

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

FACHKRÄFTEMANGEL –
GEDANKEN AUS DER
SCHWEIZ

im Fokus

KRANKENHAUSREFORM –
ORIENTIERUNG NACH
DER „REVOLUTION“

04 | 2025

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

Präsident: Prof. Dr. med. Udo Rolle
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Christiane Bruns,
Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner,
Prof. Dr. med. Jens Werner
Generalsekretär: Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
(V.i.S.d.P.)
Schatzmeister: Prof. Dr. med. Johann Pratschke

BDC

Präsident: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
V.i.S.d.P.
Vizepräsidenten: Dr. med. Peter Kalbe,
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Geschäftsführerin: Dr. med. Friederike Burgdorf
Justitiar: Dr. jur. Jörg Heberer, Berlin/München

REDAKTION

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

VERLAG

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

DESIGN

Nina Maria Kuchler, Berlin

ANZEIGEN

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

ABBILDUNGSHINWEISE

Teaserfotos von iStock oder von den Autoren.
Cover © iStock/defun

ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

Passion Chirurgie erscheint 10-mal jährlich als elektronische Ausgabe (eMagazin via BDC|Mobile App über Apple AppStore oder GooglePlay).
Quartalsweise erscheint sie als gedruckte Zeitschriftenausgabe unter IVW-Mitgliedschaft.

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

eISSN 2194-5578

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

3 EDITORIAL

3 Krankenhausreform – Orientierung nach der „Revolution“
Friederike Burgdorf

6 KURZNACHRICHTEN

8 CHIRURGIE

8

DER ABSCHIED VOM BETT. WIE AMBULANTISIEREN KRANKENHÄUSER?

Tanja Engel

13

ROLLE DER NOTFALL- UND RETTUNGSDIENSTREFORM FÜR DIE KRANKENHAUSREFORM

Michael Bayeff-Filloff

18

EINFÜHRUNG DER HYBRID-DRGS – ERFOLGE UND FALLSTRICKE AUS SICHT DER KLINIKEN

Ferdinand Köckerling, Peter Kalbe, Rolf Bartkowski, Helmut Witzigmann, Waldemar Helmut Uhl, Hans-Joachim Meyer

25

ROLLE DER WEITERBILDUNG IN DER KRANKENHAUSREFORM

Henrik Herrmann

29

KRANKENHAUSPLANUNG UND -FINANZIERUNG ANHAND VON LEISTUNGSGRUPPEN – WIRD NUN ALLES BESSER?

Peter-Johann May



33 CHIRURGIE⁺

- 33 **Akademie aktuell:** Ein Plädoyer für die Ausbildung in der konventionellen minimalinvasiven Chirurgie
Wolfgang Schröder, Anna Dupré
- 36 **Nachwuchs:** Osgenic – Digitale Ausbildungslösung für die Chirurgie
Johanna Ludwig
- 39 **Safety Clip:** Die Rolle von Führungskräften für die Patientensicherheit im Krankenhaus
Anja Pope
- 43 **Hygiene-Tipp:** Hygiene in Wartezimmer und Wartebereichen
Martin Groth, Nils Hübner, Lutz Jatzwauk, Wolfgang Kohnen
- 45 **Abrechnung:** Insights Handbuch UV-GOÄ – Interview mit der Herausgeberin Barbara Berner
Eva-Maria Kania

49 Personalia

50 RECHT

- 50 **Vorsicht bei (vorübergehendem) Ausfall** des ärztlichen Leiters eines MVZ
Oliver Butzmann
- 53 **F+A:** Verjährungsbeginn Schadenersatzanspruch aus Arzthaftung
Jörg Heberer

55 GESUNDHEITSPOLITIK

- 55 BDC, DGCH und Fachgesellschaften treten für ihre Grundsätze ein
- 56 BDC trifft H-DRG-Vereinbarung mit Pathologie
Hans-Joachim Meyer, Peter Kalbe, Jörg-Andreas Rüggeberg, Friederike Burgdorf
- 59 **Berufspolitik Aktuell:** Strukturelle Reformen als gesellschaftspolitisches Anliegen
Friederike Burgdorf

61 INTERN

61 DGCH

- 61 Sehr persönlich nachgefragt bei Claudia Rudroff
- 62 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
Solveig Tenckhoff
- 66 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus

67 BDC

- 67 BDC|News
- 69 BDC|Schnittstelle – im Fokus: Prof. Dr. Andreas Kirschniak
Olivia Päßler
- 72 BDC | Landesverbände
- 74 Termine BDC|Akademie
- 77 Lifestyle-Angebote im April 2025

78 PANORAMA

- 78 **Fachkräftemangel – ein nationenübergreifendes Problem**
Hans-Peter Simmen, Michel Conti, Paul Biegger

Kommentar des Generalsekretärs

AUS DER
DGCH



Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
Generalsekretär der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)
DGCH-Präsident 2019-20
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

Wenn Sie diese Zeilen lesen, kennen Sie das Ergebnis der Bundestagswahl und haben sich womöglich ungläubig die Augen gerieben. Dies haben Sie dem Verfasser dieser Zeilen voraus. Aber schon der Wahlkampf und die disruptiven Verlautbarungen der Trump-Administration verkünden laut und deutlich eine Zeitenwende, einen Paradigmenwechsel, den sich sogar Bundeskanzler Scholz nicht hat träumen lassen, als er vor drei Jahren das Wort der Zeitenwende zum ersten Mal benutzt hat. Im Wahlkampf hat trotz vieler anderer überbordender Probleme das Thema Immigration die Oberhand gewonnen und mündete in einer fast hysterischen Debatte. Der Faktencheck zeigt, dass wir ein Einwanderungsland sind und dass Viele nicht mit fertiger Berufsausbildung als Fachkräfte gekommen sind und von diesen Viele auch nicht unbedingt mit korrekten Papieren. Aber nicht wenige unterstützen mit Ihrer Arbeitskraft unser Gesundheitssystem. So Viele, dass unser Präsident Prof. Dr.med. Udo Rolle zu Recht bemerkt: „Chirurgie ist Vielfalt - ohne ausländische Ärzt:innen und Pflegekräfte geht nichts!“. Nahezu kein Krankenhaus kommt ohne ausländische Beschäftigte aus und die flächendeckende Versorgung wäre ohne Zuwanderung kaum möglich und wird angesichts der demographischen Probleme vollends zum Erliegen kommen. Dies ist bereits täglich gelebte Realität im Gesundheitswesen. Eine Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) für die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) vom 13.12.2024 bestätigt: 96 % der Krankenhäuser in Deutschland haben in den letzten fünf Jahren ausländische Ärzt:innen

oder Pflegekräfte beschäftigt. 83 % erwarten einen weiteren Anstieg in den nächsten fünf Jahren (www.bit.ly/InternationaleTalente). Eine sichere chirurgische Versorgung in allen Fachrichtungen ist nur mit Arbeitskräften aller Berufsgruppen und Nationalitäten möglich. Dies setzt eine entsprechende Willkommenskultur voraus. Dies läuft in der jetzigen überhitzten Debatte Gefahr, zerstört zu werden. (siehe auch das Memorandum aller chirurgischer Fachgesellschaften auf der DGCH-Webseite, www.dgch.de) Und noch einmal möchte ich unseren Präsidenten zitieren: „Die gemeinsame Arbeit in ambulanten und stationären Einrichtungen der Chirurgie und aller anderen Medizinsparten ist eine der besten Formen der Integration und sollte zeitnah nach der Zuwanderung möglich sein“

KHVVG

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde am 22. November 2024 vom Bundesrat gebilligt und trat am 12. Dezember 2024 in Kraft. Das Gesetz ist aber nichts Wert ohne eine Reihe von Rechtsverordnungen, die für die Umsetzung des KHVVG erforderlich sind und die verschiedene Aspekte der Krankenhausversorgung in den Ländern regeln. Das KHVVG war für den Bundesrat duldungspflichtig, d. h. es konnte nur mit zwei Drittel Mehrheit über den Vermittlungsausschuss beeinflusst oder gestoppt werden. Die nachfolgenden Verordnungen sind aber im Bundesrat zustimmungspflichtig. Hier greift die einfache Mehrheit!

