PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

HAND AUF'S HERZ

im Fokus

KONGRESSNACHLESE FRÜHJAHR 2023

06 | II | 2023

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

BDC Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

IMPRESSUM

PASSION CHIRURGIE

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

DGCH
Präsident: Prof. Dr. med. Andreas Seekamp
Vizepräsident:innen: Prof. Dr. med. Hauke Lang,
Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns,
Prof. Dr. med. Udo Rolle
Generalsekretär: Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen (V.i.S.d.P.)
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
Geschäftsführerin: Dr. med. Friederike Burgdorf
Justitiar: Dr. jur. Jörg Heberer, Berlin/München

REDAKTION
Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer (V.i.S.d.P.)
Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen (V.i.S.d.P.)
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Dr. med. Friederike Burgdorf
Katrin Kammerer (Tel: +49 (0) 30 28004-202 | passion_chirurgie@bdc.de)

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

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.
Cover © iStock/CSA-Archive

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.
Auflösung Bilderrätsel aus 03/QI/2023: Kreuzband

Der Bezug ist im Mitgliedsbeitrag des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie 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

ISSN 2194-5586

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGSORT: 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.

INHALT

1 EDITORIAL

1 DCK 2023: EINMAL WIEDER MÜNCHEN ERLEBEN *Hans-Joachim Meyer*

4 KURZNACHRICHTEN

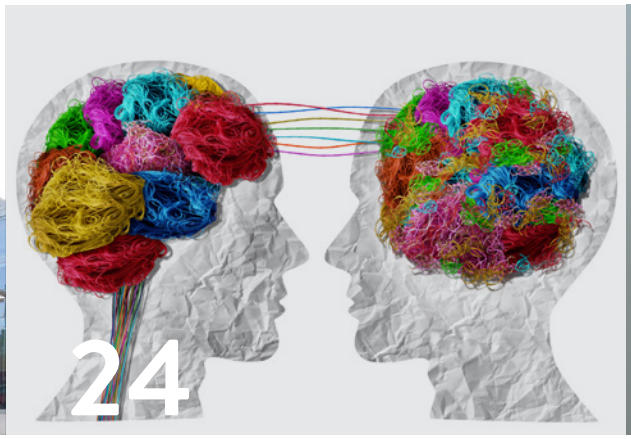
5 CHIRURGIE

5 ZUSAMMENFASSUNG DER DCK-SITZUNG „PROZESSMANAGEMENT VON OPERATIVEN EINGRIFFEN“ *Matthias Diemer*

8 BDC-SITZUNGEN BEIM GEMEINSAMEN BUNDESKONGRESS CHIRURGIE (BCH) *Peter Kalbe*

13 BERUFSPOLITISCHER NACHMITTAG BEIM BCH MIT AKTEUREN UND AKTEURINNEN AUS DEM GESUNDHEITSWESEN *Olivia Päßler*

16 60 Jahre Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie *Barbara Ludwikowski*



18 CHIRURGIE+

18 **Akademie Aktuell:** Das erste Jahr SURGEON TALK – eine neue Erfahrung *Wolfgang Schröder, Anna Dypree, Avi Schotland, Mara Goetz, Benedikt Braun, Sylvia Joachimi, Stephan Freys*

20 **Hygiene-Tipp:** Feuchtarbeit – Chirurgen eher nicht mehr betroffen *Nina Parohl, Walter Popp, Lutz Jatzwauk, Wolfgang Kohnen*

21 Personalia

22 **Rezension:** Ultraschall des Bewegungsapparates *Peter Kalbe*

23 **RECHT**

23 **F+A:** Extrabudgetäre Vergütung für Neupatienten *Jörg Heberer*

24 GESUNDHEITSPOLITIK

24 **BDC-Praxistest:** Geteilter Erfolg ist doppelt gut – Mentoringprogramm „Die Chirurginnen e.V.“ *Julia Osthoff, Franziska Renger, Franziska Hettenbach*

30 Kontinuität in Zeiten des Wandels *Jörg A. Rüggeberg*

31 Leistenhernien-Operationen im Visier der Ambulantisierung

34 INTERN

34 **DGCH**

34 Kommentar des Generalsekretärs *Thomas Schmitz-Rixen*

37 Nachlese Deutscher Chirurgie Kongress 2023

38 Präsidentenrede anlässlich des 140. DGCH-Kongresses 2023 *Andreas Seekamp*

43 Bildergalerie zur Eröffnungsveranstaltung

44 Ehrungen, Preisverleihungen und Vergabe von Stipendien

46 Wahl des Präsidenten 2025/26

48 Impressionen vom DCK 2023

51 Ein Lauf macht mobil für die Organspende

54 Einladung zum DCK 2024 *Christiane J. Bruns*

57 Protokoll der DGCH-Mitgliederversammlung 2023

59 Ausschreibung Preise und Stipendien 2024

61 Nachruf auf Prof. Dr. med. Albrecht Encke

63 Nachruf auf Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Konrad Meßmer

65 DGCH-Präsidium ab 01. Juli 2023

67 Sehr persönlich nachgefragt bei Markus Steinbauer

68 **BDC**

68 BDC|News

69 Ergebnisse der BDC-Mitgliederversammlung 2023

70 Termine BDC|Akademie

74 VERNETZT

74 Advertisement and Advertorial

76 PANORAMA

76 Hand auf’s Herz *Klaus Fiala*

81 Bilderrätsel

Kommentar des Generalsekretärs

AUS DER DGCH

Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin

Der **Deutsche Chirurgie Kongress 2023** in München war in allen Facetten ein voller Erfolg. Mit geändertem Namen sah der Kongress mehr als 5.500 Teilnehmer. Die Online-Konzepte haben sich bewährt und auch die übrigen Innovationen wurden gut angenommen. Die Qualität der Beiträge war in allen Bereichen sehr hoch. Besonders konnten die interdisziplinären Themen punkten. Stimmung und Zufriedenheit war bei allen Beteiligten demnach außergewöhnlich. Die politischen Themen wie Krankenhausfinanzierungs-Reform und Ambulantisierung standen im Zentrum der Debatte. Ich versuche deshalb, wie in der Mitgliederversammlung vorgetragen, im Folgenden den aktuellen Diskussionsstand[1] wiederzugeben.

AUSGANGSLAGE

Deutschland hat im europäischen und internationalen Vergleich eine sehr hohe Krankenhausdichte. Laut GKV-Spitzenverband werden ca. 1.730 Standorte, laut statistischem Bundesamt sogar mehr als 2.000 Standorte für allgemeine Krankenhäuser gezählt. Die letzte Definition, was als Krankenhaus bezeichnet werden darf, stammt aus den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts. Wir haben mit mehr als 250 Krankenhausentlassungen je 1.000 Einwohner pro Jahr (2019) die höchste Belegungsquote weltweit, knapp gefolgt von Österreich. Zum Vergleich kommt Großbritannien mit der Hälfte aus und China mit ca. 75 %. In der Pandemie sind die Belegungszahlen um 15 – 20 % zurückgegangen und haben sich bis heute nicht erholt. Die erwartete und befürchtete Welle an „aufgeschobenen“ Operationen nach der Pandemie ist zu unser aller Erstaunen ausgeblieben. Die Menge, weder vor noch nach der Pandemie, trägt nicht zum finanziellen Gesundheitszustand des stationären Gesundheitswesens bei. Nach Aussagen der Deutschen Krankenhausgesellschaft haben ca.70 % der Häuser finanzielle Probleme, ca. 30 % sollen vor der Insolvenz stehen. Immer mehr hört man von kalten Liquidationen, weil die Träger die Defizite nicht mehr tragen wollen oder können. Klagten die Träger noch vor fünf Jahren mehrheitlich über fehlende Investitionsmittel, so sind jetzt mit und nach der Pandemie erhebliche Erlöseinbußen hinzugekommen. Eine der Ursachen ist der Fachkräftemangel. Nicht nur pflegerisches Personal, sondern auch ärztliches Personal steht nicht mehr in der erforderlichen Menge zur Verfügung. Rekrutrierungsmaßnahmen, auch im Ausland, haben nicht zum gewünschten Erfolg geführt. In den nächsten zehn Jahren wird die Situation durch das Ausscheiden der Babyboomer aus dem Arbeitsleben verschärft. In diesem Jahr werden 1,2 Millionen Menschen 65 Jahre und nur 700.000 Menschen 20 Jahre alt. (Quelle: Destatis). Die Spitze dieses Defizits wird in fünf Jahren erwartet und wird das Gesundheitssystem als den größten Arbeitgeber empfindlich treffen. Die realen Zahlen an Pflegekräften und Ärzte (Eurostat Datenbank für 2019) pro Einwohnerzahl sind jedoch im europäischen Vergleich sehr hoch, übertroffen nur von Österreich und Norwegen. Dies legt den Schluss nahe, dass wir kein absolutes Mangel- sondern ein Verteilungsproblem haben.

Der Demografische Wandel geht auch mit einer Erhöhung der Multimorbidität einher,

[1] Aufgrund der Volatilität der aktuellen Diskussion wurde diese Artikel nach bestem Wissen und auf der Grundlage der jetzigen Erkenntnisse zusammengestellt. Viele Meinungen stellen die persönliche Sicht des Autors dar und konnten noch nicht mit den Gremien der DGCH abgestimmt werden.

was mehr Aufwand für den einzelnen Patienten und eine höhere Qualifikation auf der pflegerischen und ärztlichen Seite bedeutet. Folgt man den Gesetzen des Marktes und hier des Personalmarktes muss man konstatieren:

1. Was knapp wird, wird teuer.
2. Wir werden nicht deutlich mehr Personal bekommen.
3. Nicht mehr alle Leistungen können erbracht werden.

VERTEILUNGSPROBLEM

Ein Viertel der Krankenhausstandorte (424) in Deutschland verfügen über die Notfallstufen 2 oder 3 und versorgen 57 % der vollstationären Fälle; drei Viertel (1.249) versorgen die restlichen 43 % (DÄ 24.3.23). Eine erhebliche Menge an Standorten versorgt Herzinfarkte ohne einen Herzkatheterplatz zu besitzen. Die Zahl der Stroke Units ballt sich auch nur in den Ballungszentren. Eine Door-to-Needle Zeit für eine Thrombolyse von weniger als 30 Minuten ist nicht flächendeckend erreicht. 1.137 der Standorte (67 %) haben weniger als 300 Betten und befinden sich damit außerhalb einer wirtschaftlichen Tragfähigkeit. Die ökonomisch optimale Betriebsgröße liegt zwischen 600 und 950 Betten (DÄ 24.3.23). Im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt hat Deutschland die höchsten Gesundheitsausgaben in Europa (Eurostat). Im Vergleich zu England haben wir 40 % mehr Pflegepersonal, 50 % mehr Ärzte, 60 % mehr Medikamentenausgaben, doppelt so viele Krankenhausaufnahmen, 250 % mehr akute Krankenhausbetten, 50 % mehr Ausgaben für das Gesundheitssystem und erreichen trotzdem vielfach nicht das Outcome Qualitätsniveau der Engländer. Vergleichbare Landstriche wie Ostengland vs. Hessen weisen zwei Universitätskliniken (Hessen zwei bzw. eigentlich drei) und 17 Standorte mit Notfallambulanz (Hessen: 68 Standorte) auf. Die Letalität an akuten Krankheitsbildern ist in England keineswegs höher (Quelle: OECD calculations, basierend auf der WHO Mortality Database). Die Frage ist also: Auf welche Leistungen können wir verzichten und wie kann man gleichzeitig die Qualität für den Patienten erhalten oder sogar steigern?

ZIELE DER REGIERUNGSKOMMISSION IM BMG UND IN TEILEN AUCH DER STRUKTURZIELE IN NRW

Die Zahlen belegen, dass es so nicht weitergehen kann und dass es unsere europäischen Nachbarn mit geringerem finanziellem Aufwand besser hinbekommen. Als prädominante Ursache der Intensivpflichtigkeit (Spiegel-Titel vor einigen Jahren) unseres stationären Gesundheitssystems wird die 100 prozentige Durchdringung des Erlössystems durch DRGs identifiziert. Dies hat die Kliniken in ein Hamsterrad der Erlössteigerung durch Quantität gebracht und kleine Häuser dazu gebracht, auch Leistungen oberhalb Ihres Niveaus anzubieten.

Das BMG hat 2022 eine Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung eingesetzt, die im Dezember 2022 den Gesundheitsminister Prof. Lauterbach mit einer „Revolution“ vor die Presse treten ließ. Vor jeder der bekannten Revolutionen gab es eine Krise und diese ist im Gesundheitssystem zweifelsfrei mit hohem Druck auf die Stakeholder vorhanden. Ein Jahrzehnt mit erheblichen Disruptionen liegt vor uns und einige möchte ich im Folgenden benennen:

1. Wir benötigen mehr Prävention, auch um den Bedarf an Krankenhausbehandlung zu senken.
2. Ohne Entbürokratisierung wird die Attraktivität medizinischer Berufe schwinden.
3. Ambulantisierung von einfachen Leistungen und ein Ausbau der sektorenübergreifenden Versorgung ist überfällig.
4. Neue Technologien in der Medizin, wie die nur in Deutschland als neu empfundene Digitalisierung, aber auch Telemedizin, KI, Robotik und personalisierte Tumortherapie warten auf ihre breite Verwendung.
5. Zentralisierung komplexer Leistungen und Schwerpunktbildung sowohl in der stationären als auch ambulanten Versorgung.
6. Effizientere Zuteilung von Personal und Ressourcen.
7. Interprofessionelle Zusammenarbeit mit einem größeren Verantwortungsspektrum für die Pflege.
8. Abgleich von Angebot und Nachfrage in der Notfallversorgung.
9. Etablierung einer Versorgungsforschung mit überregionalen Fragestellungen.

In Anbetracht der vielfältigen Verknüpfungen im Gesundheitssystem und der gewaltigen Aufgaben ist eine grundlegende Reform keine Kleinigkeit und darf sich auch nicht in Kleinigkeiten erschöpfen. So kam die Kommission auch mit drei grundlegenden Änderungen heraus, die verantwortliche Akteure im Gesundheitssystem aber auch schon lange gefordert haben:

a. Reduktion der Bedeutung der DRG auf 40 % als Residual-DRG oder Rest-DRG; im Gegenzug **Vorhaltebudgets** für noch zu definierende Leistungsgruppen,
b. System von ca. 124 **Leistungsgruppen**, die passgenauer als die DRG und Fachabteilungen den Versorgungsstufen zugeordnet werden können,
c. Einheitliche Definition von **Versorgungsstufen (Level)**, um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen. Krankenhäuser können sich dann mit ihren Ressourcen und Kompetenzen um die Zuordnung zu den Leveln bewerben. Lokal wäre eine Grundversorgung (ggfls ambulante Chirurgie) und first line Notfallversorgung durch ambulante und teilstationäre Anbieter gedacht; regional die Regel – und Schwerpunktversorgung und überregional die Maximalversorgung.

Das geht mit einer Strukturoptimierung mit Schwerpunktbildung, orientiert an dem NRW-Strukturmodell mit Austausch von Leistungsgruppen (in NRW zur Zeit 64) zwischen verschiedenen Standorten einher. Auch ist die Konzentration von Kapazitäten durch Zusammenlegung von mindestens zwei Standorten entweder trägerintern oder auch trägerübergreifend geplant. Bedarfs und geografisch orientiert wird man die Zahl der Einrichtungen in „Gesundheitsregionen“ organisieren. Qualitätsvorgaben werden in einem pyramidenartigen System von drei (oder mehr) Leveln und diesen zugeteilten Leistungsbereichen und Leistungsgruppen gestellt. Mindestvorgaben

im Sinne einer Strukturqualität und auch Mindestmengen bei hochkomplexen Leistungen sollen definiert werden und die einzelnen Häuser können sich hierum bewerben. Komplexe Leistungen sollen in den höheren Leveln zentralisiert werden.

