

PASSION

CHIRURGIE



PANORAMA

**BDC-JOURNALISTENPREIS 2023:
ORGANTRANSPORT –
WETTLAUF GEGEN DIE ZEIT**

im Fokus

**KÜNSTLICHE
INTELLIGENZ
IN DER CHIRURGIE**

03 | I | 2024

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

DGCH

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
CHIRURGIE E.V.
Gründ. 1872, Sitz Berlin



BDC Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.

HERAUSGEBER

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

DGCH

Präsidentin: Prof. Dr. med. Christiane Bruns
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Andreas Seekamp,
Prof. Dr. med. Udo Rolle,
Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner
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
Katrín 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/dem10

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.



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 ERFÜLLUNGORT: BERLIN

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



INHALT

1 EDITORIAL

- 1 Künstliche Intelligenz in der Chirurgie
Hans Friedrich Fuchs

4 KURZNACHRICHTEN

6 CHIRURGIE

6

KÜNSTLICHE INTELLIGENZ, COMPUTER VISION UND BILDGEBUNG IN DER UNFALLCHIRURGIE

*Benedikt Braun, Tina Histing, Carolina Girstein,
Daniel Schäfer, Michael Roland, Daniel Truhn*

12

KI-BASIERTE ARZTBRIEFERSTELLUNG – ENTLASTUNG FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE DURCH GENERATIVE SPRACHMODELLE

Peter Kalbe

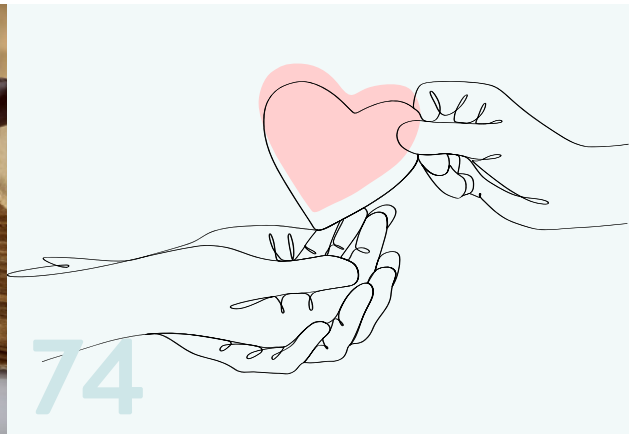
18

KÜNSTLICHE INTELLIGENZ IN DER VISZERALCHIRURGIE

*Jens Rolinger, Pirmin Storz,
Marc Immenroth, Andreas Kirschniak*

22 CHIRURGIE⁺

- 22 Akademie aktuell: Vorbereitung für
die mündliche Prüfung des M3-Staatsexamens –
besser geht's nicht!
*Wolfgang Schröder,
Natalia Kandinskaja*



24 **Safety Clip:** Die EU-Medizinprodukte-Verordnung für mehr Patientensicherheit *Larissa Gerke*

28 **Hygiene-Tipp:** Assistenzhunde im Krankenhaus
*Nina Parohl, Sabine Edlinger, Walter Popp,
Lutz Jatzwauk, Wolfgang Kohnen*

30 **Arztpraxis Tipp:** Zugang zum D-Arzt-Verfahren für Kinderchirurginnen und -chirurgen *Peter Kalbe*

31 Personalia

32 RECHT

32 **F+A:** Mutterschutzlohn im Beschäftigungsverbot
Jörg Heberer

33 GESUNDHEITSPOLITIK

33 **BDC-Praxistest:** Geschlechtsspezifische Medizin – Ein aufstrebendes Querschnittsfach aller chirurgischen Disziplinen
*Elpiniki Katsari,
Rebecca Sängler, Kerstin Schick*

38 **Berufspolitik Aktuell:** Chaos ohne Ende
Jörg-A. Rüggeberg

39 **BDC-Pressemitteilung:** Ambulantisierung – BDC und BDA einigen sich auf Empfehlung zur Aufteilung der Hybrid-DRG

40 INTERN

40 DGCH

40 Kommentar des Generalsekretärs
Thomas Schmitz-Rixen

43 Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung 2024
Thomas Schmitz-Rixen

44 Einladung zum DCK 2024 *Christiane Bruns*

47 Sehr persönlich nachgefragt bei Barbara Rantner

48 Next Generation Surgical Simulation (NGSS) – Startschuss für eine Initiative
*Stefan Benz, Christian Krautz, Stefanie Speidel,
Tobias Huber, Daniel Roth*

51 Reisebericht ACS Reisetipendium *Florian Kühn*

54 Der „gute deutsche Doktor“ – Chirurg auf der Insel Milos *Michael Sachs*

58 Nachruf auf Univ.-Prof. Dr. med.
Dr. h.c. mult. Jörg Rüdiger Siewert

60 Nachruf auf Prof. Dr. med. Klaus Balzer

61 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
Solveig Tenckhoff

64 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus

65 DGCH-Präsidium ab 01. Januar 2024

66 BDC

66 BDC|News

67 BDC|Schnittstelle – im Fokus: Prof. Dr. Carolin Tonus
Olivia Päßler

69 Termine BDC|Akademie

74 PANORAMA

74 BDC-Journalistenpreis 2023: Organtransport – Wettlauf gegen die Zeit
Johannes Lenz

81 Bilderrätsel

Kommentar des Generalsekretärs



AUS DER
DGCH

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

der gordische Knoten, der in den letzten vier Monaten zum quälenden Stillstand der Reformbemühungen geführt hat, scheint zer schlagen. Nach langem Ringen zwischen Bund und Ländern um eine Neuaufstellung der Kliniken mit Vorhaltepauschalen in Leistungsgruppen und einer Einteilung in Versorgungslevel kam es jetzt im Vermittlungsausschuss zu einem Kompromiss. Damit ist die von Gesundheitsminister Lauterbach verkündete Revolution noch nicht abgesagt. Was war geschehen? Das in Frage stehende Transparenzgesetz sollte ursprünglich nicht auf die Abstimmung im Bundesrat angewiesen sein. Hier geht es ausschließlich um die Qualitätssicherung und Offenlegung der Strukturqualität der Krankenhäuser auf einer bundesweiten Webseite. Nach Zustimmung durch den Bundestag erwies sich das Gesetz doch als ratspflichtig und wurde von den Ländern mit knapper Mehrheit abgelehnt und an den Vermittlungsausschuss verwiesen. Das Argument war ein zu starker Eingriff in die Planungshoheit der Länder. Im Vermittlungsausschuss kam es dann bis zum 21. Februar 2024 nicht zu einem Verhandlungstermin. Interessanterweise hatte Minister Lauterbach das Transparenzgesetz mit dem eigentlichen Kernpunkt der Reform, dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (ein solches Wort kann es nur in der deutschen Sprache geben; deshalb kurz ab hier nur: KHVVG) als Junktim verknüpft. Die Länder haben im Vermittlungsausschuss jetzt zugestimmt, auch weil Ihnen ein milliardenschwerer Transformationsfond vom Bund in Aussicht gestellt wurde. Hier sollen für die nächsten zehn Jahre insgesamt 50 Milliarden Euro zur Verfügung gestellt werden, also etwa 5

Milliarden Euro pro Jahr ab 2025. Die Mehrausgaben sollen sich Bund und Länder teilen. Ich hoffe, dass der Finanzminister hier eingebunden ist und dass das Geld nicht mit der Gießkanne zur Verhinderung von Insolvenz von nicht bestandsfähigen Häusern ausgegeben wird. Auch sollen für 2024 schon zusätzliche Liquidität in Milliardenhöhe zum Ausgleich von Lohnsteigerungen und Betriebskosten zur Verfügung gestellt werden.

WIE GEHT ES WEITER?

Der Bundesrat wird Ende März dann voraussichtlich dem Transparenzgesetz zustimmen. Damit ist der Weg für das KHVVG frei, das bisher nur als Arbeitsentwurf des BMG existiert. Ein Referentenentwurf wird Anfang März erwartet. Am 24. April soll dieser dann abgestimmte Entwurf ins Bundeskabinett gehen und von hier aus in den Bundestag. Den am wohl wenigsten beneideten Job haben zurzeit die Juristen des BMG. Das KHVVG erhält einen neuen Namen und eine neue Bestimmung. Es wird in Zukunft Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHFG) heißen. Der Referentenentwurf soll „nur“ Regelungen zur Finanzierung, also den Vorhaltepauschalen beinhalten. Dies soll nicht der Zustimmungspflicht des Bundesrates unterliegen. Der Zeitplan ermöglicht eine Beschlussfassung für das Transparenzgesetz und das Krankenhausfinanzierungsgesetz vor der Sommerpause des Parlaments. Mit der Sommerpause schließt sich das „Fenster der Möglichkeiten“ und nach der Sommerpause wird wohl keine Partei mit einem nicht verabschiedeten Gesetz in den Wahlkampf in drei Bundesländern ziehen. Dies würde eine Verschiebung in die nächste Legislaturperiode des Bundestags mit einem wohl neuen Minister bedeuten.

KRANKENHAUSFINANZIERUNGSGESETZ (KHFG) BZW KRANKENHAUSVERSORGUNGSVERBESSERUNGSGESETZ (KHVVG)

Dies ist das eigentliche Kernstück der Reform. Der im Jahr 2022 veröffentlichte Vorschlag der Regierungskommission des BMG sah drei wesentliche Komponenten vor:

1. Eine Abkehr der Finanzierung der Krankenhäuser von mengengetriebenen DRGs. Als Ersatz sollte eine 60 % Vorhaltefinanzierung für insgesamt 128 Leistungsgruppen eingeführt werden. 40 % der Leistungen würden als „Rest-DRGs“ den Wettbewerb aufrechterhalten. Die Vorhaltefinanzierung soll die Krankenhäuser vom Hamsterrad der mengengetriebenen Leistungserbringung entlasten und stattdessen Qualität und Patientenzuwendung fördern. Ein Drittel der Vorhaltefinanzierung fließt in das bereits bestehende unabhängige Pflegebudget.
2. Ein System von passgenauen Leistungsgruppen (zum Teil interdisziplinär), die genauer als Fachabteilungen und DRGs Versorgungsstufen (Level) zugeordnet werden können.
3. Eine Einteilung der Krankenhäuser in Level sollte für Patienten Transparenz der Leistungserbringung und Qualität bringen, auch um lokale, regionale und überregionale Versorgungsstufen abzugrenzen.