Eine zentrale Verordnung betrifft die Definition und Zuweisung von Leistungsgruppen.

Das KHVG sieht die Einführung von 65 Leistungsgruppen vor, die eine bundes-einheitliche Strukturierung der Krankenhausversorgung ermöglichen sollen. Die genauen Kriterien und Qualitätsstandards für diese Leistungsgruppen werden in einer Rechtsverordnung festgelegt, die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erlassen wird. Die Leistungsgruppen folgen ja der Blaupause der Reform in NRW. Hier erfolgte die Leistungsgruppenzuordnung mit Jahresbeginn. Inzwischen sind ca. 100 Gerichtsverfahren gegen fehlende oder fehlerhafte Zuordnung anhängig.

Eine weitere wichtige Verordnung betrifft die Einführung der Vorhaltevergütung. Diese soll sicherstellen, dass Krankenhäuser finanzielle Mittel für die Vorhaltung von Leistungen erhalten, sofern sie bestimmte Qualitätskriterien erfüllen. Die Details zur Berechnung und Auszahlung dieser Vorhaltevergütung werden ebenfalls durch eine Rechtsverordnung des BMG geregelt. Das INEK hat Anfang Februar einen Grouper veröffentlicht. Hier können zu erwartende Erlöse eigenständig kalkuliert werden.

Zusätzlich ist die Etablierung von sektoren-übergreifenden Versorgungseinrichtungen vorgesehen, die sowohl stationäre als auch ambulante und pflegerische Leistungen anbieten können. Die spezifischen Anforderungen und Rahmenbedingungen für diese Einrichtungen werden in einer weiteren Verordnung festgelegt.

Schließlich wird ein Transformationsfonds von 50 Millionen Euro eingerichtet, um den Umbau der Krankenhauslandschaft finanziell über zehn Jahre beginnend 2026 zu unterstützen. Die Modalitäten für die Beantragung und Vergabe von Fördermitteln aus diesem Fonds werden durch eine entsprechende Verordnung geregelt. Dies ist auch die erste Verordnung, die im Entwurf vorliegt und bereits ein Stellungnahmeverfahren durchlaufen hat. Hier regt sich Widerstand der GKV, die die Hälfte des Fonds tragen soll.

Ebenfalls im Februar hat sich ein Leistungsgruppenausschuss im g-BA konstituiert.

Ärztlicher Sachverstand ist durch die direkte Mitgliedschaft der Bundesärztekammer und eine mögliche Gastrolle (hoffentlich ständiger Gast) der AWMF gegeben. Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften können über die adhoc Strukturkommission der AWMF ihre Vorstellungen einbringen. Hier kann man allerdings gespannt sein, wie gut dies funktioniert. Ein förmliches Stellungnahmeverfahren, wie bei Gesetzesvorlagen oder Verordnungsvorlagen üblich, wird es hier voraussichtlich nicht geben.

NEUE GESUNDHEITSPOLITIK IN DEN USA

Im Januar 2025 hat Präsident Donald Trump per Exekutivbefehl den Austritt der USA aus der Weltgesundheitsorganisation (WHO) angeordnet. Dieser Schritt hat weitreichende Konsequenzen für die globale Gesundheitslandschaft: Die USA waren mit Beiträgen von etwa 15 % des Gesamtbudgets einer der größten Geldgeber der WHO. Der Wegfall dieser Mittel führt zu erheblichen finanziellen Engpässen. Wichtige Gesundheitsinitiativen, insbesondere in Entwicklungsländern, könnten aufgrund der fehlenden Finanzierung reduziert oder eingestellt werden. Ohne die Unterstützung und Zusammenarbeit der USA wird die globale Reaktionsfähigkeit auf Gesundheitskrisen wie Pandemien beeinträchtigt. Der Austritt könnte den Zugang zu wichtigen Gesundheitsdaten und -informationen für die USA und andere Länder erschweren. Durch den Rückzug der USA könnte China seine Position, wie schon während der ersten Trump-Regierung, innerhalb der WHO stärken und mehr Einfluss auf globale Gesundheitsentscheidungen gewinnen. Andere Länder könnten dem Beispiel der USA folgen, was die Autorität und Effektivität der WHO weiter untergraben würde. Der Austritt isoliert die USA von internationalen Gesundheitsnetzwerken, was die nationale Sicherheit und Gesundheitsvorsorge gefährden kann. Das Vertrauen in wissenschaftliche Institutionen und internationale Zusammenarbeit könnte innerhalb der USA weiter erodieren.

Insgesamt gefährdet der Austritt der USA aus der WHO die globale Gesundheitsinfrastruktur und könnte die Bewältigung zukünftiger Gesundheitskrisen erheblich erschweren.

Doch damit nicht genug; Im Februar 2025 hat die Trump-Administration erhebliche Kürzungen der Mittel für die National Institutes of Health (NIH) angekündigt, die weitreichende Auswirkungen auf die wissenschaftliche Forschung und das Gesundheitssystem in den USA haben. Die wichtigsten Konsequenzen sind: Die NIH haben die Erstattung für indirekte Kosten, die beispielsweise für Infrastruktur und Verwaltung anfallen, auf 15 % der Gesamtförderung begrenzt. Zuvor lagen diese Sätze oft zwischen 30 % und 70 %, was bedeutet, dass viele Universitäten und Forschungseinrichtungen nun erhebliche Budgetlücken schließen müssen. In den ersten sechs Wochen des Jahres 2025 vergaben die NIH etwa 1,4 Milliarden US-Dollar an Fördergeldern, ein deutlicher Rückgang gegenüber den 2,5 Milliarden US-Dollar im gleichen Zeitraum des Vorjahres. Die Kürzungen zwingen viele Labore dazu, Projekte einzustellen oder zu verkleinern, was den wissenschaftlichen Fortschritt insbesondere in Bereichen wie Krebsforschung, Neurowissenschaften und Infektionskrankheiten beeinträchtigt. Aufgrund der unsicheren Finanzierung erwägen zahlreiche Wissenschaftler, ins Ausland abzuwandern, was zu einem „Brain Drain“ führen könnte und die Position der USA als führende Nation in der Forschung gefährdet. Forschungsgrants sind in den USA zu einem erheblichen Teil Gehaltsbestandteil von Forschern. Mehrere Bundesstaaten und wissenschaftliche Organisationen haben Klagen eingereicht, um die Umsetzung der Kürzungen zu stoppen. Ein Bundesrichter hat die Maßnahmen vorübergehend blockiert, doch die Unsicherheit bleibt bestehen. Unternehmen, die Laboraus-rüstung herstellen, verzeichnen aufgrund der reduzierten Forschungsausgaben sinkende Aktienkurse. Beispielsweise fiel der Aktienkurs von Illumina um 17 %, während 10XGenomics einen Rückgang von 23 % verzeichnete. Forschungseinrichtungen in

Bundesstaaten wie Texas, darunter das MD Anderson Cancer Center, stehen vor erheblichen finanziellen Herausforderungen, die zu Arbeitsplatzverlusten und einem Rückgang der medizinischen Forschung führen könnten. Insgesamt gefährden die Kürzungen der NIH-Mittel die wissenschaftliche Infrastruktur der USA.