Eine wohnortnahe Versorgung von Notfällen soll flächendeckend gewährleistet bleiben. Die DGCH hat sofort in einer Pressemeldung getitelt: **„Neue Krankenhausstrukturen/ Neue Finanzierungsprinzipien – Schritt in die richtige Richtung: Jetzt mutig sein, damit wir nicht alten Wein in neuen Schläuchen zu trinken haben“** und die Einbindung chirurgischer Expertise eingefordert, die in der Zusammensetzung der Expertenkommission vermisst wird.

Inzwischen hat das BMG auf die Forderung der Einbindung der Fachgesellschaften reagiert und die AWMF beauftragt, die Fachgesellschaften bei der Definition von Leistungsgruppen und die Zuordnung auf die inzwischen fünf Level vorzuschlagen. Dies wurde durch die AWMF in einem Kraftakt, an dem sich über 80 Fachgesellschaften beteiligt haben, realisiert. Die nicht beteiligten chirurgischen Fachgesellschaften wurden über ein wöchentliches online Meeting der General:sekretäre:innen eingebunden. Inhaltlich wurden hier Leistungsgruppen definiert, weitere noch fehlende Leistungsgruppen konstruiert. Ferner wurde definiert, was ein „Fachkrankenhaus“ darstellt, nachdem festgestellt wurde, dass hierfür keine bundeseinheitliche Definition vorliegt. Auch wurde empfohlen, die Fachkrankenhäuser in Level-II- und Level-III-Kliniken einzuordnen, ohne dass diese die genauen Spezifikationen der Fachkrankenhäuser aufweisen müssen. Auch wurde auf den Sonderstatus der BG-Kliniken und Bundeswehrkrankenhäuser aufmerksam gemacht. Alles Punkte, die inzwischen vom BMG übernommen wurden und aktuell als Level F bezeichnet werden.

Neben diesen Punkten hat sich auch die Ausgestaltung der Level inzwischen verfeinert. Zu den Level-III-Häusern (Maximalversorgung) werden in einer Sonderrolle die Universitätsklinika als Level III U gegenüber dem ursprünglichen Plan als Supramaximalversorger aufgewertet. Als problematisch wird noch die Rolle und Ausgestaltung der Level I (n+i) diskutiert. Wichtig und zwingend erforderlich ist eine vertikale abgestimmte, koordinierte zusammenwirkende Behandlung und/oder Behandlungskette. Auch strittig ist, wieweit regionale Öffnungsklauseln zugelassen werden. Das BMG bzw die Regierungskommission hat inzwischen auch das System der zukünftigen Krankenhausfinanzierung einer erheblichen Reform unterzogen. Sie sieht eine 60 prozentige Finanzierung der Vorhaltekosten, bestehend aus dem Krankenhaus individuellem Pflegebudget und einer Vorhaltefinanzierung, gesteuert durch 124 Leistungsgruppen, die sich an der Weiterbildungsordnung orientieren. Nur 40 % werden durch eine fallmengenabhängige Vergütung, gebildet aus 1.300 Fallpauschen (rDRG) finanziert und stellen eine Wettbewerbskomponente dar. Dies gilt für Level In bis Level III, nur Level-Ii-Häuser werden durch sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen finanziert. Weitere Eckpunkte der Reform sind eine Digitalisierungsoffensive, die eine Entbürokratisierung bringen soll. Für komplexe Leistungen soll es Mindestmengenregelungen geben. Eine Ambulantisierung von ca. 20 % der Leistungen wird Teil der Reform sein und wurde ja vorher schon diskutiert.

Spannung verspricht auch die Bildung von **Gesundheitsregionen**, in denen dann nur ein oder zwei Häuser höherer Level (II + III) agieren sollen, fest kooperativ verbunden mit einer Reihe von Level-I-Häusern. Gesundheitsregionen sollen nach Bevölkerungsdichte und Fahrstrecken gebildet werden. Als Level-In-Häuser könnte man sich erweiterte Notfallaufnahme mit Schockraum, OP und 24h Betten sowie Notfalldiagnostik vorstellen; tagsüber betrieben als ambulantes OP-Zentrum im Sinne der Ambulantisierungsinitiative, auch offen für ambulante Operationen niedergelassener Chirurgen. Die personelle ärztliche Leitung setzt als Expertise den Allgemeinchirurgen mit erweiterter Notfallexpertise voraus. Die Weiterbildungsordnung für eine solche Position sieht einen abgespeckten Allgemeinchirurgen mit auf fünf Jahre verkürzter Weiterbildungszeit, aber integrierter Notfallexpertise voraus.

Die Diskussion über Level-Ii-Häuser ist extrem volatil: Hier könnten Geriatrische Kliniken, geriatrische Kurzzeit-Rehabilitation, Prähabilitation, eine Mischung von stationärer und ambulanter Rehabilitation entstehen. Für die personelle Betreuung kämen hierfür auch Konsiliarärzte in Frage. Ob die Leitung durch Pflege stattfinden kann, bleibt nach den jüngsten Äußerungen nach dem Deutschen Ärztetag fraglich. Level-In- und Level-Ii-Einrichtungen könnten auch unter einem Dach betrieben werden; dies würde erhebliche Synergien freisetzen.

Übrigens ist dies in der jüngsten Geschichte ein einmaliger Akt der Beteiligung ärztlichen Sachverstands in Gesetzgebungsverfahren des Bundes.

RECHTSGUTACHTEN ZUR VERFASSUNGSMÄSSIGKEIT DER KOMPETENZEN DES BUNDES

Die drei unionsgeführten Gesundheitsministerien in Bayern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein haben eine Expertise bei dem Augsburger Verfassungsjuristen Ferdinand Wollenschläger mit der Frage, ob der Bund so weitreichende Strukturänderungen gesetzlich veranlassen kann, in Auftrag gegeben. Das Gutachten stellt die Vorschläge der Regierungskommission zur Krankenhausreform in Frage – die Pläne greifen demnach zu stark in die Kompetenz der Länder ein. Ein Gutachten des wissenschaftlichen Dienstes des Bundestags kommt zu der gegenteiligen Meinung, dass der Bund sehr wohl die Krankenhausfinanzierung regeln kann; siehe auch die bundeseinheitliche Regelung der Pflegebudgets. Inwieweit diesen Fragen durch das Bundesverfassungsgericht geklärt werden müssen, bleibt abzuwarten.

ZEITPLAN

Die Ausarbeitung der Leistungsgruppen durch die AWMF-Kommission ging jetzt an das BMG, eine weitere Ausarbeitung der Leistungsgruppen soll durch das InEK erfolgen. Ein Kabinettsbeschluss wird im Herbst erwartet. Damit könnten die parlamentarischen Gesetzgebungsverfahren im Bundestag und Bundesrat noch dieses Jahr beginnen. Der

Beginn der Reform wird vom BMG für Anfang 2024 geplant. Die ursprünglich geplante Konvergenzphase von fünf Jahren wird wohl 15 Jahre betragen müssen.

Am Ende des Reformprozesses, so die Regierungskommission, haben wir

- weniger kleine Krankenhäuser unter Erhalt von geografisch gut verteilten Notaufnahmen mit planbaren Standortaufgaben statt kalter Liquidierung,
- eine auskömmliche Finanzierung der verbliebenen Standorte,
- weniger Personalmangel,
- weniger Betten,
- weniger Leistungsdruck,
- mehr Personal pro Patient,
- Krankenhäuser behandeln sektorenübergreifend,
- das Geld bleibt überwiegend im System,
- Sicherung der ambulanten und stationären Notfallversorgung auch in ländlichen Gebieten,
- eine (geringe) Steigerung von Level-II- und Level-III-Häusern,
- zu 50 % andere Patientenpfade,
- eine höhere Ergebnisqualität durch Zentralisierung und Mindestmengen,
- Ambulantisierung von 20 % der heute noch stationären Leistungen und
- keine dauerhaft höheren Ausgaben für das Gesundheitssystem.

Das alles wird den Steuerzahler während einer 15-jährigen Konvergenzphase zwischen 30 und 150 Milliarden Euro Kosten, je nach Optimismus in der Frage staatlicher Gestaltungskunst.

Nachlese
Deutscher Chirurgie Kongress 2023

BEITRÄGE

38 PRÄSIDENTENREDE ANLÄSSLICH DES 140. DGCH-KONGRESSES 2023

43 BILDERGALERIE ZUR ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG

44 EHRUNGEN, PREISVERLEIHUNGEN UND VERGABE VON STIPENDIEN

46 WAHL DES PRÄSIDENTEN 2025/2026

48 IMPRESSIONEN VOM DGCH-KONGRESS 2023

51 EIN LAUF MACHT MOBIL FÜR DIE ORGANSPENDE

54 EINLADUNG ZUM DCK 2024

57 PROTOKOLL DER DGCH-MITGLIEDERVERSAMMLUNG 2023

59 AUSSCHREIBUNG PREISE UND STIPENDIEN 2024

DCK 2023
PRÄSIDENTENREDE

Präsidentenrede anlässlich des 140. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie DCK 2023

Prof. Dr. med. Andreas Seekamp
Präsident der DGCH 2022/2023
Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein Campus Kiel
Orthopädie und Unfallchirurgie
Arnold-Heller-Str. 3 (Haus C)
24105 Kiel

Sehr geehrter Herr Dr. Quitterer,
meine sehr verehrten Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

in Anbetracht des letztjährigen 150-Jährigen Jubiläums unserer Fachgesellschaft haben wir für den diesjährigen 140. Kongress das Motto „151 Jahre DGCH – Aufbruch in kommende Jahrzehnte“ gewählt. Aufbruch heißt, neue Ziele festzulegen und den Weg dorthin zu beschreiben. Gleichzeitig bedeutet es aber auch, ggf. Dinge hinter sich zu lassen, ohne mit bewährten Traditionen zu brechen. Um einen möglichst geradlinigen Weg in kommende Jahre aufzuzeigen erscheint es mir sinnvoll, eine Brücke zu schlagen, von den Anfängen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie über die Gegenwart bis in die Zukunft. Und wie wäre es wohl, wenn unsere Lehrmeister und Gründer unserer Gesellschaft uns heute betrachten würden und unsere Zukunftsfähigkeit zu bewerten hätten? Indikatoren für eine solche Analyse wären sicherlich die Einheit der Chirurgie, die Wissenschaft, der Nachwuchs und nicht zuletzt unser Zusammenspiel mit der Politik.

Gleich zu Beginn und noch vor allem anderen könnte die erste Frage aus dem Kreis der Gründer unserer Gesellschaft lauten, was denn aus dem Langenbeck-Virchow-Haus geworden sei, „stehe es nicht heute vielleicht sehr im Schatten des Hochhauses der Charité?“ Nun, bedeutsam ist, dass sich allein im Unterschied dieser beiden Gebäude das widerspiegelt, was sich innerhalb der letzten 151 Jahre in der Medizin entwickelt hat. Auf der einen Seite der wahrlich in den Himmel ragende Zuwachs an medizinischen Erkenntnissen und Therapiemöglichkeiten, auch in der Chirurgie, und auf der anderen Seite ein bestechender Ausdruck von Beständigkeit,

DCK 2023
PRÄSIDENTENREDE

Verantwortungsbewusstsein und Einigkeit. Die Chirurgie stand damals am Beginn eines Höhenflugs. Viele neue wissenschaftliche Erkenntnisse ermöglichten chirurgische Eingriffe, die zuvor nicht umsetzbar waren. Das Aufstreben der Chirurgie als eigene medizinische Disziplin spiegelt sich somit sicher auch in dem Langenbeck-Virchow-Haus wider. Erfreulicherweise ist das Gebäude seinem ursprünglichen Nutzen wieder zugeführt und erfreut sich als Veranstaltungsort großer Beliebtheit über alle medizinischen Fachbereiche hinweg. Darüber hinaus hat das Langenbeck-Virchow-Haus aber heute weiterhin eine symbolische Kraft. Es ist weiterhin das Haus der Chirurgie und bleibt ihr Kristallisationspunkt.

In Anbetracht einer zunehmenden Spezialisierung ist die Frage, wie es denn um die Einheit der Chirurgie stehe, heute aktueller denn je. Aber auch die Geburtsstunde der DGCH war mit ihrer Ausgründung aus der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte eine frühe Spezialisierung. Insofern war unseren Lehrmeistern ein solcher Schritt nicht fremd. Mittlerweile ist es innerhalb des Gebiets der Chirurgie zur Ausgründung einer Vielzahl von Fachgesellschaften gekommen, die jede für sich eine eigenständige Qualifikation bis hin zum Facharzt anbietet. Derzeit sind es zehn Fachgesellschaften, die sich dem Gebiet der Chirurgie zugehörig fühlen und unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zusammengefasst sind. Es ist absehbar, dass es in Zukunft zu weiteren Spezialisierungen kommen wird. Vorangetrieben wird die Spezialisierung durch Entwicklungen in Technik und Materialforschung. Hierdurch haben sich neue chirurgische Methoden entwickelt, mit dem Ziel, die chirurgischen Eingriffe präziser, individueller und letztlich patientenschonender zu gestalten. Es handelt sich um einen evolutionären Prozess der Chirurgie, bei dem am Ende stets der Patient der Gewinner sein sollte. Wie bei jeder Evolution gibt es Sackgassen, aber auch sehr erfolgreiche Wege, wie z. B. endoskopische und laparoskopische Techniken, die mittlerweile in nahezu allen Körperregionen angewendet werden. Festhalten an Traditionen und altüberlieferten Zuständigkeiten sind in diesem Prozess fehl am Platz. Wer eine Technik bis zur überlegenen Perfektion beherrscht, wird sich am Patienten durchsetzen. Bestehen kann diesen Prozess nur derjenige, der flexibel und lernfähig bleibt. Ein aktuell neuer Weg ist die Computer- und Robotik-unterstützte Chirurgie. Hier muss die Zukunft noch zeigen, welche Bedeutung diesem Thema in der Evolution der Chirurgie zuteil wird. Eine Spezialisierung ist somit grundsätzlich zu begrüßen, sie darf aber nicht dazu führen, dass man als Chirurg den ganzheitlichen Blick für den Patienten verliert. Chirurg sein, heißt auch immer noch Arzt zu sein und nicht nur der Dienstleistende Operateur.

Trotz aller Spezialisierung sollte die Einheit der Chirurgie nicht verloren gehen. Sie muss im täglichen Umgang gelebt werden, sowohl in dem Miteinander der chirurgischen Fachgesellschaften, z. B. auf den Chirurgischen Forschungstagen oder auf den Jahrestagungen der Chirurgischen Regionalverbände, als auch in jeder einzelnen Klinik unter den chirurgischen Fachabteilungen vor Ort. Die Systematik des Hauses der Chirurgie lässt sich orientierend an der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer für Chirurgie ablesen. Danach gibt es ein Gebiet für Chirurgie, in dem verschiedene Facharztqualifikationen erworben werden können. Diejenigen Fachgesellschaften, die entsprechende Facharztausbildungen anbieten, sind als Mitglieder in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zusammengeschlossen und auch zukünftig willkommen. Weitere Fachgesellschaften und eingetragene Vereinigungen, die eine Zusatzqualifikation anbieten, die auf einem Facharzt aus dem Gebiet der Chirurgie aufbauen, sind eher einer dieser facharztführenden Fachgesellschaften als Mitglied zuzuordnen.

