

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

GEIST DER CHIRURGIE IM
ZEITALTER DER
INDUSTRIALISIERUNG

CME
ARTIKEL
2 CME PUNKTE

im Fokus

VISZERAL-
CHIRURGIE

12 | IV | 2019

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



CHIRURGIE

HERAUSGEBER

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

DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Matthias Anthoner,
Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld,
Prof. Dr. med. Hauke Lang
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. med. Friederike Burgdorf
Katrín 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
Tel: +49 (0) 5632 966147

ABBILDUNGSHINWEISE

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).
Quartalsweise erscheint sie 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.

EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

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

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in Passion Chirurgie zur Bezeichnung von Personengruppen oft nur die männliche Form verwendet, gemeint sind aber Angehörige aller Geschlechter.

ISSN 2194-5586



INHALT

1 EDITORIAL

1 Des einen Lust – des anderen Frust? *F. Burgdorf*

6 SCHAUFENSTER

10 CHIRURGIE

10

im Fokus

**CME-ARTIKEL: AKUT ENTZÜNDLICHE
KRANKHEITSBILDER IN DER
ABDOMINALCHIRURGIE –
LEITLINIENGERECHTE THERAPIE**

A. Straßmüller, T. Kügler

16

**EIN JAHR FASCIOTENS –
DAS BERICHTEN ANWENDER**

21 CHIRURGIE⁺

21 Das Jahresprogramm 2020 der BDC|Akademie
W. Schröder, H.-J. Meyer

24 Gemeinsame Assistentenumfrage des BDC
und des Perspektivforums Junge Chirurgie
der DGCH 2018/2019 *B. Braun*

31 Webinar-Termin im Januar 2020: S2k-Leitlinie
„Typ B Aortendissektion“

33 Bundeskongress Chirurgie 2020: Freiberuflichkeit
und Kollegialität im chirurgischen Alltag *S. Dittrich*



- 36 **Safety Clip:** Tatort Krankenhaus – wenn Patientenwohl nicht mehr im Vordergrund steht *S. Kraft, T. Engelhardt*
- 41 **Hygiene-Tipp:** Ultraschall – Wenn es mal wieder schnell gehen muss *K.-D. Zastrow, H. Adler*
- 44 Strategischer Umgang mit den extrabudgetären Fallkonstellationen nach dem TSVG *P. Kalbe*
- 48 **Rezension:** Septische Gefäßmedizin *I. Töpel*
- 49 Personalia
- 51 Akademie aktuell: Dr. Hierholzer verabschiedet sich aus der BDC|Akademie *W. Schröder, H.-J. Meyer*
- 53 F+A: Mindestsprechstunden nun auch für Belegärzte *J. Heberer*
- 54 F+A: Organisation der offenen Sprechstunden *J. Heberer*

56 GESUNDHEITSPOLITIK

- 56 AWMF-Forderung zum Implantateregister
- 59 Aktuelle Meldungen

60 INTERN

- 60 **DCGH**
- 60 Kommentar des Generalsekretärs *H.-J. Meyer*
- 64 Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung 2020
- 65 Einladung zum 137. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie *T. Schmitz-Rixen*
- 67 Reisebericht „Zwischen chirurgischem Osten und Westen“ *S. Litkevych*
- 73 Forschungsreisen nach Frankreich und Japan 2019 *M. Schmelzer*

- 76 Nachruf zum Tod von Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Siegfried Weller
- 78 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland *S. Tenckhoff*
- 82 Spendenauf Ruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 86 DGCH-Präsidium ab 1. November 2019
- 88 Meine Daten haben sich geändert

91 BDC

- 91 BDC|News
- 92 Impressionen vom Nachwuchs-Kongress „Staatsexamen & Karriere“ in Berlin
- 94 Jahrestreffen des Landesverbands BDC|Baden-Württemberg
- 96 BDC|Landesverbände
- 98 BDC|Pressespiegel
- 99 Termine BDC|Akademie
- 103 Veranstaltungshinweise
- 104 Lifestyle-Angebote im Dezember 2019

106 PANORAMA

- 106 Zum Geist der Chirurgie im Zeitalter der Industrialisierung der Medizin *G. Maio*
- 112 Bilderrätsel-Auflösung

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,

das Jahr 2019 nähert sich mit Riesenschritten seinem Ende und erneut hat sich gezeigt, dass weiterhin verschiedene globale Herausforderungen, aber auch aufgrund politischer und gesellschaftlicher Entwicklungen sogar Missstände bestehen. Der Ausgleich unterschiedlicher Interessen und die notwendige Bereitschaft zum Kompromiss, auch im Gesundheitswesen, werden immer schwieriger. Gerade aus diesen Gründen sollen primär einige positive Entwicklungen in unserem Land aufgezeigt werden. Zuerst sei die Lebenserwartung angeführt: Nach Angaben des Statistischen Bundesamts beträgt diese 83,3 Jahre bei neugeborenen Mädchen und 78,5 Jahre bei den Jungen. Die einzelnen Bundesländer weisen dabei Unterschiede auf, wobei bei beiden Geschlechtern Baden-Württemberg die Spitzenposition einnimmt; Frauen haben dort eine Lebenserwartung von 84,1 Jahren, Männer von 79,7 Jahren. Die niedrigsten Lebensjahre weisen bei den Frauen das Saarland und bei den Männern Sachsen-Anhalt auf. Solche Unterschiede hängen vor allem von Diskrepanzen bezüglich des sozialen Status und dem Gesundheitsbewusstsein mit Verbesserung der Lebensqualität ab.

Unabhängig von der Lebenserwartung sind die Deutschen nach dem sogenannten Glücksatlas vom 5. November 2019 mit ihrem Leben seit 1989 noch nie so zufrieden gewesen. Mit einem Indexwert von 7,14 Punkten konnte ein neuer Höchstwert erreicht werden, wobei auch in den neuen Bundesländern bei einem Anstieg von 0,11 Punkten höchste Zufriedenheit seit 30 Jahren mit einem Index

von 7,0 auf einer Skala bis zehn zu verzeichnen ist. Der Abstand zwischen den alten und neuen Bundesländern macht nur noch 0,17 Punkte aus. Die Auswertung dieses zum neunten Mal veröffentlichten „Glücksatlas“ beziehen sich auf Daten des sozioökonomischen Panels (SOEP), ergänzt durch eine Umfrage unter etwa 2.000 Bundesbürgern durch das Institut für Demoskopie Allensbach. Statt Glücksatlas sollte besser von einem „Zufriedenheitsatlas“ gesprochen werden, denn Glück ist bekanntermaßen ein sehr vielseitiger Begriff, der durch subjektive eigene Empfindungen und äußere günstige Zufälle oder positive Schicksalswendungen bestimmt werden kann. Nicht umsonst hat bereits Konfuzius angemerkt: „Wer ständig glücklich sein möchte, muss sich oft verändern!“ In dieser Untersuchung werden nun verschiedenste Kategorien, wie Wohnen, Arbeit, Freizeit, Gesundheit, Einkommen etc. beurteilt. Nach Meinung des wissenschaftlichen Leiters (B. Raffelhüschen, Universität Freiburg) dieser Studie wird dabei die Zufriedenheit der Bürger nicht allein durch die in den letzten Jahren angestiegenen Haushaltsnettoeinkommen, sondern auch durch die insgesamt gute Gesundheitssituation der Bevölkerung entscheidend beeinflusst. Insgesamt bleibt Schleswig-Holstein die zufriedenste Region in Deutschland, nicht zuletzt auch durch die Nähe zu Dänemark, welches laut Angabe des Eurobarometers weiterhin Spitzenreiter mit 8,9 Punkten in Europa ist. Platz zwei in Deutschland nimmt erstmals Hessen vor Hamburg ein. Den letzten Platz unter den 19 deutschen Regionen belegt Brandenburg nach Mecklenburg-Vorpommern, am ehesten bedingt durch die immer noch relativ hohe lokale Arbeitslosigkeit. Insgesamt aber wird der Bevölkerung eine stabile

Robustheit gegenüber medialen Schlechtermeldungen bescheinigt.