In NRW war bereits ein System von 65 Leistungsgruppen zur Krankenhausplanung eingeführt worden; im Unterschied zum BMG-Projekt, dass die Finanzierung regeln wollte. In einem langen Diskurs einigten sich

schließlich Bund und Länder auf ein System von 69 Leistungsgruppen, wobei die Länder die Levelteilung rigoros ablehnten, als wenn dies nicht bereits als Versorgungsstufen seit 1981 vorhanden gewesen wäre. Die Kalkulationsgrundlage für die Vorhaltebudgets sollen die erzielten Mengen jeweils zwei Jahre vor dem Kalkulationsjahr darstellen. Die hierzu vorgesehene Stelle ist das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus), eine Tochter des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Mal abgesehen von internen Aussagen des InEK, dass sich die Vorhaltebudgets für einzelne Leistungsgruppen nur schwerlich kalkulieren lassen, ist dies doch wieder ein jährlich neu zu kalkulierendes mengengetriebenes System. Es ist unklar, was geschieht, wenn ein Krankenhaus bzw. eine Leistungsgruppe die vorberechnete Menge des Vorhaltebudgets mehrfach signifikant unterschreitet. Die rigorose Ablehnung der Länder der Einteilung der Häuser in vier Level hat den Minister veranlasst, das Transparenzgesetz vorzuschalten und den gesamten Reformprozess mittels eines Junktims zu verbinden. Eine neuerliche Wende entzieht das KHVG durch Rückzug auf eine alleinige Finanzierungsreform (und Umbenennung in ein Krankenhausfinanzierungsgesetz) dem Einfluss der Länder. Wir können alle sehr gespannt sein, ob dies funktioniert. Sollte dieses Gesetz Anfang 2025 in Kraft treten, werden erste Zahlen zur Aufteilung von Vorhaltepauschalen und Rest-DRGs 2027 den Krankenhäusern mitgeteilt werden. Scharfgeschaltet werden „Vorhaltebewertungsrelationen“ dann erst 2028. Unbeirrt wird NRW übrigens bis Ende 2024 seinen Krankenhäusern die Leistungsgruppen zugeteilt haben.

TRANSPARENZGESETZ

Das Transparenzgesetz soll dem Ratsuchenden z. B. vor einer Operation Hinweise geben, wo der bei ihm vorgesehene Eingriff besonders häufig gemacht wird und welche Anstrengungen das Krankenhaus oder die Einrichtung im niedergelassenen Bereich unternehmen hat, eine adäquate Strukturqualität zur Verfügung zu stellen. Zunächst ist nicht von Ergebnisqualität die Rede, jedoch werden Mindestmengen eine große Rolle spielen. Dem IQTIG (Institut für Qualitätssicherung

und Transparenz im Gesundheitswesen) wird vom BMG die Rolle übertragen, entsprechende Daten bereits zum Mai 2024 zur Verfügung zu stellen. Dieser Zeitplan erscheint prima vista unwahrscheinlich. Damit umgeht das BMG den G-BA, dessen Institut das IQIG eigentlich ist. Dies hat auch schon zu heftigen Reaktionen von Professor Hecken, dem Leiter des G-BA geführt, der dieses Konstrukt als verfassungswidrig ablehnt. Auch ist die juristische Haftung bei einem „staatlichen“ Qualitätsindikatorsystem nicht unproblematisch. Ein medizinischer Beirat soll das Projekt begleiten und für Augenmaß sorgen. Positiv ist zu vermelden, dass etablierte Qualitätszertifikate der Fachgesellschaften erhalten bleiben, soweit sie einem Anforderungskatalog genügen, den der G-BA beim IQTIG in Auftrag gegeben hatte und der jetzt mit 17 Kriterien vorliegt.

AMBULANTISIERUNG

Die Ambulantisierung ist Bestandteil der Reform. 20 % der stationären Leistungen sollen zukünftig ambulant erbracht werden und so die Krankenhäuser auch personell entlasten. Ein Gutachten des privaten IGES-Instituts nennt 2.500 neue AOP-Leistungen. Obwohl die Ambulantisierung mit einigen wenigen Eingriffen seit Januar 2024 scharfgeschaltet ist, fehlen klare Vorgaben einer sektorengleichen Vergütung. Eine Hybrid-DRG soll es richten. Vorstellungen zur Aufteilung der Vergütung gibt es inzwischen vom BDC und dem BDA, jedoch sind diese nicht kritikfrei. Ein massives Problem ist die Frage der Weiterbildung, denn es sind gerade die einfachen Eingriffe, die sich für eine ambulante Versorgung eignen und damit auch für die erste Hälfte der Weiterbildung geeignet sind. Damit ambulante Chirurgie kostendeckend betrieben werden kann, müssen diese Eingriffe in hoher Menge pro Tag und mit hoher Schlagzahl ausgeführt werden. Damit wird eine Weiterbildung problematisch; auch müssen die Anforderungen an die personelle Durchführung angepasst werden, damit ein Weiterzubildender solche Eingriffe überhaupt durchführen kann. Krankenhäuser müssen räumliche und personelle Voraussetzungen schaffen, denn in den bestehenden Strukturen der Krankenhäuser gibt es keine

Chance, dies kostengünstig abzubilden. Am wenigsten Sorgen bereitet die rein medizinische Seite; dies beweist ein Blick über die Landesgrenzen.

WEITERBILDUNG

Von Beginn der Diskussion über Strukturreformen in der stationären Versorgung haben wir darauf hingewiesen, dass die Frage der Weiterbildung mitgedacht werden muss. Denn die gewollte Konsequenz der Reformen ist eine Zentralisierung komplexer Leistungen und eine Verlagerung einfacher Leistungen in den ambulanten Bereich beziehungsweise in Häuser niedrigerer Versorgungsstufen; auch dies ist eine Zentralisierung. Jedes Krankenhaus wird nicht mehr Alles machen und in der Konsequenz wird es eine breite Exposition an Krankheitsbildern für den Weiterzubildenden nicht mehr geben. Ohne eine Verbundweiterbildung wird ein vollständiges Weiterbildungsportfolio nicht möglich sein. Die offene Frage ist, wer dies organisiert. Wir denken, dass dieses Problem nicht auf den Schultern von Weiterzubildenden abgewälzt werden kann. Auch muss die Finanzierung der Weiterbildung transparent und unabhängig vom Weiterbilder geregelt werden, was zugegebenermaßen ein dickes Brett zu bohren ist. Zu dieser Thematik wird die gemeinsame Weiterbildungskommission von BDC und den chirurgischen Fachgesellschaften in Kürze ein Eckpunktepapier auf den Tisch legen. Die Nachwuchsorganisationen der chirurgischen Fachgesellschaften werden unabhängig hiervon ihre Vorstellungen ebenfalls zeitnah publizieren.

DIE ROLLE DER AWMF

In der AWMF wurde Anfang 2023 eine ad hoc Kommission zu Versorgungsstrukturen gebildet, die sich aus Vertretern der klinischen Fachgesellschaften zusammensetzt und in teils wöchentlicher Frequenz unter der Moderation der AWMF die Vorschläge zur Reform der stationären Versorgung diskutiert hat und über die dann auch entsprechende Stellungnahmen an das BMG ergangen sind. Dies hat zum ersten Mal seit mehreren Jahrzehnten ärztlichen Sachverstand in die Debatten eingebracht, was auch vom Gesundheitsminister

ausdrücklich wertschätzend anerkannt wurde. Wichtig erscheint auch, dass damit die Rolle der Fachgesellschaften vom Nimbus des Lobbyismus befreit werden konnte.

DIGITALGESETZ UND GESUNDHEITSDATENNUTZUNGSGESETZ

Diese Gesetze fanden wenig Widerstand und sind demnach geräuschlos über die politische Bühne gegangen. Ihr Wert für die künftige Versorgung und Forschung in Deutschland ist aber nicht hoch genug einzuschätzen. Sie ermöglichen neben den Vorteilen der Digitalisierung eine bessere Datennutzung für die Versorgungsforschung und u. a. erst die Möglichkeit, Systeme mit künstlicher Intelligenz und das Handling von Big Data unter Wahrung der Sicherheit persönlicher Daten einzusetzen. Möglichkeiten und Grenzen bedürfen einer gesonderten Betrachtung und eines erneuten Weißbuches der DGCH.

BENÖTIGEN WIR ÜBERHAUPT EINE REFORM?

Wenn auch die Notwendigkeit von Reformen in der Gesundheitsversorgung nicht bezweifelt wird, möchte ich hier noch einmal die Notwendigkeit darlegen. Ein Jahrzehnt mit erheblichen Disruptionen hat begonnen. Hierzu zählen:

- Neue (teure) Technologien
 - Digitalisierung, Telemedizin, KI, Robotik, Big Data Handling, personalisierte Medizin, molekulare Diagnostik, Vakzination in der Tumorthherapie
- Entbürokratisierung
- Sektorenübergreifende Versorgung und Ambulantisierung
 - Komplexe ambulante Leistungen
- Besserer Abgleich von Angebot und Nachfrage
 - Notfallbehandlung, Steuerung von Patientenpfaden und -strömen
- Reduktion der Bedarfe durch Prävention
- Effiziente Allokation von Personal und Kapital
 - Bessere interprofessionelle Zusammenarbeit, mehr Verantwortung für die Pflege
- Umgang mit der ungünstigen Alterspyramide

Der Treiber des Umbaus unseres Systems ist der jetzt schon spürbare eklatante Personalmangel. Babyboomer verlassen den Arbeitsmarkt, die Verbliebenen zeigen ein geändertes Arbeitsverhalten. Was knapp wird, wird teuer. Wir werden nicht deutlich mehr Personal bekommen, auch nicht aus dem Ausland. Ergo können nicht mehr alle Leistungen erbracht werden. Weitere Treiber der Krise sind steigende Energie- und Personalkosten, die nicht ausgeglichen werden, ferner die Inflation. Auch die Ambulantisierung verlangt Investitionen, die aus dem laufenden Betrieb erbracht werden müssen. Jahrelange Defizite der Digitalisierung müssen jetzt teuer ausgeglichen werden. Hinzu kommt in vielen Häusern ein enormer Investitionsstau, der u. a. damit begründet ist, dass die Länder ihren Finanzierungsverpflichtungen nicht nachgekommen sind. Wir haben zu viele Betten in zu vielen Krankenhäusern, derzeit ca. 1.700; dabei ergeben Kalkulationen, dass wir mit der Hälfte eine ausreichende Versorgung gewährleisten könnten. Dies gilt auch für eine zunehmend alternde Gesellschaft mit Erhöhung der Multimorbidität. Zur Krise trägt auch der Einbruch der Erlöse während der Pandemie und die ausbleibende Erholung nach der Pandemie bei. Auch müssen die erheblichen Kosten der Pandemie bewältigt werden.

Nachdem uns jahrelang gesagt wurde, wir hätten das beste Gesundheitssystem der Welt, muss man doch für viele Leistungen Qualitätsdefizite konstatieren. Wir geben zwar hinter den USA das Meiste für unser Gesundheitssystem aus, erhalten dafür aber nur eine Qualität im unteren Drittel von Benchmark-Analysen, gemessen an der Krankenhaussterblichkeit. Auch das Langzeitüberleben bei bestimmten Diagnosen zeigt ein erschreckendes Potential. So könnten nach Berechnungen der Krebsgesellschaft jährlich 20.000 Patientenjahre gerettet werden, wenn alle betroffenen Patienten leitliniengerecht behandelt würden.

Besonders bedrückt, dass in vielen Krankenhäusern die Existenzangst umgeht und eine beispiellose Insolvenzwellen heranrollt. Mühsen Kliniken schließen, wird das voraussichtlich vor allem ländliche Regionen treffen,

demnach Standorte, die man im Sinne einer flächendeckenden Versorgung nicht verlieren möchte. Insofern sind die Reformvorhaben auch ein Sozialprojekt.

KRITIKPUNKTE DER DGCH

Als DGCH begrüßen wir, dass das ambulante Potential ausgeschöpft wird, dass eine Zentralisierung komplexer Leistungen geplant ist, dass Kapazitäten vor allen Dingen in Ballungsräumen gebündelt werden und sich damit auch Schwerpunkte herausbilden und dass eine Reform durch Planung statt kalter finanzgetriebener „kalter Liquidierung“ stattfinden soll. Am Ende könnten wir weniger Standorte haben, diese aber auskömmlich finanziert und ohne Personalnot. Durch das Transparenzgesetz und die Einführung von Vorhaltepauschalen erwarten wir eine Verbesserung der Qualität.

Allerdings besteht für uns noch in vielen Bereichen ein großer Diskussionsbedarf. Dies betrifft u. a.:

- Geringe Differenzierung der Leistungsgruppen, vor allen Dingen der Leistungsgruppe „allgemeine Chirurgie“
- Auswirkungen auf „kleine Fächer“ wie z. B. die endokrine Chirurgie sind nicht bedacht
- Auswirkungen auf die Weiterbildung sind ebenfalls nicht mitgedacht
- Planungshoheit der Länder sollte generell überarbeitet werden
- Vorhaltefinanzierung ist **nicht** Fallzahl unabhängig, sollte es aber sein
- Planungsziele sind wenig bis gar nicht definiert
- Das Reimbursement von ambulanten Leistungen ist noch völlig unklar
- Der Einfluss auf die universitäre Ausbildung und deren Finanzierung muss ebenfalls diskutiert werden

In all diesen Bereichen haben wir klare Vorstellungen und werden diese über die AWMF einbringen. Der Knackpunkt ist die in vielen Fällen fehlende auskömmliche Finanzierung. Eine Reform wird es nicht zum Nulltarif geben.

Ihr
Thomas Schmitz-Rixen

Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung 2024



Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
e.V. (DGCH)
DGCH-Präsident 2019-20
info@dgch.de

Im Auftrag des Präsidenten lade ich hiermit alle Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zur Mitgliederversammlung anlässlich des 141. Kongresses der DGCH 2024 (DCK 2024) in Leipzig sehr herzlich ein.

Die **Mitgliederversammlung** inkl. Wahlen findet am **Donnerstag, den 25.04.2024, 13.00 – 14.00 Uhr** in der **Mehrzweckfläche 3** im Congress Center Leipzig (CCL), Seehausener Allee 1, 04356 Leipzig, statt.

TAGESORDNUNG

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

ZU TOP 2: WAHLEN

In Vollzug der gültigen Satzung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sind folgende Positionen des Präsidiums ab 01. Juli 2024 neu zu besetzen:

- Schatzmeister
- Dritter Vizepräsident 2024/2025, dann Präsident 2026/2027
- Oberärztin/Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung
- Vertreter des Perspektivforum Junge Chirurgie der DGCH

Nach § 15.1 der Satzung erhält die Mitgliederversammlung für die von ihr zu **bestätigten Kandidaten** (hier 1. & 2.) zum Präsidium bzw. Vorstand jeweils einen Namensvorschlag vom Präsidium. (Darüber hinaus unterbreitet das Präsidium Wahlvorschläge für die weiteren Mitglieder des Präsidiums (§ 13.2))

ZU 1.:

Als Schatzmeister wird der Mitgliederversammlung **Herr Prof. Dr. med. Johann Pratschke aus Berlin**, vorgeschlagen.

ZU 2.:

Als Dritter Vizepräsident 2024/2025 und Präsident 2026/2027 wird der Mitgliederversammlung **Herr Prof. Dr. Jens Werner aus München**, vorgeschlagen.

ZU 3.:

Als Oberärztin/Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung wird der Mitgliederversammlung **Frau Dr. Beate Blank aus Nürnberg**, vorgeschlagen.

ZU 4.:

Als Vertreter des Perspektivforum Junge Chirurgie der DGCH wird der Mitgliederversammlung **Herr Dr. Sebastian Schaaf aus Koblenz**, vorgeschlagen.

Berlin, 05.01.2024

Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen

Bitte AN ALLE CHEF- UND OBERÄRZTE:

Bitte stellen Sie Ihre Assistenzärzte, die nicht Mitglied unserer Gesellschaft sind, aber am Kongress teilnehmen, zur kostengünstigen Teilnahme mit einer Arbeitsbescheinigung aus oder motivieren Sie sie zur Mitgliedschaft.

Einladung zum DCK 2024



Prof. Dr. med. Christiane Bruns
Präsidentin der DGCH 2023/2024
Direktorin
Klinik und Poliklinik für
Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und
Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Köln (AöR)
anke.kreusch@uk-koeln.de

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 Corona-Pandemie 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 zwei Jahren 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 des letzten 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 gesellschaftliche 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 Jahr 2024 findet der 141. Deutsche Chirurgie Kongress turnusgemäß vom 23. – 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.

Bruns C: Einladung zum DCK 2024.
Passion Chirurgie. 2024 März; 14(03/I):
Artikel 06_02.

Andererseits möchten wir vermitteln, dass wir zusammen den Mut aufbringen müssen und können, dringend notwendige Veränderungen des Gesundheitssystems in Deutschland 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 Nachbar-disziplinen 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 maßgeschneiderte 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 wertzuschätzen. 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 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 unserem 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 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.

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 Teamorientierte, 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 sind 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 23. – 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**

Kongresspräsidentin:
Univ.-Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns, Köln



www.dck2024.de





SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI BARBARA RANTNER

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Das Arbeiten im Team, die Vielfalt der Tätigkeiten an einer Uni-Klinik

Welche Forschungsrichtung inspiriert Sie?

Künstliche Intelligenz

Welche Publikation der letzten vier Jahre halten Sie für einen Game Changer in Ihrem Fach?

Weniger „Game Changer“, mehr „lange erwartet“... Die Publikation der ACST-2-Daten. Die Frage nach der Versorgung asymptomatischer Arteria carotis interna Stenosen konnte ein Stück weit beantwortet werden.

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Mein erster Chef und meine Ausdauer

Was war Ihre größte Inspiration?

Es gab mehrere positiv, aber auch negativ inspirierende Wegbegleiter ...

Was haben Sie erst vor Kurzem in Ihre chirurgische Praxis implementiert?

Das MUVIT Valsalva Manöver zur temporären Blutdruckabsenkung bei der Implantation von thorakalen Aortenstents.

Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

Ein bisschen weniger machen, obwohl wir's könnten – etwas sinnvollere Medizin

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

Die Vorstellung, dass „höher-schneller-weiter“ mit halb so viel Personal auch gelingen muss!

Wann sind Sie glücklich?

Eigentlich immer. Das gute Lebensgefühl muss Grundlage des Alltags sein. Besonders glücklich bin ich am Berg.

Wann platzt Ihnen der Kragen?

Bei zu viel Bürokratie

Welche Hoffnung haben Sie aufgegeben?

PAVK-Patienten vom Rauchen abzubringen.

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Ich gehe laufen oder putze.

Ihr wichtigstes Hobby?

Laufen

Wo werden Sie schwach?

Bei gutem Fleisch

Was bringt Sie zum Lachen?

Mein Sohn

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Aktivität im Freien, Zeit zum Nichtstun

Wie gehen Sie mit fehlender Teamfähigkeit bei einer/m Mitarbeiter:in um?

Kommt auf den Ausbildungsstand an

Wie fördern Sie die persönliche und fachliche Entwicklung in Ihrem Team?

Offenes Feedback

Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Offenes Feedback

PD Dr. Barbara Rantner, PhD

Leitende Oberärztin an der Abteilung für Gefäßchirurgie, Endovaskuläre Chirurgie der LMU München
Vorstandsmitglied der DGG
Forschungsschwerpunkt in der Behandlung von Carotis-Stenosen
Mutter eines Sohnes (9 Jahre)

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

Next Generation Surgical Simulation (NGSS) – Startschuss für eine Initiative

Stefan Benz, Christian Krautz, Stefanie Speidel, Tobias Huber, Daniel Roth

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. med Stefan Benz

Chefarzt der Klinik für Allgemeine-,
Viszeral-, Thorax- und Kinderchirurgie
Klinken Böblingen-Sindelfingen

PD Dr. med. Christian Krautz

Geschäftsführender Oberarzt
Chirurgische Universitätsklinik
Erlangen/Nürnberg

Prof. Dr. med. Stefanie Speidel

Translationale Chirurgische Onkologie
Universität Dresden

PD Dr. med. Tobias Huber

Oberarzt und Lehrbeauftragter
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Transplantationschirurgie
Universitätsklinik Mainz

Prof. Dr. Daniel Roth

Technische Universität München

Stefan Benz, Christian Krautz, Stefanie Speidel,
Tobias Huber, Daniel Roth: Next generation
surgical Simulation (NGSS) - Startschuss
für eine Initiative. *Passion Chirurgie*.
2024 März; 14(03/I): Artikel 06_05.

Am 10. Februar 2023 fand in Erlangen die konstituierende Sitzung der NGSS-Initiative statt, die vom Präsidenten der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen, Prof. Joachim Hornegger eröffnet wurde. Anwesend waren, neben einer Vielzahl von Vertretern aus Chirurgie und Informatik, die sich mit Simulation beschäftigen, auch Vertreter der Industrie und die Generalsekretäre der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Prof. Schmitz-Rixen und der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Prof. Jörg Kalff. Ins Leben gerufen wurde die Initiative von Prof. Stefan Benz, PD Tobias Huber, PD Christian Krautz und Prof. Daniel Roth.

Hintergrund der Initiative ist, dass die Aus- und Weiterbildung in den chirurgischen Fächern durch viele Faktoren vor großen Herausforderungen steht. Dazu gehören einerseits die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes sowie die veränderte Einstellung der gesamten Gesellschaft zur sogenannten Work-Life-Balance. Zum anderen wird die verfügbare Zeit für die praktische Weiterbildung durch den ökonomischen Druck, Zertifizierungsvorgaben, das zunehmende öffentliche Interesse an einer transparenten Darstellung der Ergebnisqualität und den steigenden Administrationsaufwand auf fast der Hälfte der Arbeitszeit [4] verringert. In Zukunft wird sich diese Situation durch die angekündigte Krankenhausreform mit den geplanten Leistungsgruppen und anderen Mindestvoraussetzungen weiter verschärfen, weil dann etliche Operationen an vielen Standorten nicht mehr durchgeführt werden und somit die praktische Ausbildung weiter eingeschränkt wird. Hinzu kommt, dass die durchzuführenden Prozeduren immer differenzierter werden und der Anteil minimalinvasiver Eingriffe stetig zunimmt.

Die u. a. darauf beruhende Anpassung des Operationskataloges für Viszeralchirurgie im Rahmen der neuen Musterweiterbildungsordnung führt laut einer aktuellen Umfrage unter bayerischen Chirurginnen und Chirurgen mehrheitlich (60 % der Befragten) zur Annahme, dass in Zukunft nicht die gleiche Anzahl an Chirurginnen und Chirurgen in der gleichen Zeit ausgebildet werden können [8]. Die Tatsache, dass eine Prozedur, die früher „nur“ konventionell erlernt wurde, nun auch in laparo-/thorakoskopischer und zunehmend in robotisch assistierter Technik vermittelt werden sollte, ist eine weitere Herausforderung für die chirurgische Aus- und Weiterbildung.

Die Problematik wird aber bei oberflächlicher Betrachtung dadurch verschleiert, dass in der Regel die Facharztstufe im vorgegebenen Zeitraum „irgendwie“ erreicht werden kann. Das Problem der operativen Weiterbildung wird schlichtweg mehr und mehr auf das Facharzt- und Oberarztniveau verschoben. Ein Beispiel ist die minimalinvasive Kolon- und Rektumchirurgie, die in der Breite eine große Hürde für eine selbstständige operative Tätigkeit darstellt. Zertifizierte Darmkrebszentren in Deutschland haben eine mediane Fallzahl von ca. 23 Rektumeingriffen pro Jahr [6]. Die publizierten Lernkurven liegen mit ca. 50 Eingriffen deutlich darüber [3]. Ein angemessenes technisches Training in einem akzeptablen Zeitraum, zumal bei mehreren Aspirant:innen im Team, ist damit schlicht nicht möglich. Dies wird daran sichtbar, dass die Durchdringung evidenzbasierter Methoden mit höherem technischem Anspruch viel zu gering ist. So werden noch immer ca. 66,2 % der rechtsseitigen und 47,3 % der linksseitigen Kolonkarzinome offen und nicht laparoskopisch

operiert [1]. Über die Durchdringung der in den Leitlinien empfohlenen *complete mesocolic Excision* (CME) beim rechtsseitigen Kolonkarzinom gibt es nur Schätzungen. Allerdings dürfte diese die 50%-Grenze noch nicht überschritten haben [2]. Als Grund dafür wird zwar in der Regel eine unzureichende Evidenzlage angegeben. Aus Sicht der Autoren muss hier aber eher die technische Komplexität des Eingriffs als Ursache gesehen werden.

Eine naheliegende Lösung wäre, Operationen mithilfe eines Simulationssystems zu erlernen. Diese sind in unterschiedlichen Komplexitäten bereits verfügbar. Das Spektrum beginnt bei einfachen mechanischen Boxtrainern, in denen aber schon ein erheblicher Teil der Basisfertigkeiten erlernt werden kann. Am oberen Ende werden in computeranimierten Systemen Operationen angeboten. Während in den angloamerikanischen Ländern bereits eine Verpflichtung zur Anwendung solcher einfachen Simulationssysteme z. B. für die Laparoskopie besteht, gibt es in Deutschland hierzu keine Regelung. Dies ist umso verwunderlicher, da die Evidenz zur Wirksamkeit der Simulation im Hinblick auf die Lernkurve mehr als eindeutig ist [5].

Als ein Ergebnis des Workshops ist zu verzeichnen, dass die Generalsekretäre der DGCH und DGAV sich dafür einsetzen werden, dass Simulationen in die Weiterbildungsordnung implementiert werden. Dabei ist klar, dass die Simulation die Akquise der operativen Expertise im Operationssaal nie vollständig ersetzen kann und sie vielmehr die Chirurgen und Chirurgen optimal für den Einsatz im Operationssaal vorbereiten soll. Aber es wäre dennoch wünschenswert, wenn die generelle operativ-technische Weiterbildung von der Verfügbarkeit realer Eingriffe entkoppelt werden könnte. Für eine derartige „highest fidelity simulation“ ist der derzeitige Stand der Simulatoren nicht ausreichend. Hierfür wird nach dem Dahinhalten der Initiative, neben der vollständigen Ausschöpfung der derzeitigen Simulationsmöglichkeiten, eine wesentliche Weiterentwicklung der Simulation benötigt.

Was ist darunter zu verstehen? Dieses Konzept soll die Möglichkeit bieten, **jeden** chirurgischen Eingriff inklusive möglicher

Komplikationen in beliebiger Modifikation über eine multifunktionale Schnittstelle zur Mensch-Maschinen-Interaktion in Verbindung mit einer computerbasierten virtuellen Realität durchzuführen. Das System sollte auf Datensätzen basieren, welche die **gesamte menschliche Anatomie** umfassen und durch die Kombination von modernster Rechenleistung, Deformationsalgorithmen und Künstlicher Intelligenz (KI) manipulierbar machen. Dafür müssen Aspekte wie realistisches Verhalten und Aussehen des Gewebes als auch die Integration patientenindividueller Anatomien sowie mögliche Komplikationen berücksichtigt werden. Hierfür müssen u. a. aktuelle und zukünftige KI-Ansätze sowie Domänenwissen, z. B. aus der Biomechanik fusioniert werden, um eine interaktive, echtzeitfähige und realistische Simulation zu erreichen. Der entscheidende Unterschied zu den heute verfügbaren Systemen ist jedoch, dass die Simulation nicht mehr prozedurenbasiert ist und ähnlich wie bei einem Flugsimulator auch Komplikationsszenarien beinhaltet. Es steht der gesamte menschliche Körper als Operationsfeld zur Verfügung. Dadurch entstehen unter anderem neue Möglichkeiten, patientenindividuelle Charakteristika sowie Kontexte des Eingriffs (z. B. Instrumente, Robotik, Team) in die Simulation zu integrieren. Zwingend notwendig für dieses sehr anspruchsvolle Ziel ist die interdisziplinäre Forschung mit enger Vernetzung von Medizin und Informatik und deren Fachbereichen. Ein derartiges System würde es gleichzeitig auch ermöglichen, neue Operationsmethoden an dieser digitalen Anatomie zu entwickeln sowie neue Robotersysteme oder Instrumente zu testen. Operationskurse an narkotisierten Tieren oder Körperspendern würden langfristig obsolet.

Aus diesen Überlegungen wird klar, dass High-end-Simulatoren nicht allein der Basisausbildung dienen sollen. Es geht vielmehr um die generelle Verminderung des Risikos für Patientinnen und Patienten. Dies schließt neben der berühmten „Schlagzahl“ für operative Eingriffe auch seltene Prozeduren und insbesondere auch Innovationen ein. Die Neueinführung einer operativen Technik in einer Klinik wird heute mit Unterstützung von OP-Kursen und Videomaterial und

neuerdings auch mit (z. T. von der Industrie bezahlten) Proctoren sehr kostenintensiv durchgeführt. Eine Einarbeitung in die neue Technik mit einem derartigen Simulationssystem könnte jedoch ein entscheidender zusätzlich vorbereitender Schritt für die sichere Implementierung neuer Verfahren werden. Die Durchdringung von komplexen Operationsverfahren wie der o. g. CME und vielen anderen könnte dadurch national und international gesteigert werden.

Auch die Entwicklung komplett neuer Verfahren würde beschleunigt, da diese *in silico* komplett entwickelt und bereits auch evaluiert werden könnten.

Die Effekte auf die Weiterbildung aller chirurgischen Fachgebiete wären tiefgreifend: Ausbildung und chirurgische Versorgung (Operationsvolumen) der Klinik würden entkoppelt werden. Es käme zu einer erheblichen Beschleunigung der Aus- und Weiterbildung, da Operationen beliebig oft unabhängig von Patient:innen durchgeführt werden könnten. Auch ein Training mit spielerischen Elementen und Wettkampfcharakter ist in dieser virtuellen Welt möglich. Wenn darüber hinaus erschwingliche Konsolen verfügbar wären, könnte die Ausbildung teilweise auch mobil und zeitlich flexibel ermöglicht werden. Im Hinblick auf den berechtigten Ruf nach Operieren in der Schwangerschaft [7] oder flexiblen Arbeitszeiten könnte eine derartige Simulation hier neue Wege ermöglichen. Dadurch würde nicht zuletzt die Attraktivität der Chirurgie für die nächsten Generationen gesteigert.

Bei den eindeutig auf der Hand liegenden Vorteilen stellt sich die Frage nach der Realisierbarkeit eines solchen Systems. Die technischen Herausforderungen sind erheblich. Zunächst muss die gesamte menschliche Anatomie mit all den komplexen Eigenschaften biologischen Gewebes sowie Interaktionsmöglichkeiten in Echtzeit simuliert werden. Dabei muss darauf geachtet werden, dass dies als wachsendes System mit einer langen Evolutionsphase konzipiert wird, d. h. es dürfen keine unnötigen Restriktionen implementiert werden. Methoden der KI, die für die Entwicklung benötigt werden,

werden heute erst erforscht oder sind noch gar nicht existent. Neben der statischen Anatomie muss das dynamische/physiologische (und später auch pathologische) Verhalten des Gewebes unter operativer Manipulation modelliert werden. Bereits bei heutigen operativen Techniken werden Präparations-schichten adressiert, die die Dicke einer Zellschicht haben (z. B. mesokolische Faszie). Die Auflösung der Simulation muss daher auch in diesem Bereich liegen. Eine mindestens genauso große Herausforderung stellt die Echtzeitmanipulation eines solchen elaboreierten Datenraums dar.

Diese setzt nicht nur hohe Rechenleistungen voraus, sondern auch die Nutzung neuer effizienter neuronaler Netze, welche sowohl die exakte anatomische Rekonstruktion als auch die Dynamik der Simulation und deren Darstellung leisten können.

In der Diskussion auf dem Erlanger Treffen wurden folgende Eckpunkte für die Entwicklung eines NGSS-Systems festgehalten:

- Eine breite interdisziplinäre Kooperation ist bei der Größe und Komplexität des Unterfangens unerlässlich
- Diese sollten alle potenziellen Stakeholder einschließen, d. h. akademische Institutionen, staatliche Förderorganisationen und die Industrie.

- Zumindest bis zur Entwicklung einer funktionsfähigen Basisversion sollte das Projekt als im Sinne eines *open source* Projekts geführt werden.
- Der anatomische Datensatz muss analog des Humanen Genoms dauerhaft öffentlich verfügbar sein.

Zusammenfassend wurde mit der NGSS-Initiative eine grundlegende Veränderung der chirurgischen Fächer hin zu einer größeren Patientensicherheit, rascherer Innovation, mehr Durchdringung für die optimalen Therapiestandards und gleichzeitig eine Verbesserung der Karrierechancen sowie Vereinbarkeit von Familie und Beruf skizziert. Die Herausforderung dies umzusetzen ist groß. Daher ist eine offene Kollaboration mit entsprechender Finanzierung notwendig. Die Autoren möchten alle Interessierten auch dazu aufrufen, sich der Initiative anzuschließen, da dieses Ziel nur durch breite Expertise und Engagement erreicht werden kann.

LITERATUR

- [1] Benz S, Gerken M (2022) Versorgungssituation des Kolorektalen Karzinoms. In, Nationale Qualitätskonferenz, Deutscher Krebsskongress
- [2] Benz SR, Feder IS, Vollmer S et al. (2022) Complete mesocolic excision for right

colonic cancer: prospective multicentre study. The British journal of surgery 110:98-105

- [3] Burghgraef TA, Sikkenk DJ, Verheijen PM et al. (2022) The learning curve of laparoscopic, robot-assisted and transanal total mesorectal excisions: a systematic review. Surgical endoscopy 36:6337-6360
- [4] Himss_Europe (2015) Auf den Spuren der Zeitdiebe im Krankenhaus. In, www.nuance.com/asset/de_de/collateral/healthcare/analyst-report/ar-dragon-medical-zeitdiebe-im-krankenhaus-de-de.pdf
- [5] Huber T, Huettl F, Vradelis L et al. (2023) [Evidence, Availability and Future Visions in Simulation in General and Visceral Surgery]. Zentralblatt für Chirurgie 148:337-346
- [6] Krebsgesellschaft D (2022) Jahresbericht Darmkrebszentren. In:
- [7] Penning D (2023) Operieren in der Schwangerschaft. In:
- [8] Schardey J, Huber T, Kappenberger AS et al. (2023) [Expected effects of the new continuing education regulations in general and visceral surgery : Survey among Bavarian surgeons and residents]. Chirurgie (Heidelb) 94:155-163

Reisebericht ACS Reisestipendium

Florian Kühn



PD Dr. med. Florian Kühn
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Transplantationschirurgie
Klinikum der Universität München
Direktor: Prof. Dr. med. Jens Werner

Obwohl ich mich bereits 2019 auf das Reisestipendium zum Jahreskongress des *American College of Surgeons* (ACS) beworben hatte, konnte ich aufgrund der Corona-Pandemie, des damit verbundenen zeitweiligen Einreiseverbots und virtuellen Kongressformaten die Reise zum Präsenzkongress erst 2023 antreten. Mittlerweile war ich bereits *Fellow* des *Colleges* geworden, die feierliche Aufnahme in die Gesellschaft durfte ich 2021 allerdings nur online miterleben. Aufgrund der tatkräftigen Unterstützung der DGCH und der engen Zusammenarbeit des ACS Germany Chapter mit den Verantwortlichen beim ACS war es mir aber nun vergönnt, das Stipendium in diesem Jahr offiziell anzutreten.

BESUCH DES 1. ZENTRUMS: MEMORIAL SLOAN KETTERING NEW YORK

Gastgeber: Julio Garcia-Aguilar

Die Reise begann in München und es ging via Direktflug zu meiner ersten Station nach New York an das *Memorial Sloan Kettering Cancer Center* (MSK). Das MSK gilt neben dem *MD Anderson Cancer Center* als das führende Krankenhaus in der Behandlung onkologischer Erkrankungen in den USA. Das Krankenhaus liegt unweit östlich vom Central Park und verfügt über rund 500 Betten. Hier hatte ich mich für ein *Observership* in der robotischen kolorektalen Chirurgie bei Dr. Garcia-Aguilar beworben. Dr. Garcia-Aguilar (**Abb. 1**) leitet am MSK die kolorektale Chirurgie, hat den *Bennot C. Schmidt Chair in Surgical Oncology* inne und ist *Professor of Surgery at Weill Cornell Medical College*. Weltweit bekannt geworden ist Dr. Garcia-Aguilar aber durch den sog. OPRA Trial [1] – der praxisverändernden Studie zum Organerhalt bei fortgeschrittenem Rektumkarzinom.

”

**WE’RE CHANGING
HOW THE WORLD
TREATS CANCER“**

MSKCC, New York

Das MSK ist auch Vorreiter in Sachen Immuntherapie; hier wurde auch die bahnbrechende, im *New England Journal* publizierte Studie zur Immuntherapie bei fortgeschrittenem Rektumkarzinom von *Cercek et al.* durchgeführt [2]. Nach der obligaten Onlineabsolvierung einiger Verhaltenskurse und einer kurzen Einführungsveranstaltung vor Ort ging es dann gleich in den OP. Bereits vorab hatte ich einen persönlichen OP-Plan mit den zu observierenden Operationen zugesandt bekommen. Am MSK gibt es aktuell mehrere OP-Robotersysteme. Zu Trainingszwecken sind alle Systeme mit einer zweiten Konsole für die *Fellows* oder *Residents* ausgestattet. Laparoskopiert wird am MSK eigentlich nur noch in Ausnahmefällen, da entweder robotisch assistiert oder offen operiert wird. Zumindest die kolorektalen OPs werden – wenn immer möglich – robotisch durchgeführt. Als Tisch-Assistenz dient hier ein *Physician Assistant*; *Fellows* oder *Residents* sitzen an der Trainingskonsole. Durch die tägliche Routine konnten die Aufbau-, Andock- und OP-Zeiten im Vergleich zur Implementierungsphase deutlich verkürzt werden. Zwei Tage verbrachte ich im OP und durfte u. a. bei einer tiefen anterioren Rektumresektion, einer abdominoperinealen



Abb. 1: Prof. Julio Garcia-Aguilar (li.), PD Dr. med. Florian Kühn

Rektumexstirpation bei Crohn-assoziiertem Karzinom und bei einer subtotalen Kolektomie bei Lynch-assoziiertem Karzinom zuschauen. Auch durfte ich Dr. Garcia-Aguilar bei der robotischen Versorgung einer parastomalen Hernie (Sugarbaker) zusehen; obwohl am MSK eigentlich nur Krebserkrankungen behandelt werden, werden die Komplikationen der eigenen Patienten (z. B. parastomale Hernie) auch hier behandelt. Einen weiteren Tag durfte ich Dr. Garcia-Aguilar in seiner kolorektalen Sprechstunde begleiten, was ebenfalls eine überaus interessante Erfahrung war.

BESUCH DES CLINICAL CONGRESS DES ACS: 22.-25.10.2023 BOSTON, MASSACHUSETTS, USA

Der *Clinical Congress* des ACS ist einer der ältesten und größten chirurgischen Kongresse weltweit und findet jährlich an

verschiedenen Orten in den USA statt. Dieses Jahr war Boston der Austragungsort. Für mich persönlich ist Boston eine sehr besondere Stadt, an die ich aufgrund meiner Zeit als *Postdoc* zahlreiche positive Erinnerungen habe. Der Kongress war perfekt organisiert und hatte durch verschiedene Sitzungstypen wie *Named Lectures*, *Panel Session*, *Scientific Forum*, *Skills Course*, *Didactic Course* und *Video-based Education* für jeden Teilnehmer etwas im Angebot. Die *Panel Sessions* waren qualitativ extrem hochwertig und die Diskussionskultur einzigartig und nicht wirklich mit deutschen Kongressen zu vergleichen. Obwohl eigentlich ausreichende Zeiträume für die lebhaften Diskussionen eingeplant waren, mussten diese zumeist aus Zeitgründen von den Vorsitzenden ausdrücklich beendet werden. Für die internationalen *Scholars* gab außerdem ein sehr gut organisiertes Zusatzprogramm mit Einladungen zu Lunch-Sessions, Abendveranstaltungen und

Kursen. Ein weiterer Höhepunkt war das *Congress Dinner* des Germany Chapter des ACS, bei dem ich mich mit verschiedenen Kolleginnen und Kollegen aus Deutschland und den USA bestens austauschen durfte.

BESUCH DES 2. ZENTRUMS: MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL

Gastgeber: Richard Hodin

Als zweites Zentrum hatte ich mir das *Massachusetts General Hospital* (MGH) ausgesucht. Das MGH ist mit über 1.000 Betten das größte Lehrkrankenhaus der *Harvard Medical School* der *Harvard University* und betreibt mit einem jährlichen Forschungsbudget von über einer Milliarde US-\$ das größte krankenhausbasierte Forschungsprogramm der USA. Hier durfte ich bereits von 2015 bis 2017 ein von der DFG-gefördertes Forschungsstipendium absolvieren und nun war es eine große Freude, an diesen für mich sehr besonderen Ort zurückzukehren. Mein dortiger Gastgeber war Richard Hodin (Abb. 2), bei dem ich bereits vor einigen Jahren als *Postdoc* arbeiten durfte. Richard Hodin ist Chef der *Division for Gastrointestinal and Oncologic Surgery* und *Professor of Surgery* und Lehrstuhlinhaber des *Warshaw Family Chair of Surgery*. Außerdem leitet er die endokrine Chirurgie am MGH, mit ca. 1.500 Eingriffen pro Jahr eines der größten Zentren der USA. Die Betreuung während meines Besuchs war sehr persönlich und das *Observership* war ein wirklich toller und abwechslungsreicher Abschluss meiner intensiven Kongressreise. Während meines gesamten Aufenthalts am MGH wurde ich von Richard Hodin persönlich betreut und u. a. in den OP, zur wöchentlichen M+M-Konferenz und zu den *Surgical Grand Rounds* mitgenommen. Die chirurgische Donnerstagsfortbildung am MGH ist berühmt für ihre originellen und innovativen Themen, die immer hochaktuell sind. Im OP durfte ich verschiedene robotisch assistierte (u. a. ventrales Narbenhernienrepair, Fundoplicatio, Cholezystektomie), laparoskopische und auch offene endokrine Eingriffe verfolgen und mir dabei noch einiges anschauen. Wissenschaftlich wurden die bereits sehr guten Beziehungen durch die Planung

zukünftiger Projekte und Austauschprogramme weiter vertieft.

Neben der DGCH und den Gastgebern gilt mein besonderer Dank meinem Chef Professor Jens Werner, dem ehemaligen und dem aktuellen Generalsekretär der DGCH (Professor Hans-Joachim Meyer, Professor Thomas Schmitz-Rixen) und dem German Chapter des ACS (insbesondere Ernst Klar und Norbert Senninger) für diese wirklich einzigartige Erfahrung.

LITERATUR

- [1] **Garcia-Aguilar J**, Patil S, Gollub MJ, Kim JK, Yuval JB, Thompson HM, Verheij FS, Omer DM, Lee M, Dunne RF, Marcet J, Cataldo P, Polite B, Herzig DO, Liska D, Oommen S, Friel CM, Ternent C, Coveler AL, Hunt S, Gregory A, Varma MG, Bello BL, Carmichael JC, Krauss J, Gleisner A, Paty PB, Weiser MR, Nash GM, Pappou E, Guillem JG, Temple L, Wei IH, Widmar M, Lin S, Segal NH, **Cercek A**, Yaeger R, Smith JJ, Goodman KA, Wu AJ, Saltz LB. Organ Preservation in Patients With Rectal Adenocarcinoma Treated With Total Neoadjuvant Therapy. *J Clin Oncol*. 2022 Aug 10;40(23):2546-2556.



Abb. 2: Prof. Richard Hodin, PD Dr. med. Florian Kühn

- [2] **Cercek A**, Lumish M, Sinopoli J, Weiss J, Shia J, Lamendola-Essel M, El Dika IH, Segal N, Shcherba M, Sugarman R, Stadler Z, Yaeger R, Smith JJ, Rousseau B, Argiles G, Patel M, Desai A, Saltz LB, Widmar M, Iyer K, Zhang J, Gianino N, Crane C, Romesser PB, Pappou

EP, Paty P, **Garcia-Aguilar J**, Gonen M, Gollub M, Weiser MR, Schalper KA, Diaz LA Jr. PD-1 Blockade in Mismatch Repair-Deficient, Locally Advanced Rectal Cancer. *N Engl J Med*. 2022 Jun 23;386(25):2363-2376. doi: 10.1056/NEJMoa2201445.



„Bedeutende, aber (fast) vergessene Chirurgen“

Der „gute deutsche Doktor“ – Chirurg auf der Insel Milos

Michael Sachs

**MARINESTABSARZT D. RES.
DR. MED. HANS J. A. LÖBER
(1910-1944) UND SEIN LAZARETT
FÜR DIE GRIECHISCHE
ZIVILBEVÖLKERUNG IM II.
WELTKRIEG**

In diesem Beitrag wird wieder von einem bedeutenden, aber (fast) vergessenen Chirurgen berichtet, der durch seine operative Tätigkeit Großes geleistet hat, auch wenn er keine Beiträge zur Entwicklung der modernen Chirurgie geleistet hat. Noch heute ist dieser Chirurg als „der gute deutsche Doktor“ in der Erinnerung der Bevölkerung auf Milos, von Patienten und deren Nachkommen.