Zu definieren wäre in diesem Zusammenhang wahrscheinlich nochmals die Allgemeinchirurgie. Immer wieder war zu hören, dass man sie eigentlich nicht mehr brauche und man ihre Weiterbildung nicht mehr anbieten sollte. Es gibt sie aber weiterhin und es bleibt abzuwarten, ob sie nicht doch in der zukünftigen umstrukturierten Kliniklandschaft in ländlichen Regionen benötigt wird, um eine Basisversorgung bzw. Notfallversorgung sicherzustellen. Vielleicht müssen die Inhalte der Allgemeinchirurgie in Teilen diesem neuen Arbeitsfeld angepasst werden. So bleibt zu klären, ob die Allgemeinchirurgie das beinhalten soll, was eigentlich jeder können sollte, sozusagen als Basis der Chirurgie, oder ob es das ist, was keiner mehr machen möchte und für chirurgische Spezialisten vermeintlich uninteressant erscheint. Die DGCH jedenfalls muss für alles stehen, auch für die Allgemeinchirurgie, aber eben nicht nur für die Allgemeinchirurgie, sondern für das Gebiet der Chirurgie insgesamt.

Ein beständiges Symbol der Gemeinsamkeit aller Chirurgen ist weiterhin das Langenbeck-Virchow-Haus. Es mag mittlerweile etwas zu klein erscheinen, um allen chirurgischen Fachgesellschaften ausreichend Räumlichkeiten bereitzustellen. Ein neues Haus der Chirurgie zu bauen, wäre eine fantastische Aufgabe, aber sicherlich nicht zu realisieren. Es würde wahrscheinlich ausreichen, um den Gedanken des Langenbeck-Virchow-Hauses für die Zukunft zu verstetigen, eine virtuelle Plattform, gleich einem virtuellen Haus der Chirurgie, zu etablieren, um quasi dem Nachwuchs einen einheitlichen Eingang zum Gebiet der Chirurgie zu verschaffen, über den sie sich über die vielseitigen Möglichkeiten

DCK 2023
PRÄSIDENTENREDE

der klinischen Ausbildung und der wissenschaftlichen Aktivitäten im Gebiet der Chirurgie orientieren können.

Dies bringt zu uns zu einer weiteren möglichen Frage unserer Lehrmeister, nämlich: „Wie schaut es aus mit dem Nachwuchs der Chirurgie und gibt es auch Frauen in der Chirurgie?“ Ende des 19. Jahrhundert gab es quasi keine Frauen in der Chirurgie, aber wahrscheinlich erkannte man, dass sich dieses ändern würde und ändern müsste. In ihren Memorarien schreibt die Medizinstudentin Hermine Heusler-Edenhuizen um die Jahrhundertwende Folgendes über ihre Kommilitonin Katharina Freytag (Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin der Charité): „Auch in Bonn, wohin sich nach unserem Durchbruch langsam mehr Studentinnen wagten, hatten wir eine von diesen tapferen Frauen. Nur dank ihrer großen Energie und Hartnäckigkeit hat sie sich eine Fachausbildung in der Chirurgie angeeignet und hat sich später sogar eine eigene Klinik aufgebaut.“ Katharina Freytag selbst berichtete im Zentralblatt des Bundes Deutscher Frauenvereine 1906 über einen persönlich erlebten Vorfall. Sie schrieb: „Auf einer Bahnfahrt von Köln nach Hamburg wurde ich von der Polizei festgenommen. Der Stationsvorstand in Bremen habe es so gewünscht, ich sei ein verkleideter Mann. Ich fügte hinzu, dass ich ein gut gearbeitetes Jackenkleid trüge, ferner dass ich auch nicht kurz geschnittene Haare trage.“ Erst nach einer Vernehmung und einer telegrafischen Anfrage bei der Universitätsverwaltung (in Bonn) wurde sie wieder entlassen. Um den medizinischen und insbesondere den weiblichen Nachwuchs im Medizinstudium ist es aktuell nicht schlecht bestellt. Derzeit gibt es etwa zwei Drittel Studentinnen in den medizinischen Fakultäten. Das tatsächliche breite Interesse an dem Medizinstudium wird durch die Zulassungsbeschränkungen und Auswahlverfahren zum Studium wahrscheinlich etwas verzerrt und spiegelt sicher die zunehmende Diversität unserer Gesellschaft nicht wider. Anzunehmen ist, dass über alle Schulabsolventen hinweg ein gleichmäßig verteiltes Interesse am Medizinstudium besteht. Wichtig für uns ist aber die Frage, warum sich Medizinstudentinnen und -studenten zum Abschluss des Studiums nur in vergleichsweise geringer Zahl für das Gebiet der Chirurgie entscheiden. Fragt man den potenziellen Nachwuchs nach den Gründen, so fällt häufig das Stichwort „Work-Life-Balance“. Dieser Begriff legt nahe, dass es sich um zwei gegensätzliche, schlecht miteinander zu vereinbarende Aktivitäten handelt, die stets in einem Gleichgewicht zu halten sind. Dabei sollte es doch möglich sein, eine berufliche Tätigkeit und das Privatleben mit einer unterschiedlichen, aber gleichwertigen persönlichen Wertschätzung ausgestalten zu können. Der Psychologe Martin Seligmann hat Mitte der 90er-Jahre den Begriff der Positiven Psychologie geprägt. Er beschreibt, dass jeder Mensch einen Sinn finden möchte, Gemeinschaft erleben möchte, Ziele erreichen und genießen möchte. Letzten Endes gilt es, Wege zu finden, sein eigenes Leben positiv zu gestalten.

Für die Chirurgie kann dies vielleicht bedeuten, dass man dem Nachwuchs möglichst frühzeitig das besondere Verhältnis zu den Patienten und das persönliche Erfolgserlebnis einer erfolgreichen Behandlung versuchen sollte nahe zu bringen. So mag es erforderlich sein, noch eher als bisher dem Nachwuchs Verantwortlichkeiten zu übertragen und ihm die Möglichkeit zu geben, eigene Ideen und Vorstellungen umzusetzen. Nun ist dies aufgrund von Standards und vorgeschriebenen Behandlungsrichtlinien in der unmittelbaren chirurgischen Patientenbehandlung nur begrenzt möglich. Vieles, was wir tun, beruht auf Erfahrung, und die gilt es zunächst weiterzugeben. Einen viel größeren Spielraum gibt es dafür aber in der Wissenschaft, wo man dem Nachwuchs viel eher einen eigenen Gestaltungsfreiraum geben kann. Medizin ist immer auch Wissenschaft, nicht zuletzt, weil die Behandlung von Patienten auf dem bestmöglichen wissenschaftlichen Kenntnisstand beruhen sollte. Gleichzeitig muss aber die berufliche Tätigkeit auch mit dem privaten Leben und hier insbesondere mit einem familiären Leben verknüpft werden können. Viel konkreter als der Begriff Work-Life-Balance ist die Forderung nach der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Die Chirurgie selbst können wir dafür nicht verändern, wir können keine Kompromisse gegenüber den Patienten eingehen und nicht Verantwortung durch ein Vielfaches teilen. Aber wir können die Arbeitsbedingungen angleichen, in der Art, dass keine Person, die sich für eine chirurgische Ausbildung entscheidet, ein schlechtes Gewissen haben muss, wenn sie sich über den eigenen familiären Nachwuchs Gedanken macht. Elternzeit muss selbstverständlich werden und muss dem weiblichen wie dem männlichen Nachwuchs in unseren Kliniken und Praxen gleichermaßen ermöglicht werden. Die chirurgische Weiterbildung wird sich dadurch verlängern, aber Elternzeit ist nicht weniger wertvoll. Betrachten wir diese Zeit als externe Rotation mit dem Lehrinhalt Lebenserfahrung. Vielleicht wird sich herausstellen, dass Eigenschaften wie Empathie und Patientenzuwendung, die in der zunehmend technisierten Medizin in den Hintergrund zu treten scheinen, ebenfalls genderunabhängig sind.

Familienfreundlichkeit sollte im Übrigen nicht nur an dem Nachweis von Kindertagesstätten bemessen werden, sondern auch daran, dass ein personeller Ausgleich erfolgt, wenn kommender Nachwuchs angezeigt wird. Familienfreundlichkeit beginnt mit der Familienplanung. Viel zu häufig wird aus meiner Sicht ein Berufsverbot bei bestehender

DCK 2023
PRÄSIDENTENREDE

Schwangerschaft ausgesprochen, um für eine personelle Kompensation zu sorgen. Über das, was während einer Schwangerschaft im chirurgischen Umfeld noch möglich ist, wurde in den letzten Jahren vielfach diskutiert und publiziert, aber es fehlt die konsequente Umsetzung. In jedem Fall scheint es zu dem Thema Beruf und Familie noch viele Möglichkeiten zu geben, um die Attraktivität der Chirurgie für unseren Nachwuchs zu erhöhen.

Die Wissenschaft als Chance für die Nachwuchsgewinnung hatte ich bereits erwähnt. Auch unsere Lehrmeister wären im Hinblick auf die Bewertung unserer Zukunftsfähigkeit hieran sicher interessiert. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse des ausgehenden 19. Jahrhunderts betrachten wir heute als Selbstverständlichkeiten, sie waren damals aber revolutionär. Chirurgische Infektionen konnten reduziert werden, Impfstoffe wurde erfunden, die Anästhesieverfahren wurden effektiver und die Röntgenstrahlen wurden entdeckt. Die Chirurgie war großer Nutznießer dieser Entwicklungen. Es wurden neue chirurgische Techniken erprobt, die schon lange erdacht waren, aber bis dahin nicht umgesetzt werden konnten. Erweiterte chirurgische Eingriffe brachten kurative Vorteile für den Patienten, beinhalteten aber auch größere Risiken. Heute stehen im Mittelpunkt der Entwicklung, die minimalinvasiven Zugänge um das operative Trauma aufseiten des Patienten gering zu halten, aber dennoch alle umfangreichen bewährten chirurgischen Eingriffe durchführen zu können. Möglich wird dies durch eine zunehmende Technisierung der Chirurgie, sowohl was die Bildgebung vor allem in situ betrifft und die technisch operative Umsetzung der manuellen Fertigkeiten des Operateurs in nahezu frei zu wählenden Dimensionen. Neben der klinischen Forschung und Weiterentwicklung chirurgischer Techniken hat sich aber auch in der Chirurgie über die letzten Jahrzehnte eine sehr erfolgreiche Grundlagenforschung entwickelt, die im Bereich der Transplantationsmedizin und der Onkologie eine enge Verzahnung mit den nicht chirurgischen Fachdisziplinen erreicht hat, und sich zum Wohl des Patienten eine sehr enge interdisziplinäre Behandlung etablierte.

Hierbei dürfen jedoch die Wertigkeit und die Bedeutung der Chirurgie nicht verloren gehen. In manchen Bereichen ist die Chirurgie weiterhin alternativlos, z. B. bei verunfallten Patienten oder auch in der Transplantationschirurgie, hier ist der Stellenwert der Chirurgie unbestritten. Aber im Bereich der Onkologie muss sich die Chirurgie schon jetzt unter Beweis stellen. Dieses gelingt nicht allein durch molekularbiologische Erkenntnisse, sondern im Wesentlichen durch klinische Forschung, in der die Wertigkeit des chirurgischen Handelns am Outcome des Patienten darzustellen ist. Die klinische Forschung muss daher gegenüber den Basiswissenschaften als gleichwertig angesehen werden, auch wenn sich dieses nicht immer in den Impaktfaktoren in Journalen widerspiegelt. Was die Vernetzung und die Basis für klinische Forschung in der Chirurgie betrifft, so glaube ich, dass die Voraussetzungen mit dem Netzwerkt für chirurgische Forschung (Chir-Net) und dem Zentrum für klinische Studien der DGCH (SDGC, Heidelberg) sehr gut sind. Es wäre wünschenswert, wenn hierauf noch mehr als bisher zurückgegriffen würde, und auch eine homogene Verteilung der wissenschaftlichen Aktivitäten über alle Fachgesellschaften der DGCH hergestellt werden könnte.

Im Bereich der klinischen Forschung wird zukünftig auch die veränderte Kliniklandschaft zu berücksichtigen sein, ebenso wie die Forderung nach Mindestmengen für bestimmte aufwendige chirurgische Eingriffe. All dies sollte Anlass geben, mehr als bisher auch nicht universitären Kliniken zu ermöglichen, an entsprechenden klinischen Studien teilzunehmen. Als vorbildlich kann hier sicherlich das chirurgische Netzwerk der DGCH betrachtet werden, in dem sich auch nicht universitäre Kliniken als Standort wissenschaftlich klinischer Forschung qualifizieren können. Welche Rolle mittlerweile nicht universitäre Kliniken spielen, darf ich nur am Beispiel der Knie- und Hüftendoprothetik darstellen. Mittlerweile gibt es keine universitäre Klinik, die nur annäherungsweise an die Versorgungszahlen herankommt, wie sie von spezialisierten Kliniken vorgelegt werden. Im Zuge der Bedeutung der klinischen Forschung muss es dem wissenschaftlichen Nachwuchs auch mehr als bisher möglich sein, sich allein durch diese eine wissenschaftliche Anerkennung zu erarbeiten. Es kann nicht von jedem wissenschaftlich interessierten Chirurgen erwartet werden, dass er zunächst ein Experte in Molekularbiologie wird, bevor er neben seiner klinischen Ausbildung auch eine wissenschaftliche Qualifikation erwirbt. Ein interessantes Konstrukt ist in diesem Zusammenhang das Programm des Clinical Scientist, das mittlerweile fast an allen medizinischen Fakultäten etabliert ist. Dieses Programm ermöglicht es dem klinisch-wissenschaftlich orientierten Nachwuchs, auch in einem adäquaten Zeitintervall eine wissenschaftliche Qualifikation zu erwerben. Die Wissenschaft bleibt für die chirurgischen Fächer eine Herausforderung, in der sie sich gegenüber anderen medizinischen Disziplinen behaupten muss. Gerne wird dabei die Bedeutung der klinischen Wissenschaft weniger wahrgenommen, als sie es verdient.

Exzellente Wissenschaft benötigt auch eine hervorragende Infrastruktur, was mich zum letzten Punkt bringt, nämlich unserem heutigen Verhältnis zur Politik,

DCK 2023
PRÄSIDENTENREDE

insbesondere natürlich der Gesundheits- und Wissenschaftspolitik.