Einen positiven Trend weist auch der 19. Bericht von „Wissenschaft weltoffen 2019“ auf, den vor kurzem der Deutsche Akademische Austauschdienst und das Deutsche Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung veröffentlicht haben. Nach diesem Bericht steht Deutschland vor Frankreich als attraktives nicht-englischsprachiges Gastland für Studierende aus dem Ausland und nimmt nun Platz vier nach den USA, Großbritannien und Australien ein. Im Wintersemester 2017/18 waren 375.000 ausländische Studierende in Deutschland immatrikuliert. Bei einer Umfrage unter den internationalen Studierenden spielen bei 79 % der Befragten Karriere- und hochschulbezogene Motive eine wichtige Rolle bei der Entscheidung für Deutschland; in 76 % bzw. 71 % werden die hohe Qualität der Hochschulausbildung in Deutschland bzw. der gute Ruf deutscher Hochschulen angeführt. Sogar 83 % der internationalen Studenten geben an, in ihrem Heimatland Deutschland als Studienort zu empfehlen. Auch die Zahl der ausländischen Forschenden hat sich in den letzten zehn Jahren fast verdoppelt und weltweit steht Deutschland auf der Beliebtheitsskala mittlerweile auf Platz drei. Die vorgelegten Ergebnisse zeigen also deutlich, dass Deutschland als Hochschul- und Wissenschaftsstandort international derzeit immer attraktiver wird und bei internationalen Studierenden also begehrt ist!

KRANKENHAUS-STÄDTE-RANKING

Unter der Voraussetzung, dass jeder Bürger Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung haben soll, ist der digitale Gesundheitsdienstleister Medbelle der Frage nachgegangen, wo es die besten Krankenhaus-Städte weltweit gibt. Als Parameter wurden bei dieser Studie die Infrastruktur, Qualität der Versorgung und genereller Zugang für die Patienten herangezogen. Zur Beurteilung der Infrastruktur wurden u. a. berücksichtigt: Bettenkapazität, Anzahl von beschäftigtem Pflegepersonal, Chirurgen und Spezialisten für psychische Erkrankungen oder hoch eingestufte Universitätskliniken

bzw. Krankenhäuser. Die Qualität der Versorgung wurde eingestuft nach Zufriedenheit der Patienten, Anzahl vermeidbarer „Adverse Effects“ und Behandlungsergebnisse bei malignen Tumoren. Neben dem Zugang für alle lokalen Stadtbewohner wurden auch die Kosten für Medikamente analysiert. Nach Auswertung der aufgeführten Beurteilungskriterien nehmen die Städte Tokio, Boston, London, Paris und Seoul die Plätze eins bis fünf unter den weltbesten Krankenhaus-Städten ein. Auf Platz sechs folgt München; weiter sind unter den TOP 20 Berlin (Platz 10), Hamburg (Platz 14) und Heidelberg (Platz 20) aufgeführt. In den Unterkategorien liegen zwei deutsche Städte auf Platz eins und zwar Hamburg bei der Versorgung mit Chirurgen und Heidelberg bei der Anzahl von Krankenhausbetten pro Einwohner. Insgesamt werden zwölf deutsche Städte unter den 100 besten Krankenhaus-Städten gelistet. Dieses Ergebnis mag zwar auf den ersten Blick als positiv erscheinen, zu berücksichtigen ist aber, dass die aufgeführten deutschen Städte auch im nationalen Ranking sehr gut gelistet sind und die erfassten Parameter bei dieser Untersuchung sicherlich nicht als komplett angesehen werden können.

MLP-GESUNDHEITSREPORT 2019

Dieser Report wurde in Kooperation mit dem Institut für Demoskopie Allensbach durchgeführt, wobei 1.214 Bürger und 531 Ärzte, von denen 209 im stationären Bereich tätig waren, befragt wurden. Auch wenn mit etwa 387 Milliarden Euro nach Angaben des Statistischen Bundesamts für 2018 ein neuer Höchstwert der Gesundheitsausgaben erreicht worden ist, ist die große Mehrheit der Deutschen mit dem derzeitigen Gesundheitssystem zufrieden: 77 % der Bevölkerung und sogar 89 % der Ärzteschaft schätzen es als gut oder sehr gut ein, lediglich 20 % bzw. 11 % sehen die Lage eher skeptisch. Allerdings klagen 62 % der Bürger über lange Wartezeiten auf einen Arzttermin, eine Zunahme im Vergleich zu 2012 von 10 %. Von den befragten Fachärzten gaben 77 % an, innerhalb von vier Wochen einen Termin vergeben zu können; gleichzeitig beklagten sie sich in 63 % der Fälle darüber, dass die Terminvergaben von den Patienten oftmals nicht eingehalten werden,

was aber nur in 19 % von der Bevölkerung bestätigt wird. Unter den Krankenhausärzten klagten 61 % über fehlende Zeit für den Patienten, bei den Assistenzärzten betrug dieser Anteil sogar 67 %. Der Pflegepersonal-mangel in den Krankenhäusern nimmt weiter zu, was von 84 % der Krankenhausärzte angeführt wird. Negativ wird von 75 % der Ärzte die Dominanz wirtschaftlicher Aspekte gegenüber dem medizinisch Gebotenen empfunden. Der zunehmende Ärztemangel wird sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich von der Bevölkerung wahrgenommen, vor allem in den neuen Bundesländern (60 % vs. 40 %). Somit rechnen auch 59 % der Ärzte mit einer Verschlechterung der Gesundheitsversorgung in den nächsten zehn Jahren, in der Bevölkerung erwarten allerdings nur 30 % pauschal eine Verschlechterung, 72 % befürchten hingegen steigende Krankenkassenbeiträge. Auch die teilweise bereits umgesetzten Reformmaßnahmen bewirkten nach Meinung der Bürger und Ärzte nur wenig Verbesserung im Gesundheitssystem, sei es bei schnelleren Terminvergaben (57 %) oder der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen, denn nur 12 % halten eine realistische Umsetzung für möglich. Insgesamt vermissen derzeit 46 % der Bürger und 70 % der Ärzte eine umfassende Reform des Gesundheitswesens, wobei 75 % der befragten Ärzte bezweifeln, dass es zu dieser überhaupt kommen wird. Von der stets geforderten Digitalisierung in der Medizin erhoffen sich die Ärzte vor allem eine Entlastung von dem überbordenden bürokratischen Arbeitsaufwand; diesen sehen 80 % der Befragten als größtes Problem in ihrer derzeitigen Tätigkeit an. Auch wenn etwa 50 % der Ärzte den Einsatz von künstlicher Intelligenz als Chance einstufen, sind 83 % der Meinung, dass natürlich auch zukünftig die entscheidende Rolle in einer „menschlichen Gesundheitsversorgung“ den Ärzten zufallen muss.

GESUNDHEITSPOLITIK

Aus der Vielzahl der Aktivitäten des Bundesministers J. Spahn sollen nur zwei Gesetze, die am 7. November 2019 vom Bundestag verabschiedet worden sind, angeführt werden, nämlich das Digitale-Versorgung-Gesetz und das MDK-Reformgesetz.

DIGITALE-VERSORGUNG-GESETZ

Bei Vorstellung der Gesetzesvorlage zur digitalen Versorgung musste der Minister nicht nur von der Opposition, besonders aber von Daten- und Patientenschützern heftige Kritik einstecken. Nach entsprechenden Veränderungen wurde dieses Gesetz nun im Bundestag beschlossen und soll im Januar 2020 in Kraft treten. Der Gesundheitsminister sprach dabei sogar von einer „Weltneuheit“, wobei „Deutschland auch das erste Land sein wird, dass das Wildwest bei den Apps beende“. Denn nach diesem Gesetz sollen Patienten bestimmte Apps nach Verschreibung vom Arzt durch die Kassen bezahlt bekommen, so bei digitalen Tagebüchern für Diabetiker oder Kontrollen zur Medikamenteneinnahme. Eine rasche Zulassung dieser Apps als Medizinprodukte durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ist vorgesehen. Fraglich ist allerdings, ob die App-Stores von Apple und Google wirklich umgangen werden können oder nicht doch Informationen an diese Konzerne fließen. Ferner regelt das Gesetz, dass sich neben Arztpraxen auch Apotheken und Kliniken der geplanten „Datenautobahn“ bis Ende September 2020 bzw. Januar 2021 anschließen müssen. Der elektronische Arztbrief soll eingeführt und die Fernbehandlung über digitale Technik als Telemedizin in Form von Online-Sprechstunden geöffnet werden. Besonders in der Diskussion steht weiterhin die Weitergabe von den Kassen vorliegenden Routinedaten an den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen in pseudonymisierter Form, welche dann an ein Forschungsdatenzentrum weitergeleitet werden. Man erhofft sich durch einen solchen Datenpool eine schnellere und umfangreichere Forschung mit entsprechenden Ergebnissen, z. B. bei seltenen oder chronischen Erkrankungen. Wie schnell relevante Verbesserungen durch die digitalen Möglichkeiten nun bei Patienten oder ärztlichen und pflegerischen Personal, vor allem auch hinsichtlich der Reduktion bürokratischer Aufgaben, ankommen, muss abgewartet werden.