Diese Maßnahmen betreffen auch Deutschland: Wir stehen vor Herausforderungen, aber auch Chancen. Während der US-Ausstieg aus der WHO und die NIH-Kürzungen Probleme für globale Gesundheitssysteme und Forschungsprogramme bringen, ergeben sich für Deutschland auch Chancen:

- Stärkere Führungsrolle in der WHO und globalen Gesundheitsinitiativen
- Gewinn von Spitzenwissenschaftlern aus den USA
- Verlagerung von Forschungsgeldern und Pharma-Investitionen nach Europa

Allerdings müssen diese Chancen aktiv genutzt werden – durch höhere nationale Investitionen in Forschung, stärkere europäische Kooperationen und eine strategische Neuausrichtung der internationalen Gesundheitsdiplomatie.

DCK 2025

Der DCK 2025 steht kurz bevor. Wir freuen uns auf ein vielfältiges Programm, das der Präsident der DGCH Udo Rolle mit seinem Team und zusammen mit dem Kongresspräsidenten der DGAV Ludger Staib und dem Kongresspräsidenten der DGKJCH Guido Seitz zusammengestellt hat.

Der 142. Deutsche Chirurgie Kongress (DCK 2025) findet vom 26. bis 28. März 2025 im Internationalen Congress Center München (ICM) statt. Zuvor wird vom 18. bis 20. März 2025 der digitale Präkongress, DCKdigital, jeweils nachmittags und abends mit Sitzungen zur chirurgischen Grundlagenforschung und Rapid Communications (früher Poster) der Fachgesellschaften abgehalten.

Unter dem Motto „Sichere Chirurgie für alle“ legt der Kongress den Fokus auf größtmögliche Patientensicherheit durch den flächendeckenden Einsatz von evidenzbasierter Chirurgie, chirurgischen Checklisten, Leitlinien und anderen Qualitätsstandards. Besonderes Augenmerk gilt dem rechtzeitigen Zugang zu adäquater chirurgischer Versorgung für alle, einschließlich vulnerabler Gruppen wie Kinder, geriatrische Patienten, Menschen mit Migrationshintergrund und Personen in prekären Lebenssituationen.

Der DCK 2025 bietet ein vielfältiges Programm mit interdisziplinären Sitzungen, an denen neun weitere chirurgische Fachgesellschaften sowie Vertreter aus Partnerfächern wie Innere Medizin, Anästhesie, Intensivmedizin und Pathologie teilnehmen. Zu den Hauptthemen des Kongresses zählen:

- Fortschritte beim Einsatz modernster Technologien wie Virtual Reality (VR), Robotik, minimalinvasiver Chirurgie, Digitalisierung und Künstlicher Intelligenz (KI)
- Personalisierung in der Chirurgie, neue therapeutische Ansätze, Biomarker und zielgerichtete Therapien
- Perioperative Medizin mit Prähabilitation und Enhanced Recovery After Surgery
- Reform der Krankenhausstrukturen
- Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Chirurgie
- Organtransplantation
- Fachübergreifende Behandlungsansätze von der Notfallversorgung über das Komplikationsmanagement bis hin zur Onkologie

Das Gastland des DCK 2025 ist die Türkei, deren Delegation an englischsprachigen Sessions teilnehmen wird, was einen spannenden internationalen Austausch verspricht.

UNSERE VORSTELLUNGEN ZUR KÜNFTIGEN GESUNDHEITSPOLITIK

Es ist jetzt die Zeit der Koalitionsgespräche (jedenfalls gehe ich kurz vor der Wahl davon aus) und dies sollte uns mit entsprechenden Forderungen auftreten lassen und ich weiß uns da im Schulterschluss mit der AWMF, die 184 deutsche wissenschaftliche Fachgesellschaften vertritt. Im Mittelpunkt steht die Verbesserung der Qualität der chirurgischen Versorgung und der unproblematische Zugang zu dieser Versorgung für alle Menschen in Deutschland. Die resultierende chirurgische Versorgung muss evidenzbasiert sein und die Rahmenbedingungen dafür müssen von der Politik gesetzt werden. Eine gute medizinische Versorgung setzt außerdem eine qualitativ hochwertige Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie medizinische Forschung auf international kompetitivem Niveau voraus. Auch in Anbetracht der Bedrohungslage fordern wir für eine zukunftsorientierte und effektive chirurgische Versorgung für Deutschland:

- Förderung des wissenschaftlichen und klinischen Nachwuchses in der Chirurgie
- Entwicklung einer nachhaltigen, qualitätsorientierten Gesundheitsversorgung durch Abbau der Sektorengrenzen und der Zentralisierung von komplexen Leistungen
- Zentrale Steuerung der Notfallversorgung
- Kooperation der Gesundheitspolitik mit der wissenschaftlichen Medizin und den wissenschaftlichen Fachgesellschaften
- Unterstützung der Entwicklung und Implementierung von Leitlinien
- Digitalisierung zum Bürokratieabbau und zur Versorgungsforschung

Wir bleiben beschäftigt.

Ihr

Thomas Schmitz-Rixen



SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI SOPHIA M. SCHMITZ

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Jeder Tag ist anders – und jeder Tag ist spannend!

Welche Forschungsrichtung inspiriert Sie?

Ernährungsmedizin & perioperative Chirurgie

Welchen klinischen Schwerpunkt haben Sie?

Minimalinvasive onkologische Chirurgie

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

Smits FJ, Henry AC, Besselink MG, et al.; Dutch Pancreatic Cancer Group. Algorithm-based care versus usual care for the early recognition and management of complications after pancreatic resection in the Netherlands: an open-label, nationwide, stepped-wedge cluster-randomised trial. Lancet. 2022 May 14;399(10338):1867-1875.

Welches Buch liegt auf Ihrem Nachttisch?

Benn & Bulgakow

Mit welchem Song wachen Sie in der Früh am liebsten auf?

Mit dem Hochschulradio Aachen – da habe ich im Studium viele Jahre als Moderatorin gearbeitet.

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Fortkommen im engsten Sinne: für mich wohl der Wechsel mit meinem Chef von Aachen nach Essen.

Was war Ihre größte Inspiration?

Der erste klinische Einsatz in der Chirurgie im PJ: Plötzlich merkt man, dass Chirurgeninnen und Chirurgen auch tolle Ärzte sein können. Das ist in meinem Studium leider immer anders vermittelt worden.

Welches Forschungsthema bearbeiten Sie? Wie lautet(e) Ihr Habilitationsthema?

Forschungsthemen aktuell: Body Composition und perioperative Medizin

Habilitationsthema: Chirurgische und ernährungsmedizinische Aspekte der Fettlebererkrankung bei Adipositas

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

Einsatz von KI zur Literaturrecherche

Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

Die Klinik ist ein großartiger Arbeitsplatz. Das möchte ich vorleben und der kommenden Generation wieder mehr mit auf den Weg geben.

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

Datenschutzmaßnahmen und administrative Hürden auf ein vernünftiges Maß reduzieren. Unfassbar, wie viele gute Ideen täglich blockiert werden.

Wann platzt Ihnen der Kragen?

Unselbstständigkeit macht mich verrückt. Unehrllichkeit vielleicht noch mehr.

Welche Hoffnung haben Sie aufgegeben?

Dass mein Partner mich nach einem anstrengenden Arbeitstag mit Blumen und einer selbstgekochten Mahlzeit überrascht.

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Ganz wichtig: eine Nacht drüber schlafen. Das musste ich aber erst lernen.

Ihr wichtigstes Hobby?

Wintersport – am liebsten mit meiner Abteilung für Viszeralchirurgie.

Wo werden Sie schwach?

Gutes Essen: egal ob beim Italiener um die Ecke oder in der Sterneküche.

Was bringt Sie zum Lachen?

Trotteligkeit – auch bei mir selbst.

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Ein gutes Frühstück.

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

Bin dankbar für Tipps.

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

Selbstständigkeit & Übernahme von Verantwortung fördern – das gilt für mich in der Forschung wie im OP

Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Immer!

PD Dr. med. Sophia M. Schmitz

Fachärztin für Viszeralchirurgie & spezielle Viszeralchirurgie

Zusatzbezeichnung Notfallmedizin

Ernährungsmedizinerin DGEM

Oberärztin

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie

Uniklinik Essen

Feste Partnerschaft, eine Tochter

DSV Ski-Instructor

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



INNOVATIVE SURGICAL SCIENCES (ISS)

THE RAPID JOURNAL OF THE GERMAN SOCIETY OF SURGERY

Zehn Jahre Innovative Surgical Sciences

DGCH

Die Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) „Innovative Surgical Sciences“ (ISS) feiert 2025 ihren 10. Geburtstag. Das Journal wurde fast über den gesamten Zeitraum erfolgreich von Professor Joachim Jähne aus Hannover geleitet. Seit 2024 hat Professor Udo Rolle aus Frankfurt die Schriftleitung inne. In diesen zehn Jahren hat sich das Journal zu einem attraktiven und international anerkannten Open Access Publikationsorgan entwickelt, mit einem kontinuierlich ansteigenden Ranking in Web of Science (Journal Impact Factor) und bei Scopus (CiteScore):

Diese beachtliche Entwicklung verdankt die ISS insbesondere den zahlreichen Autorinnen und Autoren, den Gutachtern und Gutachterinnen sowie den Mitgliedern des Editorial Boards. Dafür bedanken wir uns im Namen der DGCH sowie im Namen des Verlages De Gruyter ausdrücklich!

Nehmen auch Sie an der weiteren Entwicklung unseres Journals aktiv teil: Die unmittelbaren Vorteile für Mitglieder der DGCH sind neben dem schnellen doppelt-anonymisierten Peer-Review Verfahren (erste Entscheidung binnen 60 Tagen), das Erlassen der Publikationsgebühren (APCs). Dasselbe

gilt für durch Mitglieder des National Editorial Boards eingeladene Manuskripte.

ISS veröffentlicht Originalarbeiten, Reviews und Fallberichte klinischer und experimenteller Untersuchungen aller chirurgischen Sub-Spezialitäten in englischer Sprache. Das Journal publiziert darüber hinaus Leitlinien, Empfehlungen, Perspektiven und Briefe an die Schriftleitung. Auch innovative Formate wie Videos sind sehr willkommen. Nach Annahme eines Manuskriptes wird dieses innerhalb weniger Tage online publiziert und ist sofort zitierbar. Neben Originalarbeiten werden Themenhefte mit eingeladenen Beiträgen in insgesamt vier Ausgaben pro Kalenderjahr veröffentlicht.

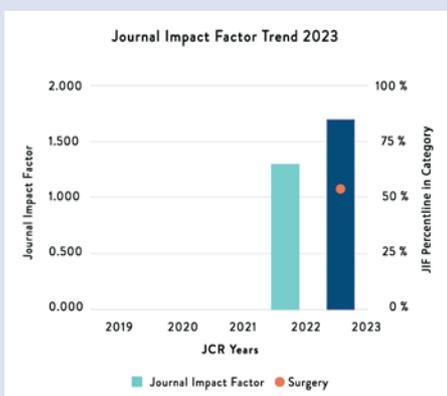


Abb. 1: Journal Impact Factor Trend 2023

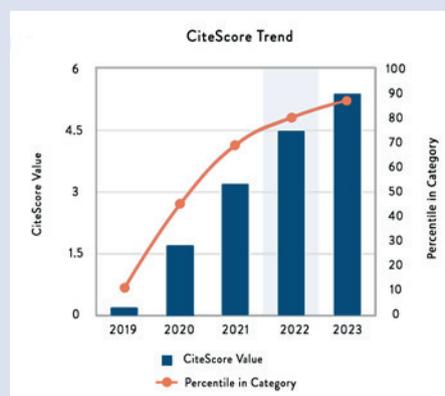


Abb. 2: CiteScore Trend

In 2025/26 können Sie sich auf folgende Themenhefte freuen:

- Esophageal Surgery
- Innovative Concepts in Surgical Education
- Essentials – The ISS Young Surgeons Issue 2025
- Reconstructive Musculoskeletal Surgery

Ihre Beiträge zu diesen Schwerpunkten, aber auch anderen Themen sind herzlich willkommen! Die DGCH (info@dgch.de) und De Gruyter (ISS.editorial@degruyter.com) werden Sie tatkräftig unterstützen.



© iStock-digitalphoto

„Bedeutende, aber (fast) vergessene Chirurginnen und Chirurgen“

Erinnerungen an eine bedeutende Chirurgin: Dr. Charlotte Mahler

Michael Sachs, Ingrid Hasselblatt-Diedrich

ZUM 130. GEBURTSTAG VON DR. MED. HABIL. CHARLOTTE MAHLER (1894–1973)

Die Frankfurter Chirurgin Charlotte Mahler war eine bedeutende Chirurgin und einfühlsame Ärztin, spezialisiert vor allem auf operative Eingriffe bei Kindern, insbesondere Lippen-Kiefer-Gaumenspalte. Zusätzlich ist sie bekannt geworden durch drei „Rekorde“:

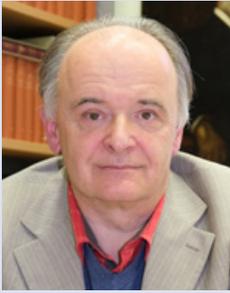
- bereits 1922 wurde „Fräulein Charlotte Mahler“ Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie; sie war damals eins von vier weiblichen Mitgliedern dieser Gesellschaft neben insgesamt 2.055 männlichen Kollegen;
- 1945/46 war Charlotte Mahler erstmals im deutschen Sprachraum (vielleicht sogar weltweit) kommissarische Lei-

terin einer chirurgischen Universitätsklinik – in Frankfurt am Main;

- 1947 wurde sie, gerade habilitiert, zur ersten Chefärztin einer chirurgischen Krankenhausabteilung im deutschsprachigen Raum gewählt: an das Bürgerhospital zu Frankfurt am Main, wo sie bis 1964 wirkte.

Alles Gründe genug, dieser bedeutenden Chirurgin anlässlich ihres 130. Geburtstages zu gedenken.

Als Zeitzeugin hat die Chirurgin Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich, selbst lange Jahre Chefärztin der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Sachsenhausen in Frankfurt am Main, Dr. Mahler in den 1960er-Jahren noch persönlich kennengelernt und erinnert



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



Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich
Chefärztin a.D.

Dieser Nachdruck erschien zuerst
im Hessischen Ärzteblatt 11/2024,
S. 616 und ist frei abrufbar unter
www.laekh.de

Sachs M, Hasselblatt-Diedrich I: Erinnerungen an
eine bedeutende Chirurgin: Dr. Charlotte Mahler.
Passion Chirurgie. 2025 März; 15(03/Q1):
Artikel 06_04.



Abb. 1: Dr. med. Charlotte Mahler zusammen mit der Leitenden OP-Schwester Marianne Bruchhaus im chirurgischen Operationsaal im Bürgerhospital um 1960. Foto: Archiv, Rechte bei den Autoren

sich: „Ich machte damals mein Krankenpflegepraktikum im Bürgerhospital. Ich bat Frau Dr. Mahler, meine Zeit im OP und der Kinderchirurgie verbringen zu dürfen. Damals gab es noch keine ‚Anästhesisten‘. Erfahrene Schwestern machten Äthertropfnarkosen mit Schimmelbuschmasken. Frau Dr. Mahler sagte zu mir: ‚Kindchen, komm mal her‘ und drückte mir eine Schimmelbuschmaske mit eingelegtem Mulltuch und eine Flasche Äther in die Hand, zeigte mir, wie ich den Kiefer festhalten musste, und sagte: ‚Kindchen, tropf mal‘. Wenn der Säugling eingeschlafen war, nahm ich die Maske ab. Die Chefin desinfizierte und operierte weiter den Säugling an seiner Lippenpalte, bis er wieder aufwachte und unruhig wurde. Dann erfolgte wieder dieselbe Prozedur. Man kann sich heute gar nicht mehr vorstellen, dass das damals so ging und dass nie etwas passierte. Ich merkte, welchen Respekt die Mitarbeiter vor ihrer Chefin hatten. Die Kinder liebten sie, nannten sie ‚Tante Lotte‘ und bald sagte ganz Frankfurt ‚Wir gehen zu Tante Lotte‘. Sie hatte eine harte Schale, das war in der damaligen Zeit verständlich, hatte aber immer ein warmes Herz für ihre Patienten. Im Bürgerhospital arbeitete sie rund um die Uhr, aus Angst es könnte ‚etwas passieren‘. Sie war streng, forderte viel von sich selbst und anderen, aber es

gelang ihr, der Abteilung einen exzellenten Ruf zu erarbeiten. Sie war unverheiratet und lebte nur für die Chirurgie – und züchtete Orchideen. Sie wohnte in einer Wohnung nahe dem Bürgerhospital in der Frauensteinstraße und baute ein Haus in Bad Homburg-Dornholzhausen. Einige Jahre später (1968), ich war damals junge Assistenzärztin bei ihrem Nachfolger Prof. Dr. Günther Vetter, bin ich häufig in den Nachtdiensten zu ihr ins Krankenzimmer gekommen, sie hat mir damals viel erzählt. Im Grunde war sie einsam, lebte zusammen mit ‚Friedchen‘, die ihr treu den Haushalt führte. Befreundet war sie mit der langjährigen Stationschwester Helga Gusovius und der leitenden OP-Schwester Marianne Bruchhaus.“

Charlotte Mahler wurde am 04. November 1894 in Krippenhna, einem kleinen Ort mit etwa 500 Einwohnern im damaligen Kreis Delitzsch der preußischen Provinz Sachsen als Tochter eines Pfarrers geboren. Im Alter von vier Jahren verlor sie ihren Vater, dadurch geriet die Familie mit fünf kleinen Kindern in wirtschaftliche Schwierigkeiten. Trotzdem konnte sie nach dem Abiturientenexamen 1914 studieren, zunächst Physik, Chemie, Mathematik und Medizin, nach vier Semestern dann ausschließlich Medizin, die ganze Zeit an



Abb. 2: Dr. med. Charlotte Mahler erhält 1964 aus den Händen des Frankfurter Oberbürgermeisters Willi Brundert (1912–1970) die „Ehrenplakette der Stadt Frankfurt“. Foto: Archiv, Rechte bei den Autoren



Abb. 3: Schimmelbusch-Maske für die Äthernarkose, entwickelt um 1890 von dem Berliner Chirurgen Curt Theodor Schimmelbusch (1860–1895). Foto: Archiv, Rechte bei den Autoren

der Universität Halle. Besonders beeindruckt war sie von dem dortigen Chirurgen Prof. Victor Schmieden, bei dem sie auch famulierte. Da die meisten Chirurgen kriegsbedingt „im Felde“ waren, durfte sie auch als Studentin

Prof. Schmieden assistieren. „Kriegsassistentin“ nannte man das damals.

1920 erfolgte die Promotion bei Prof. Friedrich Voelcker, seit 1919 als Nachfolger von Victor

Schmieden (1875–1945) als Direktor der chirurgischen Universitätsklinik zu Halle. Nach ihrem Staatsexamen (1920) und ihrer Approbation 1921 folgte sie als zunächst unbezahlte Volontärassistentin Prof. Schmieden nach Frankfurt am Main, wo dieser 1919–1945 Direktor der chirurgischen Universitätsklinik war. 1923 erhielt sie dort eine planmäßige Assistentenstelle, 1929 wurde sie Leiterin der Tuberkuloseabteilung dieser Klinik und eine Art „Funktionsoberärztin“ (würde man heute sagen), 1938 erhielt sie dann eine planmäßige Oberarztstelle. Sie besuchte für ihre Fortbildung zahlreiche Kliniken des In- und Auslands (u. a. Berlin, London, Paris, Chicago).

Nach der Besetzung Frankfurts durch amerikanische Truppen im März 1945 wurde Mahler mit der Leitung der chirurgischen Universitätsklinik betraut, da ihr im Herbst 1944 schwer erkrankter Chef im Alter von 70 Jahren endlich trotz seiner NSDAP-Mitgliedschaft in Ehren emeritiert werden konnte und nicht wie damals üblich entlassen wurde. Seine Emeritierung war kriegsbedingt 1941 bis „nach Kriegsende“ verschoben worden. Alle anderen Oberärzte der Klinik (apl. Prof. Dr. med. Herbert Junghanns, Dozent Dr. med. habil. Heinrich Geißendörfer, Dozent Dr. med. habil. Hans-Heinrich Westermann) waren als NSDAP-Mitglieder im April 1945 entlassen worden. Dr. Mahler war somit jetzt für eine chirurgische Universitätsklinik mit etwa 300 Betten verantwortlich! Sie habe das erste halbe Jahr die Klinik nicht verlassen können, erzählte sie später. Von Mahler wurden als kommissarische Leiterin der chirurgischen Universitätsklinik vom 1. April 1945 bis 4. Februar 1946 persönlich 840 Operationen (von insgesamt 2.398, d. h. 35 %) durchgeführt.

Sie beherrschte alle Gebiete des damals noch ungeteilten Fachs Chirurgie: Trepanationen, Tumorchirurgie (Magen, Colon, Niere, Blase), Knochenchirurgie (Amputationen, Osteosynthesen: Platten und Marknägel), Eingriffe in der Abdominalhöhle (Appendektomien, Cholecystektomien, Magen- und Darmresektionen), Hernienchirurgie, plastische Chirurgie, Gefäßchirurgie (Embolektomien, Resektion von traumatischen Aneurysmen).

Die meisten Eingriffe gehörten aber zur septischen Chirurgie (Abszesse, Phlegmonen, infizierte Schuss- und Granatsplitterverletzungen). Als Narkoseverfahren wurden Äthernarkosen, Evipannarkosen, Lumbalanästhesien und Lokalanästhesien durchgeführt oder Chloroethyl lokal verwendet. Die Narkosen wurden von jüngeren chirurgischen Assistenten absolviert, spezialisierte Narkoseärzte gab es damals noch nicht.

Im Frühjahr 1946 habilitierte sich Dr. Charlotte Mahler an der Johann Wolfgang Goethe-Universität mit einer bereits 1944 im „Archiv für klinische Chirurgie“ publizierten Arbeit „Über Art und Behandlung von 360 Gesichtsspalten, operiert in den Jahren 1935–1942 in der Chirurgischen Universitätsklinik in Frankfurt am Main“. Die Arbeit hatte sie ihrem zeitlebens hochverehrten Chef Victor Schmieden zum 70. Geburtstag gewidmet.

Diese Erkrankungen wurden damals im Volksmund noch „Hasenscharte“ bzw. „Wolfsrachen“ genannt. Prof. Rudolf Geißendörfer

(1902–1976) schrieb damals noch als leitender Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg (und gerade als Nachfolger Schmiedens auf dessen Empfehlung hin von der Frankfurter Fakultät vorgeschlagen) in seinem Habilitationsgutachten (vom 17.03.1946) über Mahler: „Auch hat sie sich unzweideutig dafür eingesetzt, in jedem Falle einen kosmetisch und funktionell so günstig als möglichen Verschluss der Spalten anzustreben, um die Spaltträger im Lebenskampf konkurrenzfähig zu machen, entgegen mancher damals noch herrschenden Zeitströmung, die aus eugenischen Gründen ein solches Bestreben als unerwünscht bezeichnete.“

1947 wurde Dr. Charlotte Mahler dann von der Administration der Dr. Senckenbergischen Stiftung trotz des Protestes zahlreicher niedergelassener Ärzte einstimmig zur Chefärztin der chirurgischen Abteilung des Bürgerhospitals in Frankfurt am Main gewählt. Als Chefärztin und Ärztliche Direktorin dieses Krankenhauses war sie auch Leiterin der Krankenpflegeschule. Da Mahler

nach ihrer Habilitation (1946) nur noch drei kleinere Übersichtsarbeiten in medizinischen Wochenschriften publizierte, wurde ihr von der medizinischen Fakultät der Universität zu ihrem Kummer nicht der Titel eines „außerplanmäßigen Professors“ verliehen. Im Alter von 70 Jahren trat sie 1964 in den Ruhestand und erhielt als Anerkennung für ihr Wirken das „Große Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland“ und die „Ehrenplakette der Stadt Frankfurt“ verliehen.

Sie starb im Alter von 79 Jahren am 12. Juni 1973 in Frankfurt am Main und wurde auf dem Hauptfriedhof beigesetzt, wo ihr Grab als Ehrengrab von der Stadt gepflegt wird. In der Todesanzeige der Dr. Senckenbergischen Stiftung (FAZ vom 15.06.1973) heißt es: „Ausgestattet mit ungewöhnlich reichen Fähigkeiten und Gaben des Geistes und des Herzens, hat sie sich in den Dienst kranker Menschen gestellt. Sie war Ärztin aus Leidenschaft und Berufung. Ihren Patienten und uns wird sie nie unvergessen bleiben.“

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr Dr. med. Otto Ernst Alff, Eberbach

Herr Prof. Dr. med. Heinrich Geisbe, Tübingen

Herr Prof. Dr. med. Frank Werner Peter, Berlin

Herr Prof. Dr. med. Heinrich Rudert, München

Herr Dr. med. Klaus Leber, Marbach

Herr Prof. Dr. med. Dieter Rühland, Singen

Herr Dr. med. Bernd Schenkluhn, Binzen

Herr Dr. med. Hans-Heinrich Jung, Uelzen

Herr Prof. Dr. med. Walter Kapral, Melk/Österreich

Herr Dr. med. Leonhard Döbler, Weinheim

Herr Dr. med. Paul Nockemann, Mülheim

Herr Prof. Dr. med. Johannes Coburg, Neuss

Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau, Bochum

Herr Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Peiper, Göttingen

***05.04.1935 †01.04.2024**

***21.02.1935 †17.09.2024**

***16.02.1954 †02.11.2024**

***05.07.1935 †09.11.2024**

***02.02.1945 †22.11.2024**

***26.11.1940 †04.12.2024**

***14.05.1961 †14.12.2024**

***19.06.1943 †21.12.2024**

***08.10.1929 †30.12.2024**

***29.05.1944 †31.12.2024**

***20.01.1929 †02.02.2025**

***30.09.1938 †10.02.2025**

***27.04.1946 †26.02.2025**

***04.12.1925 †02.03.2025**

Nachruf auf Prof. Dr. med. Dieter Rühland



In memoriam
Prof. Dr. med.
Dieter Rühland
(*26.11.1940 † 04.12.2024)

Prof. Dr. Dieter Rühland, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1998/1999, ist am 04. Dezember 2024 kurz nach seinem 84. Geburtstag nach einer schweren Krankheit in einer Klinik verstorben.

Dieter Rühland ist am 26. November 1940 in Aachen geboren. Im Sternzeichen Schütze Geborene gelten als abenteuerlustig, optimistisch und ehrgeizig. Sie haben eine natürliche Neugier und suchen ständig nach neuen Erfahrungen und Herausforderungen; sie sind auch bekannt für ihre Offenheit und Ehrlichkeit. Im tiefsten Innern sind Schütze-Geborene Idealisten. Im Alltag äußert sich das manchmal in kindlich-naivem Optimismus, aber auch in tiefem Vertrauen, Selbstlosigkeit und Toleranz. Sie können mit Hingabe einer großen Sache dienen. Menschen mit dem Sternzeichen Schütze tragen das Herz auf der Zunge und sind ohne Einschränkungen ehrlich. So haben wir Dieter Rühland, den Schütze-Mann, in den Jahren seiner Zugehörigkeit zum Präsidium der DGCH erlebt: Zunächst von 1994 bis 1997 als Vertreter der leitenden Krankenhauschirurgen, dann als Vizepräsident und Präsident der DGCH und schließlich seit 2003 als Senator auf Lebenszeit. Leider haben seine Aufgaben als Klinikchef, seine Liebe zur Musik, sein seit dem Ruhestand verstärktes kommunalpolitisches Engagement, seine Aktivitäten als Hobby-Winzer auf seinem Haus und Grund auf Mallorca und nicht zuletzt seine Krankheit dazu geführt, dass wir ihn immer seltener in unseren Reihen gesehen haben.

Landarzt zu werden, sei seine ursprüngliche Vision gewesen, erzählte er 2005

einmal in einem Interview beim Übertritt in den Ruhestand. Bei Holzminden wuchs er in der ersten Nachkriegszeit auf. Die Bundeswehr hatte ihm damals ermöglicht, in Münster Medizin zu studieren. Dort hat er 1973 auch promoviert. Seine chirurgische Weiterbildung begann er 1972 in Münster noch bei Paul Sunder-Plassmann und setzte diese 1973 bei Hermann Bünte fort. Bei ihm konnte er sich 1978 habilitieren und wurde zum apl. Professor ernannt. In dieser Zeit war er auch organisatorischer Leiter der dortigen Gefäßchirurgie, wobei er, wie er später als Gründungsmitglied der im Dezember 1984 gegründeten Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG) betonte, vor allem bei erkannten Defiziten einer strukturierten Weiterbildung und wissenschaftlichen Weiterentwicklung sich engagiert für die Verselbstständigung der Gefäßchirurgie in einer eigenständigen Fachgesellschaft einsetzte.

Liest man die Themenschwerpunkte nach, die Dieter Rühland 1999 als Präsident der DGCH unter dem Leitthema „Bilanz zur Jahrtausendwende“ für den 116. Deutschen Chirurgenkongress in München vorgegeben hatte, so glaubt man sich aufgrund ihrer Aktualität in die Gegenwart versetzt. Dies gilt nicht nur für die chirurgisch-wissenschaftlichen, die gesundheitspolitischen und gesundheits-ökonomischen Themen, sondern auch für ein demonstratives Bekenntnis der DGCH zu ihren Schwerpunkten und der Schwerpunkte zur DGCH – letzteres auch optisch zum Ausdruck gebracht mit der erstmaligen Präsenz der Repräsentanten aller chirurgischen Fachgesellschaften auf dem Podium der Eröffnungsveranstaltung. Das

Deutsche Ärzteblatt berichtete damals in dem Kongressbericht „Woche der Chirurgie: Auf dem Weg zur neuen Einheit“, dass Präsident Prof. Dr. Dieter Rühland (Singen) „deutlich die Freude anzumerken war, eine Trendwende eingeleitet zu haben“. Viel von seinem Schwung und der von ihm vermittelten Aufbruchsstimmung würde man sich heute noch wünschen. Der Kongress war, nicht nur gemessen an der Teilnehmerzahl, ein großer Erfolg. Das der Bilanz zur Jahrtausendwende geschuldete überreichliche Programm mit einer Fülle von Sitzungen zu den Hauptthemen aus allen chirurgischen Fachgesellschaften, den Forschungsbeiträgen, den freien Vorträgen, Postern und Videositzungen fand seinen Niederschlag in einem voluminösen Kongressband mit über 1.800 Seiten.

Dieter Rühland war auch überzeugt, dass die chirurgischen Regionalgesellschaften neben der Pflege und Vertiefung kollegialer Beziehungen zwischen allen Chirurg:innen, eine besondere Bedeutung gerade für den klinischen und wissenschaftlichen Nachwuchs hätten, indem sie auf den Jahrestagungen oft die erste Möglichkeit bieten, eigene Forschungsergebnisse in Klinik und Experiment einem fachkundigen Gremium darzulegen und sich einer wissenschaftlichen Diskussion zu stellen. Dies war für ihn der Anlass, während seiner Präsidentschaft, begleitet von einer Posterausstellung über die verschiedenen regionalen Vereinigungen auf dem Kongress, gemeinsam mit Friedrich Wilhelm Eigler ein Buch herauszugeben über die

regionalen Chirurgenvereinigungen in Deutschland, das eine umfassende Dokumentation dieser Aktivitäten und damit auch die Problematik deutscher Geschichte in der Entwicklung verschiedener Regionen widerspiegelt. 1985 kam Dieter Rühland an das Krankenhaus in Singen, um eine Gefäßchirurgie auf- und auszubauen und sich auch intensiv der sich rasch weiterentwickelnden laparoskopischen Chirurgie zu widmen, was bis zu seiner Verabschiedung als Chefchirurg in den Ruhestand 2005 einen erheblichen Einsatz erforderte und so zu dem exzellenten Ruf des Singener Hauses beitrug.

Neben der Chirurgie liebte Rühland vor allem die Jazzmusik: Schon mit einer Schülerband war er stets mit seinem Saxophon unterwegs, das er als Autodidakt aus dem Gehör heraus souverän beherrschte. Mit seiner Dieter Rühland Band war er nicht nur in seiner Region stark nachgefragt. Er hatte, wie der *Südkurier* schrieb, dort u. a. durch einen vor 15 Jahren gegründeten „Jazz Jour Fixe“ immer montags mit besonderen Auftritten den regionalen Jazz salonfähig gemacht und mit lebensfroh zelebriertem Jazz den „Summer in the City“ und manch anderes Fest bereichert. Bei seiner Beziehung zum Theater „Die Färbe“ hat Dieter Rühland am Saxophon mit seiner Band jeweils die Spielzeit eröffnet. Vor zwei Jahren hatte er hier noch auf der Bühne gestanden.

Aber auch bei chirurgischen Tagungen und Symposien, ob zur Eröffnung oder

auf geselligen Abendveranstaltungen, war die Band von Dieter Rühland sehr gefragt. Unvergessen ist auch seine instrumental unterlegte damals noch traditionelle „Damenrede“ auf dem Präsidentenempfang seines Präsidenten-Vorgängers Christian Herfarth im April 1998 in Berlin.

In seinem „Unruhestand“ engagierte er sich auch als Kommunalpolitiker und wurde 2009 für die „Neue Linie“ in den Singener Stadtrat gewählt – für zwei Wahlperioden war er auch im Kreistag. Bis 2019 gab es wichtige Entscheidungen für die Krankenhauslandschaft der Bodenseeregion zu fällen, vor allem auch für das Singener Haus, das nach dem von Lokalpolitikern angeleiteten Abenteuer einer „Hegau-Bodensee-Hochrheinklinik“ enorm in Schieflage geraten war. Ein Ausweg konnte nur über den Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz, nicht zuletzt mit Rühlands Rat, gefunden werden.

In Singen und im Hegau hat, wie in Nachrufen der lokalen Presse zu lesen war, der langjährige Chefarzt, Stadtrat und bekennende Jazzmusiker an vielen Ecken Spuren hinterlassen. Die Region gedenkt seiner als großen Chirurgen, Saxophonisten wie kommunalpolitischen Menschen, der es verstand, auch in die ernstesten Debatten noch einen Hauch rheinischen Frohsinns zu mischen. So werden auch wir Dieter Rühland in Erinnerung behalten.

Prof. Dr. Hartwig Bauer
Neuötting



Abb. 1: Dieter Rühland mit seiner Band (© 2022 Förderverein Die Färbe e.V.)

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: ARMANI₁*				
Registrierungsnummer: NCT04678583, DRKS00023792				
Prof. Dr. med. Jürgen Weitz, MSc.	Patienten mit Lebermetastasen Exper. Gruppe anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	FPI: 12.03.2021	DKTK Joint Funding	Dr. Sandra Korn 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 4098 F: 0351 458 7273 E: sandra.korn@ukdd.de
Prof. Dr. med. Nuh Rahbari	Kontrollgruppe nicht-anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	68 von 240 Patienten	1530 € / Patient	
Studientitel: BariSurg₂*				
Registrierungsnummer: 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 Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP Kontrollgruppe: Magenbypass-OP	FPI: 27.11.2013 187 von 248 Patienten	– Kein Fallgeld	Prof. Dr. Dr. med. Franck Billmann Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- chirurgie Universitätsklinikum Heidelberg T: 06221 563 44 11 E: Franck.Billmann@med.uni-heidelberg.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: City₃*				
Registrierungsnummer: DRKS0033520				
Prof. Dr. med. D. K. Bartsch	<p>Patienten (n = 2426), bei denen eine totale Thyreoidektomie oder Hemithyreoidektomie wegen einer gutartigen Struma durchgeführt wurde</p> <p>Exper. Gruppe: kontinuierliches intraoperatives Neuromonitoring</p> <p>Kontrollgruppe: intermittierendes intraoperatives Neuromonitoring</p>	<p>28.02.2024</p> <p>668 von 2426 Patienten</p>	<p>Keine Finanzierung</p> <p>Fallgeld: 0 €/Patient</p>	<p>PD Dr. med. Elisabeth Maurer Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Philipps-Universität Marburg Baldingerstraße 35043 Marburg T: 06421/58-65869 F: 06421/58-68995 E: maurere@med.uni-marburg.de</p>
Studientitel: COMPASS₄				
Registrierungsnummer: DRKS00031827				
Prof. Dr. med. Christoph Kahlert Trial Coordinator: Dr. med. Mathieu Pecqueux	<p>Patienten mit einem linksseitigen Dickdarmtumor und Symptomen einer Obstruktion</p> <p>Experimentelle Gruppe: Anlage eines dekomprimierenden Stomas, gefolgt von einer zweizeitigen onkologischen Elektivresektion nach der Rekonvaleszenz</p> <p>Kontrollgruppe: Notfallresektion des linksseitigen obstructiven Kolontumors</p>	<p>16.04.2024</p> <p>30 von 468 Patienten</p>	<p>BMBF</p> <p>1000 €/Patient</p>	<p>Anika Stützer 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 T: 0351 458 11710 F: 0351 458 7273 E: anika.stuetzer@ukdd.de</p>
Studientitel: DISPACT-2₅*				
Registrierungsnummer: DRKS00014011				
PD Dr. med. Rosa Klotz	<p>Patienten mit benignen und malignen Veränderungen des Pankreaskörpers und des -schwanzes mit Indikation zur elektiven distalen Pankreatektomie</p> <p>Exper. Gruppe Minimalinvasive distale Pankreatektomie</p> <p>Kontrollgruppe Offene distale Pankreatektomie</p>	<p>13.08.2020</p> <p>254 von 294 Patienten</p>	<p>DFG</p> <p>1.250 € / Patient</p>	<p>PD Dr. med. Rosa Klotz Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie Universitätsklinikum Heidelberg Im Neuenheimer Feld 420 T: 06221 56 6980 F: 06221 56 33 850 E: rosa.klotz@med.uni-heidelberg.de</p>
Studientitel: ESORES₆				
Registriernummer: DRKS00030567				
Prof. Dr. med. Jens Höppner	<p>Patienten mit Ösophaguskarzinom</p> <p>Experimentelle Gruppe: Die Behandlung in Studienarm A besteht aus der Beurteilung des klinischen Ansprechens (CRE) durch ÖGD, endoskopische Biopsien des Tumorbereichs, EUS plus FNA verdächtiger Lymphknoten und einem F18-FDG-PET CT. Bei klinisch-histologisch gesichertem positivem lokalem Tumorstatus und ohne Fernmetastasierung nach CRE („non-CR“) erfolgt die Therapie durch Operation. Patienten ohne histologischen Nachweis einer lokalen Resterkrankung und ohne Fernmetastasen werden als klinische CR betrachtet und aktiv beobachtet. Im Falle eines lokalen Tumorrezidivs wird die Behandlung des Patienten mit einer Operation fortgeführt. Die aktive engmaschige Beobachtung erfolgt durch Visiten nach 3 m/6 m/9 m/12 m/18 m/24 m/36 m umfasst ÖGD, endoskopische tiefe Biopsien des Tumorbereichs, EUS plus FNA und CT-Thorax/Abdomen. Bei histologisch nachgewiesenem Tumorrezidiv im Rahmen der aktiven Beobachtung („non-CR“) erfolgt eine Operation und anschließende Standardnachsorge.</p>	<p>30.01.2024</p> <p>18 von 670 Patienten</p>	<p>BMBF</p> <p>1520 €/Patient</p>	<p>Prof. Dr. Jens Höppner Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld, Campus Lippe Klinikum Lippe GmbH T: 05231 721151 F: 05231 721045 E: jens.hoepfner@uni-bielefeld.de</p>

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: HULC₇* Registrierungsnummer: DRKS00017517				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Kontrollgruppe: Die Behandlung im Studienarm B besteht aus einer obligaten postneoadjuvanten Operation, die 4–12 Wochen nach Ende der neoadjuvanten Therapie durchgeführt wird. In beiden Armen erfolgt die Operation durch transthorakale oder transabdominale Ösophagektomie einschließlich Lokoregionärer Lymphadenektomie. Experimentelle Gruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen-Netz Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik	08.08.2019 559 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: MICKey₈* Registriernummer: DRKS00027927				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Totale minimal-invasive Ösophagektomie (MIN-E; entweder über „klassische“ minimal-invasive Laparoskopie + Thorakoskopie; oder über Roboter-assistierte minimal-invasive Ösophagektomie [RAMIE] oder eine Kombination aus beidem) Kontrollgruppe: Hybrid-Ösophagektomie (HYBRID-E; laparoskopische/robotische Bauchchirurgie und offene Thoraxchirurgie)	14.06.2023 78 von 152 Patienten	BMBF 850 €/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
Studientitel: P.E.L.I.O.N₉* 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 61 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
Studientitel: RECOPS₁₀* Registrierungsnummer: DRKS00024364				
Prof. Dr. med. Daniel Reim	Experimentelle Gruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresektion, Child-Rekonstruktion und zusätzlicher Braun'scher Fußpunktanastomose zwischen der zu- und abführender Schlinge der Duodenojejunostomie Kontrollgruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresektion und Child-Rekonstruktion	05.05.2022 448 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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: SELREC_{11*}				
Registriernummer: DRKS00030567				
PD Dr. med. Rosa Klotz	Experimentelle Gruppe: Totale mesorektale Exzision (TME) ohne neoadjuvante (Chemo-)Radiotherapie Kontrollgruppe: Leitlinienkonforme neoadjuvante (Chemo-) Radiotherapie (5x5 Gy oder insgesamt 50,4Gy) und ggf. begleitende 5-FU-basierte Chemotherapie gefolgt von TME innerhalb von 12 Wochen	04.05.2023 21 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: TRIANGLE_{12*}				
Registrierungsnummer: DRKS00030576 UTN U1111-1243-441				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Patienten mit resektablem, Borderline oder lokal fortgeschrittenem Pankreaskopfkarcinom Experimentelle Gruppe: TRIANGLE-Operation: Radikale Weichteildissektion entlang der Arteria mesenterica superior (Level 3 nach Inoue) um mindestens 180 Grad rechtseitig UND vollständige Dissektion des Weichgewebes im „Dreieck“ zwischen Arteria mesenterica superior, Pfortader und Truncus coeliacus wie von Hackert et al. beschrieben Kontrollgruppe: Standard-Dissektion der AMS nach Inoue Level 1 oder 2 und Standard-Lymphadenektomie entsprechend der deutschen S3-Leitlinie	22.11.2024 4 von 270 Patienten	BMBF 1190 €/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] Continuous vs. intermittent intraoperative neuromonitoring for reduction of transient recurrent laryngeal nerve palsy in thyroid surgery – a prospective randomized controlled multicenter trial
- [4] Dekomprimierendes Stoma und zweistufige elektive Resektion vs. Notfall-Resektion bei Patienten mit linksseitigem obstruktivem Dickdarmkrebs
- [5] Distal Pancreatectomy – A randomised controlled trial to compare minimal-invasive distal pancreatectomy to open resection (DISPACT-2 Trial)
- [6] Chirurgie „as needed“ versus Chirurgie „on principle“ bei vollständiger Tumorremission nach neoadjuvanter Therapie von Speiseröhrenkrebs/ESORES
- [7] Hernia reduction following laparotomy using small stitch abdominal wall closure with and without mesh augmentation – HULC
- [8] Eine multizentrisch randomisierte Studie zum Vergleich der postoperativen Morbidität nach total minimal invasiver Chirurgie mit der Hybrid Chirurgie bei der Ösophagektomie – MICKey Studie
- [9] 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)
- [10] The effect of an additional Braun anastomosis in patients after pancreas head resections
- [11] Selective Neoadjuvant Therapy of Rectal Cancer Patients: SELREC a randomized controlled, open, multicentre non-inferiority trial
- [12] Conventional partial pancreatoduodenectomy versus an extended pancreatoduodenectomy (triangle operation) for pancreatic head cancers – the randomized controlled TRIANGLE trial

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

Stand: März 2025

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 DAAEDEDXXX unter dem Kennwort „Baustein LVH“. Eine Spendenbescheinigung wird Ihnen umgehend zugesandt.

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

Prof. Dr. med. U. Rolle
Präsident

Prof. Dr. med. Th. Schmitz-Rixen
Generalsekretär

Prof. Dr. med. Johann Pratschke
Schatzmeister



DGCH-PRÄSIDIUM

ab 01. Januar 2025

VORSTAND

Präsident	U. Rolle, Frankfurt/Main
1. Vizepräsidentin	C. Bruns, Köln
2. Vizepräsident	R. Goldbrunner, Köln
3. Vizepräsident	J. Werner, München
Schatzmeister	J. Pratschke, Berlin
Generalsekretär	Th. Schmitz-Rixen, Frankfurt/Main

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	W. Uhl, Bochum
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie/Vertreter Allgemeine Chirurgie	K. Ridwelski, Magdeburg
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin	F. Adili, Darmstadt
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	S. Schaaf, Koblenz

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

M. Ehrenfeld, München	2021
H. Lang, Mainz	2022
A. Seekamp, Kiel	2024

SPRECHER DER SENATOREN

P. Vogt, Hannover
T. Pohlemann, Homburg

SENAT

W. Hartel, Ulm	1991
G. Hierholzer, Duisburg	1995
H. Bauer, Altötting	1997
K. Schönleben, Ludwigshafen	2001
N.P. Haas, Berlin	2003
B. Ulrich, Düsseldorf	2004
M. Rothmund, Marburg	2005
H.D. Saeger, Dresden	2006
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**	
T. Schmitz-Rixen, Frankfurt/Main	2020

* Senator ehrenhalber, Schatzmeister 1996–2011

** Senator ehrenhalber, Generalsekretär 2012–2022