Die Lehrmeister und Gründer unserer Fachgesellschaft scheinen stets ein offenes Ohr für ihre Belange bei der Staatsführung gefunden zu haben. Heute ist das Verhältnis zur Politik vor allem durch positives Potenzial geprägt. Es gibt eine Reihe von Beispielen, die aufzeigen, dass wir das, was uns wichtig ist, selbst vorantreiben müssen. Genannt sei hier nur die Widerspruchsregelung im Rahmen der Organspende. Dort, wo die Politik zögert und sich uneinig zeigt, müssen wir Entschlossenheit und Einigkeit demonstrieren. Zu vielen Aspekten struktureller Probleme des Gesundheitswesens gibt es seitens der Ärzteschaft und der medizinischen Fachgesellschaften schon seit Längerem konkrete Vorstellungen und erfolgreiche Umsetzungen. Das jüngste Beispiel ist die geplante Umstrukturierung der Kliniklandschaft. So bestehen bereits hinreichend Erfahrungen mit einem abgestuften Versorgungssystem und der Vernetzung von Kliniken, genannt seien hier die Traumanetzwerke, Transplantationszentren, onkologischen Zentren. Die Umstrukturierung wird nicht einfach, da es viele Aspekte der bestehenden Kliniklandschaft zu berücksichtigen gibt. Die treibende Kraft der Umstrukturierung ist die Wirtschaftlichkeit. Dieses ist grundsätzlich nicht in Frage zu stellen, so hat auch schon vor mehreren Jahren der Nationale Ethikrat betont, dass Medizin auch wirtschaftlich sein muss. In Anbetracht der Tatsache, dass wir uns mittlerweile eines der teuersten Gesundheitssysteme weltweit leisten und scheinbar trotzdem mit den finanziellen Mitteln nicht auskommen, ist dringender Handlungsbedarf gegeben. In diesem Zusammenhang ist es aus meiner Sicht befremdlich, dass private Klinikträger ihr wirtschaftliches Ergebnis u. a. danach ausrichten, eine möglichst hohe Rendite an ihre Investoren und Beteiligungsgesellschaften auszuschütten, während vorwiegend kommunale Kliniken Insolvenz beantragen müssen. Das Gesundheitssystem beruht auf dem Solidaritätsprinzip, es ist nicht auf Gewinnmaximierung ausgelegt, finanzielle Gewinne müssen in dem System verbleiben und dürfen diesem nicht entzogen werden. Auch das DRG-System scheint langsam auf den Prüfstand zu kommen, wie schon lange seitens der Ärzteschaft gefordert.

Was das zukünftige Verhältnis unserer Fachgesellschaft zur Gesundheitspolitik betrifft, so wird man als einzelne Fachgesellschaft wahrscheinlich wenig ausrichten können. Es bleibt daher nur, Aktivitäten in bestehenden Gremien und Institutionen zu entfalten und sich dort gemeinsam mit anderen medizinischen Fachgesellschaften zu engagieren, um unsere Belange einer gesundheitspolitischen Umsetzung zuzuführen. Gelernt haben wir inzwischen auch, dass wir nicht nur auf nationaler, sondern auch auf europäischer Ebene tätig werden müssen. Das geschieht teilweise schon, z. B. in Fragen der Facharztqualifikationen und den entsprechenden Standards. Die EU erscheint uns in täglichen Belangen weit weg zu sein, nahezu abstrakt, und doch nimmt sie mehr und mehr Einfluss auf unseren Klinikalltag, denken wir nur zurück an das Arbeitszeitschutzgesetz. Insofern werden wir uns nicht mehr nur in Berlin engagieren können, sondern uns auch in Brüssel professioneller als bisher aufstellen müssen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich darf zum Ausgangspunkt zurückkommen. Die Frage war, wie unsere Lehrmeister heute unsere Zukunftsfähigkeit beurteilen würden. Ohne Zweifel hat sich vieles zum Besseren verändert in den letzten 150 Jahren der Chirurgie. Profitiert haben erfreulicherweise vor allem unsere Patienten. Ich denke, mit diesem Bestreben sollten wir in den kommenden Jahrzehnten fortfahren. Trotz aller Spezialisierungen dürfen wir nicht aus dem Auge verlieren, dass wir als starke Gemeinschaft auftreten müssen. Unsere Begeisterung für die Chirurgie und der Zusammenhalt aller Spezialisten sind unsere Werte, für die sich auch zukünftig wissenschaftlicher Nachwuchs gewinnen lässt. Trotz mancher Unwägbarkeiten sollten wir uns stets auf unsere Kernkompetenz besinnen, auf die Chirurgie. Allein dadurch wird man uns auch zukünftig wahrnehmen und sich auch von politischer Seite mit unseren Belangen auseinandersetzen.

In diesem Sinne wünsche ich uns allen und unserer Deutschen Gesellschaft für Chirurgie alles Gute für die kommenden Jahrzehnte und hoffe, dass wir mit dem diesjährigen 140. Kongress der Chirurgie dahingehend ein paar neue Akzente setzen können.

Herzlichen Dank.

DCK 2023
BILDERGALERIE ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG

BILDERGALERIE* ZUR ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG

Grußwort LÄK: Präsident Dr. G. Quitterer

Grußwort DGCH: Präsident Prof. Dr. A. Seekamp

Alphornbläser Fischbachau

Verleihung Ehrenmitgliedschaft:
Prof. Dr. B. Vollmar

Verleihung Ehrenmitgliedschaft:
Prof. Dr. A. Markewitz

Edgar-Ungeheuer-Preis: PD Dr. E. Birgin

Poster-Preis: Dr. L. I. Hanke

Urkunde der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie: Medtronic GmbH

Gastvortrag: Dr. S. Arndt

*© alle Bilder: DGCH

DCK 2023
EHRUNGEN, PREISVERLEIHUNGEN UND STIPENDIEN

EHRUNGEN, PREISVERLEIHUNGEN UND VERGABE VON STIPENDIEN

Preis	Name/Klinik bzw. Funktion	Vergabe wofür
Ehrenmitglied der DGCH	Prof. Dr. med. Andreas Markewitz, Oberstarzt a.D., Koblenz	Für seine Verdienste um die chirurgische Intensivmedizin. Bis zum heutigen Tag engagiert sich Herr Prof. Markewitz für die chirurgischen Belange in der Intensivmedizin auf vielen Ebenen und tritt für unsere Interessen ein.
Ehrenmitglied der DGCH	Prof. Dr. med. Brigitte Vollmar, Rostock	Für ihre Verdienste um die chirurgische experimentelle Forschung.
Senator auf Lebenszeit	Prof. Dr. med. Matthias Anthuber, Augsburg	Anerkennung und Würdigung seiner langjährigen Verdienste um die DGCH, vor allem als Präsident im Jahr 2018/2019.
Werner-Körte-Medaille in Gold	Prof. Dr. med. Neudecker, Berlin	Für die langjährige Unterstützung unserer Gesellschaft.
Werner-Körte-Medaille in Silber	Inga Rossion, Heidelberg	Für die stetige Unterstützung der DGCH.
Siegel der DGCH	Dr. jur. Jörg Heberer, München	Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ehrt Herrn Dr. jur. Heberer mit ihrem Siegel als Zeichen der Verbundenheit mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.
Urkunde der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie	Medtronic GmbH, Meerbusch	Für die langjährige, loyale und engagierte Unterstützung der Kongresse der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie! Das Unternehmen hat damit in hervorzuhebender Art und Weise zum Gelingen der Fort- und Weiterbildung in den chirurgischen Fachgebieten beigetragen.

DCK 2023
EHRUNGEN, PREISVERLEIHUNGEN UND STIPENDIEN

Preis	Name/Klinik bzw. Funktion	Vergabe wofür
Rudolf-Zenker-Preis	Prof. Dr. med. Hans Zwipp, Dresden	Für seine Verdienste um die Fußchirurgie. Mit seinem unermüdlichen Einsatz hat Prof. Zwipp international anerkannte Maßstäbe und Standards gesetzt.
W.-Müller-Osten-Preis	Dr. med. Johanna Ludwig, Berlin	Für die wissenschaftliche Arbeit: „Qualität der orthopädisch-unfallchirurgischen Weiterbildung in Deutschland: Besteht Handlungsbedarf?“
Edgar-Ungeheuer-Preis	PD Dr. med. Emrullah Birgin, Mannheim	„Roboter-assistierte Hemihepatektomie links mittels Glissonean Pedicle Approach bei Caroli Syndrom“
Leonhard-Schweiberer-Medaille	Prof. Dr. med. Matthias Richter-Turtur, Wolfratshausen	
Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische Forschung	Dr. med. Maximilian Menger, Tübingen	“Photoacoustic imaging for the study of oxygen saturation and total hemoglobin in bone healing and non-union formation”
Posterpreis	Dr. med. Laura Isabel Hanke	„Der geschärfte Blick - Eye Tracking im interdisziplinären Schockraumtraining in hoch-immersiver virtueller Realität.“
Fritz-Linder-Preis	Dr. rer. medic. Charlotte von Horn	“Controlled oxygenated rewarming as novel end-ischemic therapy (CORNET) for cold stored liver grafts. A randomized controlled trial”
Felicien-Steichen-Preis	PD Dr. med. Tim R. Glowka, Bonn	
Karl-Storz-Preis	Jonas Fuchtmann, München	Für die wissenschaftliche Arbeit: „Deep Learning Based Detection of Intestinal Segments for Colorectal Endoscopic Investigations“
Stipendium als Fortbildungshilfe	Dr. med. Cornelius Dieter Schubert, Hamburg	
Reisestipendium der Klaus-Junghanns-Stiftung	Dr. med. Carmen Kabs, München	
Reisestipendium zum Kongress zum des ACS	PD Dr. med. Alexander Semaan, Bonn	
Wolfgang-Müller-Osten-Stipendium für ausländische Hospitanten	Dr. med. Gacelle Fossi Kamga, Kamerun	Für einen Forschungsaufenthalt an einer deutschen Klinik.

DCK 2023
PRÄSIDENTENWAHL

Wahl des Präsidenten 2025/26

Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner
Direktor
Zentrum für Neurochirurgie
Klinik für Allgemeine Neurochirurgie
Universitätsklinikum Köln
roland.goldbrunner@uk-koeln.de

CURRICULUM VITAE
PROF. DR. MED. ROLAND GOLDBRUNNER

BERUFLICHER WERDEGANG

01.06.92 bis 30.11.93: Arzt im Praktikum an der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie der Universität Würzburg

01.12.93 bis 31.07.99: Assistenzarzt an der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie der Universität Würzburg

23.11.99: Facharzt für Neurochirurgie

23.11.99 bis 30.09.01: Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie der Universität Würzburg

01.10.01 bis 31.05.09: Oberarzt an der Neurochirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität München

01.03.05 bis 31.05.09: Leitender Oberarzt der Neurochirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität München

seit 01.06.09: Direktor der Klinik für Allgemeine Neurochirurgie des Universitätsklinikums Köln

seit 16.09.10: Geschäftsführender Direktor des Zentrums für Neurochirurgie

01.07.18 – 01.07.20: Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)

01.07.20-01.07.22: Präsident der DGNC

Seit 01.07.22 (bis 01.07.24): Past-Präsident der DGNC

ZUSATZQUALIFIKATIONEN

26.06.97: Fachkunde für Strahlenschutz

24.07.97 bis 30.09.01: Strahlenschutzbeauftragter der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie der Universität Würzburg

09.03.03 bis 13.03.03: Trainingskurs für Hochschullehrer der München-Harvard-Alliance

01.01.07 – 13.09.07: Fernstudium „BWL für Mediziner“ (Gesund-Heitsökonomie)

23.05.2011: Zertifikat: „Spezielle neurochirurgische Onkologie“ der DGNC und des BDNC

Seit 16.10.2013: Leiter des Neuroonkologischen Tumorzentrums der Uniklinik Köln (Zertifikat DKG)

Seit 22.11.19: Sprecher des Wirbelsäulenzentrums der Maximalversorgung der DWG

WISSENSCHAFTLICHER WERDEGANG

19.5.93: Promotion

01/93 bis 30.09.01: Mitglied der Neurophysiologischen Arbeitsgruppe der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie der Universität Würzburg

06/93 bis 30.09.01: Mitglied des Tumorbiologischen Labors der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie der Universität Würzburg

01.09.96 – 31.12.96: Forschungsaufenthalt am Laboratory for CNS Regeneration and Neuro-Oncology (Prof. J.J. Bernstein)

09.07.01: Habilitation

DCK 2023
PRÄSIDENTENWAHL

01.03.01 bis 30.9.01: Leitung des Tumorbiologischen Labors der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie der Universität Würzburg

01.02.02: Leitung des Tumorbiologischen Labors der Neurochirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität München

01.03.05: ICH-GCP-Kurs: Good Clinical Practice, fortlaufende Auffrischungskurse

Seit 1999: Betreuung klinischer Studien (mono/multizentrisch, Phase I/II bis III)

GUTACHTERTÄTIGKEIT UND HERAUSGEBER FÜR FACHZEITSCHRIFTEN

- International Journal of Cancer
- Journal of Neurochemistry
- Neuropathology and applied Neurobiology
- J Neurosurgery
- J Neurooncology
- Neuro Oncology
- Acta Neuropathologica
- Acta Neurochirurgica
- Brain Pathology
- Brain
- Molecular Brain Research
- Journal of Neurology
- Zentralblatt für Neurochirurgie
- Neurochirurgie Scan
- Der Nervenarzt
- HNO

GUTACHTERTÄTIGKEIT FÜR FORSCHUNGSFÖRDERUNGSGESELLSCHAFTEN

- Gesellschaft zur Förderung von Forschung und Lehre der LMU München
- Köln Fortune
- Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG)
- Deutsche Krebsgesellschaft
- BMBF
- Innovationsfond des GBA

MITGLIEDSCHAFTEN

- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
- Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie
- Berufsverband der Deutschen Neurochirurgen
- Neuroonkologische Arbeitsgemeinschaft (NOA) der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG)
- Deutsche Gesellschaft für Neurologische und neurochirurgische Intensivmedizin (DGNI)
- European Association for Neurosurgical Societies (EANS)
- European Association for Neuro-Oncology (EANO)
- American Association for Cancer Research (AACR)
- Brain Tumor Group (BTG) European Organisation for Research and treatment on Cancer (EORTC)
- Deutsche Wirbelsäulengesellschaft (DWG)

HOBBYS

Rudern, Segeln

DCK 2023
IMPRESSIONEN

IMPRESSIONEN* VOM DCK 2023

PRÄSIDENTENEMPFANG

Senator: Prof. Dr. M. Anthuber

Senator ehrenhalber: Prof. Dr. Dr. h.c. H.-J. Meyer

Siegel: Dr. jur. J. Heberer

Werner Körte-Medaille Gold: Prof. Dr. J. Neudecker

Werner Körte-Medaille Silber: I. Rossion

Rudolf-Zenker-Preis: Prof. Dr. H. Zwipp

INTERNATIONALEN EMPFANG

Leonhard-Schweiberer-Medaille:
Prof. Dr. M. Richter-Turtur

Reisestipendium zum Jahreskongress des American College of Surgeons: PD Dr. A. Semaan

DCK 2023
IMPRESSIONEN

MITGLIEDERVERSAMMLUNG

Geschäftsführender Vorstand

Bericht Präsident

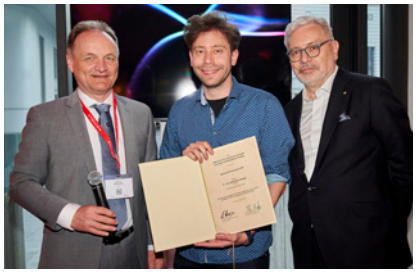
Bericht Schatzmeister

Bericht Generalsekretär

Wahlen

GESELLSCHAFTSABEND

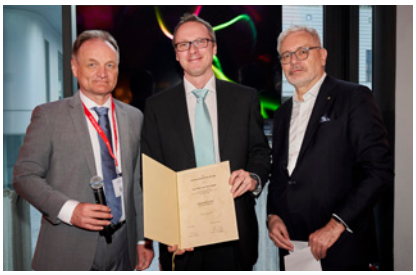
Wolfgang-Müller-Osten-Preis: Dr. J. Ludwig



Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische Forschung: Dr. M. Menger