MDK-REFORMGESETZ

Dieses Gesetz für bessere und unabhängiger Prüfungen von Krankenhausabrechnungen

durch die Krankenkassen hatte im Vorfeld für heftige Diskussionen gesorgt, wurde dann nach diversen Änderungen, vor allem hinsichtlich der Forderungen der Krankenkassen, ebenfalls durch den Bundestag verabschiedet. Der jetzige Medizinische Dienst der Krankenkassen wird in eine eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts überführt. Der Verwaltungsrat wird auf 23 Personen erweitert, von denen 16 durch die Krankenkassen benannt werden können. Hauptamtlich bei Krankenkassen und deren Verbänden Tätige können allerdings nicht mehr in den Verwaltungsrat gewählt werden. Fünf Vertreter werden von Patienten- und Verbraucherschutzverbänden gestellt, zwei von den Verbänden der Pflegeberufe und den Landesärztekammern. Ab 2021 soll die Überprüfung der Abrechnungen hinsichtlich ihrer Häufigkeit mit der Qualität der Rechnungsstellungen korrelieren. Zudem soll ein neuer Schlichtungsausschuss des GKV-Spitzenverbands und der Deutschen Krankenhausgesellschaft verpflichtet werden, strittige Kodier- und Abrechnungsfragen innerhalb von acht Wochen zu lösen. Überaus scharfe Kritik von Seiten der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Verband der Krankenhausdirektoren haben zwei Veränderungen im Gesetz hervorgerufen. Statt bisher geplanter Strafzahlungen durch die Krankenhäuser nur bei deutlich erhöhten Prüfauffälligkeiten, sollen jetzt bei Kürzung einer Rechnung durch den Medizinischen Dienst, auch bei geringsten Beträgen, die Krankenhäuser mit einer Strafe von 300 Euro belegt werden. Ferner wurde die ursprünglich vorgesehene Prüfquote von 10 % auf 12,5 % erhöht, was voraussichtlich auch die Quote an Strafzahlungen durch die Krankenhäuser ansteigen lässt. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft gibt sich entsetzt über diese Änderungsanträge. Nach Meinung seines Präsidenten G. Gaß wird das Vertrauen der Krankenhäuser in die Gesundheitspolitik mit dieser völlig ungeRechtfertigten Strafaktion verspielt. Ob das ursprüngliche Ziel dieses Reformgesetzes, die Kontroversen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bei der Abrechnung von Leistungen zu reduzieren, erreicht wird, muss derzeit mehr als fraglich angesehen werden.

INTERNA DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Abschließend möchte ich Sie über einige Veränderungen aus den Interna der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie informieren. Der Jahreskongress unserer Gesellschaft wird zukünftig mit dem Akronym **DCK**, also Deutscher Chirurgenkongress, gefolgt von der jeweiligen Jahreszahl, angekündigt werden; mittlerweile ist diese „Marke“ auch beim Deutschen Patent- und Markenamt eingetragen und entsprechend geschützt.

Dank der stetigen Bemühungen des Herausgebers, Herrn Professor Dr. J. Jähne, ist es gelungen, das Open-Access-Journal der DGCH **„Innovative Surgical Sciences“** in PubMed zu listen. Dort können Sie jetzt die Beiträge in unserem Journal aufrufen. Nach diesem ersten entscheidenden Schritt der Listung ist nun die Vergabe von Impact-Punkten abzuwarten, was natürlich auch die Publikation von weiteren Beiträgen aus den verschiedenen Fachgesellschaften erfordert, wozu ich Sie herzlich auffordern möchte.

Auf Antrag des Vorstands der chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Entwicklungsländer (CAEL) ist die Umbenennung dieser Arbeitsgemeinschaft durch ein einstimmiges Votum aller Fachgesellschaften in **chirurgische Arbeitsgemeinschaft Globale Chirurgie (CAGC)** auf der Vorstandssitzung am 15. Oktober 2019 in Frankfurt beschlossen worden.

Die ersten Vorbereitungen für eine feierliche Veranstaltung aus Anlass des **150. Jahrestages der Gründung unserer Gesellschaft** sind eingeleitet worden. Diese Veranstaltung ist für den 1. Juli 2022 im Hörsaal des Langenbeck-Virchow-Hauses vorgesehen. Schon jetzt möchte ich Sie bitten, sich diesen Termin vorzumerken.

Nun darf ich Ihnen abschließend eine besinnliche und erholsame Weihnachtszeit sowie alles erdenklich Gute für das Jahr 2020 wünschen!



DCK2020

Gemeinsam lernen und heilen

137. Deutscher Chirurgen Kongress

21. bis 24. April 2020
CityCube, Berlin



Intelligenz,
Intuition
und Individualität

www.dck2020.de

Einladung zur DGCH- Mitgliederversammlung 2020



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

Im Auftrag des Präsidenten lade ich hiermit alle Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zur Mitgliederversammlung anlässlich des 137. Kongresses der DGCH 2020 in Berlin sehr herzlich ein.

Die Mitgliederversammlung inkl. Wahlen findet am Donnerstag, den **23.04.2020, 13.15– 14.45 Uhr im Saal A1 (Level 1)** statt.

TAGESORDNUNG

1. Eröffnung durch den Präsidenten
2. Wahlen (siehe Bekanntmachung)
3. Bericht des Präsidenten
4. Bericht des Generalsekretärs
5. Bericht des Schatzmeisters
6. Vergabe der Stipendien
7. Verschiedenes

ZU TOP 2: WAHLEN

In Vollzug der gültigen Satzung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sind folgende Positionen des Präsidiums ab 01. Juli 2019 neu zu besetzen:

1. Dritter Vizepräsident 2020/2021, dann Präsident 2022/2023
2. Leitender Universitätschirurg
3. Leitender Krankenhauschirurg
4. Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik
5. Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung

Nach § 15.1 der Satzung erhält die Mitgliederversammlung für die von ihr zu bestätigenden Kandidaten (hier 1.) zum Präsidium bzw.

Vorstand jeweils einen Namensvorschlag vom Präsidium. (Darüber hinaus unterbreitet das Präsidium Wahlvorschläge für die weiteren Mitglieder des Präsidiums (§ 13.2))

zu 1: Als Dritter Vizepräsident 2020/2021 und Präsident 2022/2023 wird der Mitgliederversammlung **Herr Prof. Dr. med. Andreas Seekamp aus Kiel**, vorgeschlagen.

Zu 2: Als Vertreter der leitenden Universitätschirurgen ab 2020 wird der Mitgliederversammlung **Herr Prof. Dr. Stefan Fichtner-Feigl aus Freiburg** vorgeschlagen.

Zu 3: Als Vertreter der leitenden Krankenhauschirurgen ab 2020 wird der Mitgliederversammlung **Herr Prof. Dr. Carsten J. Krones aus Aachen** vorgeschlagen.

Zu 4: Als Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik wird der Mitgliederversammlung **Frau Prof. Dr. Tina Histing aus Homburg** vorgeschlagen.

Zu 5: Als Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung wird der Mitgliederversammlung **Frau Dr. Yvette Hillner aus Erfurt** vorgeschlagen.

Berlin, im Dezember 2019

Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer

BITTE AN ALLE CHEF- UND OBERÄRZTE:

Bitte statten Sie Ihre Assistenzärzte, die nicht Mitglied unserer Gesellschaft sind, aber am Kongress teilnehmen, zur kostengünstigen Teilnahme mit einer Arbeitsbescheinigung aus.

CHIRURGENKONGRESS 2020 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 2020

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



Reisebericht „Zwischen chirurgischem Osten und Westen“

**STIPENDIUM DER DGCH UND DER
HERBERT-JUNGHANNS-STIFTUNG**

**CENTER FOR ADVANCED TREATMENT OF
HBP DISEASES, AGEO CENTRAL GENERAL
HOSPITAL, TOKIO, JAPAN – 18.03. BIS
02.04.2019**

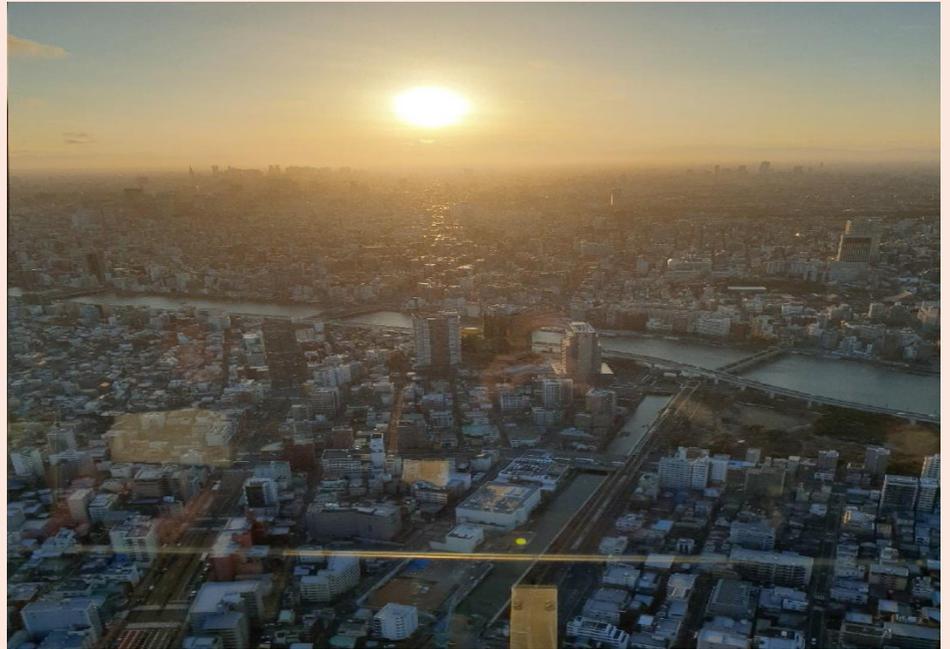
Ich bin auf einem anderen Planeten gelandet. Um mich herum sind unverständliche Symbole, eklektische Architektur, exotische Pflanzen und Düfte als eine Einfassung hochentwickelter Zivilisation mit Einsprengungen der uralten Geschichte und Tradition auf Schritt und Tritt. Im Hintergrund höre ich „In a sentimental mood“ von Duke & Trane aus einem Straßencafé und beobachte dabei ein Baseball-Spiel auf riesigem Bildschirm an der Wand eines Wolkenkratzers. Sogar die Sonne ist hier eigen. Sie geht sieben Stunden eher auf als meine übliche. Ich bin in Japan.

Seit mehreren Jahren war mein Ziel, die Besonderheiten der einflussreichen japanischen und nordamerikanischen Schulen kennenzulernen. Mich interessierte die v. a. minimalinvasive Technik der Leberchirurgie per se, die Ausbildungsstruktur der HPB-Fellows (HPB = Hepato-Pancreato-Biliary), die Behandlungskonzepte, das Komplikationsmanagement und die Gestaltung der chirurgischen Versorgung generell. Wie es im Nachhinein nachvollziehbar sein wird, habe ich viel mehr Erfahrungen während meiner Reise gesammelt als es zu erwarten war.

Ageo Hospital, wo ich nach freundlicher Einladung von Prof. Go Wakabayashi zur Hospitation war, liegt ca. 45 km von Tokyo entfernt und ist ein privates Krankenhaus mit 700 Betten, entsprechend einem deutschen Maximal-/Schwerpunkt-Versorgungskrankenhaus. Es ist aber weder ein „High-Volume Center“



Dr. med. Stanislav Litkevych
Med. Versorgungszentrum Paracelsus-
Klinik Zwickau
Werdauer Str. 68
08060 Zwickau



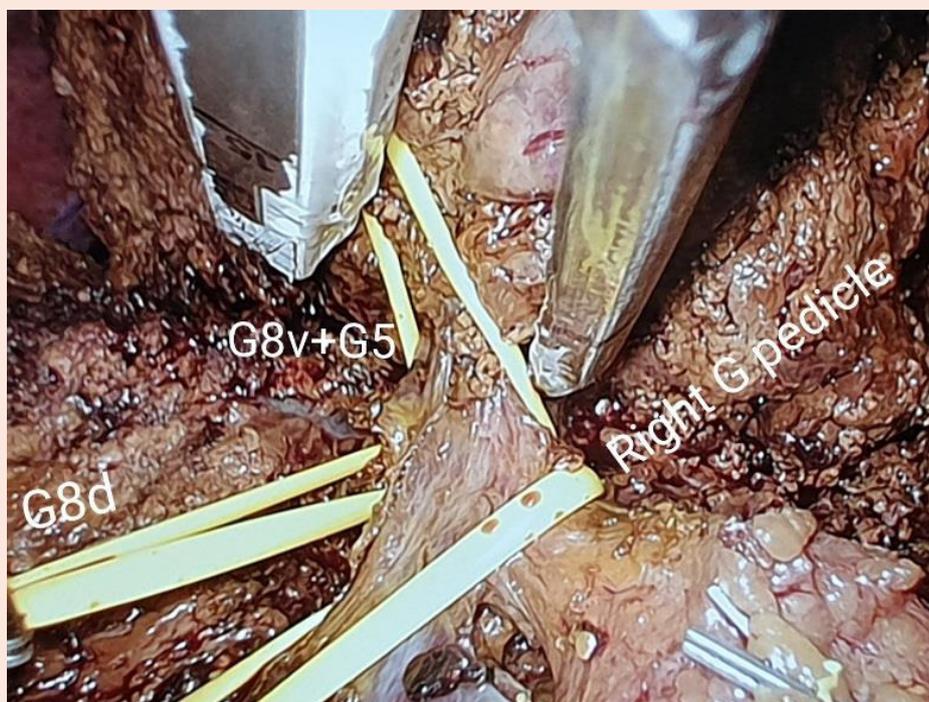
Litkevych S: Reisebericht „Zwischen chirurgischem
Osten und Westen“. Passion Chirurgie. 2019
September, 9(09): Artikel 06_05.

noch eine Uniklinik. Was ist hier dann außer- gewöhnlich? Das Besondere liegt darin, dass Prof. Wakabayashi einer von den wenigen Chi- rurgern in der Welt ist, die die laparoskopischen anatomischen Leberresektionen entspre- chend dem „perihilar Glissonian approach“ durchführt. 98 Prozent der Leberresektionen in seiner Klinik erfolgen laparoskopisch und in den letzten drei Jahren waren davon 82 Ein- griffe mit dem Schwierigkeitsindex von fünf und mehr nach IWATE-Kriterien. Dazu muss man sagen, dass der heutige Leiter der visze- ralchirurgischen Klinik in Ageo und Chairman von ILLS die erste robotische Leberteilresek- tion 2001 und die erste robotische Resektion der linken lateralen Sektion 2003 durchführte. Im Jahre 1994 hospitierte der japanische Pro- fessor nach der Verleihung des Stipendiums der DGCH in Berlin und Hannover und konnte sich damals unter anderem von den Profes- soren Pichlmayr und Neuhaus viel aneignen. Daran erinnerte er sich sehr oft, gerne und mit Dankbarkeit.

Gestärkt mit dem gekochten Chikuzen zum Frühstück war ich täglich um 08.00 Uhr an der Frühbesprechung beteiligt. Da mein Japa- nisch noch einiges zu wünschen übrigließ, waren diese für mich nur teilweise informa- tiv. Glücklicherweise habe ich unter anderen einen talentierten und engagierten italieni- schen Fellow aus der Universitätsklinik Rom, Herrn Giamauro Berardi, kennengelernt, der ziemlich viel Licht ins Dunkle in Bezug auf die Abläufe und Konzepte der Klinik brachte.

Der erste Eingriff begann dabei frühestens um 10.00 Uhr. Die spannendsten Opera- tionen waren natürlich die laparoskopischen Leberresektionen bei HCC, wie z. B. die ana- tomische Resektion von Segmenten V und VIII (Middle segment nach Takasaki-Klassifi- kation), oder noch zusätzlich mit atypischer Resektion vom Segment VII, die um die acht Stunden dauerten.

Zugrunde des Verfahrens liegt die anatomi- sche Unterteilung der Leber in drei Segmente entsprechend den drei Glisson Pedickeln im Unterschied zur Couinaud-Klassifikation. Dabei kann das Lig. Hepatoduodenale als Hauptstamm des „Glissonian pedicle tree“ betrachtet werden.



Initial erfolgt nach der Cholezystektomie die Präparation entlang von „Hylar plate“, bzw. des Lig. Hepatoduodenale, wobei die einzel- nen Strukturen des Ligaments und weiterer Branchen aus der „Laennec’s Kapsel“ nicht herauspräpariert werden. Nach der Darstel- lung der Äste der zweiten Ordnung werden diese durchtrennt, danach wird das nicht durchblutete Areal mit dem ICG identifi- ziert, die Resektionsgrenzen werden markiert und die unmittelbare Resektion wird mit

z. B. „Harmonic“ vollbracht. Einen beson- deren Wert legt Wakabayashi-Sensei auf die „Soft-Koagulation“.

