und durch einstimmigen Beschluss des geschäftsführenden wie auch des Gesamtvorstands eingeführt worden ist. Wie schon in dem vorliegenden Editorial ausgeführt, ist es mir ein besonderes Anliegen, Herrn Professor M. Anthuber und seinem Team noch einmal für den erneut außerordentlich erfolgreichen Kongressverlauf ganz herzlich zu gratulieren. Die Auswahl der verschiedenen Sitzungsthemen in Kooperation mit den anderen Fachgesellschaften hat hohe Akzeptanz finden können und der Kongress war von einer freundschaftlichen und entspannten Atmosphäre geprägt, wie viele Besucher bestätigt haben. Ein besonderes Highlight stellte auch der Organspendelauf mit dem Motto „Laufen rettet Leben“ dar. Die Stimmung war wie auf dem Gesellschaftsabend hervorragend. Nochmals also vielen Dank an unseren diesjährigen Präsidenten und sein Kongressteam, besonders auch unter dem Aspekt, dass die Durchführung eines solch großen Kongresses durch die allgemeinen Entwicklungen und verschiedenster, teilweise restriktiver Vorgaben, besonders auch durch die eigenen Selbstverwaltungsorgane, sicherlich nicht einfacher geworden ist.

ARZTZAHLN IN DEUTSCHLAND

Die alljährlich von verschiedensten Institutionen und Selbstverwaltungsorganen publizierten Kennzahlen und Analysen im Gesundheitswesen werden jeweils mit entsprechender Spannung erwartet, zeigen dann allerdings auch erheblichen Interpretationsspielraum. Nach Angaben der Bundesärztekammer (BÄK) waren zum 31. Dezember 2018 insgesamt 394.402 Ärztinnen und Ärzte berufstätig, was einer Zunahme von 1,9 % gegenüber 2017 entspricht. Die Zahl der berufstätigen Ärztinnen stieg erneut an und macht jetzt einen Anteil von 47,2 % aus. Während 115.466 Mediziner keine Gebietsbezeichnung erworben haben, folgen dann die Innere- und Allgemeinmedizin mit 54.982 und 43.697 Ärzten. Die Chirurgie nimmt unter den Gebietsbezeichnungen mit 37.853 Chirurgen und Orthopäden Platz drei ein, dies entspricht einem Anstieg von 2,3 % gegenüber dem Vorjahr. Die aktuelle Statistik zeigt ferner auf, dass der Anteil der im Krankenhaus tätigen Ärzte mit 51,4 % fast unverändert geblieben ist, während bei den niedergelassenen Kollegen eine Reduktion von 0,7 % auf 117.472 Ärzte zu verzeichnen ist. Dabei ist weiterhin ein zunehmender Trend zur Anstellung in der ambulanten Medizin zu verzeichnen, denn bei einer Zunahme von 10,6 % im Vergleich zum Vorjahr beträgt die Zahl der angestellten Ärzte nun 39.816 und hat sich somit seit 1996 fast versechsfacht. Trotz der erneut leichten Zunahme der Arzttzahlen im Jahr 2018 wird diese Entwicklung nach Einschätzung des noch amtierenden Bundesärztekammer Präsidenten F.U. Montgomery nicht als ausreichend angesehen. Trotz ansteigender „Kopfzahlen“ kann der zu erwartende Behandlungsbedarf aufgrund des demographischen Wandels zukünftig nicht ausreichend abgedeckt werden, wobei vor

allem der Anteil der teilzeitbeschäftigten Ärzte genauso wie auch die Forderung nach einer adäquaten Work-Life-Balance zu berücksichtigen sind. Eindeutig ist die Forderung von Montgomery, besonders auch an die Politik, die Zahl der Studienplätze zu erhöhen, auch deshalb, weil die Zahl der Medizinstudierenden in den letzten Jahren insgesamt rückläufig gewesen ist. Bei einem solchen Anliegen ist allerdings zu berücksichtigen, dass positive Auswirkungen auf das Gesundheitswesen durch gesteigerte Arztzahlen frühestens in zehn Jahren zu erwarten sind. Mit länderspezifischen Unterschieden versorgt derzeit ein berufstätiger Arzt in Deutschland durchschnittlich 211 Einwohner in unserem Land. Nach verschiedenen Berichten der Global Burden of Diseases zählt Deutschland damit weltweit zu den 15 Ländern mit der größten Anzahl von Ärzten, Pflegekräften und Hebammen, was sich besonders bei den Pflegekräften aber in praxi, trotz aller Bemühungen vonseiten der Politik, deutlich anders darstellt. Weiterhin werden aufgrund des Mangels an Pflegekräften ganze Stationen in den Krankenhäusern geschlossen, wobei sich die Situation bei weiterer Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen sicherlich nicht verbessern wird.

BEHANDLUNGSFEHLERVORWÜRFE

Zu etwaig vermuteten Behandlungsfehlern liegen jetzt sowohl Erhebungen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstelle der Ärztekammern wie auch die Begutachtungsstatistik des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vor. Bei den Ärztekammern war die Zahl der Anträge weiter um 2,3 % gesunken, wobei es in 5.972 Fällen zu einem Abschluss in der Beurteilung gekommen ist. In 69 % aller untersuchten Fälle wurde kein Fehler festgestellt und in weiteren 6 % wurde zwar ein Fehler erkannt, der jedoch nicht kausal mit dem Antrag in Zusammenhang stand. In 1.499 Fällen (25 %) wurde ein Behandlungsfehler bestätigt. In Relation zu der Gesamtzahl der stationär und ambulant behandelten Patienten ist somit erneut von einem nachgewiesenen Fehler im Promillebereich auszugehen. Insgesamt kam es in 127 Fällen zu einem schweren Dauerschaden und 88 Patienten verstarben nach einem Behandlungsfehler. Sowohl im niedergelassenen wie auch stationären Bereich waren am häufigsten

die Unfallchirurgie und Orthopädie beteiligt, danach die Hausärzte und Allgemeinchirurgie in der Niederlassung bzw. Allgemeinchirurgie und Innere Medizin im Krankenhaus. Gerade in der Unfallchirurgie und Orthopädie kommt es aufgrund der perioperativen bildgebenden Untersuchungsverfahren am ehesten zu Behandlungsfehlervorwürfen, besonders bei Eingriffen wegen Gelenksarthrose, Oberschenkelfrakturen und Bandscheibenschäden. Als eine mögliche Gefahrenquelle für einen Behandlungsfehler wird auch der Zeit- und Personalmangel in Kliniken und Praxen angeführt.

Die Krankenkassen mit ihren medizinischen Diensten (MDK) haben mit 14.133 vermuteten Behandlungsfehlern einen leichten Anstieg zu verzeichnen. In 71,7 % der untersuchten Fälle konnte kein Fehler nachgewiesen werden und in weiteren 3,6 % hatte ein Behandlungsfehler zu keinem Schaden geführt. In 3.497 Fällen (24,7 %) konnte hingegen ein Fehler erkannt werden, der in 2.799 Fällen für den erlittenen Schaden ursächlich verantwortlich war. Insgesamt richtet sich ein Drittel der Untersuchungen gegen niedergelassene Ärzte, die anderen gegen Krankenhäuser. Am häufigsten wurden Vorwürfe bei durchgeführten Operationen erhoben. 31 % der Fälle betrafen die Orthopädie und Unfallchirurgie, 13 % die Innere- und Allgemeinmedizin und 9 % die Allgemeinchirurgie. Auch die Pflege war mit 794 fehlerhaften Behandlungen aufgeführt, vor allem wegen ausgeprägter Decubiti während des stationären Aufenthalts. Insgesamt kam es bei 880 Patienten zu dauerhaften Beeinträchtigungen und in 107 Fällen verlief der Behandlungsfehler letal. Auch wenn die sogenannte Dunkelziffer bei diesen Analysen nicht exakt festzustellen ist, sollten nach Meinung des MDK vor allem die Vorwürfe der Never-Event-Liste, wie zurückgelassene Fremdkörper, Operationen am falschen Körperteil oder die Durchführung falscher Operationen weiter gesenkt werden, z. B. durch zunehmenden Einsatz von Checklisten, Fehlermeldesystemen und Qualitätssicherungsmaßnahmen bei offener Kommunikation. Auch wenn generell die erhobenen Daten bereits einen ersten Schritt für einen effektiveren Patientenschutz darstellen können, fordert das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) organisatorische Veränderungen durch

Einführung eines Patientensicherheitsbeauftragten in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens, was bereits auch in Hessen als erstes Bundesland angekündigt worden ist.

GESUNDHEITSPOLITIK

Auf die Aktivitäten des nunmehr seit 14 Monaten im Amt befindlichen, mehr als eifrigen und dabei ungeduldigen Gesundheitsministers Jens Spahn ist an dieser Stelle schon mehrfach eingegangen worden. Zweifelsfrei werden von ihm eine Vielzahl von Missständen im Gesundheitswesen aufgezeigt und mögliche Veränderungen angestoßen, allerdings kann man sich nicht des Eindrucks erwehren, dass wir uns zunehmend auf dem Weg in eine dirigistische Staatsmedizin befinden, da die angeblich so geschätzten Selbstverwaltungsorgane im Fokus der Reformen stehen und teilweise der Versuch unternommen wird, ureigene ärztliche Tätigkeiten in andere Berufe zu verlagern, wie z. B. bei der Hebammenausbildung oder neuen Kompetenzen für die Physiotherapeuten. Gerade die Selbstverwaltungsorgane einschließlich des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) arbeiten angeblich zu langsam und sind zu bürokratielastig, wobei auch die Verwaltungsräte in den Krankenkassen nicht ausgenommen werden. Die Vielzahl der vorgelegten Reformentwürfe, ihre kurzfristigen Veränderungen und partiellen Verlagerungen in andere Gesetzesvorlagen sind kaum noch nachvollziehbar. Die Gestaltung von Reformentwürfen wird dabei bereits als „Gesetzgebung auf dem Flur“ bezeichnet und von manchem als reiner Aktionismus empfunden. Der Koalitionspartner in Person von Karl Lauterbach unterstützt weitgehend die Gesetzproduktion am Fließband und kündigt bis zum Sommer die Vorlage von weiteren zwölf Gesetzen an. Dass sich unter einer solchen Gesetzgebungswelle sicherlich auch solche mit einem primär positiven Ansatz befinden, wie die zweite Änderung zum Transplantationsgesetz oder das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, steht außer Frage, trotzdem sollten die resultierenden finanziellen Mehrausgaben nicht völlig unberücksichtigt bleiben. Nach bisherigen ersten Schätzungen des Ministeriums ist mit einem zweistelligen Milliardenbetrag zu rechnen. Exemplarisch seien

aus der Flut der Referentenentwürfe nachfolgend zwei Beispiele angeführt.

MDK-REFORMGESETZ

Eine Stärkung des medizinischen Dienstes der Krankenkassen war bereits im Koalitionsvertrag vorgesehen; deshalb soll auch ein radikaler Umbau dieser Institution vorgenommen werden. Geplant ist die Einrichtung von eigenständigen Körperschaften des öffentlichen Rechts in jedem Bundesland mit dem Namen „Medizinischer Dienst (MD)“. Auch der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) soll unter dem Namen „Medizinischer Dienst Bund“ (MD Bund) organisatorisch in gleicher Weise verändert werden. Die förderale und bestehende Struktur bleibt also erhalten, jedoch jetzt unabhängig vom GKV-Spitzenverband oder den Landesverbänden der Krankenkassen. Die Aufsicht wird dabei von den Bundesländern wahrgenommen, um damit die Unabhängigkeit dieser Einrichtungen zu verstärken. Kassenvertreter sollen zukünftig nicht mehr in den Verwaltungsrat wählbar sein, sondern sollen von den Bundesländern unter Berücksichtigung von anderen Organisationen und Vertretern aus den Ärztekammern benannt werden. Vor allem soll die Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfungen verbessert werden, denn von 2014 bis 2018 waren die Überprüfungen von 1,9 Millionen auf 2,6 Millionen Fälle angestiegen. Die Prüfquoten sollen von der Anzahl der korrekten Abrechnungen abhängig gemacht werden; dafür werden im ersten Quartal 2020 zehn Prozent der Rechnungen pro Krankenhaus geprüft werden können. Diese Daten der Überprüfungen führen dann zur Berechnung der zukünftigen Prüfquote durch den MD. Zur Beseitigung strittiger Kodierungsfragen sollen

dann bis Ende 2020 insgesamt 90 Kodierungsempfehlungen definiert werden, die allerdings noch festgelegt werden müssen. Dabei soll es den Krankenkassen auch untersagt werden, Rückforderungen mit Vergütungsansprüchen der Krankenhäuser aufzurechnen. Außerdem soll durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband der Katalog ambulanter Operationen und stations- ersetzender Eingriffe erweitert werden, die dann keiner Prüfung durch den MD unterliegen. Die geplante Reform ist sicherlich zu begrüßen, da die Abhängigkeit des MD von den Krankenkassen entfällt, die Neutralität gesteigert und der Verwaltungsaufwand für die Kliniken deutlich reduziert werden kann.

DIGITALE VERSORGUNG-GESETZ (DVG)

Getreu dem Motto „schneller, besser, digitaler“ hat der Gesundheitsminister am 15. Mai 2019 einen 83 Seiten umfassenden Entwurf für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Intervention vorgelegt. Im Mittelpunkt steht natürlich die Einführung einer elektronischen Patientenakte, auf die die Versicherten ab Januar 2021 im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung Anspruch haben. Dabei soll die KBV die Verhandlungen mit den Kostenträgern über die Vergütung zur Einrichtung und Pflege der Akte führen. Außerdem soll sie die Anforderungen zur Gewährleistung der IT-Sicherheit in einer Richtlinie festlegen. Die Telemedizin soll weiter gestärkt und extrabudgetär vergütet werden. Der Arzt kann Gesundheitsapps auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen verordnen, so zum Beispiel Tagebücher für Patienten mit Diabetes oder Hypertonie. Praxisinhabern, die noch nicht an die Telematikinfrastruktur angebunden sind, drohe ab März

2020 statt 1 % nun eine Honorarkürzung von 2,5 %. Die Krankenkassen begrüßen insgesamt das Gesetz, auch unter dem Aspekt, dass Krankenhäuser, Apotheken, Pflegeeinrichtungen und Therapeuten an die Telematikinfrastruktur angeschlossen werden können. Prompt kam von der DKG die Forderung, die Kliniken mit einem Sonderprogramm des Bundes in Höhe von 1 Milliarde Euro pro Jahr zu unterstützen; außerdem sei ein Digitalisierungszuschlag in Höhe von 2 % auf alle Rechnungen notwendig, denn bekanntermaßen ist Digitalisierung nicht zum Nulltarif zu bekommen. Bei aller Faszination der Digitalisierung hat das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik allerdings vor möglichen Sicherheitslücken mit Bedrohung des Arztgeheimnisses gewarnt. Bei der Notwendigkeit und den sicherlich möglichen Vorteilen einer neuen Technologie ergibt sich nun die Frage, ob ein Gesetz, das mit Volldampf umgesetzt wird, in dem möglicherweise Schnelligkeit vor Sicherheit steht und zudem den Leistungserbringern mit Sanktionen gedroht wird, der Gestaltung des digitalen Wandels im Gesundheitswesen wirklich dient. Dies auch bei einem möglichen Strukturwandel in der Krankenhausversorgung unter dem Aspekt „Qualität und Mindestmengen“, denn zu diesem Thema bemüht der Minister bereits jetzt schon die „Spahnsche Empirie“, nach der die Qualität bei komplexen operativen Eingriffen in high-volume Krankenhäusern besser sein soll.

Bei dem aufgezeigten Szenario bleibt also nur abzuwarten, welche weiteren Reformen, Gesetzesentwürfe und Regularien in unserem Gesundheitswesen, besonders auch bei einer etwaig möglichen Kabinettsumbildung, zukünftig zu erwarten sind.



DCK2020

Gemeinsam lernen und heilen

137. Deutscher Chirurgen Kongress

21. bis 24. April 2020
CityCube, Berlin



Intelligenz,
Intuition
und Individualität

www.dck2020.de



Nachlese Chirurgenkongress 2019

BEITRÄGE

- 64 PRÄSIDENTENREDE ANLÄSSLICH DES 136. DGCH-KONGRESSES
- 71 BILDERGALERIE ZUR ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG
- 74 EHRUNGEN, PREISVERLEIHUNGEN UND VERGABE VON STIPENDIEN
- 76 WAHL DES PRÄSIDENTEN 2021/2022
- 78 IMPRESSIONEN VOM DGCH-KONGRESS 2019
- 83 ORGANSPENDELAUF – EIN VOLLER ERFOLG!
- 84 EINLADUNG ZUM 137. KONGRESS DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
- 86 PROTOKOLL DER DGCH-MITGLIEDERVERSAMMLUNG 2019
- 88 AUSSCHREIBUNG PREISE UND STIPENDIEN 2020

CHIRURGENKONGRESS 2019

PRÄSIDENTENREDE

Präsidentenrede anlässlich des

136.

Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Liebe Kolleginnen und Kollegen, meine sehr verehrten Damen und Herren,

„Volle Kraft voraus – mit Herz, Hand und Verstand!“ Mancher erkennt im ersten Teil dieses Mottos nur ein maritimes Kommando, zu dem der zweite Teil – Herz, Hand und Verstand – auf den ersten Blick so gar nicht

passen möchte. Wobei auf hoher See im übertragenen Sinne diese drei Elemente wohl auch tragende Tugenden sind, um unbeschadet wieder Land zu erreichen.

Wofür steht: **Volle Kraft voraus?** Als Kommando in der Schifffahrt nur für die Richtung und die Energie, mit der man sich bewegen möchte. In der Chirurgie, und das nicht erst seit heute, für viel mehr als das: es steht für Zuversicht, für Zielorientierung und für energiegeladene, furcht- und bedingungslose Handlungsbereitschaft. Aber um von Nicht-Chirurgen nicht falsch verstanden zu werden: es geht nicht um Imponiergehabe und Selbstgefälligkeit sowie unreflektiertes Herausfordern des Schicksals zu Lasten anderer.

Dies soll durch den zweiten Teil des Mottos zum Ausdruck gebracht werden: **Zielgerichtetes Handeln** im engeren Sinne, wenn wir Hand an den Patienten legen, aber auch im

UND SO MUSS DENN DER ARZT SEIN LEBEN LANG HERZ UND HAND, VERSTAND UND CHARAKTER FORTBILDEN, DAMIT ER EIN GANZES WERDE UND ALS SOLCHER DEM KRANKEN GEGENÜBERTRETEN KANN, DER SELBSTALSGANZERGONOMMENWERDENWILL.“

CHIRURGENKONGRESS 2019 PRÄSIDENTENREDE



Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
Präsident der DGCH 2018/2019
Universitätsklinikum Augsburg
Allgemein-, Viszeral- und
Transplantationschirurgie
Stenglinstr. 2
86156 Augsburg
Matthias.Anthuber@uk-augsburg.de

übertragenen Sinne: das differenzierende Abwägen in der Indikationsstellung, getragen von Empathie und Erfahrung auf der Grundlage von Wissen und Vernunft.

Empathie bedeutet in diesem Zusammenhang nicht nur Mitgefühl, sondern in einem umfassenden humanistischen Verständnis „Herzsbildung“ in einer segensreichen Verbindung mit Wissen, Können und Verstand. Das sich Einfühlen in die Situation dessen, der uns als Patient gegenübertritt und unsere Hilfe erwartet: Einfühlen in die für ihn unbekannte und bedrohliche Lebenssituation des Krankseins, Verstehen wie dadurch seine familiäre und berufliche Komfortzone aufbrechen und aus den Fugen zu geraten drohen. Wir nehmen die Position des mitfühlenden und gleichzeitig kundigen Ratgebers ein, um entlang von Leitlinien moduliert durch den eigenen Erfahrungsschatz – und das halte ich persönlich für besonders wichtig – Therapieempfehlungen auszusprechen. Therapieempfehlungen wie wir sie auch ohne jegliche Abstriche für den eigenen Angehörigen wählen würden.

Herz und Verstand gebieten es uns dabei vollkommen unbeeinflusst zu bleiben von Überlegungen, welche die Interessen Dritter bedienen und materieller Natur sind oder der Selbstprofilierung dienen. Herz und Verstand gebieten uns dabei aber auch immer und immer wieder an Grenzen und sogar darüber hinaus zu gehen.

Leitlinien sind nichts anderes als der Behandlungskorridor definiert durch das aktuelle Wissen und die Bewertung durch Experten. Aber kann man dadurch tatsächlich jedem einzelnen Krankheitsfall im Sinne der heute geforderten personalisierten Medizin gerecht

werden? Sie werden mir zustimmen, dass man davon nicht ausgehen darf! Der Weg des Fortschritts in der Medizin im Allgemeinen und der Chirurgie im Besonderen ist gepflastert mit Brüchen mit der Tradition, dem vermeintlichen Goldstandard.

Schon der nächste Patient, der uns gegenübertritt, kann der sein, bei dem wir auf der Suche nach einer wirksamen Therapieoption innerhalb der gültigen Leitlinien an Grenzen stoßen. Sind dann schon unumstößlich die Zeichen auf Rückzug und Resignation gesetzt? Natürlich nicht, denn sonst hätte es in der Medizin über die vergangenen 150 Jahre nicht diese gewaltigen **Fortschritte** gegeben. Es gab immer wieder Grenzgänger – oder nennen wir sie Freigeister – die in der scheinbaren Ausweglosigkeit die große Chance erkannt haben. Die Chance dem individuellen Patientenschicksal gerade durch Abweichen vom gültigen Standard eine Wendung zum Guten zu geben.

Beispielhaft nennen möchte ich die erste Nierentransplantation 1954, durchgeführt als Lebendspende bei eineiigen Zwillingen. Wie mutig, aber auch überzeugt von seinen manuellen Fähigkeiten als Chirurg und seinem fundierten Wissen muss Joseph Murray in Boston gewesen sein? Und wie überzeugend gegenüber dem Spender und Empfänger, den Zwillingenbrüdern Richard und Ronald Herrick, dass sie gemeinsam, Chirurg, Spender und Patient diesen Schritt erfolgreich gehen konnten? Der Lohn für den Patienten war ein Überlebensgewinn von fast 10 Jahren, der verdiente Lohn für Joseph Murray der Nobelpreis 1990.

Aber vergleichbar **Revolutionäres** hat in allen chirurgischen Fachdisziplinen stattgefunden.

CHIRURGENKONGRESS 2019

PRÄSIDENTENREDE

Die Etablierung der Osteosynthesetechniken und Endoprothetik in Unfallchirurgie und Orthopädie, die endovaskulären OP-Verfahren in der Gefäßchirurgie, die ersten Lungenoperationen in der Thoraxchirurgie, die ersten Herzoperationen an der Herz-Lungen-Maschine in der Herzchirurgie, die Tumoroperationen in der hinteren Schädelgrube in der Neurochirurgie, die Rekonstruktionsoperationen bei neonatalen Missbildungen in der Kinderchirurgie und die tagesfüllenden komplexen Tumoroperationen mit Rekonstruktionen von beeindruckender Ästhetik und Funktionalität in der MKG-Chirurgie. Die optimistische Grundeinstellung und der mutige Blick des Chirurgen nach vorne haben seit jeher dem therapeutischen Nihilismus in scheinbar auswegloser Situation die Stirn geboten.

Das Unvollkommene zu vervollkommen ist Bestandteil unserer „chirurgischen DNA“. Nach Niederlagen sich wieder aufzuraffen, das ist die intrinsische Motivation des akademischen Chirurgen und Wissenschaftlers und das nicht stillstehend wollende Schwungrad seiner Berufung: volle Kraft voraus – mit Herz, Hand und Verstand, um jenseits des Wissens von heute manchmal auch auf wilder und gefährlicher Fahrt, aber niemals blind, verantwortungslos und selbstgefällig sich neue **Erkenntnishorizonte zum Wohle des Patienten** zu erschließen.

Und neu ist dieser Ansatz auch nicht wirklich, hat denn schon Johann Wolfgang von Goethe Ende des 18. Jahrhunderts Folgendes an den Arzt Christoph Wilhelm von Hufeland geschrieben. Ich zitiere: „Und so muss denn der Arzt sein Leben lang Herz und Hand, Verstand und Charakter fortbilden, damit er ein Ganzes werde und als solcher dem Kranken gegenüber treten kann, der selbst als Ganzer genommen werden will.“

Unser Gesundheitsminister Jens Spahn hat Ende Januar erklärt, dass wir in 10 bis 20

Jahren den Krebs besiegt haben werden. Liebe Frau Staatssekretärin Weiss, das ist eine mutige Einschätzung von der Spitze Ihres Hauses. Und obwohl ich mich selbst zu den unerschütterlichen Optimisten zähle, möchte ich hier den eben zitierten Johann Wolfgang von Goethe aus seinem „Faust“ noch einmal bemühen: „Die Botschaft hör' ich wohl, allein mir fehlt der Glaube!“

Wenn wir ernsthaft dieses Ziel erreichen wollen, dann nur, wenn wir einen fundamentalen **System- und Mentalitätswechsel** vollziehen und, wenn von staatlicher Seite deutlich mehr in Voraussetzungen und Bedingungen für nachhaltige Forschungsaktivitäten investiert wird. Leider haben wir in unserem Land nicht eine privat getragene wissenschaftliche **Förderkultur** wie in den USA, wo jenseits staatlicher Unterstützung dankbare Patienten und Großfirmen über Stiftungen Millionen von Dollar in die medizinische Forschung pumpen. Sie mögen mir die nachfolgende Aussage zu den Verhältnissen in den USA verzeihen: nicht viel, was derzeit aus den USA kommt, ist nachahmenswert, vertrauenswürdig oder gar zukunftsweisend! Aber in Bezug auf Forschungsförderung sind und waren uns die Amerikaner immer voraus.

Aber unabhängig von der **Finanzierungssituation** bewegen sich Chefchirurgen in amerikanischen Top-Einrichtungen nicht in einem nur annähernd vergleichbar engen Korsett von DRG-Erlösen und persönlicher Leistungserbringung. Verbringt ein chirurgischer Lehrstuhlinhaber in Deutschland pro Arbeitswoche 20 und mehr Stunden im OP, sind es bei seinem amerikanischen Kollegen gerade einmal fünf, manchmal vielleicht auch acht, aber bestimmt nicht mehr als zehn Stunden. In unserem System erschöpfen wir uns im Hamsterrad der klinischen Leistungserbringung.

Für einen Großteil des **akademischen Nachwuchses** ist die Zeit in der Uniklinik nicht

mehr als ein Durchlauferhitzer auf dem Weg zu einer außeruniversitären Leitungsfunktion. Dazu kommt noch, dass wir unsere Besten immer wieder an amerikanische Arbeitsgruppen verlieren, weil im Land der unbegrenzten Möglichkeiten eben auch die wissenschaftlichen Entfaltungsmöglichkeiten andere sind.

Gerade unter den derzeitigen Umständen, diesem **„Brain Drain“** auf Neudeutsch, muss man sich Sorgen um eine im internationalen Vergleich konkurrenzfähige Forschung und Wissenschaft machen.

Hans Detlev Saeger hat in einem Beitrag 2016 in der Zeitschrift der „Kliniker“ die Probleme in Deutschland treffsicher auf den Punkt gebracht: restriktive Personal- und Finanzierungsausstattung, zunehmende inhaltliche, zeitliche und finanzielle Anforderungen an gute Wissenschaft und schließlich zu geringes Interesse des Nachwuchses an chirurgischer Forschung!

Unser letztjähriger Präsident, Jörg Fuchs, hat mit immensen Anstrengungen das „Fortune“-Förderprogramm entwickelt, das es jungen Chirurginnen und Chirurgen in Zukunft ermöglichen soll mit innovativen Projekten wissenschaftlich an den Start zu gehen. Aber es braucht noch viel mehr als das, um als wissenschaftliche Fachgesellschaften wieder dorthin zu kommen, wo wir in den ersten 30 Jahren des letzten Jahrhunderts waren, nämlich an der Spitze!

Aber wir brauchen nicht irgendeine chirurgische Forschung. Wir benötigen seriöse Forschung in relevanten Fragestellungen. Das derzeitige Bewertungssystem von publikatorischer Qualität und Aktivität ist überkommen.

Durch das Internet wird die wissenschaftliche Welt geflutet mit **Fake Science**. Täglich erreichen einen 10, manchmal 20

CHIRURGENKONGRESS 2019 PRÄSIDENTENREDE

Email-Aufforderungen mit der Anrede: „Greetings of the day!“ Man wird aufgefordert in Zeitschriften mit klingenden englischen Bezeichnungen zu publizieren, in Editorial Boards mitzuarbeiten oder Vorträge auf internationalen Konferenzen zu halten. Ein perfides, allein profitorientiertes und nicht der seriösen Wissenschaft verpflichtetes Geschäftsmodell greift hier Raum wie ein Flächenbrand! Es nimmt im wahrsten Sinne des Wortes den Druck auf, für eine akademisch erfolgreiche Karriere publizieren zu müssen. Die Welt der Open Access Journals ist mittlerweile voll von diesen inhaltsleeren, betrügerischen und für die Betreiber lukrativen Machenschaften. Der Verlag „Omic Online Publishing“ mit Sitz im indischen Hyderabad hat allein im Jahre 2016 über 10 Millionen Euro Umsatz mit Open Access Publikationen erzielt. Ohne den von angesehenen Journalen und mit namhaften Wissenschaftlern durchgeführten Begutachtungsprozess vergiften diese Publikationen die wissenschaftliche Landschaft.

Publizieren muss mehr sein als Impact-Punkte sammeln, muss mehr sein als akademische Eitelkeiten zu befriedigen. Ich appelliere an Sie und Ihre Führungsqualitäten, dem wissenschaftlichen Nachwuchs Hilfe und Rat zu geben, um gute Forschung auch dort zu platzieren, wo sie hingehört: in anerkannte peer reviewed, nationale und internationale Zeitschriften oder Open Access Journale.

In diesem Zusammenhang möchte ich auf einen Vorschlag hinweisen, der erstmals von dem australischen Schriftsteller Michael McGirr geäußert und zuletzt von Brian Martinson von der University of Minnesota im Oktober 2017 in der Zeitschrift „Nature“ wieder aufgegriffen wurde: ein Publikationslimit für Wörter! Jeder hat ein begrenztes Kontingent an Wörtern! Brian Martinson schreibt. Ich zitiere: „The purpose of authorship has shifted. Once, its primarily role was to share

knowledge. Now it's to get a publication – „pubcoin“ if you will!“

Drummond Rennie und Annette Flanagin haben bereits 1994 Vergleichbares zum Ausdruck gebracht. Ich zitiere: „...scholarly publications have become the coins academics must use to get through the tollgates on their way to academic promotion!“ Also wissenschaftliche Publikationen sind zu Münzen, zu einer Währung verkommen, mit denen Forscher sich ihren Weg durch die Mautstellen auf dem Weg ihrer akademischen Karriere ebnen!

Ich denke Sie stimmen mit mir überein, dass wir im Sinne einer hochwertigen Wissenschaft hier einen Bereinigungsprozess und einen Paradigmenwechsel anstoßen müssen, um Grundlagen unseres Wissens und tatsächlichen Erkenntnisgewinn zu schützen.

Das Bild des Arztes und, wie ich meine, auch sein Selbstverständnis hat sich verändert. Und das führt mich zu einem Thema, das mich seit Jahren bewegt: den **Zugang zum Medizinstudium!**

Seit Jahrzehnten ist für die Studienplatzzuteilung und die Auswahl über die Universitäten eine zahlendefinierte Zulassungsbegrenzung orientiert an der Abiturdurchschnittsnote das entscheidende Kriterium. Das Stichwort lautet: **Studierfähigkeit!** Im Wintersemester 2017/18 haben sich 43.000 junge Menschen auf 9.200 Studienplätze beworben. Mittlerweile sind wir für die primäre Berücksichtigung bei einer Abiturbestennote zwischen 1,0 und 1,2 angelangt. Für die Einladung zum Auswahlgespräch an einer Universität darf der Abiturschnitt auch „schlechter“ sein. Aber mit einem Notendurchschnitt über 1,6 ist man in der derzeit gültigen Regelung – bei Lichte betrachtet – nahezu chancenlos.

Die Quoten- und Kriterienvielfalt im nun vorliegenden reformierten Gesetzentwurf soll dazu führen, dass zukünftig bei der Auswahl neben kognitiven Kompetenzen auch praktische und **sozialkommunikative Fähigkeiten** berücksichtigt werden. Das ist mehr als wünschenswert! Aber klar ist auch, dass unter den neuen Regelungen auch wieder nur einer von fünf Bewerbern den erhofften Studienplatz erhalten wird. Und maximal 10% von diesen kommen am Ende in der Chirurgie an!

Es ist sehr begrüßenswert, dass die Politik erkannt hat, dass es der Vielfalt des ärztlichen Berufs entsprechend auch ein differenziertes Auswahlverfahren geben sollte. Es muss ja das Spektrum vom Amts- und Betriebsarzt über den Haus- und Facharzt bis zum Lehrstuhlinhaber und hochkarätigen Forscher abgedeckt werden. Sonst können gleichermaßen die Patientenversorgung in allen Sektoren und die national und international konkurrenzfähige Forschung und Wissenschaft nicht ausreichend bedient werden.