Reisestipendium der Klaus-Junghanns-Stiftung: Dr. C. Kabs

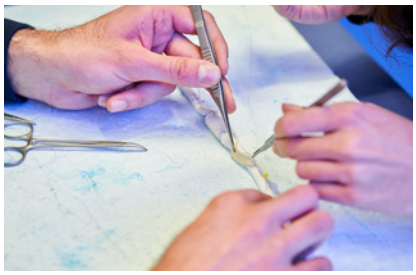
Karl-Storz-Preis: J. Fuchtmann



Felicien-Steichen-Preis: PD Dr. T.R. Glowka

DCK 2023
IMPRESSIONEN

IMPRESSIONEN VOM DCK 2023



ORGANSPENDELAUF

*© alle Bilder: DGCH

DCK 2023

EIN LAUF MACHT MOBIL FÜR DIE ORGANSPENDE

Ein Lauf macht mobil für die Organspende

Fast 3000 Teilnehmer beteiligten sich weltweit am Corza Medical Organspendelauf 2023 – der Präsenzlauf in München fand mit überwältigendem Erfolg und hochkarätiger Prominenz im Münchner Westpark statt

Mehr als 700 Sportlerinnen und Sportler machten sich am 25. April 2023 auf den Weg durch den Münchner Westpark, um für die Organspende zu werben. Großartige Stimmung herrschte trotz der nicht ganz optimalen Witterung nicht nur unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, sondern auch unter den prominenten Gästen der Veranstaltung: Neben hochkarätigen Vertretern aus dem Sport wie beispielsweise Fußballweltmeisterin Renate Lingor oder den Olympiasiegern Lars Riedel (Diskuswurf) und Markus Wasmeier (Skirennsport) war auch der bayerische Staatminister der Justiz Georg Eisenreich gekommen. Sportmoderator und Fernsehproduzent Jörg Wontorra moderierte die Veranstaltung, an der auch zahlreiche Betroffene aktiv teilnahmen: Mit Dr. Bernd Ullrich nahm der weltweit am längsten mit Spenderherz lebende Mensch an der 2,5-km-Walkingwertung teil. Auch Sandra Zumpfe, mehrfach organtransplantiert, Peter Kraus, der seit 2019 mit Kunstherz lebt, sowie die herztransplantierte Tamara Schwab absolvierten erfolgreich die Strecke durch den Westpark. Parallel zum Präsenzlauf in München fand der virtuelle Corza Medical Organspendelauf statt. Weltweit nahmen mehr als 2000 Menschen am Lauf teil.

DER CORZA MEDICAL ORGANSPENDELAUF IN MÜNCHEN

Der Corza Medical Organspendelauf ist eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie DGCH und ist eng verbunden mit dem

DCK 2023
EIN LAUF MACHT MOBIL FÜR DIE ORGANSPENDE

Jahreskongress Chirurgie – der Kongressstandort bedingt damit auch den Standort des Präsenzlaufs. Nach 2019 fand der Präsenzlauf 2023 wieder in München statt. Der Startschuss zum Lauf fiel kurz nach sechs Uhr abends. 850 Personen hatten sich für die Veranstaltung angemeldet und machten sich im Münchner Westpark daran, durch ihren Lauf aktiv auf die Organspende aufmerksam zu machen. Mit 2,5 oder 5 km Walking sowie 2,5, 5 oder 10 km Lauf waren die verfügbaren Wertungen und Strecken von Veranstalterseite bewusst so gewählt, dass neben trainierten Sportlern auch Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen am Lauf teilnehmen konnten.

Eine von ihnen ist Sandra Zumpfe. Sie lebt seit 2013 mit Spenderherz, 2017 wurde ihr auch noch eine Niere transplantiert. Sie ist für die 2,5-km-Walkingdistanz gemeldet und sagt: „Mich motiviert vor allem meine eigene Geschichte. Ich habe ja ein Herz geschenkt bekommen und eine Niere und ich möchte dadurch, dass ich mitlaufe, den Leuten zeigen, wie wertvoll Organspende ist und was für ein schönes Leben man danach noch haben kann." Auch Dr. Bernd Ullrich nimmt an dieser Wertung teil und kommt gemeinsam mit Sandra Zumpfe überglücklich ins Ziel. Der ehemalige Allgemeinmediziner hat vor annähernd 40 Jahren ein Spenderherz transplantiert bekommen, mit dem er immer noch lebt. Seine Meinung zum Thema Organspende ist klar: „Das kann man gar nicht deutlich und klar genug sagen. (…) Dass die Widerspruchslösung die einzige Chance ist für die vielen Menschen, die liegen und warten und warten und leider eben auch sterben müssen."

Mehr denn je ist die Organspende in Deutschland in der Krise: Aktuell warten rund 8700 Patientinnen und Patienten auf ein dringend benötigtes Spenderorgan. Jedes Jahr sterben etwa 800 Menschen, weil nicht rechtzeitig ein passendes Spenderorgan gefunden werden kann. Das sind fast drei Tote pro Tag. Tode, die vielleicht vermeidbar gewesen wären, wenn mehr Menschen einen Organspendeausweis besitzen würden, wie auch Georg Eisenreich, Bayerns Staatsminister der Justiz, meint: „Es gibt ganz, ganz viele Menschen, die bei diesem Thema (Organspende, Anm. d. Red.) sehr positiv gestimmt sind und auch bereit wären. Aber viele davon dann diesen letzten Schritt, einen Organspendeausweis auszufüllen oder das in einer Patientenverfügung niederzulegen, nicht machen. Deswegen ist es wichtig, hier zu informieren und die Menschen zu sensibilisieren und auch zu motivieren, im Fall der Fälle ein Organ oder die Organe zur Verfügung zu stellen."

Auch Peter Krase, Bevollmächtigter Leistungs- und Versorgungssteuerung der AOK Bayern, Exklusivpartner des Laufs, findet: „Die Zahlen der Organspender sind im europäischen Vergleich deutlich zu niedrig. Das Thema Organspende ist uns wirklich eine Herzensangelegenheit. Wir sind jetzt seit vielen Jahren aktiv und für uns ist es einfach wichtig, dass das Thema mehr in die Öffentlichkeit kommt!"

Zahlreiche Prominente unterstützten den Corza Medical Organspendelauf vor Ort in München und sprachen sich bei der Pressekonferenz vor dem Lauf für die Organspende aus. Mit dabei waren die ehemaligen Profi-Sportler Lars Riedel, Olympiasieger und mehrfacher Weltmeister im Diskuswurf, Markus Wasmeier, mehrfacher Olympiasieger und Weltmeister im Skirennsport sowie der Olympiasieger im Speerwurf 1972 Klaus Wolfermann, der sich für die Kinderhilfe Organtransplantation engagiert. Renate Lingor, mehrfache Olympia-Bronzemedaillengewinnerin und Fußballweltmeisterin, nahm als ehemalige Profi-Sportlerin aktiv am 5-km-Lauf teil und finishte in einer respektablen Zeit von 28:59. Lingor ist eine glühende Unterstützerin der Organspende und des Organspendelaufs und sagt: „Hier laufen Leute mit, die haben eine Niere, ein Herz, was auch immer, bekommen. Und das ist einfach wichtig, weil die Menschen nur aufgrund dessen leben, dass Menschen diesen (Organspende-, Anm. d. Red.) Ausweis hatten."

Durch die Veranstaltung führte, wie bereits 2019, der bekannte Sportmoderator und Fernsehproduzent Jörg Wontorra. Er hat selbst einen persönlichen Bezug zur Organspende, denn Stieftochter Chantal Bausch lebt seit 16 Jahren mit einem transplantierten Herz. Der Organspendelauf ist für ihn daher eine ganz besondere Herzensangelegenheit: „Ich bin in dem Thema sehr tief drin und halte es für unheimlich wichtig, dass viele Leute in Deutschland dafür sensibilisiert werden. Denn wir haben einfach zu wenig Organspender. (…) So eine Veranstaltung wie dieser Organspendelauf kann zum einen wirklich darauf hinweisen, dass zu dem Thema noch viel gesagt werden muss! Und ganz wichtig ist auch, dass man immer wieder erklären muss, dass die Widerspruchslösung, die vor drei Jahren abgeschmettert worden ist, die bessere Alternative ist zu dem Gesetz, das es bisher gibt."

Prof. Dr. Matthias Anthuber, Direktor für Viszeralchirurgie und chirurgischer Leiter des Transplantationszentrums am Universitätsklinikum Augsburg, ist Beauftragter der DGCH für den Organspendelauf. Er ist tief beeindruckt von der breiten Beteiligung, der großartigen Stimmung sowie der großen Aufmerksamkeit, die durch die Veranstaltung erreicht wurde und dankte ausdrücklich allen Teilnehmern, Sponsoren und prominenten Unterstützern. Er betonte jedoch auch, dass neben einer umfassenden Information der Bevölkerung, besondere Priorität darin

DCK 2023

EIN LAUF MACHT MOBIL FÜR DIE ORGANSPENDE

bestehe, dass die Politik sagt: *Hier besteht Handlungsbedarf!* „Es sterben zu viele Leute auf der Warteliste. Wir müssen uns Gedanken machen, wie wir das verbessern können."

Ein besonderer Blickfang waren übrigens die ganz im Veranstaltungsdesign gestalteten Funktionsshirts, die die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Rahmen ihrer Anmeldung erhielten. Das diesjährige Shirt ist Teil einer fünfjährigen Serie, die die fünf meisttransplantierten Organe als stilisierte Darstellung sowie einen kurzen Infotext zum Organ zeigt. Nach Leber und Niere war in diesem Jahr das Herz Mittelpunkt der Aktion. Als stilisiertes Herz in Grün auf dem in Rot gehaltenen Shirt war es ein eindrucksvoller und auffälliger Anblick auf den Wegen im Westpark und wird sicherlich auch weiterhin auf Wettkampf- und Trainingsstrecken rund um München für Aufmerksamkeit für die Organspende sorgen.

Tim Buchholz ist General Manager DACH bei Corza Medical, Titelsponsor des Laufs, und ist bereits seit 2019 engagierter Unterstützer. Nach dem Lauf zeigte er sich begeistert von der gesamten Veranstaltung: „Es war eine tolle Veranstaltung und ich glaube, wenn jetzt jeder nach Hause geht und seinen Freunden und seiner Familie davon berichtet und ein paar Organspendeausweise dafür unterschrieben werden, dann glaube ich, hat sich alles gelohnt!"

VIRTUELLER CORZA MEDICAL ORGANSPENDELAUF

Parallel zum Präsenzlauf in München fand der virtuelle Corza Medical Organspendelauf statt. Die Teilnehmer des virtuellen Laufs konnten dezentral und weltweit an den Start gehen. Alle konnten dabei starten, wann und wo sie möchten. Mittels Lauf-App wurden die Zeit und zurückgelegte Distanz aufgezeichnet. Zusätzlich erhielten die Sportler und Sportlerinnen dank extra produzierter Soundeffekte inklusive virtuellem Startschuss, musikalischer Untermalung und virtuellem Zieleinlauf nicht nur fast echtes Rennfeeling, sondern hörten auch jede Menge Wissenswertes rund um die Organtransplantation. Das Teilnehmerfeld kam dabei nicht nur aus verschiedenen europäischen Ländern, sondern auch aus den USA, Mexico, Singapur, Indien und Saudi-Arabien.

SPENDEN AUS DER STARTGEBÜHR

Neben der wichtigen Aufgabe, die öffentliche Aufmerksamkeit auf das Thema Organspende zu richten, versteht sich der Corza Medical Organspendelauf als Charity-Veranstaltung. Deshalb spenden die Veranstalter einen Teil der Startgebühr jedes Teilnehmers an soziale Zwecke. Zusätzlich wird auch der finanzielle Überschuss der Veranstaltung gespendet. Insgesamt kam so seit 2019 ein Betrag von mehr als 50.000 Euro zusammen, der an Organisationen weitergereicht wurde, die sich seit Jahren unermüdlich und erfolgreich im Bereich Kindertransplantation engagieren: die Kinderhilfe Organtransplantation (KIO), den Ederhof der Rudolf Pichlmayr-Stiftung sowie die Organisation „Junge Helden e.V.". Wie hoch die Spendensumme 2023 sein wird kann erst nach der Veranstaltung bekannt gegeben werden.

ALLE INFOS IM ÜBERBLICK – DER CORZA MEDICAL ORGANSPENDELAUF IM INTERNET

Weitere Informationen rund um den Lauf sowie zahlreiche Bilder, Videos und O-Töne des Corza Medical Organspendelaufs in München finden Sie hier: **https://www.organspendelauf.de/**

DCK 2024
EINLADUNG

Einladung zum DCK 2024

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Studierende, Pflegekräfte und Angehörige des Rettungsdienstes,

die aktuellen Zeitgeschehnisse führen dazu, dass die Weltpolitik zunehmend unruhiger wird. Unsere wichtigsten Werte wie Frieden, Freiheit und gesundheitliches Wohlergehen jedes Einzelnen in den westlichen demokratischen Ländern sind durch die Ereignisse der letzten Jahre auf einmal gefährdet und nicht mehr selbstverständlich gegeben.

Nach dem Ende der 2019 begonnenen globalen Coronapandemie folgte direkt im Anschluss nach über 70 Jahren Frieden in Europa 2022 der russische Angriffskrieg auf das Nachbarland Ukraine mit furchtbarem Leid für die betroffenen Menschen. Auch wenn nur eher wenige von uns direkt betroffen sind, so wird nach über einem Jahr Kriegsgeschehen jeder sicher weiter in Gedanken bei den Menschen sein, die dem militärischen Konflikt und seinen Folgen unmittelbar ausgesetzt sind. Von Seiten der DGCH möchte ich der Ukraine weiterhin unsere voll umfängliche Solidarität und Unterstützung aussprechen, wo immer es uns als Deutsche Gesellschaft für Chirurgie auch im Folgejahr möglich ist.

Die Welt wurde im Februar dieses Jahres erneut erschüttert von der humanitären Katastrophe und ihren bislang unabsehbaren Folgen durch das schwere Erbeben in der Türkei und Syrien mit über 50.000 Toten. Rettungs- und Hilfsaktionen konnten zum Teil nur verzögert und unter schwierigsten Umständen stattfinden.

Hinzukommen spürbare Veränderungen unseres Lebensraums mit Umwelt- und Naturkatastrophen - wie in Deutschland die Überflutungen im Ahrtal - sowie internationale Wirtschaftskriege der Großmächte mit drohenden Finanzkrisen, die zur allgemeinen Lebensverunsicherungen und Vertrauensverlust in die Werte einer demokratischen Gesellschaft führen.

Entsprechend wird jede Systemänderung im eigenen Umfeld, auch wenn sie rational betrachtet noch so erforderlich und wichtig ist, eher kritisch und mit großer Sorge vor möglichen Einschränkungen des persönlichen und beruflichen Lebens betrachtet.

Im 152. Jahr des Bestehens der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gilt es in Anbetracht der aktuellen Ereignisse umso mehr sich darauf zu besinnen, was die DGCH auszeichnet und welche gesellschaftlichen Verantwortung wir gemeinsam haben. Neben Beständigkeit, Verlässlichkeit und Transparenz sowie humanitärer Zuwendung in verschiedenen Katastrophensituationen ist es das Erfüllen des grundsätzlichen Vertrauens, das in unsere Gesellschaft und unser Handeln gesetzt wird, insbesondere seitens der Patienten und ihrer Angehörigen sowie des chirurgischen Nachwuchses.