Die von mir beobachtete offene Whipple-OP war durch eine sorgfältige und ausgedehnte Lymphadenektomie gekennzeichnet, war nicht pyloruserhaltend und wurde mit einer modifizierten Pancreatiko-jejuno-Anasto- mose nach Kakita mit verlorener Drainage gekrönt. Unter anderem konnte ich folgenden



Eingriffen zusehen: laparoskopischer Splenektomie, offener Resektion eines monströsen aus dem Sigma stammenden neuroendokrinen Tumors, offener distaler Magenresektion beim Magenkarzinom, laparoskopischer Gallengangsrevision mittels Choledochotomie und Choledochoskopie mit Steinentfernung bei Z. n. einer Gastrektomie, einer Portalvenenembolisation. Da das HPB-Team auch für die diagnostischen und interventionellen Endoskopien zuständig ist, war ich der Zeuge von einer Doppelballonenteroskopie bei BDA-Stenose mit ERC nach einer Pankreaskopfresektion.

Zusammenfassend gehören zur chirurgischen Technik und perioperativen Standards folgende Merkmale: der laparoskopische Zugang erfolgt transumbilikal, es werden am Magen und Darm standardmäßig die Stapleranastomosen mit einer zweiten Reihe in Einzelknopftechnik angelegt, bei allen Laparotomien wird zusätzlich zum Rahmen das „Alexis“-System eingesetzt. Bei allen Eingriffen werden entweder die Folien oder die Sprays zur Verwachsungsvorbeugung eingebracht, der Verschluss der Faszie und der Haut erfolgt in Einzelknopftechnik. Die Patienten kommen in den OP-Saal zu Fuß, es gibt keinen Einleitungsraum, jeder Patient bekommt postoperativ ein Röntgen vom Thorax und Abdomen zum Ausschluss der verlassenen

OP-Textilien und Instrumente, sogar bei der regelrechten Zählkontrolle. Die japanischen Chirurgen operieren ausgewogen und gelassen, als ob sie eine extrem schöne und komplexe Hieroglyphe malen würden. Obwohl die genaue OP-Dauer bei der Übergabe erwähnt wird, hat man keinen Eindruck, dass jemand unter Zeitdruck steht. Die größeren Eingriffe werden mindestens zu dritt gemacht und dauern meistens doppelt so lang, wie in Deutschland. Die Lymphknoten werden von den nicht am Tisch beschäftigten Assistenzärzten oder Fellows in einem speziellen Kasten in kleinen Fächern nach Gruppen sortiert, die Präparate werden gleich aufgeschnitten, gewogen, gemessen, fotografiert und skizziert.

Was mich darüber hinaus beeindruckt hat, war das Training junger Chirurgen. Beispielsweise führte ein 29-jähriger Kollege im fünften Ausbildungsjahr eine laparoskopische onkologische Ileozökalresektion wegen eines T2N0M0 Zökumkarzinoms bei einem „extrem adipösen“ Patienten mit dem BMI von 32 durch. Ihm assistierten zwei erfahrenere Kollegen und ein Anfänger, wobei er die komplette Operation eigenhändig im Laufe von fünf Stunden 23 Minuten mit einer extrakorporalen maschinellen Anastomose durchgeführt hat. Die Länge des abgesetzten Ileums, sowie auch die Länge der Bergungslaparotomie

wurden mit einem Lineal ausgemessen. Es gab keine Notwendigkeit den Patiententisch intraoperativ zu kippen, weil der Situs von mehreren Assistenten ausreichend übersichtlich dargestellt wurde. Die hier beschriebene Episode ist keine Ausnahme, sondern die Regel. Der Vollständigkeit halber ist anzumerken, dass die Japaner sieben Tage Urlaub im Jahr haben und täglich bis zum späten Abend im Krankenhaus beschäftigt sind.

Unvergesslich war unter anderem das Abendessen mit Prof. Wakabayashi und seinem Team in einem traditionellen japanischen Restaurant in Shinjuku mit anschließendem Spaziergang durch den Park am Flussufer mit beleuchteten „Cherry blossoms“ nach dem Sonnenuntergang.

„Leider“ gab es während meiner lehrreichen Hospitation auch arbeitsfreie Tage, an denen ich die Umgebung erkunden konnte. Der heilige Mount Fuji, die besungene Sakura blüte, die einfach in allen Sinnen grandiose Hauptstadt Japans mit den einerseits äußerst höflichen und zurückhaltenden, andererseits ausgesprochen hilfsbereiten und offenen Bewohnern, die mit hohem Respekt die Umwelt und die anderen behandeln, die unglaubliche und absolute Sauberkeit und Akribie machten mich tiefst nachdenklich. Sie ließen die Antwort auf eine Frage suchen: Welche wichtigsten Charaktereigenschaften, Bedingungen und Ereignisse sind die Voraussetzungen für dieses Wunder?

Sind das die Isolation, Entbehrungen, Mangel an Ressourcen, oder das Meijis Fusion der westlichen Kenntnisse mit japanischem Geist, sind das Shinto mit Buddhismus, oder der Einfluss vom Konfuzianismus, sind das „Ganbaru“ und „Gaman“, oder das eigenartige Verhältnis zur Ehre, zum Leben und Tod?

UNIVERSITY OF PITTSBURGH MEDICAL CENTER (UPMC), LIVER CANCER CENTER AND DIVISION OF SURGICAL ONCOLOGY – 03.06. BIS 19.06.2019

Meine zweite Reise führte mich nach Pittsburgh, wo sich eines der renommiertesten Zentren für Leberchirurgie unter Leitung von Dr. David A. Geller befindet.

Im Unterschied zu mir bekannten Systemen, haben die Kollegen nur drei OP-Tage in der Woche. Die restlichen zwei Tage sind der Sprechstunde gewidmet. Im Laufe dieser werden täglich ca. 40 Patienten gesehen, es beteiligen sich daran alle an der Abteilung aktuell tätigen Chirurgen und Chirurgen sowie mehrere Schwestern und Pfleger. Diesmal waren das außer Dr. Geller ein HPB-Fellow, zwei Residenten und ein Medizinstudent. Die Fälle wurden von den jüngeren Chirurgen präsentiert und von allen beurteilt, danach besuchte der Chef mit dem vorstellenden Kollegen die Patienten. Die letzten wurden von den Schwestern parallel aufgerufen und in drei separaten Räumen vorbereitet. Nach dem Patientengespräch wurden die Ergebnisse und die Taktik erneut im Kreis besprochen und gleichzeitig dokumentiert.

An den operationsfreien Tagen konnte ich außerdem die Morbiditäts-/Mortalitäts- und Leberkonferenzen sowie die der Vorbereitung zur Abschlussprüfung der Residenten gewidmete Vorlesungen besuchen. Sehr spannend war eine Online-Konferenz, an der sich die Spezialisten aus den zehn größten HPB-Zentren, wie z. B. MSK, Stanford, Toronto, beteiligten. Das Thema war die neoadjuvante Therapie der kolorektalen Lebermetastasen versus die primäre Operation sowie die vorteilhafte Anwendung der „Hepatic Artery Infusion (HAI) Chemotherapy“.

Leider gab es während meines Aufenthaltes keine passenden Fälle für eine laparoskopische Leberresektion. Dafür konnte ich neben anderen kleineren Eingriffen folgende offene Resektionen beobachten: eine links laterale bei dem ins Zwerchfell penetrierendem HCC, atypische Resektionen in Segm. II und VI-VII, Segm. IVa und VI sowie die rechte Trisektorektomie bei zentraler kolorektaler Metastase. Diese wurde von dem Leiter der Transplantationsabteilung Dr. A. Humar durchgeführt. Die Parenchymdissektion bei atypischen Resektionen erfolgte initial mit „Ligasure“, Blutstillung mit bipolarem System „Aquamantis“ und die Absetzung zuletzt mit mehreren Gefäßstaplern.

Wie es so im Leben nicht selten passiert, lernte ich per Zufall Herrn Dr. Amer H. Zureikat,



den Leiter der Division of Surgical Oncology, einen der weltweit führenden Spezialisten in der robotischen Pankreaschirurgie, kennen. Zusammen mit seinem Team führte er seit 2008 ca. 650 robotische Whipple-Operationen (mit Gefäßresektionen) durch. Das Appley-Verfahren war auch keine Ausnahme für die robotische Technik. Die UPMC verfügt dafür aktuell über insgesamt 28 „DaVinci“-Roboter. Ich war von zwei robotischen Whipples mit allen handgenähten Anastomosen einfach fasziniert. Diese dauerten knapp vier (bei einem Papillenkarcinom) und viereinhalb Stunden (bei einem Pankreaskopfkarcinom). Die robotische Pankreaslinksresektion bei einer IPMN wurde nach zwei Stunden und 15 Minuten erfolgreich beendet. An einem anderen Tag konnte ich eine offene Pankreatoduodenektomie (PD) bei einem „Borderline-Tumor“ und eine laparoskopisch assistierte ERCP bei Z. n. Magen-Bypass-OP verfolgen.

Die durch einen Fellow unter Anleitung und Bedside-Assistenz von Dr. David L. Bartlett am OP-Tisch komplett eigenhändig durchgezogene PD dauerte sechseinhalb Stunden. Danach stellte es sich heraus, dass es bereits die 16. robotische PD bei diesem Fellow war, wobei er die offene Technik bei den mehreren Eingriffen noch während der Residentur meisterte. Dazu konnte ich am gleichen Tag die robotische Implantation der Pumpe zur intraarteriellen Chemotherapie der Lebermetastasen durch die A. gastroduodenalis in Ausführung vom selben Fellow beobachten. Die „Surgical Oncology Fellows“ treten ihr Training in der Pankreaschirurgie üblicherweise für drei Monate an.

Die minimalinvasive Linksresektion wird von medial nach lateral mit primärer Absetzung der Gefäße und der Pankreasdurchtrennung durchgeführt. In Bezug auf die Technik der PD



erschien im Mai 2019 ein ausführlicher Artikel. In einer anderen Studie wurde vom selben Autor der finanzielle Gewinn von ca. 4000 US-Dollar pro Patienten bei einer robotisch durchgeführten Whipple-OP im Vergleich zu einer offenen nachgewiesen. Zuletzt wurde eine Arbeit aus mehreren Zentren inklusive UPMC publiziert, die eine wesentlich niedrigere Rate der klinisch relevanten postoperativen pankreatischen Fisteln bei den „Robo-Whipples“, verglichen mit denen in konventioneller Technik, bestätigt.

Nach freundlicher Einladung von Dr. Zureikat durfte ich das „Robotic Training Curriculum“ durchmachen. Das besteht sowohl aus einem virtuellen Training mit dem „Mimic“-System als auch aus den Übungen der Anastomosentechnik am „Biotissue“ unmittelbar am „DaVinci“.

Da ich noch nie an der Konsole saß, wurde ich vom Arbeitsprozess fast abhängig, denn das ist praktisch ein optimiertes laparoskopisches Verfahren mit viel schärferer und stabilerer Sicht sowie feinerer Bewegungskontrolle. Das alles erlaubt, die Bewegungen

in der offenen Chirurgie insbesondere beim Nähen beinahe komplett zu wiederholen. Nicht zu unterschätzen ist die sitzende Position beim mehrstündigen Operieren. Die berüchtigte fehlende haptische Rückmeldung ist nicht wirklich ein Problem, weil man sich ziemlich zügig daran gewöhnt, die Kraft z. B. beim Knoten einzuschätzen und zu steuern. Mit mehreren Instrumenten, die man gleichzeitig bedienen kann, fühlt man sich beinahe wie ein mehrarmiger Shiva.

Aus meiner Sicht war diese Fortbildungsreise ein voller Erfolg und wurde von den o. g. Erlebnissen stärkstens geprägt. Gewiss ist es nur ein „Snapshot“, man darf nicht verallgemeinern und sich Illusionen hingeben. Nichtsdestotrotz werden die Änderungen schicksalhaft und sich in den nächsten Jahren bemerkbar machen.

MEIN FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Es gibt noch Raum zur Entwicklung der laparoskopischen/robotischen Leber- und Pankreaschirurgie in Deutschland.

2. Die robotische Pankreaschirurgie scheint kein ausschließlich experimentelles Feld nur für einzelne ausgewählte Patienten mehr zu sein. Es gibt heutzutage ein bereits fertiges, effektives operatives Konzept sowie eine Evidenz der Kosteneffektivität, Sicherheit und der besseren Patientenerholung.
3. Im Wege der Verbreitung der gesamten robotischen Chirurgie stehen hauptsächlich noch die hohen Anschaffungs- und Wartungskosten des „DaVinci“-Systems. Diese Situation wird in den nächsten Jahren sicherlich einen Wandel erleben.
4. Die minimalinvasiven anatomischen Leberresektionen nach „Glissonian Pedicle Approach“ stellen eine technische Herausforderung dar. Jedoch sind sie bei vorhandener Expertise offensichtlich durchführbar. Diese Art der Operationen gewinnt an Bedeutung hauptsächlich beim HCC, weil sie laut der aktuellen Studienlage mit einem besseren „long-term outcome“ assoziiert ist.

Für die Möglichkeit, mich weiterzubilden und über meinen aktuellen Horizont hinausblicken zu können, bedanke ich mich herzlichst.

Meinem Chef Dr. von Feilitzsch und meinem chirurgischen Team danke ich für die permanente allseitige Unterstützung.

Ich weiß die großzügige Förderung der DGCH und der Herbert-Junghanns-Stiftung auch aus folgendem Grund zu schätzen: Das Stipendium wurde von den Menschen gewährt, die sich Gedanken über die Zukunft der Chirurgie machen und sich um den Erwerb und die Verbreitung des Wissens kümmern.



Forschungsreisen nach Frankreich und Japan 2019

Ziel nachfolgend aufgeführter Fortbildungsreisen war die klinische und wissenschaftlich-akademische Weiterbildung in der komplexen, minimal-invasiven Leberchirurgie. Durch das Stipendium als Fortbildungshilfe der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH) konnte der Besuch führender asiatischer und europäischer Zentren sowie die Teilnahme an einem internationalen Kongress finanziell unterstützt werden.

Die erste Fortbildungsreise führte gemeinsam mit Professor Pratschke im Mai 2019 nach Tokio/Japan und ermöglichte eine durch Vorträge aktive Teilnahme am Kongress der

International Laparoscopic Liver Society (ILLS) sowie eine klinische Hospitation im Anschluss beim Kongresspräsidenten Prof. G. Wakabayashi im Ageo General Hospital. In den knapp zwei Wochen konnten wissenschaftliche Kontakte zu international führenden Kollegen vertieft und gemeinsame Forschungsprojekte angestoßen werden. Ein unmittelbares Resultat war die Entwicklung eines Curriculums zur Ausbildung des chirurgischen Nachwuchses in der laparoskopischen Leberchirurgie. Ein Postgraduierten-Kurs an Schweinen ermöglichte unter der praktischen Anleitung von Professor Wakabayashi das Verstehen und Erlernen des in Deutschland wenig



PD Dr. med. Moritz Schmelze
 Leitender Oberarzt, Bereichsleitung
 Leberchirurgie
 Charité - Universitätsmedizin Berlin
 Chirurgische Klinik
 Campus Virchow-Klinikum / Campus
 Charité Mitte



Abb. 1: M. Schmelze (r.) mit Prof. Go Wakabayashi, Ageo Central General Hospital, Ageo, Japan (I.)

verbreiteten *Glissonean Pedicle Approaches*. Dieser erlaubt eine sichere anatomische Präparation entlang intrahepatischer Pedikel bis auf Subsegmentebene, was insbesondere für die Sektorektomie sinnvoll erscheint. Gewonnene Einblicke in die aufwendige Planung und exakte Durchführung komplexer anatomischer Resektionen konnten im Rahmen der einwöchigen klinischen Hospitation bei Prof. Wakabayashi derart vertieft werden, sodass eine Implementierung des *Glissonean Pedicle Approaches* in die klinische Routine in Berlin ermöglicht wurde.

Wie sich auf dem *ILLS* Kongress in Tokio deutlich zeigte, werden robotisch-assistierte Techniken, insbesondere bei hochkomplexen Eingriffen, zunehmend die konventionell-laparoskopische HPB Chirurgie ergänzen. Insofern hatte die nächste Fortbildungsreise zum Ziel eigene Zentrumserfahrungen der Chirurgischen Klinik in der robotisch-assistierten HPB-Chirurgie weiter zu vertiefen. Einer auf der *ILLS* Tagung in Tokio ausgesprochenen Einladung folgend, führte die nächste gemeinsame Reise mit Professor Pratschke nach Hong Kong zu Professor C.N. Tang an das **Pamela Youde** Nethersole Eastern **Hospital**. Professor Tang, der als einer der Wegbereiter der robotisch-assistierten HPB-Chirurgie

gilt, plante für die zweitägige Hospitation drei robotisch-assistierte Eingriffe. Am ersten Hospitationstag führte Professor Tang zwei posterolaterale Leberresektionen und am zweiten Tag eine klassische Kausch-Whipple-Operation durch. Alle Eingriffe erfolgten mit dem auch an der Chirurgischen Klinik der Charité vorgehaltenen *Da Vinci Xi*-System von *Intuitive Surgical Inc.*, sodass alle Aspekte begonnen von der Lagerung, der Ausrichtung der Arme, favorisierter Einstellungen und Instrumente sowie intraoperative Strategien unmittelbare Relevanz für die eigene klinische Praxis hatten.