Sie mögen mir die nachfolgende Feststellung verzeihen: aber ein Großteil derer, die diesen Saal füllen, Sie, die Sie hier sitzen, hätte nach heute gängigen Kriterien vermutlich niemals einen Zugang zum Medizinstudium erhalten! Aber waren und sind es nicht Sie, die in den vergangenen Jahrzehnten mit ihren Visionen und Leistungen die Chirurgie in ihrer Vielseitigkeit in unserem Land erfolgreich entwickelt haben?

Mir bereitet einfach Sorge, dass wir im jetzigen und zukünftigen System zu vielen jungen Menschen mit herausragenden sozialen und handwerklichen Fähigkeiten den Zugang zur Medizin und zur Chirurgie verwehren. Anpackenden Bastlern und Schraubern bei den Jungs, und phantasievollen, künstlerisch begabten Mädchen. Jungen Menschen, die im Hormonsturm der Pubertät – frei nach dem Motto: „Volle Pulle, Richtung egal!“ – etwas

CHIRURGENKONGRESS 2019

PRÄSIDENTENREDE

die Orientierung verloren haben und ihr intellektuelles Potenzial zu gegebener Zeit nicht ausschöpfen können.

Warum machen wir es nicht wie die Franzosen? Dort kann sich jeder unabhängig von der Schulnote für das Medizinstudium bewerben. Nach einem einjährigen Grundstudium in medizinrelevanten Fächern, wo auch Sozialkompetenz und emotionale Intelligenz gefordert sind, folgen sehr anspruchsvolle Prüfungen. Mit einer Bestehensquote von maximal 20 % wird gnadenlos die Spreu vom Weizen getrennt. Mit diesem System könnten auch in Deutschland die pubertätsgeschädigten Spätzünder eine Chance erhalten. Müsstest du aber mit Blut, Schweiß und Tränen – anders ist es kaum vorstellbar – durch das erste und auch die Folgejahre kämpfen. Aber dann können sie in welcher Fachrichtung der Medizin auch immer zu guten Ärztinnen und Ärzten heranreifen.

Was macht eigentlich **eine gute Chirurgin, einen guten Chirurgen** aus? Und wieder komme ich auf das Kongressmotto zurück: Es sind Herz, Hand und Verstand! Aber dieser Dreiklang entwickelt sich erst unter wohlwollender und fachlich kompetenter Führung in den Jahren der Weiterbildung. Ich habe diese Jahre als sehr lehrreich, aber auch hart erlebt. An manchen Tagen als Grenzerfahrungen am Rande der psychischen und physischen Belastbarkeit. 80 Wochenarbeitsstunden waren die Regel und nicht etwa die Ausnahme. Aber die Lernmöglichkeiten in praktischen und theoretischen Dingen, in Breite und Tiefe waren durch die Informationsdichte und die intensiven Herausforderungen im wahrsten Sinne des Wortes überwältigend.

Die europäische **Arbeitszeitrichtlinie** hat vieles verändert, leider nicht nur die Arbeitszeit, sondern, wie ich meine auch, die Mentalität. Ich möchte nicht falsch verstanden werden, dass auch heute noch, so wie wir früher, der Weiterbildungsassistent mit halonierten

Augen im Zustand größter Erschöpfung durch Klinikflure schleichen soll. Aber wir haben damals in der Notaufnahme, am Krankenbett und im OP in drei bis vier Jahren das erlebt, was die heutige Generation in sechs Jahren an klinischer Erfahrung sammeln kann.

Ich möchte auch nicht so weit gehen zu behaupten, dass der Beruf des Chirurgen auf dem besten Weg ist als simpler „Job“ wahrgenommen zu werden. Dazu erlebe ich tagtäglich viel zu viele hoch motivierte, begeisterungsfähige und empathische Mitarbeiter! Aber es ist doch mit Händen zu greifen, dass regelmäßig **Versorgungslücken** entstehen, der behandlungsbedürftige Patient aus dem Fokus gerät. Es ruft die Stechuhr und es drohen Arbeitszeitüberschreitungen! Das Herz des Assistenten sagt: „Ich müsste eigentlich bleiben, um die Versorgung aufrecht zu erhalten“, der Verstand gebietet die Klinik zu verlassen.

Die Empathie läuft Gefahr als Opfer starrer gesetzlicher Vorschriften auf der Strecke zu bleiben. Und das in Zeiten eines galoppierenden **Fachkräftemangels** außerhalb der urbanen Ballungszentren.

Wir Chirurgen sind anders, und werden auch so von Kollegen anderer Disziplinen wahrgenommen. Das gilt auch noch heute, obwohl die Zahl derer, die in Führungspositionen unnahbar und cholerisch mit harter Hand geführt haben, signifikant abgenommen hat. Auch in der Chirurgie hat sich über die letzten zwei Jahrzehnte ein **kommunikativer und kooperativer Führungsstil** Bahn gebrochen. Ich meine, dass diese Entwicklung notwendig und sinnvoll war, um den chirurgischen Nachwuchs zu erreichen und schließlich zu gewinnen. In diesem Zusammenhang erlaube ich mir auf aktuelle Forschungsarbeiten aus der Sozialpsychologie hinzuweisen. Diese machen unmissverständlich klar, in welcher Zusammensetzung und mit welcher Stimmungslage chirurgische Teams erfolgreich

sein können. Frans de Waal, ein holländischer Ethnologe und ausgewiesener Affenexperte – ja, Sie haben richtig gehört, ein Affenexperte – untersuchte das Sozialverhalten von Ärzten im OP mit Methoden aus der Primatenforschung, die gut auf den Menschen übertragbar sind. In ausschließlich männlichen Teams kommt es zu deutlich mehr Konflikten: Anschreien, Bloßstellen und Ignorieren sind die beliebtesten Strategien, um sich Respekt zu verschaffen. Arbeiten dieselben Chirurgen mit Frauen zusammen, ändert sich das Verhalten dramatisch: es wird mehr erklärt, mehr gelobt und sich mehr bedankt! Also, die Zeit der unnahbaren Silberrückengorillas in testosterondurchwirkten männlichen Teams ist vorbei! Keine Hahnenkämpfe mehr im OP, weil darunter auch die Qualität der Zusammenarbeit und damit das Operationsergebnis leiden!

Und noch ein interessanter Aspekt in Bezug auf operative Qualität, der eine Theorie abseits der Bedeutung **gemischt geschlechtlicher Teams** aufgreift: Rene Proyer vom Institut für Psychologie der Universität Halle-Wittenberg konnte feststellen, dass ein entspannter Umgang miteinander, also auch bei OP-Teams, von Vorteil ist. Salopp ausgedrückt: Spaßvögel im OP scheinen für unerwartete Situationen besser gerüstet zu sein, verdanken ihrer Verspieltheit den Zugang zu unkonventionellen Lösungen und stecken Stress besser weg. Bitte verstehen Sie mich nicht falsch: das ist jetzt kein Plädoyer für humoristische, patientengefährdende Veranstaltungen im OP! Aber doch ein Hinweis dafür, dass ein freundlicher und entspannter Umgang miteinander, gerade dann, wenn es schwierig wird, Quelle von gegenseitiger Inspiration, konstruktiver Kooperation und adäquater Problemlösung sein kann.

Und hier schließt sich dann wieder der Kreis zum Selektionsprozess für das Medizinstudium, aber wohlgeachtet ohne den Abiturbesten pauschal eine gewisse Entspanntheit

CHIRURGENKONGRESS 2019 PRÄSIDENTENREDE

abzusprechen. Wir müssen auch jenen die Chance geben, die jenseits von bestechendem intellektuellem Scharfsinn Kraft ihres ausgeglichenen Gemüts, ihrer Verspieltheit und einer gewissen Lockerheit Menschen bewegen.

In diesem Jahr haben wir sehr viel Zeit und Energie in die Weiterentwicklung des Organ Spendelaufs gesteckt. Wir wollen mit dieser Initiative aufrütteln, denn die **Organspende** ist und bleibt ein Sorgenkind in unserem Land. Wir hinken unseren Partnerländern im Eurotransplant-System und auch außerhalb weit hinterher. Die kürzlich gesetzlich auf den Weg gebrachten Verbesserungen der Arbeitssituation der Transplantationsbeauftragten in den Krankenhäusern, die Optimierung der Finanzierung durch eine Grund- und Leistungspauschale und die Einrichtung eines flächendeckenden neurologischen Konsiliardienstes für die Hirntoddiagnostik sind wichtig und gut. Aber das ist nicht einmal der halbe Weg! Auch in Deutschland brauchen wir die Widerspruchslösung. Wir sind umzingelt von Ländern, in denen diese Regelung getragen von der breiten Zustimmung der Bevölkerung erfolgreich praktiziert wird. Weniger als ein Prozent der Menschen in diesen Ländern entscheiden sich aktiv gegen die Organspende. Die Diskussion in unserem Land wird von den Gegnern mit Argumenten und Begriffen geführt, die einen daran zweifeln lassen, ob eine sachliche Aufklärung überhaupt gewünscht wird. Es fallen Worte wie Organabgabepflicht, Zwang zur Organspende oder auch der Staat beraubt den Einzelnen seiner **Entscheidungsfreiheit** und vergreift sich an dessen körperlicher Unversehrtheit nach dem Tod. Ich verstehe es nicht! Ist es nicht so, dass sich auch unter den Bedingungen der Widerspruchslösung jeder frei dazu positionieren kann? Man muss nur Stellung beziehen: Ja oder Nein!

Wir können nur hoffen, dass es über die Zeit mit nachhaltigem politischen Willen

und umfassenden Informationsinitiativen gelingt, den Hebel umzulegen. Vielleicht haben wir auch den falschen und einen zu negativ besetzten Begriff gewählt und sollten besser von einer „Erklärungslösung“ sprechen. Einer Lösung, getragen von der freien Entscheidung und vom unbedingten Willen zur Solidarität über den eigenen Tod hinaus!

Sie werden bemerkt haben, dass ich bisher noch kein Wort über die **Digitalisierung** verloren habe. Auch dieser Kongress widmet sich in einigen Sitzungen dem revolutionären Einfluss von Bits und Bytes auf die Medizin von heute und morgen. Ich glaube, dass wir nicht die leiseste Ahnung davon haben, wie die Medizin in Diagnostik und Therapie in 100 Jahren aussehen wird. Wird es noch Krankheiten geben? Ich vermute „Ja“! Wird es noch Ärzte aus Fleisch und Blut geben? Ich hoffe „Ja“! Denn man kann es sich schlechterdings nicht oder noch nicht vorstellen, dass Patienten in ihrer körperlichen und seelischen Hilfsbedürftigkeit in pseudoemotionalen Robotern den Halt finden, den sie brauchen. Das Wissen und Können, das tröstende Wort aus menschlichem Mund und die helfende Hand eines empathischen Arztes mögen hoffentlich für alle Zeiten das Maß aller Dinge in der Patientenbehandlung sein.

Lassen Sie mich noch einige wenige Worte zum Thema Kollegialität und Mangel an ärztlichem und **Pflegepersonal** verlieren! Der Umgang miteinander, in welcher Situation auch immer, muss geprägt sein von gegenseitigem Respekt. Auch wenn Journalisten und Boulevard-Magazine nach medizinischen Skandalen lechzen: trotz Meinungsfreiheit hat nach moralischen Kriterien kein Arzt das Recht die Indikationsstellung eines anderen Kollegen zur OP und Patientenverläufe vor laufender Kamera zu bewerten. Wenn denn kritische Bewertungen irgendwohin gehören, dann nur in einen geordneten Gerichtsprozess und in die Wahrnehmung der Rolle als Sachverständiger. Aber auch da spricht nur

der Richter das Urteil, und niemand sonst! Wir dürfen nicht zulassen, dass Krankengeschichten mit komplexen Verläufen in sogenannten aufklärerischen TV-Sendungen von selbst ernannten Experten öffentlich bewertet werden.

Und schließlich zum **Ärzte- und Pflegepersonal**: bei kritischer Betrachtung der Krankenhaussicht in unserem Land und vor allem in den Großstädten muss die Frage erlaubt sein, ob wir alle diese Kliniken brauchen, die oftmals nur einen Steinwurf voneinander entfernt sind und jeweils das gleiche Leistungsspektrum vorhalten. Und wir müssen uns fragen, ob nicht dadurch in Wahrheit nur ein relativer Ärztemangel besteht. Eine Frage, der wir uns, so wir Versorgungsqualität, Beitragstabilität und medizinischen Fortschritt wünschen, unbedingt widmen müssen!

Im Lichte dessen beklagen wir vermutlich auch nur einen relativen Mangel an Pflegepersonal. Aber, abgesehen davon: lassen sie uns gemeinsam alles tun, damit der Pflegeberuf wieder die angemessene ideelle und materielle Anerkennung erfährt. Früher war die Krankenschwester eine hoch angesehene Position im gesamtgesellschaftlichen Gefüge. Heute scheint die examinierte Pflegekraft zu einem unbedeutenden Rädchen im Maschinenraum sozial erwünschter Leistungserbringer verkommen zu sein. Es ist eine Schande! Die Pflegenden brauchen **mehr Anerkennung** und müssen besser bezahlt werden und es steht uns als Chirurgen gut an, auch dafür zu kämpfen!

Nun komme ich zum Schluss und werfe dabei einen Blick zurück auf **meine eigene chirurgische Laufbahn**. Fasziniert, aber nicht im Ansatz gedrängt von meinem Vater, der chirurgischer Chefarzt in einem kleinen Kreis Krankenhaus in Niederbayern war, gab es für mich nur eine berufliche Option: Chirurg! Geleitet von seinem Vorbild an Disziplin, und nie endender Einsatz- und Lernbereitschaft

CHIRURGENKONGRESS 2019

PRÄSIDENTENREDE

habe ich mich auf diesen Weg gemacht. Ich danke meinen Chefs, den Professoren Werner Klinner, Georg Heberer und Friedrich Wilhelm Schildberg für die erfüllenden Jahre in der Weiterbildung am Klinikum Großhadern. Ganz besonders bedanken möchte ich mich aber bei Prof. Bernhard Kemkes, meinem Oberarzt in meinen ersten beiden Jahren in der Herzchirurgie, der mich mit unerschütterlichem Vertrauen gefordert und gefördert hat. Er war ein Künstler an Nadelhalter und Pinzette, ausgestattet mit traumwandlerischer Sicherheit und bestechender Antizipation. Ganz besonders danken möchte ich schließlich Prof. Karl-Walter Jauch. Er ist mein viszeralkirurgischer Lehrer, mein Mentor, mein Freund! Er hat mir chirurgisch und administrativ das Rüstzeug für eine Leitungsposition mitgegeben. Und er hat mich für die akademische Chirurgie begeistert, die mich zu Prof. Konrad Meßmer am Institut für Chirurgische Forschung der LMU München führte. Ihm, und meinem Doktorvater, Prof. Ernst Pöppel, Emeritus für Medizinische Psychologie an der LMU, verdanke ich die Grundlagen

für ehrliches und solides wissenschaftliches Arbeiten.

Nach nun über 33 Jahren in der Chirurgie bin ich erstaunt, welche Metamorphose man durchläuft und wie man – mit Herz, Hand und Verstand – darum kämpfen muss, sich das Kleinod der chirurgischen Kernkompetenz zu bewahren. Man mutiert über die Jahre zu einer hybriden Mischung aus Chirurg, Budgetverwalter, Personalhalbchef, Konferenzclown, kinnkantigem Planungsgodzilla und geschmeidigem Motivationskünstler. Mancher würde sagen zu einem Fabelwesen, einem bayerischen Wolpertinger oder der sagenumwobenen eierlegenden Wollmilchsaue. Der ursprüngliche Phänotyp des Chirurgen ist manchmal nur mehr schemenhaft erkennbar. Deshalb danke ich allen meinen Kolleginnen und Kollegen, die mir über die Jahre mit traumwandlerischer Sicherheit immer wieder den Spiegel in einem so günstigen Winkel vorgehalten haben und noch vorhalten, dass ich mich selbst noch immer und vor allem als Chirurg erkenne. Und ich

möchte allen Kolleginnen und Kollegen, egal in welchem medizinischen Fachgebiet sie Führungsverantwortung übernommen haben, raten, immer dafür zu sorgen, dass sie so nah am Patienten dranbleiben, wie möglich, und immer noch als hoch kompetenter Arzt ihres Fachs und nicht nur als Medizinmanager wahrgenommen werden.

Ganz zum Schluss möchte ich meinen verstorbenen Eltern, meinen beiden Brüdern Felix und Christoph, meinen Handballmannschaften aus vergangenen Tagen und vor allem meiner Frau Ute, und unseren Kindern Benjamin, Carolin und Vincent danken. Für die stets zugewandte, fördernde und liebevolle Begleitung durch die Jahre. Sie alle waren für mich auf diesem Weg immer wieder die letzte tragfähige Brücke der Selbstvergewisserung für zwei Dinge: dass meine Bestimmung in der Chirurgie liegt, die von Zuwendung zum Kranken und bedingungslosem Teamgeist geprägt ist und dass man sich selbst nie zu wichtig nehmen darf!

CHIRURGENKONGRESS 2019 BILDERGALERIE ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG

BILDERGALERIE* ZUR ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG



Geschäftsführender Vorstand der DGCH



Grußwort BMG: Sabine Weiss, MdB und Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit



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



Grußwort DGCH: Präsident der DGCH Prof. Dr. M. Anthuber



Grußwort DGAV: Präsident der DGAV Prof. Dr. J. C. Kalff



Grußwort DGKCH: Präsident der DGKCH Prof. Dr. Dr. P.P. Schmitteneber



Augsburger Domsingknaben



Oman Surgical Society



Grußwort Oman Surgical Society: Präsidentin Dr. Z. Al Balushi, MD, FRCS

* © alle Bilder: DGCH

CHIRURGENKONGRESS 2019 BILDERGALERIE ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG



Verleihung Ehrenmitgliedschaft:
Prof. Dr. K. Ivanov



Verleihung Ehrenmitgliedschaft:
Prof. Dr. W. J. Pories



Verleihung Ehrenmitgliedschaft:
Prof. Dr. H. van Aken



Senator: Prof. Dr. P.-M. Vogt



Werner Körte-Medaille Gold: Prof. Dr. H. Feußner



Werner Körte-Medaille Silber: Dr. T. Meinert



Siegel der DGCH: Dr. J.A. Rüggeberg



Urkunde der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie:
Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG



Urkunde der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie:
Intuitive Surgical Deutschland GmbH

CHIRURGENKONGRESS 2019

BILDERGALERIE ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG



Von-Langenbeck-Preis: Dr. B. W. Renz



Rudolf-Zenker-Preis: Prof. Dr. Dr. h.c. U. Hopt



Felicien-Steichen-Preis: Dr. B. Babic



Wolfgang Müller-Osten-Preis:
Perspektivforum Junge Chirurgie der DGCH



Edgar-Ungeheuer-Preis:
Dr. Ph. Rößler, Prof. Dr. D. Wirtz und
PD Dr. M. Friedrich



Karl-Storz-Preis: Prof. Dr. Dr. h.c. W. K. Karcz



**Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische
Forschung:** Dr. L. M. Schiffmann

CHIRURGENKONGRESS 2019

EHRUNGEN, PREISVERLEIHUNGEN UND STIPENDIEN

EHRUNGEN, PREISVERLEIHUNGEN UND VERGABE VON STIPENDIEN

Preis	Name/Klinik bzw. Funktion	Vergabe für
Ehrenmitglieder der DGCH	Professor Dr. Krasimir Ivanov Rector, Medical University Varna, Bulgaria	Professor Dr. Krasimir Ivanov is honored for his national and international achievements as a colorectal and minimal invasive surgeon, for his outstanding scientific work and for his impressive achievements in building up the Medical School at the University of Varna with education of hundreds of German students.
	Professor Dr. Walter J. Pories Founding Chair of the Department of Surgery East Carolina University, Greenville	Professor Dr. Walter J. Pories is honored for his national and international achievements in metabolic, bariatric and pediatric surgery, his commitment in Environmental Health and for his outstanding scientific work.
	Professor Dr. Hugo Van Aken Direktor em. Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Schmerztherapie Universitätsklinikum Münster Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin	Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie zeichnet ihn für sein herausragendes berufspolitisches Engagement und seine erfolgreiche Arbeit als Kooperationspartner für alle chirurgischen Fachdisziplinen aus.
Senator auf Lebenszeit	Professor Dr. Peter M. Vogt Direktor Klinik und Poliklinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie Medizinische Hochschule Hannover	Anerkennung und Würdigung seiner langjährigen Verdienste um die DGCH, vor allem als ihr Präsident im Jahr 2014/2015.
Werner-Körte-Medaille in Gold	Prof. Dr. Hubertus Feußner Chirurgische Klinik und Poliklinik - Klinikum rechts der Isar Technische Universität München	Für die langjährige Unterstützung unserer Gesellschaft, speziell für die erfolgreiche Entwicklung der chirurgischen Projektgruppe Digitalisierung der DGCH
Werner-Körte-Medaille in Silber	Dr. Till Meinert Vice President, Professionals Walter de Gruyter GmbH	Für seine langjährigen Verdienste um die Förderung der wissenschaftlichen Chirurgie, für die er sich persönlich mit seinem Unternehmen in besonderer Weise engagiert hat.
Siegel der DGCH	Dr. Jörg A. Rüggeberg Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC)	Die DGCH ehrt Herrn Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg mit ihrem Siegel als Zeichen der Verbundenheit mit dem Berufsverband Deutscher Chirurgen und für seine Verdienste bei der Entwicklung einer weiteren engen fachlichen und freundschaftlichen Kooperation mit der DGCH.

CHIRURGENKONGRESS 2019

EHRUNGEN, PREISVERLEIHUNGEN UND STIPENDIEN

Preis	Name/Klinik bzw. Funktion	Vergabe für
Von-Langenbeck-Preis	Dr. Bernhard Willibald Renz Klinikum der Universität München	„ β 2 Adrenergic-Neurotrophin Feedforward Loop Promotes Pancreatic Cancer“
Rudolf-Zenker-Preis	Prof. Dr. Dr. h.c. Ulrich Hopt	Seine herausragenden Leistungen in der Weiterentwicklung der Tumorchirurgie und Transplantationsmedizin in Deutschland haben national und international höchste Anerkennung gefunden. Durch seine unermüdlchen Anstrengungen im Sinne der gesamten Chirurgie hat er wesentlich zur Stärkung der DGCH beigetragen.
Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische Forschung	Dr. Lars Mortimer Schiffmann Universitätsklinik Köln	„Tumour-infiltrating neutrophils counteract anti-VEGF therapy in metastatic colorectal cancer“
Karl-Storz-Preis	Prof. Dr. Dr. h.c. Wojciech Konrad Karcz Universitätsklinikum München (LMU)	„Laparoskopische Indocyaningrün (ICG) Arteriographie für Fluoreszenz gestützte Chirurgie bei onkologischen Colon-Operationen“
Felicien-Steichen-Preis	Dr. Benjamin Babic Universitätsmedizin Mainz Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie	„Von der offenen zur total minimalinvasiven Ivor-Lewis Ösophagektomie: Eine positive Entwicklung für Patienten mit Ösophaguskarzinom“
W.-Müller-Osten-Preis	Perspektivforum Junge Chirurgie der DGCH	Netzwerk Junge Chirurgie – „Der kurze Dienstweg“
Edgar-Ungeheuer-Preis	Dr. Philip Rößler, Prof. Dr. Dieter Christian Wirtz, PD Dr. Max J. Friedrich Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie Universitätsklinikum Bonn	Klinische Basis-Untersuchung des Kniegelenkes und Klinische Basis-Untersuchung des Schultergelenkes
Video-Film-Preis	PD Dr. Marius Distler Universitätsklinikum Carl Gustav Carus	
Video-Film-Preis	Dr. Christian Krautz Universitätsklinikum Erlangen	
Posterpreis	PD. Dr. Carmen Dingemann Medizinische Hochschule Hannover	
Fritz-Linder-Preis	Dr. Mathilde Feist Chirurgische Klinik, Campus Charité Mitte	
Stipendium als Fortbildungshilfe	PD Dr. Moritz Schmelzle Chirurgische Klinik Campus Charité Mitte	Zur Verbesserung der Kenntnisse auf dem Gebiet der laparoskopischen Leberchirurgie in Japan
Internationales Gaststipendium	Dr. Michal Pedziwiatr Jagiellonen-Universität Krakau/Polen	Zu einem Forschungsaufenthalt an einer Chirurgischen Klinik in Deutschland
H.-Junghanns-Stipendium	Dr. Stanislav Litkevych Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	Zur Vertiefung der Pankreaschirurgischen Kenntnisse in den USA und in Japan
Reisestipendium zum Kongress zum des ACS	Dr. Adrian Seifert Universitätsklinikum Carl Gustav Carus	
Reisestipendium zum Japanischen Chirurgenkongress	Dr. Petra Ganschow Universitätsklinikum München (LMU)	
Wolfgang-Müller-Osten-Stipendium	Dr. Philip Baum Universitätsklinikum Würzburg	„Der bundesweite Einfluss der Krankenhausgröße auf das Überleben von Komplikationen nach viszeralchirurgischen Operationen“
Wolfgang-Müller-Osten-Stipendium für ausländische Hospitanten	Dr. Denys Byzov PRA Healthsciences Ukraine	Zu einem Forschungsaufenthalt an der Universitätsklinik Leipzig
	Dr. Agata Diakun Wroclaw Medical University	Zu einem Forschungsaufenthalt an einer Chirurgischen Klinik in Deutschland

CHIRURGENKONGRESS 2019 PRÄSIDENTENWAHL

Wahl des Präsidenten

2021/ 2022



**Univ.-Prof. Dr. med. Hauke Lang,
MA, FACS**

Direktor der Klinik für Allgemein-,
Viszeral- und Transplantationschirurgie
Universitätsmedizin der Johannes
Gutenberg-Universität
Langenbeckstraße 1
55131 Mainz

CURRICULUM VITAE

UNIV.-PROF. DR. MED.

**HAUKE LANG,
MA, FACS**

1982 – 1983

Medizinstudium an der Philipps-Universität
Marburg

1984 – 1989

Medizinstudium an der Phillips-Universität
Marburg und an der Bayerischen Julius-Maxi-
milians-Universität in Würzburg

17.05.1990

3. Staatsexamen (Städtische Kliniken Fulda)

07/1990 - 01/1991

Arzt im Praktikum: Medizinische Poliklinik
der Ludwig-Maximilians-Universität Mün-
chen (Vorstand: Prof. Dr. N. Zöllner)

02/1991 – 12/1991

Arzt im Praktikum: Klinik für Abdominal-
und Transplantationschirurgie, Medizinische
Hochschule Hannover (Leiter: Prof. Dr. R.
Pichlmayr)

1992

Doktorarbeit „Die Schafsleber - ein neues
Tiermodell zum Nachweis der funktionellen
Anatomie und der segmentgerechten Resek-
tion der Leber“

01/1992 – 09/1998

Wissenschaftlicher Mitarbeiter: Klinik für
Abdominal- und Transplantationschirurgie,
Medizinische Hochschule Hannover (Leiter:
Prof. Dr. R. Pichlmayr)

10/1998 – 04/1999

Oberarzt: Klinik für Abdominal- und Transplan-
tationschirurgie, Medizinische Hochschule
Hannover (Komm. Leiter: PD Dr. R. Raab)

1999

Habilitationsschrift „Die isolierte hypertherme
Leberperfusion – Ergebnisse tierexperimentel-
ler und klinischer Untersuchungen“

04/1999 – 11/2007

Oberarzt: Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Transplantationschirurgie, Universitätskli-
nikum Essen (Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h.c.
mult. C. E. Broelsch)

2003 – 2006

Fernstudium im Masterstudiengang
„Management von Gesundheits- und Sozi-
aleinrichtungen“ an der Technischen Univer-
sität Kaiserslautern und an der Universität
Witten-Herdecke, Abschluss: M.A. (Master of
Arts)

12/2007 – 09/2012

Direktor: Klinik und Poliklinik für Allgemein-
und Abdominalchirurgie, Universitätsme-
dizin der Johannes Gutenberg-Universität
Mainz

seit 01.10.2012

Direktor: Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Transplantationschirurgie, Universitätsme-
dizin der Johannes Gutenberg-Universität
Mainz

CHIRURGENKONGRESS 2019 PRÄSIDENTENWAHL

MITGLIEDSCHAFTEN IN MEDIZINISCHEN GESELLSCHAFTEN

- Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie
- Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
- Deutsche Krebsgesellschaft
- Deutsche Transplantationsgesellschaft
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
- Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin
- European-African Hepato-Pancreato-Biliary Association
- Ehrenmitglied der Griechischen Gesellschaft für Chirurgie
- Fellow of the American College of Surgeons (FACS)
- International Hepato-Pancreato-Biliary Association
- Japanese-German Society for the study of liver surgery
- Sektion Chirurgische Forschung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
- Vereinigung Niederrheinisch-Westfälischer Chirurgen
- Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen
- Westdeutsches Tumorzentrum Essen e.V.

INTERNATIONAL HOSPITATION/VISITING PROFESSOR

- | | |
|------|--|
| 1996 | Kyoto University (Prof. Yamaoka, Prof. Tanaka) |
| 1997 | Kyoto University (Prof. Yamaoka) |
| 2004 | University of Florida at Gainesville (Prof. Hemming) |
| 2004 | Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York (Prof. Blumgart) |
| 2005 | Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York (Prof. Blumgart) |
| 2006 | Hopital Italiano, Buenos Aires (Prof. Santibanes) |
| 2012 | Ospedale Mauriziano "Umberto I", Torino (Prof. Capussotti) |
| 2012 | Ospedale Borgo Roma, Verona (Prof. Guglielmi) |
| 2015 | Skane University, Lund University, Lund (Prof. Andersson, Prof. Lindell) |
| 2017 | Ospedale Mauriziano "Umberto I", Torino (Prof. Ferrero) |
| 2018 | Academic Medical Center (AMC), Amsterdam (Prof. van Gulik) |

INTERNATIONAL EHRUNGEN/ AUSZEICHNUNGEN

- | | |
|------|---|
| 2018 | Spinoza Visiting Professorship The Amsterdam University Society and the Spinoza Committee |
| 2018 | Visiting Professor/Honorary Professor Karls-Universität Prag |

AKADEMISCHE GREMIENARBEIT

- | | |
|-----------|--|
| 2000-2004 | Stv. Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Transplantatio (CAT) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie |
| 2008-2014 | Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Onkologie (CAO-V) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie |
| 2009-2015 | Member of the Council of the European-African Hepato-Pancreatico-Biliary Association (E-AHPBA) |
| seit 2013 | Mitglied des Fachausschusses "Krebs-Therapiestudien" der Deutschen Krebshilfe |
| 2018 | Sachverständiger des Wissenschaftsrates |

CHIRURGENKONGRESS 2019 IMPRESSIONEN

IMPRESSIONEN* VOM DGCH-KONGRESS 2019



MITGLIEDERVERSAMMLUNG



Bericht des Präsidenten



Bericht des Generalsekretärs



Wahlen



3. Vizepräsident Prof. Dr. H. Lang



Bericht des Schatzmeisters



Stipendium als Fortbildungshilfe:
PD Dr. M. Schmelze



Internationales Gaststipendium:
Dr. M. Pedziwiatr

* © alle Bilder: DGCH



**Stipendium zum Besuch des Jahreskongresses
des American College of Surgeons (ACS):** Dr. A.
Seifert



**Stipendium zum Besuch des Jahreskongresses
der Japanischen Gesellschaft für Chirurgie
(JSS):** Dr. P. Ganschow

CHIRURGENKONGRESS 2019 IMPRESSIONEN



Wolfgang-Müller-Osten-Stipendium:
Dr. Ph. Baum



Wolfgang-Müller-Osten-Stipendium für ausländische Hospitanten: Dr. D. Byzov



Junior-Fortüne-Programm:
Dr. F. Scheufele

FESTVORTRAG



Jörg Löhr

INDUSTRIERUNDGANG



Thieme



Takeda

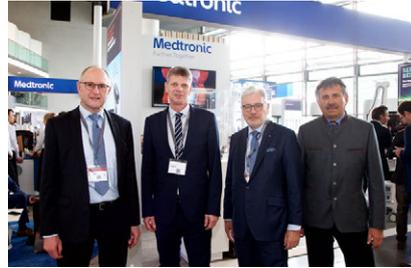


Karl-Storz

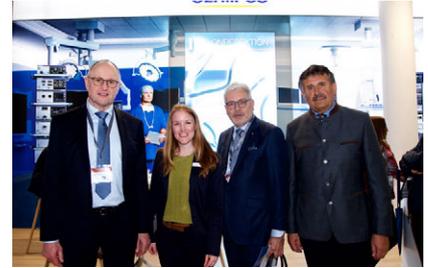
CHIRURGENKONGRESS 2019 IMPRESSIONEN



Intuitive



Medtronic



Olympus

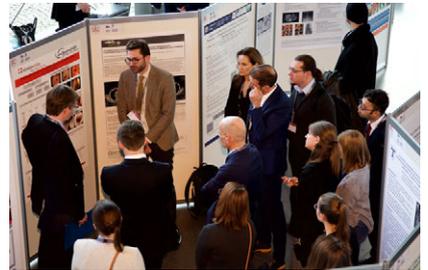
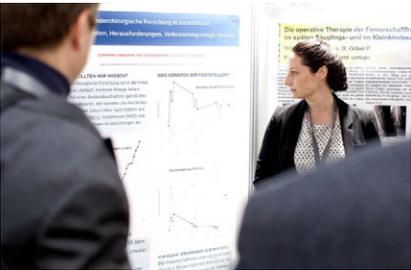


B. Braun



Johnson & Johnson

POSTERAUSSTELLUNG



CHIRURGENKONGRESS 2019 IMPRESSIONEN



ORGANSPENDELAUF



Prof. Anthuber & Uli Roth



Arjen Robben & Jörg Wontorra



Frau Anthuber, Prof. Anthuber & Verona Pooth



Heike Drechsler



Warm-up



Kurz vor dem Start



Chantal Bausch



Prominente Unterstützung

CHIRURGENKONGRESS 2019 IMPRESSIONEN



ABSCHLUSSVERANSTALTUNG



F-Linder-Preis: Dr. M. Feist



Filmpreis: PD Dr. M. Distler



Übergabe des Schecks an Kinderhilfe
Organtransplantation (KIO)



Übergabe des Schecks an den Ederhof der
Pichlmayr-Stiftung



Übergabe des Schecks an den
Deckarm-Fond der Deutschen Sporthilfe



DGCH 2019 Kongressteam
(Universitätsklinikum Augsburg)



Übergabe der Amtskette

CHIRURGENKONGRESS 2019 ORGANSPENDELAUF

Organ Spendelauf – ein voller Erfolg!

Dr. med. Maria-Theresa Kügler
Universitätsklinikum Augsburg

Dr. med. Tobias Kügler
Universitätsklinikum Augsburg

Am Mittwochabend, 27.03.2019, fand der Adiesjährige Takeda Organ Spendelauf unter dem Motto „Laufen rettet Leben“ erstmalig als zentrales Element des Chirurgenkongresses statt. Im Englischen Garten sorgten bereits ab 9 Uhr morgens 60 fleißige Helfer bei kühlem aber trockenem Wetter dafür, dass alle Teilnehmer und Prominente einen perfekt organisierten Lauf genießen konnten.

Dank der großen Bemühungen von Professor Anthuber und der km Sportagentur wurden rund um den Lauf etliche prominente Unterstützer der Organ spende von Sat.1, BR, FC Bayern TV und vielen weiteren Vertretern der Medienwelt zum Thema „Organ spende“ interviewt. Die Widerspruchslösung und andere aktuelle Themen rund um die Organ spende standen hierbei bei den Interviewpartnern Paul Breitner, Uli Roth, Faris Al-Sultan im Mittelpunkt.

Vor dem Lauf sorgte Heike Drechsler für das Warm-Up, die Menge war begeistert! Den Startschuss um 18 Uhr, der live im BR Fernsehen in der Abendschau übertragen wurde, gab Verona Pooth zusammen mit Arjen Robben. Fußballtrainer Felix Magath, Ex-Handballnationalspieler Stefan Kretschmar und

Bundesligahockey-Spielerin Chantal Bausch, selbst herztransplantiert, machten sich gemeinsam mit 1.000 Läufern auf den Weg durch den Englischen Garten. Angefeuert wurden die Läufer dabei lautstark von Jörg Wontorra, dem bekannten Sportmoderator. Zahlreiche Zuschauer entlang der Strecke, hierunter auch eine große Trommler-Gruppe, unterstützten vor Ort den Lauf und die Läufer für den guten Zweck.

Im Start/Zielbereich konnten sich Läufer und Zuschauer an Infoständen über die Organ spende informieren und Organ spendeausweise erhalten. Bereits lange im Vorfeld war der Rundkurs im Herzen Münchens im Englischen Garten mit 1.000 Teilnehmern ausgebucht. Die Läufer trotzten den kalten Temperaturen und gingen gemäß dem diesjährigen Kongressmotto „Volle Kraft voraus - mit Herz, Hand und Verstand“ über verschiedene Distanzen (2,5 km, 5 km, 10 km) an den Start. Im Anschluss fand die Siegerehrung und Preisverleihung statt. Für das leibliche Wohl sorgte mit viel Herzblut die Haberl Gastronomie am Chinesischen Turm. Bratwurst, Brezen und Getränke rundeten für alle Läufer, Helfer und Promis den gelungenen Tag ab.

Die Atmosphäre, unterstützt durch Leuchtelemente entlang der Strecke und einem DJ im Zielbereich, war überwältigend, „Gänsehautgefühl“, so der diesjährige Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Im Rahmen der Abschlussveranstaltung wurden die gesammelten Spenden, die in der Startgebühr enthalten waren, den drei begünstigten Organisationen Rehazentrum Ederhof, Kinderhilfe Organtransplantation und dem Jo Deckarm-Fonds der Deutschen Sporthilfe von Professor Anthuber überreicht.

Somit war der Lauf am Ende nicht nur eine sehr erfolgreiche Werbung für die Organ spende und eine wunderbare Sportveranstaltung für über 1.000 Leute, sondern diente auch als Spendenveranstaltung.

Wir sagen Danke - und freuen uns schon auf den nächsten Organ spendelauf 2020 in Berlin!



CHIRURGENKONGRESS 2019

EINLADUNG ZUM 137. KONGRESS DER DGCH

137.

EINLADUNG ZUM 137. KONGRESS DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Studierende und Pflegekräfte,
liebe Partner aus Industrie und Verwaltung,

zusammen mit den Mitveranstaltern, den Gesellschaften für Allgemein- und Viszeralchirurgie und Kinderchirurgie sowie den übrigen chirurgischen Gesellschaften und Berufsverbänden freuen wir uns, Sie zum 137. Deutschen Chirurgenkongress der DGCH nach Berlin einzuladen (21. Bis 24. April 2020).

„Gemeinsam Lernen und Heilen“ war 1872 schon die Motivation für die gemeinsame Tagung aller Chirurgen. Den Kongress in 2020 haben wir unter das Motto „Intelligenz, Intuition und Individualität“ gestellt, wobei Intelligenz für unseren Umgang mit Künstlicher Intelligenz bis hin zur Robotik, Intuition für die wichtige chirurgische Fähigkeit auch ohne Daten auf die jeweilige Situation unserer Patienten zu reagieren und Individualität für die

individualisierte Chirurgie steht. Hier kann sich nach unserer Überzeugung jede chirurgische Fachgesellschaft wiederfinden. Dieses Motto steht ein Stück weit für die Zukunftsfähigkeit der Chirurgie.

Daneben ist uns das brennende Problem des fehlenden ärztlichen und pflegerischen Nachwuchses und die Betonung der Wissenschaftlichkeit unseres Handelns sehr wichtig. Wir würden uns freuen, wenn das Motto und diese Gesichtspunkte sich wie ein roter Faden durch den Kongress ziehen.

Der Chirurgenkongress wird sich nicht zuletzt den aktuellen Bedürfnissen der Gesellschaften widmen, die integrativ ihre Jahrestagungen abhalten: Dies sind die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) und die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH). Wir freuen uns über die zunehmende Zahl von Gesellschaften, die ganz bewusst Frühjahrstagungen gestalten und hierbei vor allen Dingen interdisziplinäre Themen pflegen. Die Sitzungen unserer elf Fachgesellschaften werden durch eigene, interdisziplinäre und interprofessionelle Veranstaltungen des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen, der Bundeswehr, des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe und der Rettungsdienste ergänzt und aufgewertet.



DCK2020

Gemeinsam lernen und heilen

137. Deutscher Chirurgen Kongress

CHIRURGENKONGRESS 2019 EINLADUNG ZUM 137. KONGRESS DER DGCH



Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen

Präsident DGCH 2019/2020
Universitätsklinikum Frankfurt
Klinik für Gefäß- und
Endovascularchirurgie
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
schmitz-rixen@em.uni-frankfurt.de

Der Deutsche Chirurgenkongress ist die gelebte Einheit der Chirurgie. Kooperationen, Freundschaften und der Gedankenaustausch – auch über Fächergrenzen hinweg – entstehen hier und werden hier gepflegt. Unser neues „Branding“ **DCK2020** mit dem Untertitel „Gemeinsam Lernen und Heilen“ soll dies auch nach außen sichtbar machen und wird uns über Jahre mit hohem Wiedererkennungswert begleiten. Der Deutsche Chirurgenkongress wird inhaltlich und strukturell bewährte Formate natürlich nicht verlassen. Die gemeinsame Gestaltung durch alle Fachgesellschaften und Berufsverbände sowie unsere Partner wird jedoch intensiviert werden. Auch werden sich immer wieder neue experimentelle Formate Ihrer Beurteilung stellen.

Noch etwas: Lassen Sie uns die Wissenschaftlichkeit unseres Handelns ins Zentrum des Kongresses rücken. Eine Fachgesellschaft,

die nicht forscht und entwickelt, wird neben ihrer eigenen Daseinsberechtigung auch die aller Mitglieder in Frage stellen. Die Sektion Chirurgische Forschung (SCF) und die Studienzentrale der DGCH (SDGC) sowie das ChirNet werden alles aufbieten, um die translationale Bedeutung der aktuellen Forschungsinhalte und Ergebnisse darzulegen. Dies ist Zukunftssicherung, zu der wir *unserem Nachwuchs verpflichtet* sind.

Wir sehen uns in Berlin.

Bis dahin seien Sie herzlich begrüßt
Ihre

Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
Präsident DGCH 2019/2020

mit Prof. Dr. Dr. Jörg C. Kalff (DGAV) und Prof. Dr. Konrad Reinshagen (DGKCH) sowie den Kongressteams

CHIRURGENKONGRESS 2019

PROTOKOLL DER DGCH-MITGLIEDERVERSAMMLUNG 2019

Protokoll DER DGCH- MITGLIEDER- VERSAMMLUNG 2019

ICM München
28.03.2019, 12.30-14.00 Uhr
Saal 1

TOP 1: ERÖFFNUNG DURCH DEN PRÄSIDENTEN

Der *Präsident* eröffnet die Versammlung und weist auf Folgendes hin: Es wurde satzungsgemäß rechtzeitig unter Angabe der Tagesordnung durch dreimalige Veröffentlichung in der Mitgliederzeitschrift PASSION CHIRURGIE eingeladen. Änderungsanträge sind nicht eingegangen. Lt. Satzung besteht bei jeder ordnungsgemäß einberufenen Mitgliederversammlung ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienen Mitglieder Beschlussfähigkeit.

TOP 2: WAHLEN

Der *Generalsekretär* erläutert die satzungsgemäßen unterschiedlichen Vorgaben zur Bestätigung bzw. Wahl von Mitgliedern des geschäftsführenden Vorstands bzw. des Präsidiums sowie den Wahlmodus für ordentliche und assoziierte Mitglieder. Zum Wahlleiter wurde Herr Prof. Dr. med. Stephan Freys vorgeschlagen und bestätigt.

Der *Generalsekretär* teilt mit: An den Eingängen zum Saal wurde die Legitimation der Teilnehmer der Mitgliederversammlung überprüft und jedem ordentlichen Mitglied ein Stimmzettel für die anstehenden Wahlen zur Abstimmung über die Personalentscheidungen ausgehändigt. Den Mitgliedsgesellschaften waren Stimmzettel für die assoziierten Mitglieder zur Abstimmung über die Personalentscheidungen übergeben worden, auf

denen zur Festlegung einer Vollstimme eine Stimmrechtsübertragung von maximal 11 anderen assoziierten Mitgliedern vorgenommen werden konnte. Der *Generalsekretär* stellt die Kandidaten vor, wie sie bereits veröffentlicht worden waren. Weitere Vorschläge sind nicht eingegangen:

1. 3. Vizepräsident 2019/20 und Präsident 2021/22:

Herr Prof. Dr. med. Hauke Lang, Mainz

2. Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland:

Herr Prof. Dr. med. Raffaele Rosso, Comano (Schweiz)

3. Niedergelassener Arzt für Chirurgie:

Herr Dr. med. Ralph Lorenz, Berlin

4. Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung:

Frau Prof. Dr. med. Christiane Bruns, Köln

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

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

1. Bestätigung durch die Mitgliederversammlung:

- Auf Herrn **Prof. Dr. med. Hauke Lang**, 3. Vizepräsident 2019/20 und Präsident 2021/22, entfielen von 66 abgegebenen gültigen Stimmen 60 Ja-Stimmen (90,9 %) bei 2 Nein-Stimmen und 4 Enthaltungen.
- Auf Herrn **Prof. Dr. med. Raffaele Rosso**, Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland, entfielen von 65 abgegebenen gültigen Stimmen 62 Ja-Stimmen (93,9 %) und 3 Enthaltungen.

2. Wahl durch die Mitgliederversammlung:

- Auf Herrn **Dr. med. Ralph Lorenz**, Niedergelassener Arzt für Chirurgie, entfielen von 65 abgegebenen gültigen Stimmen 59 Ja-Stimmen (89,4 %) bei 6 Enthaltungen.
- Auf Frau **Prof. Dr. med. Christiane Bruns**, Vertreterin der Sektion Chirurgische Forschung, entfielen von 66 abgegebenen gültigen Stimmen 62 Ja-Stimmen (93,9 %) bei 1 Nein-Stimme und 3 Enthaltungen.

Der *Präsident* fragt den anwesenden Prof. Lang, ob er die Wahl annimmt. Dies ist der Fall. Herr Prof. Lang bedankt sich für das Vertrauen.

CHIRURGENKONGRESS 2019

PROTOKOLL DER DGCH-MITGLIEDERVERSAMMLUNG 2019

Die abwesenden Kandidaten (Prof. Rosso, Dr. Lorenz und Prof. Bruns) haben vorab dem *Generalsekretär* mitgeteilt, dass sie die Wahl annehmen werden, falls die Wahl für sie positiv ausfallen sollte. Der *Präsident* stellt damit den erfolgreichen Abschluss des Wahlvorgangs fest und dankt allen anwesenden Mitgliedern für den Ausgang der Wahl und ihr Vertrauen.

TOP 3: BERICHT DES PRÄSIDENTEN

Mittels einer Präsentation geht der *Präsident* auf Schwerpunkte im Zeitraum seit dem 135. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ein. Der zentrale Bestandteil seines Berichtes liegt auf dem 136. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Ferner berichtet der *Präsident*, dass die Projektgruppe Kongressentwicklung unter der Leitung von Herrn *Pohlemann* etabliert wurde. Die Projektgruppe hat es sich zur Aufgabe gemacht, eine Marke für den Kongress zu kreieren und zu etablieren, damit ein Wiedererkennungswert/Alleinstellungsmerkmal geschaffen werden kann. Dieses wird mit einer Wort-Bildmarke in Ausgestaltung eines Kongressplakates „DCK“ Deutscher Chirurgenkongress ab dem Jahr 2020 beworben werden. Abschließend teilt der *Präsident* mit, dass nach gründlicher Analyse gemeinsam mit Frau Schwarz von MCN die Durchführungskosten des Berliner Kongressstandortes (CityCube) für die Gesellschaft kaum mehr zu bewältigen sind, sodass alternative Kongressstandorte eruiert worden sind. Dabei stellte sich Leipzig von den Möglichkeiten vor Ort und den Kosten (ca. 350.000 Euro günstiger als Berlin) als geeignete Alternative dar. Es ist geplant, den Kongress ab 2022 in Leipzig durchzuführen. Es gibt keine Fragen oder Anmerkungen.

TOP 4: BERICHT DES GENERALSEKRETÄRS

Der *Generalsekretär* erläutert Aufgaben, Ziele und Probleme sowohl in der Arbeit der

Fachgesellschaften als auch in politischen Gremien.

Zur Anfrage eines *Mitglieds*, warum der Kongress mit nur drei CME Punkten pro Tag zertifiziert wurde, antwortet der *Präsident*, dass man selbst von dieser Rückstufung durch die BLÄK überrascht wurde. Im Vorfeld des Kongresses gab es einen intensiven schriftlichen Austausch dazu. Der in Gang gesetzte Diskussionsprozess mit der Bayerischen Landesärztekammer hält noch an, und man hofft schon bald die Kongressteilnehmer über das Ergebnis informieren zu können. Herr *Weidringer* (der zuständige Referatsleiter der BLÄK und Mitglied der DGCH) meldet sich hierzu zu Wort und teilt den anwesenden Mitgliedern mit, dass beim Zertifizierungsantrag des Kongresses durch MCN die angegebenen Zeiten nur die Vergabe von drei CME-Punkten pro Tag erlaubt hätten.

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

TOP 5: BERICHT DES SCHATZMEISTERS

Der *Schatzmeister* bedankt sich bei allen, die ihn stets in seiner Tätigkeit unterstützen und erläutert die Entwicklung der Mitgliederzahlen.

Er legt Rechenschaft über Einnahmen und Ausgaben für das Geschäftsjahr 2018 ab und stellt den Haushaltsplan für das Kalenderjahr 2019 vor, welcher durch die Mitglieder zur Kenntnis genommen wird.

Der *Präsident* bittet die Kassenprüfer um ihren Bericht. Herr *Köckerling* teilt mit (auch im Namen von Herrn Germer), dass in dem Jahresabschluss keine Unstimmigkeiten aufgefunden wurden, sodass eine einwandfreie Beleg- und Kassenführung festgestellt werden konnte.