Gemeinsam müssen wir darauf achten, dass die durch Forschung und Wissenschaft geschaffenen Werte, nicht verloren gehen, und die Erkenntnis pflegen, dass Fortschritt nur durch Wissenschaft und Forschung zustande kommt.

Im kommenden Jahr 2024 findet der 141. Deutsche Chirurgie Kongress turnusgemäß vom 24. – 26. April 2024 im Congress Center Leipzig statt. Das Motto des DCK 2024 „Mut zur Veränderung – Zukunft mitgestalten“ zielt einerseits darauf ab, gemeinsam die zukünftige Ausrichtung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie unter den aktuellen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen verantwortungsvoll und engagiert mitzugestalten. Andererseits möchten wir vermitteln, dass wir zusammen den Mut aufbringen müssen und können, dringend notwendige Veränderungen des Gesundheitssystems in Deutschland

Prof. Dr. Christiane J. Bruns
Präsidentin der DGCH 2023/2024
Direktorin der Klinik
Klinik und Poliklinik für
Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und
Transplantationschirurgie
Uniklinik Köln

DCK 2024
EINLADUNG

kraftvoll und positiv zu begleiten. Nur wenn wir gemeinsam Veränderungen inhaltlich unterstützen, haben wir eine Chance auf Systemverbesserung.

Die Zukunft der Chirurgie in Deutschland wird geprägt sein durch große gesundheitspolitische Projekte wie die Krankenhausstrukturreform mit Zentrumsbildung und Mindestmengen, zunehmende Ambulantisierung mit noch vielen organisatorischen und strukturellen Problemen sowie dem schon längst überfälligen Projekt der flächendeckenden Digitalisierung im fortbestehenden Kampf mit dem Datenschutz. Bei diesen Mammutaufgaben müssen wir dringend darauf achten, dass die Aus- und Weiterbildung sowie generell die klinische und wissenschaftliche Nachwuchsförderung nicht vergessen wird. Durch kluge und innovative regionale, aber auch überregionale Kooperationsstrukturen, die inhaltlich von uns selbst mitgestaltet werden, können wir dem entgegenwirken und damit die Versorgung chirurgischer Patienten zukünftig weiter auf hohem Niveau in Deutschland sicherstellen. Dabei sollte die steigende Vielfalt unserer Bevölkerung auch in der Chirurgie unbedingt als Chance gesehen werden.

Zukünftig werden alle chirurgischen Fächer sowie auch viele interventionelle Nachbardisziplinen zunehmend durch modernste Technologie geprägt sein, unterstützt durch künstliche Intelligenz und Computer Vision. Das gelingt uns nur durch Einbinden der jüngeren Generation in Forschung und Entwicklung dieser Technologien in Zusammenarbeit mit unseren industriellen Partnern.

Inhaltlich wird sich die Chirurgie in allen Facetten auch deutlich in Richtung Therapiepersonalisierung entwickeln, was unter anderem zu maßgenschneiderte Erweiterung von OP-Indikationen führen kann. Entscheidend bleibt dabei in allen chirurgischen Bereichen das grundlegende Verständnis für die Biologie der Erkrankungen und das empathische, mitmenschliche Verständnis der Patienten und ihrer Angehörigen.

Die Corona-Pandemie der letzten drei Jahre hat uns alle zwangsläufig in unserem Kommunikationsverhalten umgeschult, wir haben gelernt, Online-Formate zum Wissens– und Informationsaustausch zu akzeptieren, ja nahezu wert zu schätzen. Die Digitalisierung hat durch die Pandemie in vielen Lebensbereichen in der Tat einen Schub nach vorne erfahren und entsprechend hat sich auch die Kongresslandschaft von voll virtuellen bis hin zu unterschiedlichen Hybridformaten verändert.

Dennoch liegt uns allen etwas am sehr persönlichen Austausch, fernab von virtuellen Kommunikationsplattformen. Insofern werden wir auch im nächsten Jahr 2024 einen Präsenzkongress mit einzelnen Hybridelementen anbieten, daneben aber den virtuellen Präkongress in der Woche davor beibehalten, nicht zuletzt, um dem engagierten chirurgischen Nachwuchs und Kolleg*innen im Ausland möglichst viel Flexibilität und Partizipationsmöglichkeiten über virtuelle Sitzungen anzubieten. Befragt man den chirurgischen Nachwuchs, so scheint diese neue Flexibilität der Kongressgestaltung längst überfällig gewesen zu sein und ist zudem nachhaltig.

Neben der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sind traditionell die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) und die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie mit ihren Jahrestagungen an unseren Kongress beteiligt. Zudem werden die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG), die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) und zum wiederholten Male auch die Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (DGPRÄC) ihre jeweiligen Frühjahrstagungen auf dem gemeinsamen Kongress abhalten. Auch die weiteren Mitgliedsgesellschaften der DGCH, die ihre eigenen Jahrestagungen außerhalb des Chirurgie Kongresses abhalten, werden sich wieder aktiv in die Programmgestaltung des nächstjährigen Kongresses mit einbringen.

Ebenfalls beteiligt sind der Berufsverband der Deutschen Chirurgie (BDC) sowie der Berufsverband für Pflegeberufe und die Rettungsdienste mit eigenen Programmpunkten.

Die Attraktivität des gemeinsamen Deutschen Chirurgie Kongresses 2024 besteht trotz aller Spezialisierung für alle Mitgliedsgesellschaften insbesondere darin, gemeinsam interdisziplinäre Sitzungen zu gestalten, gemeinsame Sitzungen mit den Partnerfächern wie Anästhesie und Intensivmedizin, Innere Medizin und Pathologie zu entwickeln und im Verbund die großen gesundheitspolitischen Themen zu diskutieren. Themen die uns alle interessieren sind die perioperative Medizin, die Intensiv- und Notfallmedizin, unsere ureigene chirurgische Forschung sowie auch berufspolitische Themen wie Personaluntergrenzen und Arbeitsbedingungen des Nachwuchses, die wir zusammen mit unserem Berufsverband bearbeiten müssen. Derartige uns alle betreffenden Themen müssen gemeinsam und gebündelt nach außen dargestellt und vertreten werden, damit sie mehr Gehör finden.

Großprojekte des Gesundheitswesens wie die bundesweite Umsetzung der Krankenhausstrukturreform mit einheitlich Versorgungsstufen und definierten Strukturvorgaben, die zunehmende Ambulantisierung sowie die Implementierung eines mehrdimensionalen Vergütungssystems sind „dicke Bretter“, die uns alle betreffen, uns auch Sorgen bereiten und die auf dem DCK 2024 zusammen weiter besprochen werden können.

DCK 2024
EINLADUNG

Für den chirurgischen Nachwuchs bietet der DCK ideale Netzwerke untereinander, einerseits für zukünftige Verbundforschungsprojekte und multizentrische, deutsche Studien, andererseits zur Schaffung einer grundlegenden Basis für die Team-orientierte, moderne Patientenversorgung im klinischen Alltag.

Hervorheben möchte ich die intensive Kooperation mit der Bundeswehr, die über Jahre hinweg regelmäßig am DCK teilgenommen hat. Insbesondere in Anbetracht der verheerenden Kriegsgeschehnisse in der Ukraine ist diese Kooperation von ganz besonderer Wichtigkeit für unser gemeinsames Fach Chirurgie. Durch die erneute Teilnahme der Bundeswehr am DCK 2024 stellen wir sichtbar dar, dass die Bundeswehr ein entscheidender Teil unserer öffentlichen Gesellschaft ist.

Ein schon traditionelles Highlight des DCK ist der Organspendelauf. Die virtuelle Form der Teilnahme, die ebenfalls Pandemie bedingt etabliert wurde, hat mittlerweile eine vielfach höhere Teilnehmerzahl erreicht, als der Lauf vor Ort. Dieses Ereignis hat sich über die letzten Jahre erfreulicherweise zu einem Markenzeichen der DGCH entwickelt und unterstützt wirkungsvoll das Thema Organspende in der Öffentlichkeit.

Für die Studierenden wird seitens des Perspektivforums der DGCH wieder ein eigener Programmtag mit verschiedenen Sitzungen veranstaltet. Dieser Sitzungstag ermöglicht fokussiert kurze Einblicke in das facettenreiche Fach Chirurgie und wurde bereits in den Jahren zuvor als wertvolle Erfahrung für die weitere berufliche Entwicklung seitens der Studierenden wahrgenommen.

Gastnation ist zum 141. Deutschen Chirurgie Kongress 2024 die Vereinigten Staaten von Amerika. Wir erwarten eine Partnerdelegation des American College of Surgeons, die sich an den internationalen Sitzungen zu chirurgischen Themen wie auch gesundheitspolitischen Themen im Vergleich zu Deutschland und Europa beteiligen wird.

Abschließend darf ich Sie herzlich auch im Namen der Präsidenten aller Fachgesellschaften der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie auf den 141. Deutschen Chirurgie Kongress 2024 nach Leipzig einladen, den wir vom 24. – 26. April 2024 im Congress Center Leipzig in Präsenz abhalten wollen. Erneut vorgeschaltet wird der Online DCK.digital vom 16. – 18. April 2024 stattfinden.

Ich freue mich, Sie gemeinsam mit meinem Team und den Präsidenten der DGCH Mitgliedsgesellschaften persönlich in Leipzig begrüßen zu können und verbleibe mit herzlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Christiane J. Bruns
Präsidentin der DGCH 2023/2024

DCK 2024
Gemeinsam lernen und heilen

141. Deutscher Chirurgie Kongress
16. – 18. April 2024, DCK.digital
24. – 26. April 2024, Congress Center Leipzig

MUT ZUR VERÄNDERUNG –
ZUKUNFT MITGESTALTEN

www.dck2024.de

DCK 2023

PROTOKOLL DER DGCH-MITGLIEDERVERSAMMLUNG

Protokoll DER DGCH-MITGLIEDER-VERSAMMLUNG 2023

ICM München, 27.04.2023, 13.10-14.00 Uhr, Saal 13a

TOP 1: ERÖFFNUNG DURCH DEN PRÄSIDENTEN

Der Präsident eröffnet die Mitgliederversammlung und weist auf Folgendes hin: Es wurde satzungsgemäß rechtzeitig unter Angabe der Tagesordnung durch mehrmalige Veröffentlichungen in der Mitgliederzeitschrift „Passion Chirurgie“ eingeladen. Änderungsanträge sind nicht eingegangen. Lt. Satzung besteht bei jeder ordnungsgemäß einberufenen Mitgliederversammlung ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienenen Mitglieder Beschlussfähigkeit.

Die vorliegende Tagesordnung wurde angenommen.

TOP 2: WAHLEN

Der Präsident erläutert die satzungsgemäßen unterschiedlichen Vorgaben zur Bestätigung bzw. Wahl von Mitgliedern des geschäftsführenden Vorstands bzw. des Präsidiums sowie den Wahlmodus für ordentliche Mitglieder. Zum Wahlleiter wurde Herr Prof. Dr. med. Hartwig Bauer vorgeschlagen:

Die Benennung des Wahlleiters (Prof. Dr. med. Hartwig Bauer) wurde durch die Mitglieder einstimmig bestätigt.

Der Präsident 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. Der Präsident stellt die Kandidaten vor, wie sie bereits veröffentlicht wurden. Weitere Vorschläge sind nicht eingegangen:

1. Schatzmeister:
   Herr Prof. Dr. med. Jens Werner, München
2. 3. Vizepräsident 2023/24, dann Präsident 2025/26:
   Herr Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner, Köln
3. Leitender Universitätschirurg:
   Herr Prof. Dr. med. Stefan Fichtner-Feigl, Freiburg
4. Leitender Krankenhauschirurg:
   Herr Prof. Dr. med. Kaja Ludwig, Rostock
5. Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer chirurgischen Universitätsklinik:
   Frau Dr. med. Charlotte Hauser, Kiel

Nach Bestätigung, dass nur Mitglieder der DGCH im Saal sind, erfolgt die Wahl mittels anonymer Stimmabgabe. Nach abgeschlossener Auszählung dankt der Präsident dem Wahlleiter und gibt das Wahlergebnis bekannt:

1. **Bestätigung durch die Mitgliederversammlung:**
   - Auf Herrn **Prof. Dr. med. Jens Werner**, Schatzmeister ab 2023/2024 entfielen von 64 abgegebenen gültigen Stimmen 63 Ja-Stimmen (98 %) und 1 Nein-Stimme (2 %).
   - Auf Herrn **Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner**, 3. Vizepräsident 2023/24 und dann Präsident 2025/26, entfielen von 64 abgegebenen gültigen Stimmen 63 Ja-Stimmen (98 %) und 1 Enthaltung (2 %).
2. **Wahl durch die Mitgliederversammlung:**
   - Auf Herrn **Prof. Dr. med. Stefan Fichtner-Feigl**, Leitender Universitätschirurg, entfielen von 64 abgegebenen gültigen Stimmen 60 Ja-Stimmen (94 %) und 4 Nein-Stimmen (6 %).
   - Auf Herrn **Prof. Dr. med. Kaja Ludwig**, Leitender Krankenhauschirurg, entfielen von 64 abgegebenen gültigen Stimmen 58 Ja-Stimmen (91 %) und 6 Nein-Stimmen (9 %).
   - Auf Frau **Dr. med. Charlotte Hauser**, Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer chirurgischen Universitätsklinik, entfielen von 64 abgegebenen gültigen Stimmen 63 Ja-Stimmen (98 %) und 1 Enthaltung (2 %).

Der Präsident fragt die anwesende Kollegin und Kollegen (Frau Dr. Charlotte Hauser, Prof. Dr. Jens Werner, Prof. Dr. Roland Goldbrunner),

DCK 2023
PROTOKOLL DER DGCH-MITGLIEDERVERSAMMLUNG

ob Sie die Wahl annehmen. Dies ist der Fall. Die gewählten Personen bedanken sich für das ihnen geschenkte Vertrauen. Das Einverständnis von Prof. Dr. med. Kaja Ludwig und Prof. Dr. med. Stefan Fichtner-Feigl, ob sie die Wahl annehmen, wird schriftlich eingeholt. Der Präsident stellt damit den erfolgreichen Abschluss des Wahlvorgangs für die anwesenden Kandidaten fest und dankt allen anwesenden Mitgliedern für die Teilnahme an diesem Wahlvorgang. Inzwischen sind auch die schriftlichen Annahmevoten der Kollegen Prof. Dr. med. Kaja Ludwig und Prof. Dr. med. Stefan Fichtner-Feigl eingegangen, sodass sie auch ordnungsgemäß gewählt sind.

TOP 3: BERICHT DES PRÄSIDENTEN

Mittels einer Präsentation geht der Präsident auf einige wichtige Punkte seiner Präsidentschaft ein. Der zentrale Bestandteil seines Berichtes liegt zum einen auf den Aktivitäten während seiner Präsidentschaft und zum anderen auf dem 140. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Es gibt keine Fragen oder Anmerkungen zu diesem Bericht.

TOP 4: BERICHT DES GENERALSEKRETÄRS

Der Generalsekretär beginnt seinen Bericht mit einem Dank an seinen Vorgänger und den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle. Im Nachgang stellt er seine Aktivitäten dar. Die Darstellung des aktuellen Diskussionstandes zur Krankenhausreform findet in seinem Bericht eine besondere Bedeutung.

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 2022 ab und stellt den Haushaltsplan für das Kalenderjahr 2023 vor, welcher durch die Mitglieder zur Kenntnis genommen wird.