Der Marinestabsarzt der Reserve Dr. med. Hans J. A. Löber wurde im Juni 1943 auf die griechische

Kykladen-Insel Milos kommandiert. Er hatte den militärischen Auftrag, ein Krankenrevier („Lazarett“ genannt) für verletzte deutsche Soldaten dort aufzubauen. Dies geschah seit Ende Juni 1943 in der alten Volksschule und verschiedenen Nebengebäuden in der Inselhauptstadt Plaka [1], in denen bis zu 120 Patienten stationär aufgenommen werden konnten. Es stand sogar ein Röntgengerät („Siemens Kugel“) und ein improvisierter Operationssaal zur Verfügung mit Dieselmotoren zur Stromerzeugung. Mit Genehmigung seiner Vorgesetzten (Inselkommandant Kapitän zur See Dr. Hans-Joachim von Stockhausen [*1898] und Flottenarzt Walter Zschoche [*1891]) durfte er dort auch griechische Inselbewohner behandeln. Unterstützung bekam Dr. Löber durch – allerdings meist unausgebildetes – Hilfspersonal, später auch durch Sanitäter und ein bis zwei



Prof. Dr. med. Michael Sachs
Komm. Leiter des Dr.
Senckenbergischen
Instituts für Geschichte und Ethik
der Medizin
Goethe-Universität Frankfurt am Main
Paul-Ehrlich-Str. 20-22
60590 Frankfurt am Main

Militär-Assistenzärzte. In den 18 Monaten seiner Tätigkeit auf Milos hat Dr. Löber dort über 200 Operationen an griechischen Inselbewohnern durchgeführt. Dies war nur möglich durch die kollegiale Zusammenarbeit mit den griechischen Inselärzten, besonders mit Dr. Kypräus. Bisher hatte es auf Milos keinen Chirurgen gegeben, operationsbedürftige Bewohner mussten zu diesem Zwecke auf Nachbarinseln transportiert werden.

Wir sind über Löbers operative Tätigkeit durch die Publikation seiner Feldpostbriefe an seine Familie informiert, die von seinem posthum geborenen Sohn Dipl.-Psych. Dr. rer. nat. Hanns-Georg Löber mit Hilfe eines griechischen Journalisten und durch finanzielle Unterstützung eines seiner ehemaligen Patienten 2014 in Athen publiziert wurden [2]. Diese Feldpostbriefe stellen eine eindrucksvolle Quelle der Menschlichkeit im Kriege dar.

Löbers erste größere Operation auf Milos erfolgte bereits Anfang Juli 1943 bei einem 54-jährigen griechischen Patienten wegen einer seit 24 Stunden eingeklemmten linksseitigen Leistenhernie. Nach Reposition erholte sich der Darm. Die Entlassung erfolgte nach etwa zwei Wochen nach zunächst komplikationslosem postoperativem Verlauf.

Allerdings musste der Patient drei Tage später nach einem Diätfehler wegen eines Bridenileus reoperiert werden. Danach beobachtete der Chirurg aber dann einen komplikationslosen Verlauf und zweite Entlassung nach Hause nach zwei weiteren Wochen. Später musste Löber bei diesem Patienten dann noch eine Semikastration durchführen: „mein erster und schwerster Patient“, schrieb er.

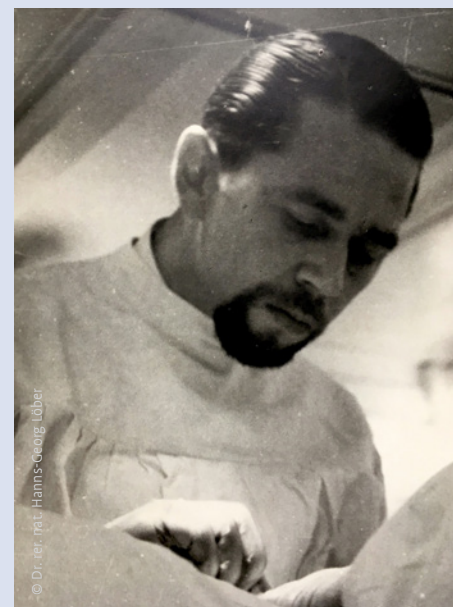


Abb. 1: Dr. Hans Löber als Chirurg auf Milos (Aufnahme von 1943/44).



Abb. 2: Dr. Löber und ein Sanitätssoldat zu Besuch in einem Bauernhaus auf Milos, gemeinsam mit dem griechischen Arzt Dr. Kypräus.

Sachs M: Der „gute deutsche Doktor“ – Chirurg auf der Insel Milos. *Passion Chirurgie*. 2024 März; 14(03/I): Artikel 06_07.

Eine der ersten Operationen war die Enukleation eines Auges bei einer alten Frau in Evipan-Narkose mit Defektdeckung durch ein freies Fettgewebstransplantat vom Oberschenkel.

Außerdem führte Dr. Löber Operationen bei griechischen Patienten mit grauem Star durch, nachdem er eine Operationsanleitung und die entsprechenden Instrumente von einer Studienkollegin (der Tochter Irmgard des bekannten Berliner Augenarztes Prof. Dr.med. Emil Krückmann [1865–1944]) zugeschickt bekommen hatte. Bisher hatte er Staroperationen noch nicht selbst durchgeführt. Eine vorher blind gewesene 85-jährige Griechin konnte nach der Operation wieder sehen! Außerdem wurden in seinem Lazarett zahlreiche Bluttransfusionen durchgeführt, die ersten auf dieser Insel, wie er nicht ohne Stolz bemerkt. Dr. Löber verwendet bei

größeren infizierten Wunden seinerzeit zwei neue Sulfonamidpräparate: „Marfanil-Puder“ und zusätzlich „Globucid“ intravenös.

Außerdem hat Dr. Löber folgende Operationen bei griechischen Patienten durchgeführt: Struma magna (in Lokalanästhesie; Entlassung am 12. postoperativen Tag), Rezidivstruma, (in Lokalanästhesie), eingeklemmte Hernien (Leiste, Schenkel, epigastrisch) z. T. mit Dünndarmsegmentresektion, Blasensteinoperation (Sectio alta, in Lumbalanästhesie), Appendektomien (in Äthernarkose), Phimosen, ein stielgedrehtes Ovarialkystom (4 kg), eine Patientin mit Extrauterin gravidität, eine Patientin mit Totalprolaps des Uterus, eine Patientin mit kindskopfgroßer Echinokokkuszyste der Leber (Enukleation), auch Kaiserschnitte. Außerdem führte

er eine Oberschenkelamputation beidseits bei einer Griechin durch, die auf einem verminnten Feld Weintrauen pflücken wollte. Die Patientin verstarb „mir aber auf dem OP Tisch“. Er erwähnt „am laufenden Band“ Personen mit Granatsplitterverletzungen „im wilden Kriegsgeschehen“. Vermutlich handelte es sich um Soldaten, aber das durfte er wegen der Zensur nichts genauer schreiben. Eine Schädeltrepanation erfolgte bei einem verletzten Matrosen. Patienten mit Oberschenkelschussfrakturen wurden mit Drahtextensionen versorgt. Stolz berichtet der Chirurg über eine 90-jährige Frau mit inkarzierter Schenkelhernie, bei der er ein nekrotisches Dünndarmsegment resezierte: „Das war die erste Darmresektion auf der Insel“.

Dr. Löber musste sich darüber hinaus auch über die Behandlung und Prophylaxe der



Abb. 3: Dr. Löber gemeinsam mit dem mit ihm befreundeten Inselkommandanten (von 11.06.1943 bis 9.01.1944, 09.01) Kapitän zur See Dr. Hans-Joachim von Stockhausen (*1898) auf Milos.

Malaria belesen, die auf der Insel endemisch war. Die Larven entwickelten sich in den zahlreichen Wasserspeichern, es gab angeblich keine Quelle auf Milos. „Spezialist sein ist schön, aber noch schöner ist, wirklich in allen Satteln zu sitzen und sich immer mehr dem klassischen hippokratischen Arztideal zu nähern“ schreibt er an seine Familie. Er berichtet seiner Familie aber auch über seine Komplikationen, beispielsweise über Tod eines 18-jährigen Griechen mit einer kindskopfgroßen Echinokokkuszyste in der Leber, der postoperativ nach einer „stumpfen Auslösung, meist mit dem Finger“ in Äthernarkose nach seinen Angaben an einer „akuten Herzschwäche“ verstarb.

Dr. Löber wurde 1910 im hessischen Hofgeismar (Reg.-Bez. Kassel) als Sohn eines wohlhabenden Kaufmanns geboren und evangelisch getauft. Nach dem Abitur 1929 am Realgymnasium in Hofgeismar studierte er 1929-1935 an den Universitäten Leipzig, Hamburg, Heidelberg (vorklinische Semester). Die klinischen Semester absolvierte er dann in Berlin, Göttingen, Wien (u. a. bei Prof. Böhler) und zuletzt in Marburg/Lahn, wo er 1935 mit einer Arbeit aus dem Bereich der Chirurgie (aseptische Knochennekrosen) promovierte. „Nach Abschluß des Wiener Semesters (1933) unternahm ich eine Studienreise durch die Mittelmeerländer und Nordafrika (u.a. war er in Tunis), um Krankenhäuser in verschiedenen Ländern zu besuchen“ schreibt er im Lebenslauf seiner Dissertation (1935) [3]. Hier deutet sich erstmals sein späterer Lebensweg an. Nach dem Studium (1936/37) praktizierte er als Schiffsarzt auf Schiffen der Handelsmarine (u. a. auf dem Segelschulschiff „Deutschland“), wodurch er u. a. Westindien und Brasilien kennenlernte. Im Januar 1938 wurde er Assistenzarzt am Kreiskrankenhaus Osterode/Ostpreußen unter Chefarzt Dr. med. Hellmuth Ackermann (*1895; † nach 1960), der

Chirurg, Gynäkologe und Geburtshelfer gewesen war. 1938 wurden von Dr. Löber zwei wissenschaftlichen Arbeiten publiziert, über „die Vorgänge beim Ertrinken“ und über „Gasbrand nach Appendizitis“. [4] Im April 1941 wurde er zur Marine als Reserve-Sanitätsoffizier eingezogen, wo er zunächst in verschiedenen Lazaretten an Land (Lauenburg, Griechenland, Estland) und auf Lazarettschiffen (über ein Jahr auf der „Berlin“ im norwegischen Eismeer bei dem schlesischen Chirurgen Oberstabsarzt Dr. Curt Klipstein und zuletzt 1943/44 auf der „Strassburg“ in Rotterdam) eingesetzt war. Diese beiden großen Lazarettschiffe waren jeweils 167 m lang und 21 m breit und enthielten etwa 500 Krankenbetten. [5]

Motive seines Handels als Arzt und Mensch waren für Dr. Löber seine christliche Grundeinstellung, nach der Freund und Feind alle Geschöpfe des einen Gottes sind. Er hat dies nicht nur in seinen Feldpostbriefen so formuliert – fast jeder Familienbrief endet mit der Schlussformel „Gott behüte Euch“ –, sondern offenkundig auch danach gehandelt: „Jeden neuen Tag nehme ich gerade jetzt hier dankbar aus Gottes Hand, nehme die Tage nur als ein gnädiges Geschenk! Aber ich habe keinerlei Anrecht auf dieses Geschenk.“

Löbers segensreiche chirurgische Tätigkeit auf der Insel wurde durch seine Tötung durch griechische Partisanen beendet, als er sich am 5. Dezember 1944 auf dem Rückweg von der Untersuchung einer von ihm operierten Patientin in das Lazarett befand. Der Wagen wurde von den griechischen Partisanen beschossen und brannte aus. Täter waren Angehörige der von den Briten unterstützen sog. „Heiligen Brigade“, d. h. Offiziere der ehemaligen griechischen Armee, die von der Nachbarinsel Kimolos nach Milos gekommen waren. Es starben zusammen mit Dr. Löber: die griechische Krankenhelferin „Nanou“

Konstantin Kritikou, der Krankenpflegehelfer Obergefreiter Wilhelm Pytko, der damalige Inselkommandant Korvettenkapitän Bernhard Kuhn (aus Schlesien) und dessen Fahrer Josef Jetzel (aus Österreich.)

Dr. med. Löbers Sohn, Dipl. Psych. Dr. rer. nat. Hanns-Georg Löber, wurde wenige Tage nach dem tragischen Tod seines Vaters (am 21.12.1944) geboren.

LITERATUR

- [1] In der Nähe des Lazarets wurde 1820 von einem Bauern die berühmte „Venus von Milo“ (heute im Louvre) gefunden.
- [2] Löber, Hanns-Georg; Gregory Belivankis: Der Arzt Hans Löber. Briefe aus Milos, 1943-1944. Athen: Chaidemenos 2004 [8°, 158 S., Abb.]. In deutschen Bibliotheken befindet sich laut KVK nur 1 Exemplar (Deutsche Nationalbibliothek, Leipzig; Signatur: 2021 A 25063). Der Verfasser dankt Herrn Dr. rer. nat. Löber für die Zuverfügungstellung der Abbildungen aus dem Besitz seines Vaters und auch Herrn Pfarrer Daniel Fricke (Frankfurt am Main) für wertvolle Hinweise.
- [3] Löber, Hans J. A.: Ausheilung malacischer Prozesse, sogenannter aseptischer Nekrosen (Nachuntersuchungen). Inaugural-Dissertation [Med. Fakultät, Univ. Marburg]. Marburg: H. Bauer 1935
- [4] erschienen in der Münch. Med. Wschr. 85 (1938), p. 982-983 und 1942-1944; Aussprache in Jg. 86 (1939), p. 302.
- [5] siehe Schmidt, Rudolf, Arnold Kludas: Die deutschen Lazarettschiffe im Zweiten Weltkrieg. Stuttgart: Motorbuch Verlag 1978, p.156 u. 165.

Nachruf auf Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Jörg Rüdiger Siewert



In memoriam
Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.
Jörg Rüdiger Siewert
(*08.02.1940 † 09.01.2024)

Professor Jörg Rüdiger Siewert ist im Alter von 83 Jahren nach kurzer schwerer Krankheit am 9. Januar 2024 in „seinem“ Universitätsklinikum, dem Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, verstorben. Mit seinem Tod verliert die deutsche und internationale chirurgische Welt einen ihrer herausragendsten Pioniere und Visionäre der letzten Jahrzehnte. Als einer der profiliertesten Vertreter der deutschen Hochschulmedizin erstreckt sich sein Vermächtnis jedoch weit über die Grenzen der Chirurgie hinaus.

Geboren in Berlin und dort in den Nachkriegsjahren aufgewachsen, begann er seine chirurgische Karriere 1967 am damaligen Rudolf-Virchow-Krankenhaus (dem heutigen Campus Virchow-Klinikum der Charité) unter Professor Wilhelm Heim. Nach dem Ruf von Professor Hans-Jürgen Peiper auf den chirurgischen Lehrstuhl der Georg-August-Universität wechselte Siewert 1969 zu ihm an die Universitätsklinik nach Göttingen. Peiper beeinflusste maßgeblich seine weitere akademische und chirurgische Karriere als ausgewiesener Viszeralchirurg mit besonderem klinischen und wissenschaftlichen Schwerpunkt in der Magen- und Ösophaguschirurgie. Hier habilitierte Siewert auch zum Thema „Klinische und experimentelle Untersuchungen zum Wirkungsmechanismus und zur Rekonstruktion des unteren Ösophagussphinkters“ und wurde 1977 in Göttingen zum außerplanmäßigen Professor ernannt. Gemeinsam mit Peiper perfektionierte er hier auch eine nach ihm benannte Rekonstruktionsmethode nach totaler Gastrektomie: die Pouch-Ösophago-Jejunoplikatio. Während seiner Zeit in Göttingen erfolgten weitere prägende Hospitationen und Gastprofessuren unter anderem bei Professor Rudolf Nissen und Professor Martin Allgöwer in Basel, Schweiz, und bei Professor David Skinner an der University of Chicago in den USA.

Im Jahr 1982 folgte Professor Siewert dem Ruf der noch jungen medizinischen Fakultät der Technischen Universität München (TUM) auf den Lehrstuhl für Chirurgie als Nachfolger von Professor Georg Maurer. Als Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik (1982-2007) und als Ärztlicher Direktor (1987-2007) hat er hier das Klinikum rechts der Isar der TUM über mehr als zwei Jahrzehnte entscheidend geprägt. Unter seiner Leitung entwickelte sich das „rechts der Isar“ zu einem der führenden Universitätsklinika Deutschlands.

Nach seinem Ausscheiden als aktiver Chirurg und Emeritierung als „Emeritus of Exzellenz“ an der TUM übernahm er voll Tatendrang als Leitender Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender von 2007 bis 2011 die Leitung des Universitätsklinikums Heidelberg und zusätzlich, ab 2010 zunächst kommissarisch, von 2011 bis 2018 dann hauptamtlich die Position des Leitenden Ärztlichen Direktors und Vorstandsvorsitzenden des Universitätsklinikums Freiburg. Unter zum Teil schwierigen Umständen und Rahmenbedingungen konnte er auch hier die Universitätsmedizin nachhaltig prägen und in der deutschen Spitzengruppe der Universitätsklinika etablieren. Von 2007 bis 2012 vertrat darüber hinaus in hervorgehobener Weise als Erster Vorsitzender des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) engagiert die Interessen der deutschen Hochschulmedizin gegenüber der Politik.

Wissenschaftlich zählte Prof Rüdiger Siewert zu den bedeutendsten Vertretern der deutschen Viszeralchirurgie. Als Pionier der modernen chirurgischen Gastroenterologie und chirurgischen Onkologie propagierte er über mehr als drei Jahrzehnte innovative chirurgische Verfahren in der Bauchchirurgie und der interdisziplinären multimodalen Krebsbehandlung gastrointestinaler Tumoren.

Weltweites Renommee erlangte Prof Siewert vor allem durch sein klinisches Wirken und seine innovativen Impulse im Bereich der Ösophagus- und Magenchirurgie. International etabliert ist mittlerweile die von ihm erstmals 1986 beschriebene und nach ihm benannte Klassifikation der Adenokarzinom des Ösophago-Gastralen Übergangs (die sogenannte AEG Klassifikation) in:

Siewert Typ I: das Adenokarzinom des distalen Ösophagus (entstanden in der Regel auf dem Boden eines Barrett Ösophagus), welches oft den ösophago-gastralen Übergang von oben her infiltriert,

Siewert Typ II: das eigentliche Cardiakarzinom mit Tumorzentrum unmittelbar am ösophago-gastralen Übergang, und

Siewert Typ III: das von subkardial in den ösophago-gastralen Übergang und distalen Ösophagus infiltrierende Magenkarzinom.

Die „Siewert-Classification of Adenocarcinoma of the Esophago-Gastric Junction“ (AEG Classification) dient heute weltweit zur Stratifizierung von Therapiestudien und Behandlungsstrategien dieser zunehmend häufigeren Tumore.

National und international wurde er für seine wissenschaftlichen Leistungen und sein chirurgisches Wirken mit allen denkbaren Ehrungen bedacht. Neben vielfachen Ehrendoktor- und Ehrenprofessor-Würden, Ehrenmitgliedschaften in unzähligen internationalen chirurgischen Gesellschaften, Senator der Nationalen Akademie der Wissenschaften – Leopoldina, Bundesverdienstkreuz, Bayrischem Verdienstorden, Österreichischem Ehrenkreuz, Ernennung zum Offizier der Französischen Ehrenlegion, Deutschem Krebspreis und dem Preis der Deutschen Krebshilfe, zählen hierzu vor allem die Präsidentschaften der International Society for Diseases of the Esophagus (ISDE, 1989-1992), der International Gastric Cancer Association (IGCA, 1997-1999), der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH, 2001-2002), und der Internationalen Surgical Society (ISS, 2003-2005). Für ihn vielleicht am bedeutendsten war aber wohl die Gründung und Gründungspräsidentschaft der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) im Jahr 1998.

Neben seinen klinischen, wissenschaftlichen und hochschulpolitischen Aktivitäten war Siewert auch ein begnadeter Redner und enthusiastischer Lehrer. Seine Hauptvorlesung

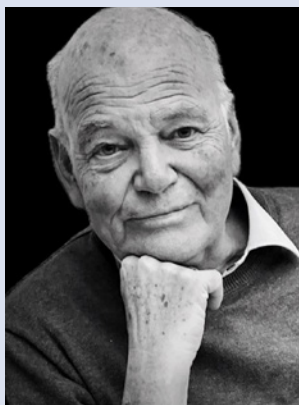
Chirurgie während seiner Zeit am Klinikum rechts der Isar war legendär und trieb selbst die müdesten Studenten morgens um 8 Uhr in den stets bis zum letzten Platz besetzten Vorlesungssaal. Das von ihm herausgegebene und mehr als 1.000-seitige Lehrbuch ‚Chirurgie‘ zählt (inzwischen in der 9. Auflage) noch heute zu den meistverkauften und gelesenen Standardwerken für Medizinstudenten und angehende Fachärzte.

Professor Jörg Rüdiger Siewert war in jeder Hinsicht eine Ausnahmeerscheinung. Seine Mitarbeiter schätzten ihn als „harten“, aber fairen und charismatischen Chef, seine Patienten verehrten ihn als empathischen Arzt, die chirurgische Welt achtete ihn als großen Chirurgen, in der wissenschaftlichen Welt galt er als innovativer Denker, in der Hochschulpolitik als genialer Stratege. Auch nach seiner Emeritierung in München und seinem Ausscheiden als ärztlicher Direktor an den Universitätsklinik in Heidelberg und Freiburg hatte er für seine ‚Schüler‘ und Weggefährten immer ein offenes Ohr und stand jederzeit mit Rat und Tat zur Verfügung.

Wir werden ihn vermissen.

Prof. Dr. Hubert J. Stein und Dr. Martin Sies

Nachruf auf Prof. Dr. med. Klaus Balzer



In memoriam
Prof. Dr. med.
Klaus Balzer
(*28.04.1946 † 26.12.2023)

Mit tiefer Trauer nehmen wir Abschied von Prof. Dr. med. Klaus Balzer, geboren am 28.04.1946 in Duisburg und verstorben am 26.12.2023 an seinem Heimatort Mülheim an der Ruhr.