Herr *Friess* stellte als Mitglied der DGCH den Antrag auf Entlastung des Vorstands für das Geschäftsjahr 2018. Der *Präsident* bittet um das Handzeichen. Das geschieht bei Enthaltung des geschäftsführenden Vorstands. Der Antrag wurde mit überwältigender Mehrheit von den anwesenden Mitgliedern angenommen. Damit ist der Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2018 genehmigt und der Vorstand für das Geschäftsjahr 2018 entlastet.

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

TOP 6: VERGABE DER STIPENDIEN

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

TOP 7: VERSCHIEDENES

Der *Präsident* dankt Herrn Fuchs für seine außerordentlich verdienstvolle Arbeit im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und verabschiedet ihn unter Beifall aus dem Vorstand der DGCH.

Abschließend dankt der *Präsident* dem Vorstand, den Damen der Geschäftsstelle, dem *Generalsekretär* sowie allen Mitgliedern für ihr Engagement in der Gesellschaft. Er schließt die Sitzung um 14.00 Uhr.

gez.

Prof. Dr. M. Anthuber	Prof. Dr. Dr. h.c. H.-J. Meyer	Prof. Dr. J. Werner
Präsident	Generalsekretär	Schatzmeister

AUSSCHREIBUNG PREISE UND STIPENDIEN 2020

Ausschreibung Preise und Stipendien 2020

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ver-
gibt im Jahr 2020 die nachfolgend aufgeführ-
ten Preise und Stipendien.

**Ihre Bewerbungen wird erbeten bis spätestens zum
30.09.2019 an die**

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

PREISE

B.-VON-LANGENBECK-PREIS

Auszeichnung für besondere wissenschaft-
liche Leistungen auf dem Gebiet der Chir-
urgie. Bewerben können sich Oberärzte und
Assistenten.

Dotierung: € 10.500

RUDOLF-ZENKER-PREIS, GESTIFTET VON BRAUN MELSUNGEN AG

Vergabe an Persönlichkeiten/Personengrup-
pen, die sich in der Vergangenheit um die
Weiterentwicklung der klinischen Chirur-
gie besonders verdient gemacht haben und
damit einen Beitrag zu einer wesentlichen
Verbesserung der Krankenbehandlung auf
dem Gebiet der Chirurgie leisteten.

Dotierung: € 6.000

W.-MÜLLER-OSTEN-PREIS

Zur Förderung wissenschaftlicher Arbeiten,
die sich insbesondere mit der Geschichte
der Chirurgie, der Erhaltung von Substanz
und Einheit der Chirurgie, der Zukunfts-
entwicklung der Chirurgie sowie der Qua-
litätssicherung der chirurgischen Tätigkeit
in Krankenhaus und Praxis und den wissen-
schaftlichen und ethischen Grundlagen des

ärztlichen, insbesondere des chirurgischen
Berufes befassen.

Dotierung: € 8.000

F.-STEICHEN-PREIS, GESTIFTET VON MEDTRONIC GMBH

Vergabe für besondere Leistungen auf
dem Gebiet der viszeralchirurgischen
Operationstechniken.

Dotierung: € 5.000

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

Vergabe für besondere Verdienste und Lei-
stungen auf dem Gebiet der Minimalinvasiven
Chirurgie.

Dotierung: € 4.000

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

Verleihung für Neuaufnahmen von besonde-
rem wissenschaftlichem und didaktischem
Wert in die Mediathek der DGCH.

Dotierung: € 3.000

FILMPREIS

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

Dotierung: € 1.500

POSTERPREIS

Gegenstand soll die Darstellung der neuesten
Ergebnisse aus der klinischen und experimen-
tellen Chirurgie sein.

Dotierung: € 1.500

NACHWUCHSFÖRDERPREIS DER SEKTION CHIRURGISCHE FORSCHUNG

Der Nachwuchsförderpreis der Sektion Chi-
rurgische Forschung soll der Förderung des
wissenschaftlichen Nachwuchses in der aka-
demischen Chirurgie dienen. Der Preis wird
der besten eingereichten einschlägigen Ori-
ginalarbeit aus dem Bereich der chirurgischen
Forschung zuerkannt.

Dotierung: € 1.000

F.-LINDER-PREIS

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

Dotierung: € 2.500

EINSENDUNGEN FÜR DEN F.-LINDER-PREIS AN:

Prof. Dr. med. Christiane Bruns
Direktorin
Klinik für Allgemein-, Visceral- und
Tumorchirurgie
Universitätsklinikum Köln
Kerpener Str. 62
50937 Köln

STIPENDIEN

STIPENDIUM ALS FORTBILDUNGSHILFE

Beihilfe zu einer Forschungsreise zwecks Fort-
bildung in der Allgemeinen Chirurgie oder
einem Spezialgebiet der Chirurgie.

Dotierung: € 5.000

REISESTIPENDIUM DER H.-JUNGHANNS-STIFTUNG

Die nach unserem früheren Präsidenten und lang-
jährigen Generalsekretär benannte Herbert-Jung-
hanns-Stiftung verleiht ein Reisestipendium,
bevorzugt an einen Krankenhauschirurgen/in.
Voraussetzung ist Facharztstatus und die Mit-
gliedschaft in der DGCH.

Dotierung: € 5.000

AUSSCHREIBUNG PREISE UND STIPENDIEN 2020

W.-MÜLLER-OSTEN-STIPENDIUM

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

Dotierung: € 5.000

W.-MÜLLER-OSTEN-STIPENDIUM FÜR AUSLÄNDISCHE HOSPITANTEN

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

Dotierung: € 6.000

REISESTIPENDIUM ZUM JAPANISCHEN CHIRURGENKONGRESS

In Abstimmung mit der Japanischen Gesellschaft für Chirurgie wird die aktive Teilnahme

am Japanischen Chirurgenkongress mit anschließender Hospitation in japanischen Zentren unterstützt.

Dotierung: € 5.000

INTERNATIONALES GASTSTIPENDIUM DER DGCH

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

Dotierung: € 5.000

REISESTIPENDIUM ZUM JAHRESKONGRESS DES AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

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

Dotierung: € 5.000

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

www.dgch.de

Sie können auch in der Geschäftsstelle (Tel.: 030/28 87 62 90) abgefordert werden.

Rezension: Überliefertes, Erlebtes und Erkenntnisse



**Überliefertes, Erlebtes und
Erkenntnisse**
**Reflexionen zur Chirurgie an der
Universität Leipzig**
Christian Schwokowski
Leipziger Universitätsverlag GmbH
ISBN 978-86583-943-5
33,00 Euro

Beim Verlag bestellen
<http://bit.ly/2J8px9t>

Der Titel des Buches von Christian Schwokowski mit dem Untertitel „Reflexionen zur Chirurgie an der Universität Leipzig“ hält, was er verspricht: Überliefertes und Erlebtes werden reflektiert. Daraus wird eine tief empfundene Hommage an die 1409 gegründete Leipziger Universität und an den Chirurgenberuf. So gewinnt das Buch auch überregionale Bedeutung und wird zu einer wertvollen Orientierung für angehende Chirurgen.

Wenn im Text die Frage gestellt wird, ob operativ-technische Virtuosität und bewusst selbstbewusstes Auftreten für einen Chirurgen ausreichen, dann wird darauf mit einem eindeutigen „Nein“ geantwortet: ohne Menschlichkeit, Güte und Aufrichtigkeit wird er eher zum Techniker als zu einem operierenden Arzt. Um dazu die nötige Reife zu gewinnen, ist dem angehenden Chirurgen das Glück einer guten Chirurgenschule zu wünschen, die mit Bedacht ausgewählt werden muss. Das ist ein zentrales Anliegen dieses Buches. Für viele Generationen ist und war die chirurgische Klinik der Universität Leipzig eine solche Chirurgenschule. Durch ihre Bedeutung

überbrückte sie als Konstante die bewegten Zeiten im geteilten Deutschland. Das Buch wurde mit großer Hingabe geschrieben und verdient eine dankbare Aufnahme durch die Chirurgencommunity.

Rezensent:
Prof. Dr. med. W. Hartel
ehem. Generalsekretär der DGCH



© iStock-xavierarnau

Japanische Ösophagus-Chirurgie

BERICHT ÜBER EIN FELLOWSHIP IN JAPAN UNTERSTÜTZT DURCH EIN DGCH-STIPENDIUM ALS FORTBILDUNGSHILFE

Mithilfe des DGCH-Stipendiums absolvierte ich zwischen Juli 2018 und April 2019 ein Fellowship am National Cancer Center Hospital Central in Tokio. Dieses Krankenhaus ist ein weltweit führendes, spezialisiertes Zentrum für onkologische Chirurgie. Dort war ich tätig am Department of Esophageal Surgery, das unter Leitung von Herrn Dr. H. Daiko jährlich etwa 150 onkologische Ösophagusresektionen durchführt.

Aufgrund meines eigenen Hintergrunds – gebürtiger Japaner mit deutscher Ausbildung



Abb 1: Herr Dr. Daiko (links) und Akio Sakaki (rechts)

als Viszeralchirurg – war es mir ein besonderes Interesse, japanische Behandlungsstrategien und Operationstechniken zu erlernen. Bekanntlich ist Japan weltweit eines der führenden Länder im Bereich der onkologischen Chirurgie des oberen gastrointestinalen Traktes. Daher entschloss ich mich nach

Dr. med. Akio Sakaki
 Facharzt für Viszeralchirurgie
 HELIOS Klinikum Emil v.
 Behring Klinik für Allgemein- und
 Viszeralchirurgie
 Waltherhöferstr. 11
 14165 Berlin
 akio.sakaki@helios-kliniken.de

Abschluss meiner Facharztausbildung für dieses zehntonatige Fellowship, um die Unterschiede der Ösophaguschirurgie in Japan und Deutschland näher kennenzulernen.

Im letzten Jahrzehnt hat im Bereich der onkologischen Ösophaguschirurgie in Japan die minimalinvasive Technik Einzug genommen. Herr Dr. Daiko ist einer der Pioniere dieses Operationsverfahrens und hat mit seinen tiefen Kenntnissen über die Anatomie des Ösophagus und mit seiner standardisierten Technik der thorakoskopischen Ösophagusresektion national und international Bekanntheit erreicht. Seit 2018 führt er auch Eingriffe mit Roboter-assistierter Technik durch. Neben der Patientenversorgung dient das National Cancer Center Hospital in Japan als Ort für onkologische Forschung sowie für die Ausbildung von Spezialisten im Bereich der onkologischen Behandlung.

Als internationaler Fellow wurde ich fest ins Team der Abteilung für Ösophaguschirurgie integriert. Diese bestand neben Herrn Dr. Daiko aus zwei Attending Staffs, vier Residents und ein bis drei Rotanden aus dem hauseigenen Rotationsprogramm, die bereits mindestens fünf Jahre chirurgische Erfahrungen gesammelt hatten. Durch die tägliche Visite, perioperative Behandlung und enge Zusammenarbeit gelang mir der persönliche Austausch mit Kollegen und Ausbildern. In Diskussionen über Behandlungsstrategien lernte ich, dass es mehrere grundlegende Unterschiede zwischen deutscher und japanischer Ösophaguschirurgie gibt.

Da ca. 90 % aller chirurgisch behandelten Ösophaguskarzinome in Japan Plattenepithelkarzinom sind, sind japanische Spezialisten entsprechend häufig mit der operativen Behandlung von hochthorakal liegenden Ösophaguskarzinomen konfrontiert. In Zeiten der multimodalen Therapie ist der Stellenwert der operativen Behandlung gegenüber der Radiatio auch in Japan viel diskutiert, aber derzeit wird die Chirurgie als erste lokale Therapiewahl bei resektablem Ösophaguskarzinom, selbst bei cervicaler und hochthorakaler Lokalisation angesehen. Wegen möglicher intraoperativer Konsequenz in Folge einer Radiatio wird eine Chemotherapie



Abb. 2: Bild aus dem OP-Saal (Roboter assistierte Ösophagusresektion)

in der Abteilung von Dr. Daiko als neoadjuvante Therapie bevorzugt. Dieses Vorgehen hat auch den Vorteil, dass eine Bestrahlung mit Maximaldosis für die Behandlung eines Lokalrezidivs vorbehalten werden kann.

In den ersten sechs Monaten meines Fellowships, in denen ich mich primär am klinischen Alltag der Abteilung beteiligte, konnte ich mir im Operationssaal mehr als 70 onkologische Ösophagusresektionen in unterschiedlichen Varianten ansehen und an über 20 Fällen aktiv teilnehmen. Besonders beeindruckend war, dass der überwiegende Anteil der subtotalen Ösophagektomie mit cervicaler Anastomose durchgeführt wird. Am National Cancer Center Hospital wurde als Standardeingriff bei einem thorakalem Ösophaguskarzinom – auch im Falle eines AEG Type I und eines fortgeschrittenen Type II – eine Drei-Feld-Lymphadenektomie einschließlich Ausräumung der supraclaviculären Lymphknotenstationen durchgeführt. Der favorisierte Rekonstruktionsweg war der retrosternale Magenhochzug. Mit dieser Technik wurden mehr als 90 % der Fälle behandelt.

Der thorakale Teil der Operation wird als Erstes durchgeführt. Die extrem präzise und filigrane Präparation des hinteren Mediastinums erfolgt durch die Thorakoskopie mithilfe optischer Vergrößerung. Hier wird besonders auf die Lymphadenektomie im oberen Mediastinum geachtet, weil nach gängiger Meinung japanischer Spezialisten die Radikalität der Lymphadenektomie im oberen Mediastinum prognostisch von großer Relevanz ist. Die Lymphadenektomie an N. laryngeus recurrens ist bekanntlich hochkomplikativ und riskant, weil die Lähmung dieses Nervs eine Kette von Komplikationen



Abb. 3: OP-Präparat wird für die histologische Untersuchung von den beteiligten Chirurgen vorbereitet

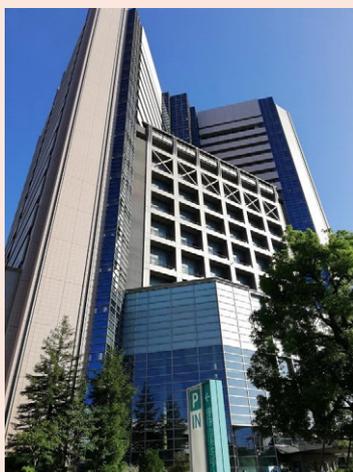


Abb. 4: National Cancer Center Hospital, Tokio Japan

auslösen kann. In der Abteilung von Herrn Dr. Daiko wird die Lymphadenektomie über die thorakalen Zugänge in den cervicalen Anteil hinein bis zur Höhe von A. thyroidea inferior durchgeführt, was mit einer erstaunlich geringen Rate von Recurrensparese (temporär < 10 %, permanent < 1 %) verbunden ist.

Nach Absetzen des Ösophagus erfolgen die cervicale und abdominelle Präparation simultan. Im Rahmen der laparoskopischen abdominellen Lymphadenektomie wird retrosternal ein Raum für den Magenhochzug geschaffen. Nach der Bergung des Operationspräparates über eine Minilaparotomie wird der Magenschlauch für die Rekonstruktion extrakorporal vorbereitet. Dann wird der Magenschlauch durch den zuvor angelegten retrosternalen Weg in den Hals hochgezogen.

Die Anastomose erfolgt cervical mit der modifizierten Technik nach Collard.

Der retrosternale Magenhochzug wird zur Vermeidung von Hiatushernien bevorzugt. Ein weiterer Vorteil dieses Vorgehens ist die Separation des hinteren Mediastinums vom Magenschlauch, was zur Vermeidung eines Pleuraempyems im Falle einer Anastomoseninsuffizienz beiträgt und gleichzeitig die Durchführbarkeit einer Radiatio im Rahmen der Behandlung des Lokalrezidivs erleichtert.

Mithilfe fundierter anatomischer Kenntnisse und tiefgreifendem Verständnis der einzelnen operativen Schritte schaffte das eingespielte Team am National Cancer Center diese komplizierte Operation einschließlich Umlagerung innerhalb von durchschnittlich vier bis fünf Stunden.

Die Vorteile der minimalinvasiven Operationstechnik und kürzeren Operationsdauer konnte ich vor allem während der postoperativen Behandlung erkennen. In der Regel konnten die Patienten am ersten postoperativen Tag aus dem Bett mobilisiert werden, was im Hinblick auf die Pneumonie-Prophylaxe von großer Bedeutung ist. Das perioperative Patientenmanagement wird durch enge Zusammenarbeit mit hochspezialisierten Logopäden und Physiotherapeuten stets optimiert. Derartige Expertise kann an Zentren mit hoher Operationszahl leichter entwickelt und aufrechterhalten werden.

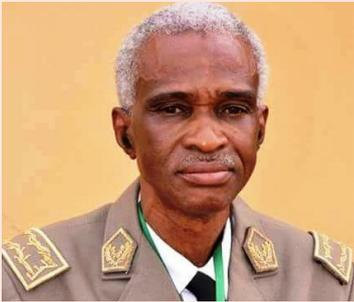
Die letzten vier Monate meines Fellowships nutzte ich vor allem für eine Datenanalyse zu AEG am National Cancer Center. Dabei untersuchte ich insbesondere, welche Patientengruppe bei fortgeschrittenem AEG von einem thorakoabdominellen Eingriff profitieren. Die Ergebnisse meiner Analyse plane ich in den nächsten Monaten bei einer Fachzeitschrift einzureichen. Durch mehrere Kongressbesuche bei JES (Japan Esophageal Society), JDDW (Japan Digestive Disease Week), JGCA (Japanese Gastric Cancer Association) sowie JSA (Japan Surgical Association) konnte ich weiterhin Einblicke in die derzeitigen Diskussionen in der japanischen Fachgesellschaft über die Behandlung von AEG Type II gewinnen.

Die Erfahrungen am National Cancer Center in Tokio verdeutlichten mir die qualitativen Vorteile eines spezialisierten Zentrums für die Durchführung hochkomplexer Eingriffe bei onkologischen Erkrankungen. Generell verfolgt man in Japan eine stärkere organspezifische Spezialisierung. Viszeralchirurgie unterteilt sich häufig in drei Fachrichtungen: Chirurgie des oberen GI-Traktes, Hepatobiliäre Chirurgie und kolorektale Chirurgie. Innerhalb dieser Einteilung gibt es in großen Zentren zusätzliche organspezifische Sektionen. Die Ausbildung der Chirurgen gestaltet sich insofern anders als in Deutschland als das die viszeralchirurgische Ausbildung durch Rotation in verschiedene Sektionen durch eine organspezifische Weiterbildung ergänzt wird. Angesichts der differenzierten, hochspezifischen onkologischen Behandlung ist es aus meiner Sicht sinnvoll, den Behandlungsraum eines spezialisierten Chirurgen einzugrenzen. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass die onkologisch tätigen Chirurgen sich im eigenen organspezifischen Fachbereich stets auf dem Laufenden halten und von ihrem Wissen in der Patientenbehandlung maximal profitieren können.

Abschließend möchte ich Herrn Dr. Daiko und den restlichen Kollegen der Abteilung für die lehrreiche Zeit in Japan herzlich danken. Der DGCH bin ich für die finanzielle Unterstützung meines Aufenthalts ebenfalls zu großem Dank verpflichtet. Als deutscher Chirurg mit japanischer Herkunft hoffe ich, in Zukunft zum chirurgischen Austausch zwischen beiden Ländern beitragen zu können.

Nachruf zum Tod von Prof. Gangaly Diallo

Am 31. Mai 2018 verstarb völlig unerwartet Professor Gangaly Diallo. Die deutschen Tropenchirurgen trauern um ihren großen Freund und Kollegen.



in memoriam
Prof. Gangaly Diallo
 († 31.05.2018)

Professor Diallo war Chef der Chirurgischen Universitätsklinik in Bamako/Mali, wo er als in Deutschland ausgebildeter Chirurg einen hervorragenden Ruf, nicht nur für sich selbst, sondern auch für sein berufliches „Heimatland“ Deutschland erworben hatte. Diallo hat an der Universität Halle (Saale) sein Medizinstudium als Stipendiat der DDR absolviert und später seine Facharztweiterbildung zum Chirurgen in Münster und Bielefeld bei Professor Eysholdt und Professor Eisenhart durchlaufen.

Ausgestattet mit der deutschen Facharztbildung hat er dann seit 1987 seine berufliche

Laufbahn als Chirurg in seinem Heimatland Mali fortgesetzt. Diallo arbeitete daheim als Assistent und später als Oberarzt an der Universitätsklinik, bis er 1999 zum Chef der größten Ausbildungsklinik seines Landes ans Hopital Gabriel Touré berufen wurde. In seiner dortigen Tätigkeit hat er fortwährend für die Aufrechterhaltung und Verbesserung der chirurgischen Versorgung in Mali gekämpft. 2002 wurde er zum Vize-Dekan der Medizinischen Fakultät gewählt, 2010 zum Generalsekretär der Gesellschaft für Chirurgie der frankophonen Länder Afrikas und schließlich 2012 zum Präsidenten der Gesellschaft für Chirurgie von Mali. Mit großer Energie und Begeisterung hat er über Jahrzehnte die Verbindung zu seinen deutschen beruflichen Ziehv Vätern und seinen Freunden in Deutschland aufrechterhalten. Regelmäßig besuchte Diallo den Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und unterstützte die wissenschaftlichen Sitzungen und die Workshops für angepasste Chirurgie und präsentierte eindrucksvolle wissenschaftliche Vorträge über die Versorgungswirklichkeit und die Besonderheiten der Chirurgie in Mali. Er war stets ein verlässlicher Ansprechpartner für deutsche Medizinstudenten, die einen Teil ihres Praktischen Jahres an seiner Klinik in Bamako absolvieren

konnten. Unzählige junge deutsche Mediziner haben durch ihn die speziellen Aspekte der tropischen Chirurgie und der Chirurgie eines armen Landes kennengelernt und dabei reichhaltige klinische Erfahrungen gesammelt. Die Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Entwicklungsländer innerhalb der DGCH, deren Vorstandsmitglied er war, hat stets von seiner großen Erfahrung profitiert.

In jüngster Zeit ist er darüber hinaus zum wichtigen Ansprechpartner für alle Kolleginnen und Kollegen geworden, die am deutschen und europäischen Engagement für Mali beteiligt sind.

Im Jahre 2017 ehrte die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ihn mit der Verleihung des Siegels der DGCH, was Professor Diallo mit großem Stolz erfüllte.

Wir trauern um unseren Freund und Partner, der viel zu früh aus dem aktiven Berufsleben gerissen wurde. Unser tiefes Mitgefühl gehört seiner Familie.

PD Dr.med. Henning Mothes, Weimar
 Prof. Dr.med. Matthias Richter-Turtur, München

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr Prof. Dr. med. Harald Gögler, Berlin
 Herr Dr. med. Hans-Joachim Everke, Straubing
 Herr Dr. med. Helmut Katzenberger, Bad Kissingen
 Herr Dr. med. Honke Georg Hermichen, Neuss
 Herr Prof. Dr. med. Holger Bartels, München
 Herr Prof. Dr. med. Gernot Feifel, Homburg
 Herr Prof. Dr. med. Kurt Gdaniez, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Hans-Martin Schamaun, Feldmeilen/Schweiz
 Herr Prof. Dr. med. Omke Enno Teebken, Isernhagen
 Herr Prof. Dr. Dr. med. Heinz Pichlmaier, Köln
 Herr Dr. med. Jürgen Cappel, Großenbrode

*22.07.1940 †14.04.2018
 *10.03.1933 †21.11.2018
 *01.08.1926 †15.02.2019
 *16.02.1947 †25.02.2019
 *04.07.1947 †04.03.2019
 *04.09.1935 †08.03.2019
 *24.01.1928 †12.03.2019
 *13.11.1923 †03.04.2019
 *21.08.1968 †08.04.2019
 *10.11.1930 †28.04.2019
 *30.10.1949 †20.05.2019

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

AUS DER
DGCH

Ab sofort veröffentlichen wir regelmäßig eine Auflistung „Klinische Studien“, die rekrutierende multizentrische chirurgische Studien vorstellt. Details und Hintergrund dazu im Beitrag: Wente MN et al. (2007) Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland. Chirurg 78: 362–366.

Die Tabelle enthält Informationen über laufende Studien, die aktuell rekrutieren und daher zur Teilnahme von interessierten Chirurgen offen sind. Die Liste hat selbstverständlich nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Neuregistrierungen sind über das Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) möglich.

KONTAKT

Dr. Solveig Tenckhoff
Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
T: 06221/56-36839
F: 06221/56-6988
Solveig.Tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
www.sdgc.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: AWARE₂ Registriernummer: NCT01181206				
PD Dr. J. C. Lauscher Prof. Dr. M. E. Kreis Prof. Dr. J.-P. Ritz Prof. Dr. H. J. Buhr	Oligosymptomatische Narbenhernie (Abwesenheit des hernienbezogenen Schmerzes oder von Beschwerden, die die normalen Aktivitäten beeinträchtigen) Experimentelle Gruppe: Watchful waiting Kontrollgruppe: operative Versorgung (offene Netzverfahren, laparoskopische Netzverfahren, offene Nahtverfahren)	FPI: 14.11.2011 627 von 636 Patienten	DFG 610 € (zzgl. Umsatzsteuer)/Patient	PD Dr. J. Lauscher Universitätsmedizin Berlin, Charité Campus Benjamin Franklin Chirurgische Klinik I T: 030/8445-2948 F: 030/450-522 902 E: johannes.lauscher@charite.de
Studientitel: BariSurg₂ Registriernummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. B.P. Müller	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m ² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m ² Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP Kontrollgruppe: Magenbypass-OP	FPI: 27.11.2013 104 von 248 Patienten	– Kein Fallgeld	Prof. Dr. B.P. Müller Universitätsklinikum Heidelberg Chirurgische Klinik Sektion Minimalinvasive Chirurgie T: 06221/56-8641 F: 06221/56-8645 E: beat.mueller@med.uni-heidelberg.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: BIOLAP₃ Registrierungsnummer: DRKS00010178				
Prof. Dr. med. M. Heiss	Primäre bilaterale Leistenhernien Laparoskopische Operation bilateraler Leistenhernien unter Verwendung von synthetischen und biologischen Netzen. Die Studienteilnehmer werden keiner Gruppe zugeordnet; jeder Patient erhält auf einer Seite das biologische und auf der anderen Seite das synthetische Netz. Jeder Patient stellt somit seine eigene Kontrolle dar.	17.08.2017 235 von 496 Patienten	DFG 750 € / Patient	Dr. J. Knievel IFOM – Institut für Forschung in der Operativen Medizin Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin Universität Witten/Herdecke Ostmerheimer Str. 200, Haus 38 51109 Köln 0221 98957-24 0221 98957-30 Judith.Knievel@uni-wh.de
Studientitel: ESOPEC₄ Registrierungsnummer: NCT02509286, DRKS00008008				
Prof. Dr. Jens Höppner	Adenokarzinom des Ösophagus und des gastroösophagealen Übergangs (AEG) Experimentelle Gruppe: Perioperative Chemotherapie (FLOT) und Tumorresektion Kontrollgruppe: Neoadjuvante Radiochemotherapie (CROSS) und Tumorresektion	09.02.2016 308 von 438 Patienten	DFG 1.500 € / Patient	Prof. Dr. med. Jens Höppner Universitätsklinikum Freiburg Department Chirurgie Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie T: 0761/270-26970 F: 0761/270-90711 E: jens.hoepfner@uniklinik-freiburg.de
Studientitel: IOWISI₅ Registrierungsnummer: DRKS00012251 EudraCT 2017-000152-26				
PD Dr. med. Daniel Reim	offene abdominalchirurgische Eingriffe Experimentelle Gruppe: Spülung des subkutanen Gewebes nach Faszienschluss mit Intervention 1: 0,04%iger Polyhexanidlösung Intervention 2: 0,9%iger NaCl-Lösung Kontrollgruppe keine Wundspülung	20.09.2017 270 von 540 Patienten	DFG 400 € / Patient	PD Dr. med. D. Reim Klinik und Poliklinik für Chirurgie Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München (TUM) Ismaninger Str. 22 81675 München T: 089/4140-5019 E: daniel.reim@tum.de
Studientitel: iPEP₆ Registrierungsnummer: NCT02478996				
Prof. Dr. Ines Gockel, MBA	histologisch gesichertes Adenokarzinom des Ösophagus oder des gastroösophagealen Übergangs Typ I und II nach Siewert-Klassifikation bei männlichen Patienten im Alter von 18–75 Jahren mit geplanter abdomino-thorakaler Ösophagusresektion mit Schlauchmagenhochzug und intrathorakaler oder zervikaler Anastomose Interventionsgruppe: Web-basiertes perioperatives Trainingsprogramm 8–12 Wochen vor und bis 12 Wochen nach der OP Kontrollgruppe: Standardtherapie	07.08.2015 35 von 80 Patienten	Barrett-Initiative e.V. Kein Fallgeld	Prof. Dr. Ines Gockel, MBA Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Leipzig AöR 04103 Leipzig 0341/97-17200 0341/97-17209 chi2@medizin.uni-leipzig.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
---------------	-------------------------	--	-------------------------------------	-----------------------------

Studientitel: PONIY₇

Registrierungsnummer: DRKS00006199

Dr. med. Rebekka Schirren	<p>Elektiver offener kolorektaler Eingriff</p> <p>Experimentelle Gruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels postoperativem Wundinzisions-Unterdrucktherapie System (PIUT) für 5–7 Tage postoperativ.</p> <p>Kontrollgruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels sterilem Verbandsmaterial für 5–7 Tage postoperativ.</p>	<p>23.10.2017</p> <p>76 von 340 Patienten</p>	<p>KCI USA, Inc.</p> <p>50 € / Patient</p>	<p>Dr. med. R. Schirren Chirurgische Klinik und Poliklinik Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München T: 089/4140-5138 E: rebekka.schirren@tum.de</p>
---------------------------	---	---	--	---

Studientitel: RELY₈

Registrierungsnummer: NCT01073358

PD Dr. N. N. Rahbari	<p>Patienten zur geplanten RO-Resektion von kolorektalen Lebermetastasen</p> <p>Experimentelle Gruppe: Resektion der kolorektalen Lebermetastasen mit hilärer Lymphadenektomie</p> <p>Kontrollgruppe: Resektion der kolorektalen Lebermetastasen ohne hiläre Lymphadenektomie</p>	<p>FPI: 09.03.2010</p> <p>264 von 366 Patienten</p>	<p>–</p> <p>Kein Fallgeld</p>	<p>PD Dr. N. N. Rahbari Chirurgische Klinik Universitätsmedizin Mannheim T: 0621/383-3591 F: 0621/383-3809 E: nuh.rahbari@umm.de</p>
----------------------	---	---	-------------------------------	--

Studientitel: WOPP₉

Registrierungsnummer: NCT01855464

<p>Prof. Dr. T. Walles, FETCS</p> <p>Prof. Dr. J. Neudecker (Stellvertreter-Studienleiter)</p>	<p>Patienten (15–40 Jahre) mit Rezidiv eines primären Spontanpneumothorax (PTX) oder therapierefraktärem PTX Erstereignis</p> <p>Experimentelle Gruppe: Lungenkeilresektion mit parietaler Pleurektomie</p> <p>Kontrollgruppe: Alleinige parietale Pleurektomie</p>	<p>FPI: 19.11.2013</p> <p>287 von 360 Patienten</p>	<p>DFG</p> <p>525 €/Patient</p>	<p>Prof. Dr. T. Walles, FETCS Abteilung Thoraxchirurgie Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R T: 0391/67-21905 E: Thorsten.Walles@med.ovgu.de Studienbüro: Esther Meyer T: 0391/67-24903 E: Esther.meyer@med.ovgu.de</p> <p>Stellvertretender Studienleiter: Prof. Dr. J. Neudecker Charité – Universitätsmedizin Berlin Campus Charité Mitte Campus Virchow-Klinikum Chirurgische Klinik Chirurgisches Regionalzentrum Berlin des CHIR-Net T: 030/450-622125 E: Jens.Neudecker@charite.de</p>
--	---	---	---------------------------------	--

[1] Randomisierte, multizentrische Studie mit der primären Hypothese, dass kontrolliertes Warten (watchful waiting) dem chirurgischen Verschluss asymptomatischer sowie oligosymptomatischer Narbenhernien nicht unterlegen ist hinsichtlich Schmerzen und Beschwerden während normaler Aktivitäten

[2] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial

[3] Biologisches versus synthetisches Netz bei der laparoskopischen Hernienversorgung – eine randomisierte multizentrische, prospektive, selbst-kontrollierte klinische Studie

[4] Perioperative Chemotherapie (FLOT) im Vergleich zur neoadjuvanten Radiochemotherapie (CROSS) bei Patienten mit Adenokarzinom des Ösophagus

[5] Intraoperative wound irrigation to prevent surgical site infection after laparotomy

[6] Internet-based Perioperative Exercise Program in Patients With Barrett's Carcinoma Scheduled for Esophagectomy

[7] Postoperative negative pressure incision therapy following open colorectal surgery: a randomized-controlled trial

[8] Eine randomisierte, kontrollierte Studie zur Lymphknotenentfernung bei Resektion kolorektaler Lebermetastasen

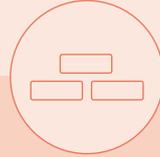
[9] Pulmonary wedge resection plus parietal pleurectomy (WRPP) versus parietal pleurectomy (PP) for the treatment of recurrent primary pneumothorax

* Diese Studie wird im Verbund des chirurgischen Studiennetzwerkes Deutschland CHIR-Net durchgeführt.

Stand: Juni 2019

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

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

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

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



Prof. Dr. med. M. Anthuber

Präsident

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

Generalsekretär

Prof. Dr. med. J. Werner

Schatzmeister

Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

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

BAUSTEIN IN GOLD

Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen
Herr Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Peiper,
Göttingen
in memoriam Prof. Dr. med. Herbert
Peiper, Berlin und Mainz
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karl-Walter Jauch,
München
in memoriam Prof. Dr. med. Georg
Heberer, München
Herr Prof. Dr. med. Reiner Gradinger,
München
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.
in memoriam Prof. Dr. med. Jens Witte
AO Deutschland, Arbeitsgemeinschaft für
Osteosynthesefragen, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Axel Haverich,
Hannover
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Markus Büchler,
Heidelberg
DGTHG – 1971 mit Dank an die
Gründungsmitglieder
Herr Prof. Dr. med. Joachim Jähne, Hannover
in memoriam Manfred und Helmi Jähne,
Essen
Herr Prof. Dr. med. Uwe Klinge, Aachen
Herr Prof. Dr. med. Erhard Kiffner, Karlsruhe
in memoriam Prof. Dr. med. W. Brendel,
Prof. Dr. med. R. Zenker, Dr. med.
R. Kiffner
AIOD Deutschland e. V., Düsseldorf

Familie und Freunde Dr. Schreiter,
Hamburg
in memoriam Dr. med. Friedemann
Schreiter
Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau,
Bochum
Deutsche Gesellschaft der Plastischen,
Rekonstruktiven und Ästhetischen
Chirurgen e.V.
Herr Dr. med. Ernst Derra und Frau Dr. med.
Hildegard Derra-Henneke, Düsseldorf und
München
in memoriam Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.
Ernst Derra, Düsseldorf
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Roland
Hetzer, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Roderich Schwarz, Bristol,
Indiana, USA
in memoriam Prof. Dr. med. Wilhelm
Müller, Rostock und Prof. Dr. med. Egbert
Schwarz, Erfurt
Herr Prof. Dr. med. Jürgen Ennker und
Frau PD Dr. med. Ina Carolin Ennker, Berlin

BAUSTEIN IN SILBER

Herr Prof. Dr. med. Leonhard Schweiberer,
München
Herr Prof. Dr. med. Klaus Junghanns,
Ludwigsburg
Herr Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, Neuötting

Herr Prof. Dr. med. Hendrik Dienemann,
Thoraxklinik Heidelberg
Herr Prof. Dr. med. habil. Dr.-Ing. Dr. med.
h.c. Michael Ungethüm, Tuttlingen
Herr Prof. Dr. med. Hartmut Siebert,
Schwäbisch-Hall
Herr Prof. Dr. med. Karl Herbert Welsch,
München
Herr Prof. Dr. med. Stefan Wysocki,
Heidelberg
Herr Dr. med. Jürgen Meier zu Eissen,
Hannover
Herr Prof. Dr. med. Stefan Post, Mannheim
Herr Prof. Dr. med. Wolf Mutschler, München
Frau Prof. Dr. med. Ursula Schmidt-
Tintemann, Vaterstetten
Herr Prof. Dr. med. Matthias Rothmund,
Marburg
Herr Prof. Dr. med. Christian H. Siebert,
Hannover
Herr Prof. Dr. med. Volker Bühren, Murnau
Herr Dr. med. Abdullah Mury, Heide
Herr Dr. med. Andreas Ungeheuer, München
Herr Prof. Dr. med. Wolf Schellerer, Bamberg
Herr Prof. Dr. med. Tilman Mischkowsky,
Berlin
Herr Prof. Dr. med. Hans-Joachim Wiendl,
Bamberg
Herr Prof. Dr. med. Klaus Roosen, Würzburg
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Gert Carstensen,
Mülheim
Herr Prof. Dr. med. Peter M. Vogt, Hannover
Herr Prof. Dr. med. Fritz L. Ruëff, München

- Herr Prof. Dr. med. Karl-Joseph Paquet, Bad Kissingen
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Volker Schumpelick, Aachen
Herr Prof. Dr. med. Yoshiki Hiki, Tokio/Japan
Herr Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith, Konstanz
Herr Dr. med. Goswin von Mallinckrodt, München
Herr Prof. Dr. med. Lothar Kinzl, Ulm
Frau Ingrid und Herr Dr. med. Robert Raus, Riedlingen
Frau Dr. med. Ursula Engel, Hamburg
Enddarm-Zentrum Bietigheim,
Herr Dr. med. Wolfgang Pfeiffer,
Herr Dr. med. Markus Piro-Noack,
Herr Dr. med. Edgar Kraft
Herr Prof. Dr. med. Thomas Rüedi, Maienfeld/Schweiz
in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Chur/Schweiz
Herr Prof. Dr. med. Gert Specht, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Henning Weidemann, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Otto Scheibe, Stuttgart
in memoriam Prof. Dr. med. Helmut Remé, Lübeck
Herr Prof. Dr. med. Stephan Langer, Mönchengladbach
Herr Dr. med. José Luis Narro, Köln
Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Ulf Wayand, Linz
Herr Prof. Dr. med. Werner Grill, Starnberg
Herr Prof. Dr. med. Fritz Kümmerle, Mainz
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Friedrich Stelzner, Bonn
Herr Prof. Dr. med. Günther Vetter, Bad Vilbel
in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Bernhard Sprung, Dresden
Frau Dr. med. Eva Böhlau, Bad Soden
1991–2011 DGT in memoriam
Prof. Dr. med. Ingolf Vogt-Moykopf
zum 80. Geburtstag
Herr Prof. Dr. med. Gerhard Krönung, Wiesbaden
in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke, Regensburg
Herr Prof. Dr. med. Alois Fürst
Herr Dr. med. Arthur Heiligensetzer
Herr Dr. med. Peter Sauer
Herr Dr. med. Bernfried Pikal
Herr Dr. med. Johannes Winfried Pruy
in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke, Regensburg
Herr Prof. Dr. med. Christian Müller, Hamburg
Herr Dr. med. Friedrich Klee, Heidelberg
Herr Prof. Dr. med. Karl Dinstl, Wien
in memoriam Prof. Dr. med. K. Keminger
Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim
Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen
Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
Herr Dr. med. Helge Hölzer, Stuttgart
in memoriam Prof. Dr. med. Gerhard Köveker, Sindelfingen und Böblingen
Herr Dr. med. Friedemann Schreiter, Hamburg
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Hannover
Herr Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler, Linden
Herr Dr. med. Frank U. Zittel, Frankenthal
in memoriam Prof. Dr. med. Richard Xaver Zittel
Herr Prof. Dr. med. Wulf Brands, Karlsruhe
in memoriam Dr. med. Hartmut Wirth, Mannheim
Herr Prof. Dr. med. habil. Dieter Bokelmann, Essen
in memoriam Dr. med. Ottmar Kohler, Idar-Oberstein
Herr Prof. Dr. med. Hermann Bünthe, Münster
Frau Dr. Eva Appel, Frankfurt/Main
in memoriam Prof. Dr. med. Alexander Appel
Herr Prof. Dr. med. Gerhard Schönbach, Freiburg
Frau Prof. Dr. med. Dorothea Liebermann-Meffert, Freiburg
in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Basel
Herr Dr. med. Andreas Dörmer, Frankfurt/Main
Herr PD Dr. med. habil. Klaus H. Fey, Berlin
in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Linder, Heidelberg, Prof. William P. Longmire Jr., Los Angeles
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Köle, Graz
in memoriam Prof. Dr. med. Adolf Winkelbauer und Prof. Dr. med. Franz Spath
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Helmut Wolff, Berlin
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.
in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Rehbein
Herr Prof. Dr. med. E. Ulrich Voss, Karlsruhe
in memoriam Herr Prof. Dr. med. Jörg F. Vollmar
Herr Dr. med. Christoph Bubb, Landshut
Herr Dr. med. Bernhard Arlt, Herne
Herr Prof. Dr. Axel Laczkovics, Bochum
in memoriam Prof. Waldemar Kozuschek, Bochum
Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau, Bochum
in memoriam Prof. Dr. med. Hans Hellmuth Hirsch
Herr Prof. Dr. med. Otto-Andreas Festge, Greifswald, Herr Dr. med. Reinhold Festge, Oelde, Frau Dr. med. Brigitte Festge, Greifswald
in memoriam Dr. med. Otto Festge
Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
Herr Prof. Dr. med. Axel Laczkovics, Bochum
in memoriam Prof. Dr. med. Waldemar Kozuschek, Bochum
Herr Prof. Dr. med. Horst Hamelmann, Kiel
Herr Prof. Dr. med. Paul Hahnloser, Zürich
in memoriam Prof. Dr. med. Åke Senning
Herr Dr. med. Christoph Schüürmann, Bad Homburg
Dres. med. Hermann und Beate Sons, Kassel
in memoriam Dr. med. Paula Rotter-Pool, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Rolf Schlumpf, Zürich
Herr Prof. Dr. med. Reinhart T. Grundmann, Burghausen
in memoriam Margarethe Grundmann, Burghausen
Herr Prof. Dr. med. Helmut Witzigmann
von seinen Mitarbeitern der Chirurgischen Klinik Dresden-Friedrichstadt
Herr Dr. med. Claus Müller, Dresden
Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Hartig, Leipzig
Herr Dr. med. Klaus Schellerer, Bamberg
in memoriam Prof. Dr. med. Heinrich Schellerer und Prof. Dr. med. Gerd Hegemann

BAUSTEIN IN BRONZE

- Herr Dr. med. Holger Barenthin, Celle
 Herr Prof. Dr. med. Gernot Feifel, Homburg
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Lamesch,
 Gotzingen/Luxemburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jakob R. Izbicki,
 Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Hans Zwipp, Dresden
 Herr Dr. med. Dusan Dragojevic, Isernhagen
 Herr Prof. Dr. med. G. Heinz Engelhardt,
 Wuppertal
 Proktologische Praxis Kiel,
 Herr Dr. med. Johannes Jongen,
 Herr Dr. med. Hans-Günter Peleikis,
 Herr Dr. med. Volker Kahlke
 Herr Dr. med. Wolfgang Hermes, Bremen
 Herr Dr. med. Wolf-Dieter Hirsch, Grimma
 Herr Dr. med. Holger Herzing, Höchstadt/
 Aisch
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke,
 Plettenberg
 Herr Dr. med. Winfried Hölter, Monheim
 Herr Dr. med. Matthias Becker, Possendorf
 Frau Dr. med. Martina Mittag-Bonsch,
 Crailsheim
 Zur Erinnerung an den Virchow-Schüler Paul
 Langerhans, Berlin und Madeira. Seine
 Familie
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Riedl, Göppingen
- Herr Dr. med. Gerwin Alexander Bernhardt,
 Voitsberg/Österreich
 Herr Dr. med. Georgios Adamidis, Pirmasens
 Herr Dr. med. Orhan Özdemir, Herborn
 Herr Dr. med. Marcus Giebelhausen,
 Paderborn
 Herr Prof. Dr. med. Matthias Richter-Turtur,
 Münsing
 Herr Dr. med. Michael Eckert, Speyer
 in memoriam
 Prof. Dr. med. Kurt Spohn
 Herr Prof. Dr. med. Rudolf Bedacht,
 München
 Herr Dr. med. Hans-Joachim Wigro,
 Bielefeld
 Herr Dr. med. Ingolf Hoellen, Backnang
 Herr Dr. med. Konrad Prenner, Salzburg
 Herr Dr. med. Radovan Stojanovic, Kassel
 Herr Dr. med. Jörg Kluge, Erfurt
 in memoriam Dr. med. habil. Werner
 Kluge, Dresden
 Herr Dr. med. Roland Kluge, Dresden
 in memoriam Dr. med. habil. Werner
 Kluge, Dresden
 Frau Dr. med. Ricarda E. Sieben,
 Braunschweig
 Herr Dr. med. Peter Gilsdorf, Mainz
 Herr PD Dr. med. Friedrich Thielemann,
 Villingen-Schwenningen
 Herr Dipl.-Ing. H. – F. Bär, Werl
 Herr Dr. med. Albert Schreiber, Neumarkt
 in memoriam Dr. med. Claus Wiedmann
- Frau Dr. med. Waltraud von Kothen,
 Tegernsee
 Herr Dr. med. Jürgen Friedrich, Essen
 Herr Dr. med. Arnd Siegel, Stade
 in memoriam Prof. Dr. med. Rudolf Nissen
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke,
 Plettenberg
 in memoriam Prof. Dr. med. E.H.
 Farthmann
 Saarländische Chirurgenvereinigung e.V.,
 Saarbrücken
 Herr Dr. med. Johannes Zeller, Laufenburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Manfred
 Schmolke, Düsseldorf
 Herr Prof. Tomislav Stojanovic
 Dr. med. Radovan Stojanovic, Wolfsburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Heinz Becker,
 Göttingen
 Herr Dr. med. Jürgen Benz
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans-
 Joachim Streicher
 Frau Dr. med. Frauke Eleonore Meyer-Wigro,
 Bielefeld
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Berger,
 Deutschlandsberg
 Herr Prof. Dr. med. Roland Eisele,
 Göppingen
 Herr Dr. Joachim Casper, Überlingen

DGCH-PRÄSIDIUM

ab 1. Juli 2019



KORRESPONDENZADRESSE

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V.
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
Tel.: 030/28876290
info@dgch.de
www.dgch.de

REDAKTION MITTEILUNGEN DER DGCH

Prof.Dr.med.Dr.h.c.H.-J.Meyer (V.i.S.d.P.),
info@dgch.de
Dipl.-Kffr. Canan Kilci,
referentin@dgch.de

VORSTAND

Präsident	T. Schmitz-Rixen, Frankfurt
1. Vizepräsident	M. Anthuber, Augsburg
2. Vizepräsident	M. Ehrenfeld, München
3. Vizepräsident	H. Lang, Mainz
Schatzmeister	J. Werner, München
Generalsekretär	H.-J. Meyer, Berlin

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	T. H. K. Schiedeck, Ludwigsburg
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie/Vertreter Allgemeine Chirurgie	K. Ridwelski, Magdeburg
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin	F. Adili, Darmstadt
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	P. Schmittbecher, Karlsruhe
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	J. Hoffmann, Heidelberg
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	V. Tronnier, Lübeck
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	B. Kladny, Herzogenaurach
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen	R. Giunta, München
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	J. Gummert, Bad Oeynhausen
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	E. Stoelben, Köln
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	D. Pennig, Köln
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.	J.-A. Rüggeberg, Bremen
Perspektivforum Junge Chirurgie	B. Braun, Homburg

WEITERE MITGLIEDER

Leitender Universitätschirurg	J. C. Kalff, Bonn
Leitender Krankenhauschirurg	H. J. C. Wenisch, Potsdam
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik	T. Histing, Homburg
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung	F. Fritze-Büttner, Berlin
Niedergelassener Arzt für Chirurgie	R. Lorenz, Berlin
Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland	R. Rosso, Comano/Schweiz
Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung	C. Bruns, Köln

FRÜHERE PRÄSIDENTEN

G. Schackert, Dresden	2016
T. Pohlemann, Homburg	2017
J. Fuchs, Tübingen	2018

SPRECHER DER SENATOREN

N. P. Haas, Berlin
J. Jähne, Hannover

SENATOREN

S. Weller, Tübingen
F. Stelzner, Bonn
H.-J. Peiper, Göttingen
H. Hamelmann, Kiel
W. Hartel, Ulm
G. Hierholzer, Duisburg
H. Bauer, Altötting
D. Rühlend, Singen
A. Encke, Frankfurt
K. Schönleben, Ludwigshafen
J. R. Siewert, München
N. P. Haas, Berlin
B. Ulrich, Düsseldorf
M. Rothmund, Marburg
H. D. Saeger, Dresden
H. U. Steinau, Bochum
K. Junghanns, Ludwigsburg
R. Arbogast, Pforzheim
V. Schumpelick, Aachen
R. Gradinger, München
A. Haverich, Hannover
M. Büchler, Heidelberg
K.-W. Jauch, München
J. Jähne, Hannover
P. Vogt, Hannover



MEINE DATEN HABEN SICH GEÄNDERT

Mitgliedsnummer

Titel

Name und Vorname

Klinik/Krankenhaus/Praxis

Abteilung

Klinik-Anschrift

Telefon dienstlich

Fax dienstlich

Privat-Anschrift

Telefon privat

Fax privat

E-Mail-Adresse

Postsendungen bitte an die

Praxis-/Klinikadresse

Privatadresse

Ich bin tätig als:

Ärztlicher Direktor

Chefarzt

Niedergelassener Chirurg

Oberarzt

Assistenzarzt

Belegarzt

Student

Ich lebe im Ruhestand seit _____

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

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

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