Die Kassenprüfer, Herr Prof. Dr. Germer und Herr Prof. Dr. Köckerling, berichten, dass Sie den Jahresbericht der DGCH rechtzeitig erhalten und keine Unstimmigkeiten gefunden haben, so dass eine einwandfreie Beleg- und Kassenführung festgestellt werden konnte und sie empfehlen den Vorstand zu entlasten.

Herr Prof. Dr. Pohlemann stellt als Mitglied der DGCH den Antrag auf Entlastung des Vorstands für das Geschäftsjahr 2022. Der Präsident bittet um entsprechende Abstimmung. Das geschieht bei Enthaltung des geschäftsführenden Vorstands. Der Antrag wurde ohne Gegenstimmen von den anwesenden Mitgliedern angenommen. Damit ist der Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2022 genehmigt und der Vorstand für das Geschäftsjahr 2022 entlastet.

Der Präsident dankt dem Schatzmeister für seine geleistete Arbeit.

TOP 6: VERSCHIEDENES

Der Präsident dankt allen Mitgliedern für ihr Engagement in der Gesellschaft und schließt die Sitzung um 14.00 Uhr.

gez.

Prof. Dr.	Prof. Dr.	Prof. Dr.
A. Seekamp	T. Schmitz-Rixen	J. Werner
Präsident	Generalsekretär	Schatzmeister

DGCH. Protokoll der DGCH-Mitgliederversammlung 2023. Passion Chirurgie. 2023 Juni, 13(06): Artikel 06_11.

AUSSCHREIBUNG
PREISE UND STIPENDIEN 2024

Ausschreibung Preise und Stipendien 2024

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie vergibt im Jahr 2024 die nachfolgend aufgeführten Preise und Stipendien.

Ihre Bewerbungen wird erbeten bis spätestens zum 30.09.2023 an die
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Generalsekretär
Herrn Prof. Dr. med. T. Schmitz-Rixen
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
info@dgch.de

PREISE

B.-VON-LANGENBECK-PREIS

Auszeichnung für besondere wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Chirurgie. Bewerben können sich Oberärzte und Assistenten.
Dotierung: € 10.500

RUDOLF-ZENKER-PREIS, GESTIFTET VON BRAUN MELSUNGEN AG

Vergabe an Persönlichkeiten/Personengruppen, die sich in der Vergangenheit um die Weiterentwicklung der klinischen Chirurgie 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 Zukunftsentwicklung der Chirurgie sowie der Qualitätssicherung der chirurgischen Tätigkeit in Krankenhaus und Praxis und den wissenschaftlichen und ethischen Grundlagen des ärztlichen, insbesondere des chirurgischen Berufes befassen.
Dotierung: € 5.000

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 Leistungen auf dem Gebiet der minimalinvasiven Chirurgie.
Dotierung: € 4.000

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

Verleihung für Neuaufnahmen von besonderem 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 operationstechnische Kenntnisse vermitteln sowie als Lehr- oder Unterrichtsfilme angemeldet werden.
Dotierung: € 1.500

POSTERPREIS

Gegenstand soll die Darstellung der neuesten Ergebnisse aus der klinischen und experimentellen Chirurgie sein.
Dotierung: € 1.500

F.-LINDER-PREIS

Wird an den Erstautor des besten Vortrages innerhalb der Fritz-Linder-Sitzungen zur chirurgischen Forschung vergeben.
Dotierung: € 2.500

LEONARD SCHWEIBERER MEDAILLE

Mit der Leonard Schweiberer Medaille soll ein Chirurg (m/w/d) oder eine der Chirurgie nahestehende Persönlichkeit oder eine Organisation geehrt werden, die sich um die Fortentwicklung der Chirurgie in einem Entwicklungsland (LMIC) verdient gemacht hat.

NACHWUCHSFÖRDERPREIS DER SEKTION CHIRURGISCHE FORSCHUNG

Der Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische Forschung soll der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der akademischen Chirurgie dienen. Der Preis wird der besten eingereichten einschlägigen Originalarbeit aus dem Bereich der chirurgischen Forschung zuerkannt.
Dotierung: € 1.000

ACHTUNG! BITTE EINSENDEN AN:

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

STIPENDIEN

STIPENDIUM ALS FORTBILDUNGSHILFE

Beihilfe zu einer Forschungsreise zwecks Fortbildung in der Allgemeinen Chirurgie oder einem Spezialgebiet der Chirurgie.
Dotierung: € 5.000

AUSSCHREIBUNG
PREISE UND STIPENDIEN 2024

REISESTIPENDIUM DER H.-JUNGHANNS-STIFTUNG

Die nach unserem früheren Präsidenten und langjährigen Generalsekretär benannte Herbert-Junghanns-Stiftung verleiht ein Reisestipendium, bevorzugt an einen Krankenhauschirurgen/in. Voraussetzung ist Facharztstatus und die Mitgliedschaft in der DGCH.
Dotierung: € 5.000

W.-MÜLLER-OSTEN-STIPENDIUM

Zur Förderung wissenschaftlicher Arbeiten über die Geschichte der Chirurgie, die Erhaltung von Substanz und Einheit sowie der Zukunftsentwicklung der Chirurgie, der Qualitätssicherung der chirurgischen Tätigkeit in Krankenhaus und Praxis und den wissenschaftlichen und ethischen Grundlagen des chirurgischen Berufes.
Dotierung: € 5.000

W.-MÜLLER-OSTEN-STIPENDIUM FÜR AUSLÄNDISCHE HOSPITANTEN

Wird ausgeschrieben zur Weiterbildung durch Hospitation an einer selbst gewählten deutschen chirurgischen Klinik.
Dotierung: € 5.000

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

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.

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr Prof. Dr. med. Hanspeter Keller, Würzburg	***01.09.1942**	**†06.04.2023**
Herr Prof. Dr. med. Gerhard Ziemer, St. Petersburg, FL, USA	***30.07.1953**	**†11.11.2022**
Herr Prof. Dr. med. Hans-Dieter Seitz, Friedrichshafen	***09.03.1938***	**†28.03.2023**
Frau Eva Sieberger, Hamburg	***18.09.1966**	**†17.01.2023**
Herr Dr. med. Hansjürgen Freick, Herdecke	***26.11.1934**	**†28.01.2023**
Herr Prof. Dr. med. Gerald Hauer, Weilheim	***18.01.1944**	**†04.02.2023**
Herr Dr. med Christof Sund, Freudenstadt	***27.08.1935**	**†24.12.2022**
Herr Prof. Dr. med. Alois Kotter, Landau	***18.02.1931**	**†18.11.2022**
Herr Dr. med. Heinzjürgen Schröder, Husum	***09.09.1939**	**†25.02.2023**
Herr Dr. med. Hans-G. Coerper, Pforzheim	***26.02.1931**	**†16.01.2023**
Herr Dr. med. Dieter Stumm, Homburg	***22.11.1935**	**†02.12.2022**
Herr Dr. med. Rainer Koll, Schwedt	***18.11.1957**	**†06.12.2022**
Herr Dr. med. Karl-Adolf Brandt, Düsseldorf	***04.10.1935**	**†09.03.2023**
Herr Dr. med. Burkhard Oellers, Mannheim	***31.10.1942**	**†13.11.2022**
Herr Prof. Dr. med. Dieter Waldmann, Müllheim	***16.04.1943**	**†02.05.2023**

Nachruf auf Prof. Dr. med. Albrecht Encke

In memoriam
Prof. Dr. med.
Albrecht Encke
(*24.06.1935 † 07.12.2022)

PROTAGONIST EINER AM MENSCHEN ORIENTIERTEN, ZUKUNFTSGERICHTETEN MEDIZIN

Der Milleniumpräsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und Ehrenpräsident und Träger der Ehrenmedaille der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften(AWMF), Professor Dr. med. Albrecht Encke ist im Alter von 87 Jahren nach kurzer, schwerer Erkrankung verstorben.

Professor Encke wurde am 24. Juni 1935 in Remscheid als ältestes von vier Kindern des Internisten Bernhard Encke geboren. Von 1955 bis 1961 studierte er Medizin in Freiburg, Tübingen, Wien und Köln. Zum Dr. med. wurde er an der Albertus-Magnus-Universität zu Köln promoviert. Seine Dissertation „Schädelnähte unter normalen und pathologischen Verhältnissen“ entstand an der neurochirurgischen Universitätsklinik bei Wilhelm Tönnis.

Nach der Promotion folgte in den Jahren 1961 und 1962 ein USA-Aufenthalt in New Jersey. Während dieser Zeit reifte in ihm die Entscheidung, nicht Internist, sondern Chirurg zu werden. Nach seiner Rückkehr nach Deutschland erhielt er ein Stipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), das ihm ausgiebige Untersuchungen zum Thema Blutgerinnung unter Hanns Gotthard Lasch (1925–2009) erlaubte, ein Thema, was ihn lebenslang begleiten sollte. Seine erste Assistenzarztstelle trat Encke bei Fritz Linder an, ebenfalls in Heidelberg. 1970 habilitierte er sich mit der Arbeit „Disseminierte intravasale Gerinnung in der Chirurgie“. 1971 wurde er Oberarzt am Universitätsklinikum Heidelberg. 1974 wurde er außerplanmäßiger Professor und 1979 Ordinarius für Chirurgie an der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Bis zu seiner Emeritierung 2002 war er dort Chefarzt der chirurgischen Klinik. 1985 schlug er einen Ruf an die Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf aus. Er wurde zu den führenden Vertretern seines Faches.

Während seiner Tätigkeit in Frankfurt hat Encke Maßstäbe gesetzt und die chirurgische Universitätsklinik zu einem anerkannten Zentrum ausgebaut. 1986 fand unter seiner Leitung die erste Lebertransplantation in Frankfurt statt. Seine Schwerpunkte waren die Leberchirurgie, die chirurgische Onkologie und die chirurgische Gastroenterologie. Er erwarb Schwerpunktbezeichnungen in Gefäßchirurgie und Viszeralchirurgie. Eine regelmäßige Weiter- und Fortbildung waren für ihn immer eine Selbstverständlichkeit. Er wirkte an der Organisation zahlreicher Veranstaltungen mit und gehörte dem Sektionsvorstand „Chirurgie“ der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim an.

Der Einsatz für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung prägte auch seine Amtszeit als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in den Jahren 1999 und 2000. Herausragende Verdienste hat er sich aber vor allem als Präsident der AWMF erworben. Zwei Merkmale prägten seine Amtszeit von 2001 bis 2009: sein klares Eintreten für objektivierbare Fakten und sein Bemühen um Konsens. Respekt verschaffte er sich dabei vor allem durch sein fachlich fundiertes Vorgehen und seine

persönliche Integrität. Die AWMF hat unter seiner Leitung an Bedeutung gewonnen und ist als Institution für die Entwicklung medizinischer Leitlinien nicht mehr wegzudenken.

Encke hatte die Bedeutung von Leitlinien für die moderne Medizin früh erkannt. Er war ein engagierter Verfechter der evidenzbasierten Medizin. Als Präsident der AWMF hatte er maßgeblich zu deren Akzeptanz beigetragen. In diesem Zusammenhang wird der Satz „Gute Medizin ist kein Zufall" ihm zugeschrieben.

Die Akzeptanz in der Ärzteschaft für ein evidenzbasiertes Vorgehen ist in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen – nicht zuletzt, weil die Transparenz für Encke und seine Mitstreiter immer an erster Stelle stand. Für mehr Transparenz setzte er sich auch in der Forschung selbst ein und forderte die Einrichtung eines öffentlich zugänglichen Registers für klinische Studien. Encke war ein herausragender Kliniker und klinischer Wissenschaftler, der sein Lebenswerk der Qualitätsförderung im Gesundheitswesen gewidmet hat. Dabei standen für ihn die Förderung der Wissenschaftlichkeit im Einklang mit der Berücksichtigung von Menschen mit ihren individuellen Bedürfnissen sowie die Überwindung von fachspezifischen Interessen im Vordergrund.

Encke engagierte sich auch in der ärztlichen Selbstverwaltung – unter anderem als Gutachter und Prüfer bei der Landesärztekammer Hessen. Auch für die medizinische Ausbildung setzte er sich intensiv ein – u. a. als Prodekan der Medizinischen Fakultät der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Intensiv befasste er sich auch mit ethischen Fragestellungen sowie den Themen Palliativmedizin und Sterbebegleitung. Er ist Mitbegründer des Hospizvereins Sankt Katharina in Frankfurt am Main.

Sein Engagement hat sich in zahlreichen Würdigungen niedergeschlagen. Dazu gehören das Bundesverdienstkreuz am Bande, die Paracelsusmedaille der deutschen Ärzteschaft, der renommierte Rudolph-Zenker-Preis der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sowie die Ehrenmitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin und des Deutschen Netzwerks für evidenzbasierte Medizin. Dazu gehört auch die Präsidentschaft der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (1999-2000) und der Senatorenstatus auf Lebenszeit, ferner Ehrenmitgliedschaften des American College of Surgeons, des Royal College of Surgeons of England und der L´Academie Nationale de Chirurgie.

Acht Jahre führte er als Präsident die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), deren Ehrenpräsident auf Lebenszeit er 2015 wurde, daneben war er Präsident der International Federation of Surgical Colleges (IFSC)

Für Albrecht Encke stand der Mensch im Zentrum gesundheitlicher Entscheidungen. Für dieses Ziel hat er die Qualitätsverbesserung medizinischer Leitlinien als Entscheidungshilfen und die Zukunftsorientierung im Sinne der Digitalisierung des Medizinischen Wissensmanagements als Vorreiter wesentlich geprägt. Zu seinen Verdiensten gehört, dass die Wissenschaftliche Medizin, vernetzt in der AWMF, als Ansprechpartnerin für eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik systematisch Gehör gefunden hat.

Intensiv befasste er sich auch mit ethischen Fragestellungen. Lange Jahre war er Mitglied in der Kommission ,,Lebendspende", der Landesärztekammer Hessen. Auch die Themen Palliativmedizin und Sterbebegleitung waren für den Chirurgen sehr wichtige, ja selbstverständliche Anliegen. Er war Mitbegründer des Hospizvereines St. Katharina in Frankfurt am Main. Maßgeblich war es seinem Engagement zu verdanken, dass im Jahr 2005 die stationäre Hospizeinrichtung St. Katharina mit zunächst neun, später dreizehn Plätzen, eröffnet werden konnte.

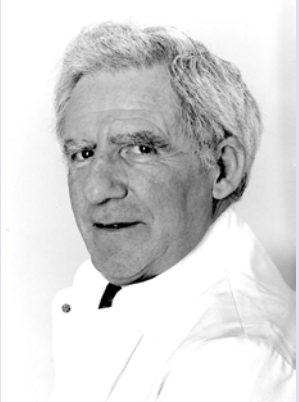
Seiner Familie widmete er zu allen Zeiten höchste Aufmerksamkeit, viele Phasen des familiären Lebens dürften Ihn sehr viel Kraft gekostet haben, Bürden, die er klaglos ertrug und aus denen er in der Umkehr viel Kraft zu schöpfen schien. Theater, klassische Musik, die Oper, Golf, Skilauf und nicht zuletzt seine rotarischen Freunde waren seine anderen Kraftquellen.