Hier besuchte er bereits die Grundschule und das staatliche Gymnasium. Nach dem Abitur 1965 studierte Klaus Balzer Humanmedizin in Bonn und Essen. Schon während seines Studiums entdeckte er seine Leidenschaft für die Chirurgie. Der Weg führte ihn nach dem Studium nach Mülheim a. d. Ruhr, wo er ab 1972 unter der Leitung von Prof. Dr. Geert Carsensen an der Chirurgischen Klinik des Evangelischen Krankenhauses seine Ausbildung zum Facharzt für Chirurgie erhielt. Bereits im Alter von 34 Jahren wurde er zum Oberarzt ernannt. Früh zeigte sich auch seine Begeisterung für die Gefäßchirurgie, die zu der Zeit noch nicht als eigenständige Fachdisziplin anerkannt war. 1987 wurde er zum Chefarzt der neugegründeten Klinik für Gefäßchirurgie am gleichen Krankenhaus in Mülheim a. d. R. berufen. Die Klinik war mit 100 Betten über viele Jahre die größte und eine der ersten selbstständigen Kliniken für Gefäßchirurgie in Deutschland.

Prof. Klaus Balzer war am 07.12.1985 Teilnehmer auf dem Gründungskongress der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie in München. Intensiv vertrat er seither die Interessen der neugegründeten DGG. Als langjähriges Vorstandsmitglied und als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie 2005-2006 sowie als Präsident des European Board of Vascular Surgery prägte er

die Gefäßchirurgie auf nationaler und europäischer Ebene maßgeblich. Sein jahrelanges Engagement für die Zertifizierung von Gefäßzentren sowie seine intensiven Bemühungen in der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie hinterlassen einen bleibenden Eindruck. Klaus Balzer wurde national und international v. a. für seine Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Carotischirurgie anerkannt. Im Jahr 2004 wurde ihm durch das Bundesland Nordrhein-Westfalen der Professorentitel verliehen.

Neben seiner medizinischen Laufbahn fand er auch in seinem privaten Leben Erfüllung. Er war seit 1970 mit Brigitte Balzer glücklich verheiratet. Aus der Ehe gingen drei Söhne hervor, von denen zwei den beruflichen Weg des Vaters, Kai als Gefäßchirurg und Jan als Kardiologe, einschlugen, während der dritte Sohn, Ulf, seinen Weg als Fregattenkapitän bei der Bundesmarine ging. Privat fand Klaus Balzer Erholung und Freude in seinem Urlaubsdomizil in Spanien an der Costa Blanca, das ihm als zweite Heimat galt.

Sein Vermächtnis als Mentor und Vorbild wird weiterleben, ebenso wie seine bahnbrechenden Beiträge zur Gefäßmedizin. Prof. Dr. Klaus Balzer bleibt unvergessen – ein Mann von außerordentlichem Fachwissen, Weisheit und Herzlichkeit.

In tiefer Dankbarkeit und Respekt verneigen wir uns vor seinem Lebenswerk und bewahren seine Erinnerung in unseren Herzen.
Achim Florek, Dresden und Dittmar Böckler, Heidelberg

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

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

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

KONTAKT

Dr. Solveig Tenckhoff
Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
T: 06221/56-36839
F: 06221/56-33850
Solveig.Tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
www.sdgc.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel ARMANI ₁ *				
Registrierungsnummer: NCT04678583, DRKS00023792				
Prof. Dr. med. Jürgen Weitz, MSc.	Exper. Gruppe anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	FPI: 12.03.2021	DKTK Joint Funding	Ulrike Neckmann, PhD Studienkoordinatorin Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Sachsen Fetscherstraße 74 01307 Dresden T: 0351 458 18130 F: 0351 458 7273 E: ulrike.neckmann@uniklinikum-dresden.de
Prof. Dr. med. Nuh Rahbari	Kontrollgruppe nicht-anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	41 von 240 Patienten	1530 € / Patient	
Studientitel: BariSurg ₂ *				
Registriernummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. Dr. med. Franck Billmann	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m ² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m ²	FPI: 27.11.2013	–	Prof. Dr. Dr. med. Franck Billmann Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Heidelberg T: 06221 563 44 11 M: Franck.Billmann@med.uni-heidelberg.de
	Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP	187 von 248 Patienten	Kein Fallgeld	
	Kontrollgruppe: Magenbypass-OP			

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: DISPACT-2₃* Registrierungsnummer: DRKS00014011				
PD Dr. med. Rosa Klotz	Patienten mit benignen und malignen Veränderungen des Pankreaskörpers und des -schwanzes mit Indikation zur elektiven distalen Pankreatektomie Exper. Gruppe Minimalinvasive distale Pankreatektomie Kontrollgruppe Offene distale Pankreatektomie	13.08.2020 155 von 294 Patienten	DFG 1.250 € / Patient	PD Dr. med. Rosa Klotz Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Heidelberg Im Neuenheimer Feld 420 T: 06221 56 6980 F: 06221 56 33 850 E: rosa.klotz@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: HULC₄* Registrierungsnummer: DRKS00017517				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren mono- filen Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen- Netz Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik	08.08.2019 494 von 812 Patienten	DFG 500 € / Patient	Dr. Solveig Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) Marsilius-Arkaden Turm-West Im Neuenheimer Feld 130.3 69120 Heidelberg T: 06221-56-36839 F: 06221-56-33850 E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: SELREC₅* Registriernummer: DRKS00030567				
PD Dr. med. Rosa Klotz	Experimentelle Gruppe: Totale mesorektale Exzision (TME) ohne neoadjuvante (Chemo-)Radiotherapie Kontrollgruppe: Leitlinienkonforme neoadjuvante (Chemo-) Radio- therapie (5x5 Gy oder insgesamt 50,4Gy) und ggf. begleitende 5-FU-basierte Chemotherapie gefolgt von TME innerhalb von 12 Wochen	04.05.2023 5 von 1.074 Patienten	BMBF 1.762,39€/Patient	Dr. S. Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) T: 06221 56 36 839 F: 06221 56 33 850 E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: RECOPS₆* Registrierungsnummer: DRKS00024364				
Prof. Dr. med. Daniel Reim	Experimentelle Gruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfre- sektion, Child-Rekonstruktion und zusätzlicher Braun'scher Fußpunktanastomose zwischen der zu- und abführender Schlinge der Duodenojejunostomie Kontrollgruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfrese- ktion und Child-Rekonstruktion	05.05.2022 218 von 606 Patienten	675 €/Patient	Prof. Dr. Daniel Reim Klinikum Rechts der Isar der TU München Klinik und Poliklinik für Chirurgie Ismaninger Str 22 81675 München T: 089 4140 5019 F: 089 4140 2184 E: Daniel.reim@tum.de
Studientitel: MICkey₇* Registrierungsnummer: DRKS00027927				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Totale minimal-invasive Ösophagektomie (MIN-E; entweder über „klassische“ minimal-invasive Laparos- kopie + Thorakoskopie; oder über Roboter-assistierte minimal-invasive Ösophagektomie [RAMIE] oder eine Kombination aus beidem) Kontrollgruppe: Hybrid-Ösophagektomie (HYBRID-E; laparos- kopische/ robotische Bauchchirurgie und offene Thoraxchirurgie)	14.06.2023 15 von 152 Patienten	BMBF 850 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: P.E.L.I.O.N₈ Registriernummer: DRKS00027921				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der Bauchwand während des Loop-Ileostoma-Verschlusses mit fortlaufendem, langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik, der mit einem retromuskulären, nicht resorbierbaren, makroporigen leichten Monofilament- oder Mixed Structure-Netz verstärkt wird. Kontrollgruppe: Bauchwandverschluss beim Loop-Ileostoma-Verschluss mit fortlaufendem langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik ohne Netzverstärkung.	20.01.2023 10 von 304 Patienten	BMBF 650 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de

- [1] Anatomical Resection of liver Metastases in patients with RAS-mutated colorectal cancer
 [2] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial
 [3] Distal Pancreatectomy – A randomised controlled trial to compare minimal-invasive distal pancreatectomy to open resection (DISPACT-2 Trial)
 [4] Hernia reduction following laparotomy using small stitch abdominal wall closure with and without mesh augmentation – HULC
 [5] Selective Neoadjuvant Therapy of Rectal Cancer Patients: SELREC a randomized controlled, open, multicentre non-inferiority trial
 [6] The effect of an additional Braun anastomosis in patients after pancreas head resections
 [7] Eine multizentrisch randomisierte Studie zum Vergleich der postoperativen Morbidität nach total minimal invasiver Chirurgie mit der Hybrid Chirurgie bei der Ösophagektomie - MICkey Studie
 [8] Prophylactic Effect of retromuscular mesh placement during Loop Ileostomy closure On incisional hernia incidence - a multicentre randomized patient- and observer-blind trial (P.E.L.I.O.N Trial)

* Diese Studien werden im Verbund des chirurgischen Studiennetzwerkes Deutschland CHIR-Net durchgeführt.

Stand: Dezember 2023

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr PD Dr. med. Wilfrid Seifart, Berlin	*29.09.1935 † 02.11.2023
Herr Dr. med. Hans Hafner, Simmern	*07.02.1932 † 11.09.2023
Herr Prof. Dr. med. Antonio Larena- Avellaneda, Frechen	*22.04.1936 † 28.11.2023
Herr Dr. med. Gauss Haydar, Laatzen	*09.10.1939 † 16.12.2023
Herr Prof. Dr. med. Hans-Jörg Böhmig, Linz/Österreich Ehrenmitglied	*05.12.1933 † 28.03.2023
Herr Prof. Dr. med. Hans Bittscheid, Cloppenburg	*18.01.1941 † 04.10.2023
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg-Rüdiger Siewert, München	*08.02.1940 † 09.01.2024
Herr Prof. Dr. med. Jong-Soo Lee, Rheinbach	*20.02.1929 † 09.01.2024
Herr Prof. Dr. med. Giesbert Jacobs, Hildesheim	*04.11.1935 † 24.12.2023
Herr Prof. Dr. med. Dietmar Abendroth, Thalfingen	*11.05.1950 † 13.12.2023
Herr Prof. Dr. med. Ernst-R. Schäfer, Neustadt	*14.10.1938 † 06.11.2023
Herr Dr. med Karl-Maria Heidecker, Bingen	*07.10.1927 † 10.11.2023
Herr Dr. med. Nikolai Paschkow, Zittau	*01.10.1932 † 22.01.2024

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

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

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

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

Prof. Dr. med. Ch. Bruns

Präsidentin

Prof. Dr. med. Th. Schmitz-Rixen

Generalsekretär

Prof. Dr. med. J. Werner

Schatzmeister

NEUE BAUSTEINE

SILBERNE BAUSTEINE:

Herr Prof. Dr. med. Volker Nutz, Bonn
in memoriam Prof. Dr. med. Antonio
Larena-Avellaneda Mesa, Frechen

BRONZENE BAUSTEINE:

Herr Dr. med. Jürgen Hofmann, Innsbruck
in memoriam Prof. Dr. med. Hans Lorenz Lindenmaier
Herr Dr. med. Jürgen Hofmann, Innsbruck
in memoriam Prof. Dr. med. Volker Bühren



DGCH-PRÄSIDIUM

ab 01. Januar 2024

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	B. Ludwikowski, Hannover
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	J. Hoffmann, Heidelberg
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	H. Clusmann, Aachen
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	B. Kladny, Herzogenaurach
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen	M. Lehnhardt, Bochum
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	T. Doenst, Jena
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	L. Hillejan, Ostercappeln
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	M. Laschke, Homburg/Saar

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
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
H.-J. Meyer, Hannover**	

* Senator ehrenhalber, Schatzmeister 1996-2011

** Senator ehrenhalber, Generalsekretär 2012-2022