Es folgten klinische Hospitationen an zwei renommierten Häusern in Frankreich, dem Hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière der Sorbonne Universität und dem Centre Hépatobiliaire Hôpital **Paul-Brousse in Villejuif**. Die Operationen wurden durchgeführt von Professor Olivier Scatton (Hôpital Pitié Salpêtrière) und Professor Daniel Cherqui (Hôpital **Paul-Brousse**), die schon 2006 in einer gemeinsamen Publikation über erste Erfahrungen in der laparoskopischen Leberlebenspende (Soubrane et al. *Ann Surg.* 2006) berichteten und als Pioniere der laparoskopischen Leberchirurgie gelten. Die Operationen umfassten neben laparoskopischen auch

Schmelze M: Forschungsreisen nach Frankreich und Japan 2019. *Passion Chirurgie.* 2019 Dezember, 9(12): Artikel 06_04.



Abb. 2: M. Schmelze (l.) mit Prof. Olivier Scatton, Hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière, Paris, Frankreich (r.)

offene Techniken, wobei stets ausreichend Zeit für einen kollegialen Diskurs bestand. Das Verständnis in Bezug auf onkologische Indikationsstellung, Operationsstrategien und -techniken sowie mögliche Limitationen für ein minimalinvasives Vorgehen zeigten sich dem zentrumseigenen Verständnis an der Charité sehr verwandt. Circa 30 bis 40 Prozent der Leberresektionen werden für ein minimalinvasives Vorgehen geplant, wobei das HCC und colokrectale Lebermetastasen zu den häufigsten Indikationen zählen. Bevorzugt wird

an beiden Zentren, wie auch in Berlin, die parenchymsparende Resektion mit großzügiger Indikation zur intermittierenden hilären Okklusion während der Parenchymphase. Ob Kontraindikationen für ein minimal-invasives Vorgehen, wie z. B. die Notwendigkeit einer vaskulären oder biliären Rekonstruktionen, in der Zukunft zu überwinden sind, wurde kritisch gesehen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass sich das grundlegende Verständnis asiatischer

und europäischer Zentren seit dem ersten Kongress der *ILLS* 2017 in Paris hinsichtlich Indikationen, Strategien und Techniken in der laparoskopischen Leberchirurgie weitestgehend angeglichen haben. Dies scheint einem intensiven Austausch und einer gemeinsamen Weiterentwicklung laparoskopischer Techniken über Landesgrenzen hinaus geschuldet. Hervorgehoben werden müssen in diesem Zusammenhang auch landestypische Besonderheiten, wie z. B. die hohe Bedeutung der anatomischen Resektion in Japan mit einer außergewöhnlich akribischen präoperativen Planung und Verfeinerung intraoperativer Orientierungsmöglichkeiten.

Die im Rahmen der Forschungsreisen gewonnenen Erfahrungen waren für die klinische und wissenschaftlich-akademische Weiterentwicklung des laparoskopischen und robotischen Leberprogramms an der Chirurgischen Klinik der Charité von großer Bedeutung. Gewonnene Tipps und Tricks werden in Form jährlich ausgerichteter Workshops (**BDC-Seminar: Viszeralchirurgie Kompakt: Hepatobiliäre Chirurgie; DGAV-Seminar: Komplexe laparoskopische Chirurgie – Oberer GI Trakt und HPB; DGAV-Seminar: Komplexe robotische und laparoskopische Leberchirurgie**) an Kollegen deutscher Zentren weitergegeben. Insofern leistete das Stipendium einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der minimalinvasiven Leberchirurgie an unserer Klinik und anderen Zentren in Deutschland.

Nachruf zum Tod von Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Siegfried Weller



In memoriam
Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.
Siegfried Weller
 (* 28.07.1928 † 27.08.2019)

EIN RENOMMIERTER UNFALLCHIRURG UND „SEINE BG“

Am 27. August 2019 verstarb Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Siegfried Weller im Alter von 91 Jahren im Kreise seiner Familie. Siegfried Weller gehörte zum Kreis derjenigen Chirurgen, die, beeinflusst durch die 1958 gegründete Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (AO), ab den 60er-Jahren des letzten Jahrhunderts maßgeblich Einfluss auf die Entwicklung der Unfallchirurgie in Deutschland genommen haben. Bereits während seiner Tätigkeit in Freiburg befasste er sich mit den Prinzipien der operativen Knochenbruchbehandlung und widmete sich der Fort- und Weiterbildung des unfallchirurgischen Nachwuchses. Als Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Tübingen und Lehrstuhlinhaber für Unfallchirurgie an der Eberhard Karls Universität hat er die herausragende Bedeutung der Klinik maßgeblich beeinflusst. Nach seinem Amtsantritt im Jahr 1969 hat sich unter seiner Leitung die „BG“, wie die Klinik in der Region gemeinhin

bezeichnet wird, zu einer Klinik der Maximalversorgung für Unfallchirurgie entwickelt. Lange vor dem Zusammenschluss der Unfallchirurgen mit den Orthopäden hat sich die Klinik auch mit orthopädischen Krankheitsbildern wie der Endoprothetik und der Korrektur angeborener Fehlstellungen befasst.

Prof. Weller hat während seines Berufslebens zahlreiche Ämter mit nationaler wie internationaler Prägung bekleidet. So war er, um nur die bedeutendsten dieser Ämter zu nennen, 1978 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde (DGU), 1982 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und 1994/95 Präsident der AO/ASIF-Foundation. 1986 wurde ihm die Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie verliehen. Prof. Weller erhielt die Ehrendoktorwürde an der Freien Universität Berlin und der Medizinischen Universität in Madras/Indien.

Seine besonderen Beziehungen zu Indien, die er in Gestalt der Leitung zahlreicher wissenschaftlicher Veranstaltungen und Workshops zu praktischen Unterweisungen in der Osteosynthesetechnik wahrgenommen hat, haben sein hohes Ansehen in der dortigen Ärzteschaft und entsprechende Ehrungen bewirkt. Ähnliches gilt für andere fernöstliche Länder.

Prof. Weller wurde u. a. mit der v. Bergmann-Plakette der Deutschen Ärzteschaft und der Diefenbach-Büste der DGU, dem Lexer-Preis der DGCH sowie dem Bundesverdienstkreuz 1. und 2. Klasse ausgezeichnet. Prof. Weller hielt zahlreiche Vorträge auf bedeutenden nationalen und internationalen Kongressen, verantwortete unzählige Publikationen in hochrangigen Journalen und war langjährig Herausgeber renommierter Zeitschriften aus dem Fach.

Als Ärztlicher Direktor führte Prof. Weller die „BG“ von 1969 bis zu seiner Emeritierung am 01.03.1996 mit der ihm eigenen,

gleichermaßen konsequenten wie väterlichen Strenge. Eine große Zahl der von ihm ausgebildeten und geförderten ärztlichen Mitarbeiter hat später Chefarztpositionen und Lehrstühle an renommierten unfallchirurgischen Einrichtungen im Land besetzen können. Viele von ihnen sind die schwäbisch geprägten Direktiven und Ermahnungen ihres ehemaligen Chefs wie „*hend Sie nix zum schaffa*“ oder „*was des Geld koschd*“ dauerhaft im Gedächtnis geblieben. Nichtärztliche Mitarbeiter, beispielsweise im OP-Bereich, erfuhren ebensolche straffe Anweisungen bei ihrer täglichen Arbeit. Ausdruck der von ihm gelebten typisch schwäbischen Attitude, z. B. bei der Überwachung des Umgangs seiner Mitarbeiter mit der klinikeigenen Ausrüstung, war auch die Bemerkung: „*ganget sie dr'hoim au so mit em Sach om?*“ Eine Heerschar seiner dankbaren Patienten erinnert sich an die äußerst kompetente wie gestrenge Behandlungsführung mit Sprüchen wie „*Beweglichkeit kann mr net hinoperiera, des müsset se selber macha*“.

Für Prof. Weller war der Beruf sowohl Berufung als auch Hobby. Es versteht sich, dass bei einem Arbeitsbeginn spätestens um 5.00 Uhr morgens mit Rückkehr nach Hause nicht vor 19.00 Uhr und Visiten am Wochenende das Familienleben zu seinem Leidwesen oft hintanstellen musste. Gleichwohl waren ihm die wenigen gemeinsamen Stunden mit seiner Ehefrau Karin und den beiden Töchtern ganz besonders wichtig. Seine Liebe galt auch der klassischen Musik, die ihm zum Ausgleich seiner beruflichen Belastung diente.

Prof. Weller wird im Gedächtnis der deutschen Chirurgen, Unfallchirurgen und Orthopäden dauerhaft einen herausragenden Platz einnehmen. Sein Engagement zur Förderung der Bedeutung des Fachs „Unfallchirurgie“ im Verbund mit Weggefährten hat über Jahrzehnte hinweg maßgeblich zum heutigen Stellenwert der Unfallchirurgie im Konzert der chirurgischen Disziplinen beigetragen.

Dies gilt in gleicher Weise für die Reputation des Fachs im internationalen Vergleich, wobei Siegfried Weller enge freundschaftliche Beziehungen zu zahlreichen Kollegen aus dem Ausland pflegte. Mit seinem Tod fehlt einer der maßgeblichen Begründer und einer der Nestoren der deutschen Unfallchirurgie.

Seine Mitstreiter, Kollegen und ehemaligen Mitarbeiter werden ihm stets ein ehrenvolles Andenken bewahren.

Von Seneca, dem Lieblingsphilosophen von Siegfried Weller, stammt nachstehendes Zitat: „*Wie lange ich lebe, liegt nicht in meiner*

Macht; dass ich aber, so lange ich lebe, wirklich lebe, das hängt von mir ab.“

Prof. Dr. med. Kuno Weise, Tübingen

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr Prof. Dr. med. Josef Schuster, Dachau	*22.05.1930 †20.04.2019
Herr Prof. Dr. med. Bernulf Günther, Gräfelfing	*02.05.1941 †16.07.2019
Herr Dr. Peter Kaufmann, Fürstenfeldbruck	*14.07.1936 †02.08.2019
Herr Prof. Dr. med. Jürgen Wonigeit, Hannover	*21.03.1942 †08.08.2019
Herr Prof. Dr. med. Dr.h.c. mult. Siegfried Weller, Tübingen	*28.07.1928 †27.08.2019
Herr Prof. Dr. med. Ernst Wagner, Braunschweig	*09.09.1944 †30.10.2019

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

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: BariSurg₁*				
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 111 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
Studientitel: BIOLAP₂*				
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 346 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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: ESOPEC₃*				
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 384 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: HULC₄*				
Registrierungsnummer: DRKS00017517				
PD Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen-Netz Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik	08.08.2019 24 von 812 Patienten	DFG 500,00 € / Patient	Dr. Solveig Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) Marsilius-Arkaden Turm-West Im Neuenheimer Feld 130.3 69120 Heidelberg 06221-56-36839 06221-56-33850 solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: IOWISI₅*				
Registrierungsnummer: DRKS00012251				
EudraCT 2017-000152-26				
PD Dr. med. Daniel Reim	offene abdominalchirurgische Eingriffe Experimentelle Gruppe: Spülung des subkutanen Gewebes nach Faszienverschluss mit Intervention 1: 0,04%iger Polyhexanidlösung Intervention 2: 0,9%iger NaCl-Lösung Kontrollgruppe keine Wundspülung	20.09.2017 331 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 43 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: PERCOG^{7*}				
Registrierungsnummer: DRKS00009451; EudraCT: 2015-005219-34				
PD Dr. med. Daniel Reim	<p>Experimentelle Gruppe: Die Patienten der Gruppe 1 erhalten ab Beginn der neoadjuvanten Chemotherapie präoperativ täglich jeweils supportiv (d.h. zusätzlich zur normalen oralen Ernährung) 600kcal parenterale Ernährung verabreicht. Sollte der Patient seinen täglichen Kalorienbedarf nicht durch orale Nahrungsaufnahme gedeckt haben, wird dem Patienten der fehlende Kalorienbedarf zusätzlich zu diesen 600kcal parenteral zugeführt.</p> <p>Kontrollgruppe: Alleinige neoadjuvante Chemotherapie vor chirurgischer Resektion ohne parenterale Ernährung. Sollte der Patient seinen täglichen Kalorienbedarf nicht durch orale Nahrungsaufnahme decken können nach Abschluss der ersten Hälfte der präoperativen Chemotherapie, wird dem Patienten der fehlende Kalorienbedarf zusätzlich parenteral zugeführt.</p>	<p>24.05.2019</p> <p>3 von 150 Patienten</p>	<p>-</p> <p>400 € / Patient</p>	<p>PD Dr.med. Daniel Reim Ismaninger Straße 22 81675 München</p> <p>089/4140-5019 089/4140-2184 daniel.reim@tum.de</p>
Studientitel: PONIY^{8*}				
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>103 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: RELY^{9*}				
Registrierungsnummer: NCT01073358				
PD Dr. N. N. Rahbari	<p>Patienten zur geplanten R0-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>265 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>

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: WOPP₁₀₊ Registrierungsnummer: NCT01855464				
Prof. Dr. T. Walles, FETCS Prof. Dr. J. Neudecker (Stellvertreterender Studienleiter)	Patienten (15–40 Jahre) mit Rezidiv eines primären Spontanpneumothorax (PTX) oder therapierefraktärem PTX Erstereignis Experimentelle Gruppe: Lungenkeilresektion mit parietaler Pleurektomie Kontrollgruppe: Alleinige parietale Pleurektomie	FPI: 19.11.2013 300 von 360 Patienten	DFG 525 €/Patient	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 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

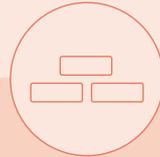
- [1] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial
- [2] Biologisches versus synthetisches Netz bei der laparoskopischen Hernienversorgung – eine randomisierte multizentrische, prospektive, selbst-kontrollierte klinische Studie
- [3] Perioperative Chemotherapie (FLOT) im Vergleich zur neoadjuvanten Radiochemotherapie (CROSS) bei Patienten mit Adenokarzinom des Ösophagus
- [4] Hernia reduction following laparotomy using small stitch abdominal wall closure with and without mesh augmentation - HULC
- [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] Parenterale Ernährung unter neoadjuvanter Chemotherapie beim lokal fortgeschrittenen Magenkarzinom/Karzinom des ösophago-gastralen Übergangs zur Reduktion der postoperativen Morbidität
- [8] Postoperative negative pressure incision therapy following open colorectal surgery: a randomized-controlled trial
- [9] Eine randomisierte, kontrollierte Studie zur Lymphknotenentfernung bei Resektion kolorektaler Lebermetastasen
- [10] 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: Dezember 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 Eingangsfloor 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. T. Schmitz-Rixen
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. 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 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

WICHTIGE INFORMATION ZU DEN SPENDENTAFELN

Sehr geehrte Damen und Herren,
 liebe Kolleginnen und Kollegen,

dem Spendenaufruf der DGCH zum Erwerb eines „Bausteins“ zum Erhalt des Langenbeck-Virchow-Hauses wird erfreulicherweise immer wieder von Mitgliedern unserer Gesellschaft oder deren Angehörigen nachgekommen. Die Tafeln mit den Namen sind bisher auf Acrylglasplatten im Eingangsbereich des Langenbeck-Virchow-Hauses gut sichtbar angebracht.

Da der vorhandene Platz ausgeschöpft ist, hat sich der geschäftsführende Vorstand nun entschieden, eine Neugestaltung vorzunehmen, damit auch zukünftige Förderer an dieser Stelle im Haus ihren „Baustein“ wiederfinden können.

Die Umgestaltung wird einige Zeit in Anspruch nehmen und wir bitten alle, die bereits einen „Baustein“ erworben haben, um ihr Verständnis, dass die Tafeln über die nächsten Wochen nicht sichtbar angebracht sind.

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

DGCH-PRÄSIDIUM

ab 1. November 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	L. Prantl, Regensburg
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	J. Gummert, Bad Oeynhausen
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	H.-S. Hofmann, Regensburg
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	D. Pennig, Köln
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.	J.-A. Rüggeberg, Bremen
Perspektivforum Junge Chirurgie	T. Fritz, 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

F. Stelzner, Bonn
H.-J. Peiper, Göttingen
H. Hamelmann, Kiel
W. Hartel, Ulm
G. Hierholzer, Duisburg
H. Bauer, Altötting
D. Rühland, 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