So begegnete uns stets ein ausgeglichener, vielfach resilienter Mensch und Klinikführer. Er verkörperte eine Führungspersönlichkeit, die Teamfähigkeit, aktive Führung, Moderation und Ergebnisorientierung gleichermaßen ausstrahlte und lebte. Dies führte zur tiefen Bewunderung in seinem Team und vielen nachhaltigen Freundschaften. Wer ihn zum Freund hatte, hatte einen verlässlichen Partner und einen stetigen Förderer. Seine chirurgischen Schüler verlieren mit Albrecht Encke einen auch nach seiner Emeritierung stets fürsorgenden Lehrer, der die leiseren Töne schätzte und mit seinem unermüdlichen Engagement für jeden einzelnen Patienten zum Vorbild wurde. Seine hohen medizinischen, wissenschaftlichen und ethischen Ansprüche finden sich dementsprechend vielerorts in der Welt gespiegelt.

Dies hat sich auf die DGCH, die AWMF und die vielen anderen Verbände, die er führte, übertragen. Sie und wir Alle verlieren eine eindrucksvolle stets inspirierende Persönlichkeit und einen starken Freund. Machen wir es chirurgisch kurz, wie er häufig zu sagen pflegte: Albrecht, wir werden das Gedenken an Dich und Deine vielfältigen Werke ehrenvoll bewahren und pflegen.

Prof. Dr. Thomas Schmitz-Rixen
Generalsekretär der DGCH

Nachruf auf Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Konrad Meßmer



In memoriam
Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.
Konrad Meßmer
(*16.03.1937 † 02.12.2022)

Einer der prominentesten Vertreter der chirurgischen Forschung in Deutschland, Prof. Konrad Meßmer, ist nach längerem Leiden am 2. Dezember 2022 gestorben. Eine würdige Trauerfeier der Familie fand in München statt am 26. Januar 2023 unter Teilnahme zahlreicher Freunde, Kollegen, Mitarbeiter und Schüler. Viele seiner Schüler befinden/befanden sich in angesehenen Positionen als Lehrstuhlinhaber, Professoren, Chefärzte u. a. m. bevorzugt der Chirurgie oder Anaesthesiologie im In- und Ausland – als Hinweis auf die exzellente klinisch/wissenschaftliche Ausbildung und Förderung der beruflichen akademischen Karriere durch Meßmer.

Konrad Meßmer studierte Medizin an den Universitäten Würzburg, Kiel, Berlin, Tübingen und München. Er begann seine wissenschaftliche Laufbahn als Doktorand des Urologen, Prof. Dr. Manfred Schmidt-Mende, wechselte dann zu dem 1961 vom W.G. Kerckhoff-Institut für Kreislaufforschung der Max-Planck Gesellschaft, Bad Nauheim, von Prof. Dr. Rudolf Zenker nach München berufenen Walter Brendel, dem Leiter der neu gegründeten Abteilung für Experimentelle Chirurgie an der Klinik für Chirurgie der Ludwig-Maximilians Universität München. Bereits als Student war Meßmer Juniorpartner Walter Brendels, i. e. am Aufbau der Experimentellen Chirurgie an der Zenker Klinik substantiell beteiligt.

Die Partnerschaft von Meßmer und Brendel war erstes Erfolgsgeheimnis der rasch aufstrebenden Abteilung, die durch ihr wachsendes Renommee nach wenigen Jahren sich zum (vermutlich ersten) selbständigen Lehrstuhl dieser Disziplin in Deutschland entwickelte. Der junge Meßmer fühlte sich für alle Belange der Abteilung hin bis zum Tierstall u. a. m. verantwortlich. Meßmer interessierte sich nicht nur für sein engeres Forschungsgebiet, i. e. Schockforschung, Blutersatz, Haemodilution etc., sondern auch für die Forschungsprojekte der anderen Arbeitsgruppen, wie Immunologie oder Neurotraumatologie – unter Angeboten selbstloser Unterstützung.

Es ergaben sich bald größere Herausforderungen, z. B. die Organisation des ersten Kongresses der Europäischen Gesellschaft für Experimentelle Chirurgie in München, wofür Meßmer Hilfsbereitschaft wie organisatorisches Talent einbrachte. In Bälde folgten die bekannten internationalen Ski-Symposien in Kitzbühel und der Axamer Lizum mit hochklassigen Teilnehmern aus der ganzen Welt. Bald platzte die kleine Abteilung im Bunker der Zenker-Klinik in der Nußbaumstraße aus allen Nähten durch den Zulauf von Chirurgen des Hauses, von Gastwissenschaftlern und die wachsende Zahl von Doktoranden. Zur Rettung kamen die Pläne der Bayerischen Staatsregierung, einen Neubau des Instituts auf dem Campus des Klinikum Großhadern in Angriff zu nehmen. Konrad Meßmer war an den Planungen des Instituts bis ins kleinste Detail aktiv involviert – hin bis zur letzten Steckdose. Dies war nun auch sein Institut – fürwahr eine herrliche, deutschlandweit vorbildliche Einrichtung. Kein Wunder, dass Meßmer sich zunächst zierte, einen Ruf auf eine entsprechende (viel kleinere) Abteilung der Universität Heidelberg anzunehmen.

In den zehn Jahren Heidelberg gelang es ihm, aus einer bescheidenen Einrichtung

ein stattliches Institut für Chirurgische Forschung auf dem Campus der Medizin Im Neuenheimer Feld zu machen. Die Berufung Meßmers nach München 1990 war dann Krönung seines Wunschtraums. Es waren gute Zeiten, die Verwirklichung großer innovativer Vorhaben zum Greifen nah. Es kam jedoch zunächst anders. Konrad Meßmer hatte einen schweren Unfall mit Schädel-Hirntrauma und operationspflichtiger Liquorfistel. Dessen ungeachtet stieg der rekonvaleszente Meßmer bald wieder in die Leitung der Institutsgeschäfte ein mit all ihren Herausforderungen.

Eine besonders wichtige Aufgabe war die Pflege und Förderung des Nachwuchs, bevorzugt im Rahmen von Promotionen und Habilitationen. Diese Aufgaben bewältigte er zusammen mit den Mitarbeitern des Hauses in vorbildlicher Weise – Zeugnis dafür ist die klinisch wissenschaftliche Karriere der akademischen Jugend auf nationaler und internationaler Ebene, die Vielzahl von Berufungen auf Lehrstühle, Professuren, Chefarztpositionen in Sonderheit in der Chirurgie und Anaesthesiologie – beide hierfür zuständigen Gesellschaften in Deutschland machten Konrad Meßmer zu ihrem Ehrenmitglied. Gleichwohl vergaß Meßmer nie, dass Erfolg und Ansehen auch dem vorbildlichen Einsatz seiner Mitarbeiter und der von ihm betreuten wissenschaftlichen Gäste zu verdanken war.

Die hier erwähnten Ehrungen beruhten auf seinen klinisch wie wissenschaftlich hochrelevanten Forschungsprojekten als Fundament. Davon sind insbesondere die Schock- und Sepsis Forschung zu nennen, Verbesserungen der Transfusionsmedizin, die Mikrozirkulation, der Komplex des Ischämie-Reperfusionsschadens u.a.m. Die große Fülle von Auszeichnungen aus dem In -und Ausland betrafen u.a. eine Ehrenprofessur der Chinesischen Akademie für Medizinische Wissenschaften Beijing, ein Honorary Fellowship d. American Association for Surgery of Trauma. Weiter hervorzuheben sind Ehrungen schwedischer, finnischer, polnischer, spanischer, mexikanischer, japanischer, amerikanischer, österreichischer sowie übergeordneter europäischer wiss. Gesellschaften. Hinzu kommen Ehrendoktorate der Universitäten Saragossa, Granada, Santiago de Compostela, Cordoba und Nancy. Weiterhin wurde Meßmer mit ansehnlichen akademischen Ämtern betraut, u. a. als Dekan der Medizinischen Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. Schließlich sind seine Verdienste als Herausgeber und Beirat zu nennen u.a. von European Surgical Research, Progress in Applied Microcirculation, Transfusion Alternatives etc. – und – last but not least - der Buchserie „Was gibt es Neues in der Chirurgie?“

ABSCHLIESSENDE BEMERKUNGEN

Konrad Meßmer vertrat mit der Chirurgischen Forschung eine Scharnierfunktion zwischen Klinik und Labor, deren Aufblühen deutschlandweit Anfang der 60er Jahre begann, ihren Höhepunkt in den 80er/90er Jahren erreichte – dem Curriculum des Instituts für Chirurgische Forschung in München vergleichbar. Die Erfolge sind im Wesentlichen auf besonders geeignete Persönlichkeiten wie Konrad Meßmer zurückzuführen, die bereit waren, eine „nur wissenschaftliche“ oder „nur klinische“ Karriere für ein Brückenfach – die Chirurgische Forschung – „zu opfern“. Wie Meßmers Curriculum zeigt, brachte dieses „Opfer“ allerdings großen Lohn. Die Institute in München und Heidelberg trugen wesentlich zum Fortschritt von Chirurgie und Anaesthesiologie bei.

Jedoch ein Kernproblem ist, dass nur wenige profilierte Wissenschaftler für das Wagnis bereit sind, interdisziplinäres Neuland zu betreten. Verständlicherweise, denn Chirurgische Forschung selbst ist keine Karrieredisziplin – es gibt auch keine spezifische Ausbildung bestenfalls die Orientierung an den Vorbildern. Das Risiko der Chirurgischen Forschung als Karrierefach wird offenkundig bei der Suche nach geeignetem Nachwuchs. Als Beispiel kann die Nachfolge von Konrad Meßmer erwähnt werden, wonach es misslang, selbst aus acht ausgewiesenen Bewerbern Persönlichkeiten des Formats von Meßmer und Brendel zu finden. Gleichwohl, bei Vorhandensein des für Chirurgische Forschung erforderlichen Leitungsprofils wie: wiss. Ausbildung in hochklassiger Grundlagenforschung (ggf. Klinischer Forschung), Begeisterung für die Lösung komplexer medizinisch/chirurgischer Probleme (Research and Development), ebenso für die Förderung u. Pflege des klinisch-akademischen Nachwuchs könnte dieses wichtige Brückenfach als selbständige Disziplin eine Zukunft haben.

Prof. Dr. Alexander Baethmann und Dr. Jürgen Peters
Institut für Chirurgische Forschung, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München

DGCH-PRÄSIDIUM

ab 01. Juli 2023

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. Th. Schmitz-Rixen (V.i.S.d.P.),
info@dgch.de
Dipl.-Kffr. Canan Kilci,
referentin@dgch.de

VORSTAND

Präsidentin	C. Bruns, Köln
1. Vizepräsident	A. Seekamp, Kiel
2. Vizepräsident	U. Rolle, Frankfurt/Main
3. Vizepräsident	R. Goldbrunner, Köln
Schatzmeister	J. Werner, München
Generalsekretär	Th. Schmitz-Rixen, Frankfurt/Main

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	P. Piso, Regensburg
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie/Vertreter Allgemeine Chirurgie	K. Ridwelski, Magdeburg
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin	J. Heckenkamp, Osnabrück
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	U. Rolle, Frankfurt am Main
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	J. Hoffmann, Heidelberg
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	V. Rohde, Göttingen
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	B. Kladny, Herzogenaurach
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen	H. Menke, Offenbach
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	V. Falk, Berlin
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	K. Welcker, Mönchengladbach
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	D. Pennig, Köln
Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.	H.-J. Meyer, Hannover
Perspektivforum Junge Chirurgie	J. Kröplin, Rostock B. Blank, Kulmbach

WEITERE MITGLIEDER

Leitender Universitätschirurg	S. Fichtner-Feigl, Freiburg
Leitender Krankenhauschirurg	K. Ludwig, Rostock
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik	C. Hauser, Kiel
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung	B. Blank, Kulmbach
Niedergelassener Arzt für Chirurgie	P. Kalbe, Rinteln
Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland	K. Emmanuel, Salzburg/Österreich
Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung	C. Bruns, Köln

FRÜHERE PRÄSIDENTEN

Th. Schmitz-Rixen, Frankfurt/M.	2020
M. Ehrenfeld, München	2021
H. Lang, Mainz	2022

SPRECHER DER SENATOREN

J. Jähne, Hannover
T. Pohlemann, Homburg

SENAT

H.-J. Peiper, Göttingen	1987
W. Hartel, Ulm	1991
G. Hierholzer, Duisburg	1995
H. Bauer, Altötting	1997
D. Rühland, Singen	1999
K. Schönleben, Ludwigshafen	2001
J.R. Siewert, München	2002
N.P. Haas, Berlin	2003
B. Ulrich, Düsseldorf	2004
M. Rothmund, Marburg	2005
H.D. Saeger, Dresden	2006
H.U. Steinau, Bochum	2007
K. Junghanns, Ludwigsburg	
R. Arbogast, Pforzheim	2008
R. Gradinger, München	2010
A. Haverich, Hannover	2011
M. Büchler, Heidelberg	2012
K.-W. Jauch, München	2013
J. Jähne, Hannover	2014
P. Vogt, Hannover	2015
G. Schackert, Dresden	2016
T. Pohlemann, Homburg	2017
J. Fuchs, Tübingen	2018
M. Anthuber, Augsburg	2019

SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI MARKUS STEINBAUER

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?
Die Kombination aus einer empathischen Patienten-Arzt-Beziehung und den technisch-chirurgischen Herausforderungen.

Welche Forschungsrichtung inspiriert Sie?
Mikrozirkulation und Angiogenese.

Welche Publikation der letzten zwei Jahre halten Sie für einen Game Changer in Ihrem Fach?
Best-CLI und Basil-2; beides Studien zur PAVK.

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?
Freunde, Mentoren und Netzwerke.

In der Krankenhauspolitik gibt es viele Baustellen. Was sollte als Erstes angepackt werden?
Krankenhausreform und Zentralisierung.

Was haben Sie erst vor kurzem in Ihre chirurgische Praxis implementiert?
Intravaskulärer Ultraschall und CO2-Angio im Hybrid-Operationssaal.

Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?
Echte Zentrumsstrukturen (interdisziplinär und transsektoral).

Wann sind Sie glücklich?
Mit der Familie auf der grünen Wiese oder im Urlaub und wenn das Team in der Klinik mit Freude zusammen anpackt.

Wann platzt Ihnen der Kragen?
Wenn der Putt nicht fällt oder Ignoranz und Dummheit die Oberhand gewinnen.

Welche Hoffnung haben Sie aufgegeben?
Ein guter Golfer zu werden.

Was frustriert Sie?
Wenn der Wille zur Verbesserung verloren geht.

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?
Eine Nacht drüber schlafen – Krönchen zurechtrücken – weitermachen.

Was war Ihre größte Inspiration?
Meine Frau und meine Kinder.

Ihr wichtigstes Hobby?
Wein und Sport.

Wo werden Sie schwach?
Wein – Weib – G… (Golf).

Was bringt Sie zum Lachen?
Humorvolle Menschen und Monty Python.

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?
Eine erfolgreiche OP – zufriedene Patienten und Mitarbeiter.

Wie gehen Sie mit fehlender Teamfähigkeit bei einer/m Mitarbeiter:in um?
Vermittle ich zum FC Bayern.

Wie fördern Sie die persönliche und fachliche Entwicklung in Ihrem Team?
Gespräche – Teambuilding-Events – „auf die Walz schicken …“

Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?
Nichts ist wichtiger – schlechte Laune gibt es genug.

Prof. Dr. med Markus Steinbauer
Gefäßchirurg und Chirurg.
Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG).
Verheiratet, vier Kinder, Weinliebhaber und Sportfanatiker, Gefäßchirurg mit Leib und Seele, der die Forschung nicht vermissen möchte.
Chefarzt und Leiter des Gefäßzentrums Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg.
Schwerpunkt: pAVK, septische Gefäßchirurgie

Die Fragen stellte Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen.